



T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

**RİSKLİ BEBEĞE SAHİP OLAN EBEVEYNLERİN, BEBEĞİN  
NÖROLOJİK ETKİLENİM SEVİYESİNE GÖRE KAYGI  
DÜZEYLERİ, YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON VE  
TEDAVİYE-BİLGİLENDİRMEYE KATILIM DÜZEYLERİNİN  
İNCELENMESİ**

**Müşerref Ebru ŞEN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğr. Üyesi Hatice YAKUT**

**ISPARTA - 2021**

## BEYAN

*“Riskli Bebeğe Sahip Olan Ebeveynlerin, Bebeğin Nörolojik Etkilenim Seviyesine Göre Kaygı Düzeyleri, Yaşam Kalitesi, Depresyon Ve Tedaviye-Bilgilendirmeye Katılım Düzeylerinin İncelenmesi”* adlı Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi 'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

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

Tezi Hazırlayan

**Müşerref Ebru ŞEN**

Danışman

**Dr. Öğr. Üyesi Hatice YAKUT**

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel veriler ışığında şekillendiren ayrıca yüksek lisans eğitimim boyunca hayata dair öğrettiği her şeyden dolayı değerli danışman hocam Dr.Öğr. Üyesi Hatice YAKUT'a,

Çalışmanın veri toplama aşamasında klinik bilgi ve deneyimleriyle çalışmayı yönlendiren, bilimsel ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Sayın Prof.Dr. Ahmet Afşin KUNDAK'a,

Çalışmam için gerekli izinlerin alınması konusunda yardımlarını ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi Başhekimi Sayın Doç. Dr. Ahmet Ali TUNCER'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi, birikim ve deneyimlerinden yaralandığım, her konuda desteğini üzerimde hissettiğim hocam Sayın Prof. Dr. Ferdi BAŞKURT'a,

Her türlü desteği, bilgi ve deneyimleriyle daima zaman yol gösterici olan hocam Sayın Prof. Zeliha BAŞKURT'a,

Çalışmanın yürütülmesi, istatistiksel analiz ve değerlendirmesinde büyük emeği olan güler yüzünü, bilgisini ve değerli zamanını hiçbir zaman esirgemeyen Sayın Dr. Vedat Mehmet PAKSOY'a,

Tez savunmama katılarak tezimin son şeklini almasını sağlayan Sayın Doç.Dr. Özgün KAYA KARA ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Müjgan ARSLAN'a

Gösterdikleri hoşgörüden ve tüm yardımlarından dolayı hastane personellerine,

Çalışmaya katılan tüm bebek ve ailelerine,

Yaşamımın her anında bana olan maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen babam, annem ve kardeşlerime

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM.

## ÖZET

### **Riskli Bebeğe Sahip Olan Ebeveynlerin, Bebeğin Nörolojik Etkilenim Seviyesine Göre Kaygı Düzeyleri, Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Tedaviye-Bilgilendirmeye Katılım Düzeylerinin İncelenmesi**

Çalışmamızın amacı, Riskli bebeğe sahip olan ebeveynlerin, bebeğin nörolojik etkilenim seviyesine göre kaygı düzeyleri, yaşam kalitesi, depresyon ve tedaviye-bilgilendirmeye katılım düzeylerinin araştırılmasıdır.

15 Ekim 2020- 15 Haziran 2020 tarihleri arasında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi hastanesi ve Afyonkarahisar Devlet hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde en az 10 gündür bulunan araştırmaya katılmayı kabul eden 40 ebeveyn ve bebeği çalışmaya dahil edilmiştir. Bebekler ünite kurallarına uygun olarak muayene edilmiştir. Ebeveynlerle yüz yüze görüşülerek anket çalışması yapılmıştır. Veri toplama formunun birinci bölümü 46 sorudan oluşan bebek ve anneye ait tanıtıcı bilgi formu, ikinci bölümü ebeveynlere uygulanan Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği, SF-36, Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anneler için bakıma katılım ölçeği ve Durumluk Sürekli kaygı ölçeğinden oluşmaktadır. Üçüncü bölümde ise bebeklere ait yenidoğan ağrı skalası ve Dubowitz nörolojik muayene ölçeği yer almaktadır. Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Ebeveynlerin 10. gün ile taburcu olunan gün arasındaki ortalama puanlar karşılaştırıldığında; ebeveynlerin bakıma katılımının arttığı, yaşam kalitesinin yükseldiği, depresyonun ve durumluk-sürekli kaygı düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Bebeklerin nörolojik etkilenim seviyesine göre ebeveynlerin bakıma katılımı, depresyon, yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde ise; yüksek nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelerin depresyon, sürekli kaygı, durumluk kaygı düzeylerinin; orta ve düşük nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelere göre ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Nörolojik etkilenimi düşük ve orta düzeyde bebeğe sahip annelerin ise, yaşam kalitesi alt boyutlarının yüksek nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelere göre daha ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Nörolojik etkilenim seviyesi ile bakıma katılım arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Riskli bebek, Nörolojik Etkilenim, Kaygı düzeyi, Yaşam kalitesi, Depresyon

## ABSTRACT

### **Investigation of Anxiety Levels, Quality of Life, Depression, and Participation in Treatment-Informing Levels of Parents with Risky Babies According to the Level of Neurological Influence**

The aim of our study is to investigate the anxiety levels, quality of life, depression and participation in treatment-information level of parents with risky infants according to the neurological level of the infant.

40 parents and their babies, who agreed to participate in the study, who were in the neonatal intensive care unit of Afyonkarahisar Health Sciences University and Afyonkarahisar State Hospital for at least 10 days between October 15, 2020 and June 15, 2020, were included in the study. Babies were examined in accordance with unit rules. A questionnaire study was conducted by interviewing the parents face-to-face. The first part of the data collection form consists of an introductory information form for the baby and mother, which consists of 46 questions, the second part consists of the Edinburgh postpartum depression scale applied to the parents, the SF-36, the care participation scale for the mothers whose babies are hospitalized in the neonatal intensive care unit, and the State Trait Anxiety Scale. In the third part, newborn pain scale and Dubowitz neurologic examination scale are included. The data obtained from the research were analyzed in computer environment using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows statistical package program.

When the average scores of the parents between the 10th day and the day of discharge were compared; It was found that parental involvement in care increased, quality of life increased, and depression and state-trait anxiety levels decreased. When parents' participation in care, depression, quality of life and anxiety levels are evaluated according to the neurological level of the infants; depression, trait anxiety, and state anxiety levels of mothers with babies with high neurological involvement; It has been determined that it is at an advanced level compared to mothers with babies with moderate and low neurologic involvement. It was determined that the sub-dimensions of quality of life of mothers with babies with low and moderate levels of neurological involvement were more advanced than those of mothers with babies with high neurological involvement. No significant difference was found between the level of neurological involvement and participation in care.

**Keywords:** Risky infant, Neurological Influence, Anxiety level, Quality of life, Depression

# İÇİNDEKİLER

|  | <u>Sayfa</u> |
|--|--------------|
| BEYAN.....   | i            |
| TEŞEKKÜR .....   | ii           |
| ÖZET.....  | iii          |
| ABSTRACT .....   | iv           |
| İÇİNDEKİLER .....  | v            |
| KISALTMALAR DİZİNİ .....   | viii         |
| TABLolar DİZİNİ .....  | ix           |
| ŞEKİLLER DİZİNİ .....  | xi           |
| <b>1. GİRİŞ .....</b>  | <b>1</b>     |
| <b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>  | <b>2</b>     |
| 2.1. Normal ve Riskli Bebek Kavramı .....                            | 2            |
| 2.1.1. Normal Bebek .....  | 2            |
| 2.1.2. Riskli Bebek.....   | 3            |
| 2.2 Riskli Bebek ve Risk Faktörleri .....                            | 3            |
| 2.2.1. Prematür Doğum.....   | 4            |
| 2.2.2. Düşük Doğum Ağırlığı .....                                    | 5            |
| 2.2.3. Respiratuar Distres Sendromu (RDS).....                       | 7            |
| 2.2.6. Germinal Matriks-İntraventriculer Kanama (GM-İVK) .....       | 9            |
| 2.2.7. Periventricüler Lökomalazi (PVL) .....                        | 10           |
| 2.2.8. Bronkopulmoner Displazi (BPD) .....                           | 11           |
| 2.2.9. Perinatal Asfiksi ve Hipoksik İskemik Ensefalopati (HİE)..... | 12           |
| 2.2.10. Yenidoğan Konvülsiyonları.....                               | 13           |
| 2.2.11. Neonatal Hidrosefali .....                                   | 14           |
| 2.2.12. Korpus Kallosum Agenezisi .....                              | 15           |
| 2.2.13. Mekonyum Aspirasyon Sendromu (MAS).....                      | 15           |
| 2.3 Riskli bebeklerde Nörolojik Değerlendirme Yöntemleri .....       | 16           |
| 2.4. Kullanılan Nöromotor Bataryalar .....                           | 17           |
| 2.4.1. Alberta Infant Motor Scale (AIMS) .....                       | 17           |
| 2.4.2. Nörosensori Motor Değerlendirme Anketi (NSMDA).....           | 18           |
| 2.4.3. Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE) .....      | 19           |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.4.4. Bayley-III Bebek ve Çocuk Gelişimi Değerlendirme Ölçeği (Bayley III)                              | 19        |
| 2.4.5. The Test of Infant Motor Development (TIMP)   | 20        |
| 2.4.6. Prechtl's Assessment of General Movements (GMs)   | 20        |
| 2.4.7. Dubowitz Neurological Assessment  | 21        |
| 2.4.8. Movement Assessment of Infants (MAI)  | 21        |
| 2.4.9. Infant Motor Profile (IMP)  | 22        |
| 2.4.10. The Peabody Developmental Motor Scales-2 (PDMS-2)  | 22        |
| 2.4.11. The Harris Infant Neuromotor Test (HINT)   | 23        |
| 2.4.12. Milani-Comporetti Motor Development Screening Test   | 23        |
| 2.5. Riskli bebeklerde Erken Müdahale Kavramı ve Ailenin Önemi   | 23        |
| 2.6. Ailenin Bakıma Katılımı   | 25        |
| 2.7. Riskli Bebeklerin Ebevenylerinde Yaşam Kalitesi   | 28        |
| 2.8. Riskli Bebeklerin Ebeveynlerinde Depresyon  | 29        |
| 2.9. Riskli Bebeklerin Ebevenylerinde Kaygı (Anksiyete)  | 30        |
| <b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>  | <b>32</b> |
| 3.1. Araştırmanın Tipi   | 32        |
| 3.2. Veri Toplamada Kullanılan Araç ve Gereçler  | 32        |
| 3.2.1. Demografik Bilgiler   | 32        |
| 3.2.2. Kullanılan Değerlendirme Bataryaları  | 32        |
| 3.2.2.1. Dubowitz Nörolojik Muayene (Dubowitz Neurological Examination)                                  | 33        |
| 3.2.2.2. Yenidoğan Bebek Ağrı Ölçeği (NIPS-Neonatal Infant Pain Scale)                                   | 34        |
| 3.2.2.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anneler İçin Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği | 34        |
| 3.2.2.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS)   | 35        |
| 3.2.2.5. Kısa Form 36 (Short Form 36 – SF 36)  | 35        |
| 3.2.2.6. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri  | 36        |
| 3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı   | 37        |
| 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi  | 37        |
| 3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi  | 37        |
| 3.6. Verilerin analizi ve değerlendirme teknikleri   | 37        |
| 3.7. Etik Açıklamalar  | 38        |
| <b>4. BULGULAR</b>   | <b>40</b> |

|  |            |
|--|------------|
| 4.1. Araştırmaya Katılan Ebeveyn ve Bebeklerin Demografik Verilerinin Değerlendirilmesi .....  | 40         |
| 4.2. Ebeveynlere Ait Demografik Verilere Göre Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi .....  | 49         |
| 4.3. Araştırmada Kullanılan Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Ölçeklerinin 10. gün ve Taburculuk Süreleri Arasındaki Değerlerin Farkının İncelenmesi.....   | 55         |
| 4.4. Bebeklerin Risk Faktörleri (Apgar 5.dk, Doğum Sorunu Yaşama, Epilektik Nöbet), NIPS Ağrı düzeyleri ve Nörolojik Etkilenim Düzeylerine Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi .....                         | 56         |
| <b>5. TARTIŞMA .....</b>   | <b>66</b>  |
| 5.1. Ebeveynlerin Demografik Verilerine Göre 10.gün ve Taburculuk Günü Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyi Bulgularının Tartışılması.....  | 66         |
| 5.2. Ebeveynlerin Riskli Bebek Kavramını Bilme Durumuna Göre Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyi Bulgularının Tartışılması.....  | 69         |
| 5.3. Ebeveynlerin 10. Gün ve Taburculuk Günü Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi ....   | 70         |
| 5.4. Araştırmaya Katılan Bebeklerin Risk Faktörleri (5. dk. Apgar Skoru, Doğum Sorunu Yaşama, Epilektik Nöbet), Ağrı düzeyleri ve Nörolojik Etkilenim Düzeylerine Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyi Bulgularının Tartışılması..... | 71         |
| <b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>   | <b>76</b>  |
| <b>KAYNAKLAR .....</b>   | <b>78</b>  |
| <b>EKLER.....</b>  | <b>92</b>  |
| <b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>   | <b>114</b> |

## KISALTMALAR DİZİNİ

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>DSÖ</b>        | :Dünya Sağlık Örgütü                                     |
| <b>AGA</b>        | :Appropriate for Gestational Age                         |
| <b>SGA</b>        | :Small for Gestational Age                               |
| <b>LGA</b>        | :Large for Gestational Age                               |
| <b>IUGR</b>       | :Intrauterine Growth Restriction                         |
| <b>SP</b>         | :Serebral Palsi  |
| <b>RDS</b>        | :Respiratuar Distres Sendromu                            |
| <b>PDA</b>        | :Patent Duktus Arteriyozus                               |
| <b>GM-İVK</b>     | :Germinal Matriks - İntraventriküler Kanama              |
| <b>PVL</b>        | :Periventriküler Lökomalazi                              |
| <b>HİE</b>        | :Hipoksik İskemik Ensefalopati                           |
| <b>BT</b>         | :Bilgisayarlı Tomografi                                  |
| <b>MRG</b>        | :Manyetik Rezonans Görüntüleme                           |
| <b>MAS</b>        | :Mekonyum Aspirasyon Sendromu                            |
| <b>AIMS</b>       | :Alberta Infant Motor Scale                              |
| <b>NSMDA</b>      | :Nörosensori Motor Değerlendirme Anketi                  |
| <b>HINE</b>       | :Hammersmith Infant Neurological Examination             |
| <b>Bayley III</b> | :Bayley-III Bebek ve Çocuk Gelişimi Değerlendirme Ölçeği |
| <b>MGÖ</b>        | :Mental Gelişim Ölçeği                                   |
| <b>PGÖ</b>        | :Psikomotor Gelişim Ölçeği                               |
| <b>TIMP</b>       | :The Test of Infant Motor Development                    |
| <b>GMs</b>        | :Prechtl's Assessment of General Movements               |
| <b>MAI</b>        | :Movement Assessment of Infants                          |
| <b>IMP</b>        | :Infant Motor Profile                                    |
| <b>PDMS-2</b>     | :The Peabody Developmental Motor Scales-2                |
| <b>HINT</b>       | :The Harris Infant Neuromotor Test                       |
| <b>YYBÜ</b>       | :Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi                           |
| <b>WHOQOL</b>     | :World Health Organization Quality of Life               |
| <b>SF-36</b>      | :Short Form-36   |
| <b>NIPS</b>       | :Neonatal Infant Pain Scale                              |
| <b>EPDS</b>       | :Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği                |
| <b>SPSS</b>       | :Statistical Package for Social Sciences (SPSS)          |

## TABLolar DİZİNİ

|                    |   |    |
|--------------------|---|----|
| <b>Tablo 2.1.</b>  | Riskli bebek tanısını ortaya çıkaran risk faktörler.....  | 4  |
| <b>Tablo 2.2.</b>  | Doğum Haftasına Göre Prematüre Bebek Sınıflaması.....   | 5  |
| <b>Tablo 2.3.</b>  | Doğum ağırlığına yenidoğan sınıflandırılması.....   | 5  |
| <b>Tablo 2.4.</b>  | Apgar Skorlaması.....   | 13 |
| <b>Tablo 4.1.</b>  | Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Demografik Verilerinin Dağılımı.....   | 40 |
| <b>Tablo 4.2.</b>  | Araştırmaya Katılanların Çalışma, Gelir Durumları, Aile Yapısı, Hastalık ve Bağımlılık Durumlarının Dağılımı .....  | 41 |
| <b>Tablo 4.3.</b>  | Araştırmaya Katılanların Evlilik, Gebelik, Yaş ve Obstetrik Öykülerinin Değerlendirilmesi.....  | 42 |
| <b>Tablo 4.4.</b>  | Araştırmaya Katılanların Gebelik Süreçlerinin Değerlendirilmesi.....  | 44 |
| <b>Tablo 4.5.</b>  | Araştırmaya Katılanların Doğum Süreçleri ve Bebeklerinin Değerlendirilmesi.....   | 44 |
| <b>Tablo 4.6.</b>  | Araştırmaya Katılan Bebeklere İlişkin Verilerin Dağılımı.....   | 45 |
| <b>Tablo 4.7.</b>  | Araştırmaya Katılan Bebeklere İlişkin Verilerin Ortalama Puanları..   | 46 |
| <b>Tablo 4.8.</b>  | Araştırmaya Katılan Bebeklerin Sağlık Sorunlarına İlişkin Verilerin Dağılımı... ..  | 47 |
| <b>Tablo 4.9.</b>  | Araştırmaya Katılan Bebeklerin Sağlık Sorunlarına İlişkin Verilerin Dağılımı-2.....   | 48 |
| <b>Tablo 4.10.</b> | Ebeveynlerin Demografik Verilerine Göre 10. Gün ve Taburculuk Günü Bakıma Katılım Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....   | 49 |
| <b>Tablo 4.11.</b> | Ebeveynlerin Demografik Verilerine Göre 10. Gün ve Taburculuk Günü Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....  | 50 |
| <b>Tablo 4.12.</b> | Ebeveynlerin Kronik Hastalık Durumuna Göre 10. Gün ve Taburculuk Günü Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....                                      | 51 |
| <b>Tablo 4.13.</b> | Ebeveynlerin Gebelikte Sorun Yaşama Durumuna Göre 10. Gün ve Taburculuk Günü Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi..                                  | 52 |
| <b>Tablo 4.14.</b> | Ebeveynlerin Demografik Verilerine Göre 10. Gün ve Taburculuk Günü Sürekli Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....  | 53 |
| <b>Tablo 4.15.</b> | Ebeveynlerin Demografik Verilerine Göre 10. Gün ve Taburculuk Günü Durumluk Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....   | 54 |
| <b>Tablo 4.16.</b> | Ebeveynlerin 10. Gün ve Taburculuk Günü Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi.....                 | 55 |
| <b>Tablo 4.17.</b> | Araştırmaya Katılan Bebeklerin Apgar 5.dk Skorlarına Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi..... | 56 |

- Tablo 4.18.** Araştırmaya Katılan Bebeklerin NIPS Ağrı Skorlarına Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....58
- Tablo 4.19.** Araştırmaya Katılan Bebeklerin Doğum Sorunu Yaşama Durumlarına Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....60
- Tablo 4.20.** Araştırmaya Katılan Bebeklerin Epilektik Nöbet Geçirme Durumlarına Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....61
- Tablo 4.21.** Araştırmaya Katılan Bebeklerin Nörolojik Etkilenim Düzeylerine (Dubowitz leği) Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....63



## ŞEKİLLER DİZİNİ

|                   |  |    |
|-------------------|--|----|
| <b>Şekil 2.1.</b> | Kernikterus.....   | 9  |
| <b>Şekil 2.2.</b> | USG ile GMK tanısı konulan olguların BT görünümleri.....   | 10 |
| <b>Şekil 2.3.</b> | Neonatal Hidrosefali.....  | 15 |
| <b>Şekil 4.1.</b> | Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Hastalıklarının Dağılımı.....                                     | 42 |
| <b>Şekil 4.2.</b> | Araştırmaya Katılan Bebeklerin Sağlık Sorunlarına İlişkin Konmuş<br>Tanı Verilerinin Dağılımı..... | 47 |



# 1. GİRİŞ

Tüm gebeliklerin yaklaşık %10'u bir veya birden fazla risk faktörü içerir. Bu bebekler doğduklarında yoğun bakım ünitelerine ihtiyaçları olabilir.

Gebelikte, doğum sırasında ve yenidoğan dönemde karşılaşılan çeşitli çevresel ve biyolojik faktörler bebeğin santral sinir sistemini ve ayrıca nöromotor gelişimini negatif yönde etkileyebilir. Bütün risk etmenleri göz önünde bulundurulduğunda yenidoğanların %60-70'inde en az bir risk etmeni bulunduğu bildirilmektedir. Risk etmeni taşıyan yenidoğanlar yaşam boyunca normal bir gelişim gösterebildikleri gibi kalıcı nörolojik defekt ve motor bozukluklar da gösterebilirler (1).

Riskli bebekler nörogelişimsel açıdan risk olup bu riskler kaba ve ince motor gelişimde gecikmeler, bilişsel bozukluklar, sensorinöral problemler, serebral palsi, beslenme problemleri, görme ve işitme bozuklukları olarak sayılabilir. Durumun ağırlığı ise gestasyon yaşının küçüklüğü ile ilişkilidir.

Postpartum dönem psikolojik olarak zorlayıcı bir dönem olmasının yanında riskli bebek dünyaya getiren annelerde bu zorluk daha da artmaktadır.

Riskli bebeğe sahip olmak ve bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olması ebeveynler psikolojik sıkıntı yaratan bir durumdur. Psikolojik sıkıntıların şiddeti, yenidoğanın tıbbi ve nörolojik durumun ciddiyeti ile yakından ilişkili olabilir. Bu kapsamda bu çalışma, riskli bebeğe sahip olan ebeveynlerin, bebeğin nörolojik etkilenim seviyesine göre kaygı düzeyleri, yaşam kalitesi, depresyon ve tedaviye-bilgilendirmeye katılım düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır.

## **Çalışmamızın hipotezleri;**

H0: Riskli bebeğe sahip olan ebeveynlerin, bebeğin nörolojik etkilenim seviyesine göre kaygı düzeyleri, yaşam kalitesi, depresyon ve tedaviye-bilgilendirmeye katılım parametreleri açısından fark yoktur.

H1: Riskli bebeğe sahip olan ebeveynlerin, bebeğin nörolojik etkilenim seviyesine göre kaygı düzeyleri, yaşam kalitesi, depresyon ve tedaviye-bilgilendirmeye katılım parametreleri açısından fark vardır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Normal ve Riskli Bebek Kavramı

#### 2.1.1. Normal Bebek

Normal bebek kavramını, bebek ana rahmine düşmeden, anne karnında ve doğum sonrası yaşanan bazı sorunlar etkilemektedir. Yenidoğan bebeğin normal bebek olarak kabul edilebilmesi için bazı gerekli unsurlar şu şekilde sıralanabilir:

-Doğum ağırlığı 2500 gr ve üstü olmalıdır.

-Gestasyonel haftası 37 haftadan daha büyük olmalıdır.

-Standart intrauterin gelişme şemasındaki doğum ağırlıkları 10. - 90. persentiller arasında yer almalıdır.

-Doğumun gerçekleşmesinin ardından yardımcı solunuma ve yeniden canlandırmaya gereksinimi olmamalıdır.,

-1. dakikadaki Apgar skoru 7 ve daha fazla olanlardır,

-Respiratuar distress, sepsis, hipoglisemi, polisitemi ya da neonatal yoğun bakım ünitesine ihtiyacı olmayan bebekler normal bebek olarak kategorize edilebilir (2).

İnsanda büyüme ve nöromotor gelişme döllenme ile intrauterin dönemde başlar, bu süreç dinamik olup erişkin yaşa kadar devam etmektedir. Gelişim fonksiyonların zaman içinde değişimi ve matürasyonudur. Bebeklerde nöromotor gelişim merkezden çevreye, baştan ayağa ve genel kaba hareketlerden ince motor hareketlere doğru gerçekleşmektedir (3).

İnsandaki ilk motor davranışlar reflekslerdir. Yenidoğanda santral sinir sistemi henüz gelişmemiş olup bazı primitif refleksler görülür. Çocukların kaba motor becerilerinin gelişmesi için intrauterin dönemde oluşan ve neonatal dönemde devam eden ilkel reflekslerin kaybolması gerekmektedir. Eğer bu primitif refleksler kaybolmazlarsa nöromotor gelişmede aksaklıklar meydana gelebilir. Yenidoğan matüritesi arttıkça kaba ve ince motor beceriler daha kompleks hale gelerek kortikal kontrole sahip olur (4). Bununla birlikte bebeklerin yaşlarına göre kaba ve ince

motor, sosyal/duygusal, kognitif ve dil becerileri açısından yaşlarına uygun olacak biçimde gelişimlerinin olması da bebeklerin normal gelişimlerinin sürdürdükünün göstergesidir (5).

### **2.1.2. Riskli Bebek**

Riskli bebek, heterojen bir grup olup uzman sağlık personelleri tarafından gözlem altında tutulması ve takip edilmesi gereken yenidoğan bebekleri tanımlar. Risk altında olan yenidoğanlarda hayatlarının ileriki dönemlerinde, gelişme geriliği, nöromotor, sensörinöral, psikosoyal, davranışsal problemler ve dil konuşma güçlüğü görülme riski fazladır (6).

Riskli bebek için geçerli olan tanım, gestasyonel haftası 37 haftanın altındaki prematüre bebeklerden normal gestasyonel haftasında doğmasına rağmen düşük doğum ağırlığı olan bebekleri de içerecek biçimde çok geniş kapsamlıdır. Özellikle çok düşük doğum ağırlığına (<1500 gr) ve çok küçük doğum haftasına ( $\leq 32$  hf) sahip bebekler “yüksek riskli” şekilde kabul edilmektedir. Riskli bebek tanımının kullanımı, profesyonellerin uzmanlık alanlarına göre farklılık gösterebilir (7).

Prematüre bebekler; 5. Dakikadaki apgar skorlarının 5 ya da daha düşük olanlar, perinatal asfiksi ve hipoksik iskemik ensefalopati, periventriküler lökomalazi, intraventriküler kanama, respiratuar distres sendromu, bronkopulmoner displazi, hiperbilirubinemi, viral enfeksiyonlar, fetal alkol sendromu, kas tonusu bozuklukları, hidrosefali ve mikrosefali, intrauterin gelişme geriliği ve gestasyonel yaşa göre küçük olanlar, periferik sinir yaralanmaları, gelişimlerini etkileyebilen kromozom anomalileri ve konjenital nedenlerden dolayı bebekler riskli bebek grubuna dahil edilmektedirler (8).

### **2.2 Riskli Bebek ve Risk Faktörleri**

Gebelikte, doğum sırasında ve yenidoğan dönemde karşılaşılan çeşitli çevresel ve biyolojik faktörler bebeğin santral sinir sistemini ve ayrıca nöromotor gelişimini negatif yönde etkileyebilir. Bütün risk etmenleri göz önünde bulundurulduğunda yenidoğanların %60-70'inde en az bir risk etmeni bulunduğu bildirilmektedir. Risk etmeni taşıyan yenidoğanlar yaşam boyunca normal bir gelişim

gösterebildikleri gibi kalıcı nörolojik defekt ve motor bozukluklar da gösterebilirler (1). Tablo 2,1’de riskli bebek tanısını ortaya çıkaran bazı risk faktörleri verilmiştir.

| <u>Anneye bağlı faktörler</u>  | <u>Diğer Risk Faktörleri</u>   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Annenin 16’dan küçük, 40 yaşından büyük olması</li><li>• Annenin alkol, sigara ve yasadışı madde kullanması</li><li>• Genetik bozukluklar</li><li>• Diabetes mellitus</li><li>• Hipertansiyon</li><li>• Uzun süreli ilaç kullanımı</li><li>• Duygusal ya da fiziksel stres</li><li>• Sosyoekonomik durum</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Prematür Doğum</li><li>• Düşük Doğum Ağırlığı</li><li>• Respiratuar Distress Sendromu</li><li>• Patent Duktus Arteriosus</li><li>• Hiperbilirubinemi</li><li>• Germinal Matriks - İntraventricüler Kanama</li><li>• Periventricüler Lökomalazi</li><li>• Bronkopulmoner Displazi</li><li>• Perinatal Asfiksi</li><li>• Hipoksik İskemik Ensefalopati</li><li>• Yenidoğan Konvülsiyonları</li><li>• Neonatal Hidrosefali</li><li>• Korpus Kallosum Agenezisi</li><li>• Mekonyum Aspirasyon Sendromu</li></ul> |
| <u>Doğum Sırasında</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Makat geliş</li><li>• Forceps Kullanımı</li><li>• Sezaryen doğum</li><li>• 1. dakika Apgar skorunun 7’den düşük olması</li></ul>  |  |

**Tablo 2.1:** Riskli bebek tanısını ortaya çıkaran risk faktörleri (9).

### 2.2.1. Prematür Doğum

Gebelik yaşını bebeğin prenatal dönemdeki geçirmiş olduğu süre olarak tanımlamak mümkündür ve annenin son menstruasyon periyodu baz alınarak bebeğin doğumuna dek geçen hafta sayısı ile hesaplanmaktadır (10). Miadında doğum 37.–41. 6/7 haftalar arasıyken, 37. gestasyonel haftanın altında doğanlar prematür doğum olarak kabul edilir. 42 hafta ve üzerinde doğan bebekler ise postmatür olarak ifade edilir (11). Prematüre bebeklerde görülen en yaygın nörogelişimsel bozukluğun serebral palsi (SP) olduğu bildirilmektedir. Çok erken doğan bebeklerde SP görülme oranı yaklaşık % 5- 15’dir. Bu bebeklerin % 50’sinde ise gelişimsel koordinasyon

bozukluğu görülürken %20-25'inde hafif gelişimsel bozukluklar görülebilmektedir (12). Tablo 2.2'de doğum haftasına göre prematüre bebek sınıflaması verilmiştir.

| <b>Prematüre Türü</b> | <b>Doğum Haftası</b> |
|-----------------------|----------------------|
| Aşırı Prematüre       | 28 haftadan az       |
| Ağır Prematüre        | 28-32 hafta arası    |
| Orta Prematüre        | 32-34 hafta arası    |
| Geç Prematüre         | 34-37 hafta arası    |

**Tablo:2.2.** Doğum Haftasına Göre Prematüre Bebek Sınıflaması (13).

### 2.2.2. Düşük Doğum Ağırlığı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre doğum ağırlığı 2500gr altında olan bebekler, düşük doğum ağırlıklı olarak adlandırılır (14).

Sırasıyla gebelik yaşına uygun (Appropriate for Gestational Age, AGA), gebelik yaşına göre küçük (Small for Gestational Age, SGA) ve gebelik yaşına göre büyük (Large for Gestational Age, LGA) bebeğin gebelik yaşına göre doğum ağırlığını ve intrauterin büyümeyi anlatan terimlerdir. AGA, bebeğin doğum ağırlığının yaşıyla uyumlu 10. ve 90. persentil aralığında (doğum kilosunun bebeğin doğumdaki boyunun küpüne olan oranı x 100) bulunmasıdır. SGA, bebeğin doğum ağırlığının gebelik yaşına göre 10. persantilin altında olmasıyken, LGA, bebeğin doğum ağırlığının 90. persantilin üstünde olması demektir. SGA olarak tarif edilen bebekler, intrauterin büyüme geriliği (Intrauterine Growth Restriction, IUGR) şeklinde de tanımlanır (11). Tablo 2.3'te doğum ağırlığına yenidoğan sınıflandırılması gösterilmiştir.

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Makrozomi                  | Doğum ağırlığının 4000 gr ve üzeri olması.  |
| Normal doğum ağırlığı      | Doğum ağırlığının 2500-3999gr arası olması  |
| Düşük Doğum ağırlığı       | Doğum ağırlığının 2500-1500gr arası olması  |
| Çok Düşük Doğum ağırlığı   | Doğum ağırlığının 1500-1000gr arası olması  |
| Aşırı Düşük Doğum Ağırlığı | Doğum ağırlığı 1000gr altında olan bebekler |

**Tablo 2.3:** Doğum ağırlığına göre yenidoğan sınıflandırılması (15).

Literatürdeki çoğu güncel yenidoğan sonuçları çok düşük doğum ağırlıklı bebeklere (<1500 gram) veya çok erken doğan bebeklere (<32 hafta) odaklanmıştır. Araştırmacılar prematüritenin kaba motor ve ince motor gelişim alanlarını etkilediğini bulurken, diğerleri mental beceriler üzerinde de etkisi olduğunu belirtmiştir (16).

Prematüre olarak doğan bebeklerin hayatta kalma oranındaki artış, nörogelişimsel bozukluklardaki artışa neden olabilir. 1970'lerde 1000 gramın altında doğum ağırlığına sahip prematüre bebeklerin hayatta kalma oranı %30 iken bu oran 1990'larda %70'den fazla olmuştur (17).

Güncel bir meta analizde, 27 haftadan küçük gebelik yaşına sahip bebeklerde SP prevelansının arttığı gösterilmiştir. Çalışmada SP oranlarına bakıldığında, 22–27 hafta gebelik yaşında olanlarda oran %14.6 iken 28–31 haftadakilerde bu oran %6.2 olarak görülmüştür. 32–36 haftadakilerde ise %0.7 oranındayken zamanında doğanlarda %0.1'dir (18).

Prematüre ya da çok düşük doğum ağırlığına sahip çocuklarda motor bozuklukların, minör koordinasyon problemlerinin yanında %25–50 oranında kognitif bozuklukların, dikkat problemlerinin ve zayıf okul performansının görülebileceği de bildirilmiştir (19).

Hayatın ilk yılı içerisinde beynin gelişimi çok hızlıdır. Bu süreçte bununla birlikte kognitif ve motor becerilerde de gelişim çok yoğundur. Bu dönem içerisinde merkezi sinir sisteminin (MSS) çevresel etkiler nedeniyle tehlikelere çok açık olduğu bilinmektedir. Araştırmalarda, aşırı düşük doğum ağırlığına sahip olan bebeklerin beyinlerinin MRI görüntülemesinde, beyaz madde değişikliklerini ve gri madde hasarını içeren serebral anormallikler gösterilmiştir. Bunlar prefrontal, frontal, anterior temporal korteksleri, kaudat nukleusu ve serebellar yapıları içermektedir. Serebellum, motor fonksiyon gelişiminde kritik rol alır fakat günümüzde kognitif fonksiyonda da rol aldığı ifade edilmektedir. Özellikle öğrenmenin erken dönemlerinde veya dikkatin önemli olduğu şartların değişimine bağlı öğrenmede rol almaktadır (20).

Bu sonuçlara göre, prefrontal korteks ve serebellum prematüre bebeklerin beyinde kolayca hasarlanabilir ve kognitif-motor gelişimi etkileyebilir olduğu

düşünülmektedir. Çok erken doğan bebeklerde, prenatal ve perinatal dönemde beyin yapılarındaki değişimler sonucu nörogelişimsel gecikme riski artabilmektedir. Bunların MRI görüntülerinde görülen orta-ciddi beyaz madde hasarının, kognitif ve psikomotor gerilikle, SP ve nörosensoriyel motor bozukluklarla ilgili olduğu belirtilmiştir (21).

### **2.2.3. Respiratuar Distres Sendromu (RDS)**

Respiratuar distres sendrom (RDS), yapısal açıdan olgunlaşmamış akciğer ve sürfaktan eksikliğinden dolayı görülen pulmoner yetersizlik olarak tanımlanmaktadır. Sürfaktan eksikliğiye ventilasyon/perfüzyon uyumsuzluğuyla sonuçlanmaktadır. Doğum ile beraber veya kısa bir süre içerisinde oluşmakta ve ilk 48 saat içerisinde de ciddiyeti artmaktadır. RDS, ilerleyici solunum yetmezliğine ve hipoksiye yol açar. 28. haftadan önce doğmuş olan bebeklerde % 60 ile %80 oranında görülmektedir. Vücut ağırlığının ve gestasyon haftasının azalması ile RDS'nin görülme oranı artar (22).

RDS, prematüre bebeklerin ölüm sebeplerinin başında gelmektedir. Yeterli miktarda gelişmemiş akciğerlerde görülen sürfaktan eksikliği, akciğerlerde elastikiyetin azalmasına, solunum fonksiyonlarında kayıplara yol açarak respiratuar fonksiyonlarda da kayıplara neden olur. Sürfaktan, alveoller ve bronşöller arasında olan yüzey gerilimini azaltmaya yarar. Düşük alveoler yüzey gerilimi, akciğer kompliyansını artırır ve bunun sonucunda solunum iş yükünü de azaltır. Sürfaktan, gestasyonel yaşın 17. ve 26. haftaları arasında oluşmuş olan alveoler tip II hücrelerince salgılanmaktadır. Alveollerin inspirasyonda gerilebilirliğini sağlar ve bu şekilde alveollerin kollapsını engeller. Aynı zamanda ekshalasyonda basınca maruz kalan alveollerin de atelektaziye uğramasını engellemektedir (23).

Uzun süreli olarak mekanik ventilasyona bağlı yaşamış bebeklerin akciğerlerinde gelişen hasar sonucunda bronkopulmoner displazi gelişebilir. Ciddi RDS gelişmiş olan bebeklerde intrakraniyal kanama, prematüre retinopatisi, nekrotizan enterokolit riskinde de artış görülmektedir (24).

#### **2.2.4. Patent Duktus Arteriyozus (PDA)**

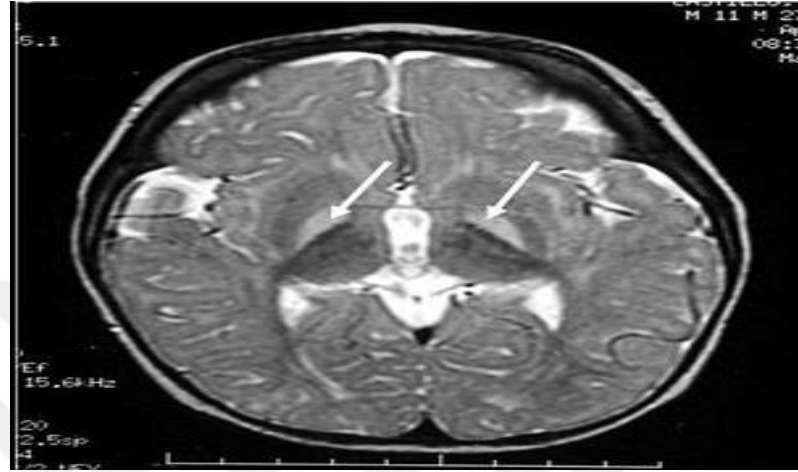
Intrauterin dönemde akciğerler kollabe olduğu için kanın büyük çoğunluğu duktus arteriosus aracılığı ile sağ ventriküle oradan da inen aortaya aktarılmaktadır. Bu dolaşım, intrauterin dönemde fizyolojik açıdan olması gerekli olan bir durumdur. Genellikle doğumdan sonra ilk 24 saat içinde duktus arteriosus kapanırken term bebeklerde, arteriyal oksijen basıncının artması ile duktus arteriosus fizyolojik olarak 3 gün içinde kapanmaktadır. Prematür bebeklerde PDA'nın insidansı 20-60/100 olarak bilinmektedir ve bu insidans gebelik haftası ve doğum haftalarının azalmasıyla da artmaktadır (25). Respiratuar distress gelişmeyen prematürlerde de ductus arteriosus kapanması için geçmesi gereken süre aynı kabul edilir. Konjenital kardiyak sorunları bulunan bebeklerin duktus arteriosus kapanma süreleri daha uzun olabilmektedir. RDS de PDA'nın önemli sebepleri arasındadır. RDS gelişen bebeklerde duktus arteriosus kapanma süresi uzamaktadır. PDA, soldan sağa şanta yol açtığı için PDA gelişmiş olanlarda bronkopulmoner displazinin gelişme ihtimali normal bebeklere göre daha fazla görülmektedir (26).

#### **2.2.5. Hiperbilirubinemi**

Bilirubin seviyesinin normal değerine üzerine çıkmasıdır. Büyük bir artış gösteren bu seviye ile "Kernikterus" sendromu meydana gelmektedir. Patoloji "bazal ganglia" ve "serebellum"da oluşur. Gelişim düzeyi yüksek olan ülkelerde kernikterus nadir olarak görülmekteyken yeni doğan sarılığı daha sık görülmektedir. Kernikterus sonucunda korea-atetoid tip serebral palsi, sensorinöral duyma kayıpları, görmede sıkıntıların yaşanması ve diş minesinde problemler görülebilir. Bilirubin seviyesinin orta derecede yükselmesiyle bebek kognitif, algısal, motor ve işitsel bozukluklar yönünden riskli duruma gelir. Erken yaşlarda bilirubin yükselmesi sonucunda dikkatin ciddi şekilde dağılması, hiperaktiflik gibi durumların meydana gelmesi, otizm-spektrum bozukluklarının oluşması, öğrenme konusunda zorlukların yaşanması ve gelişimin ertelenmesi gibi bazı olumsuz durumlar gözlemlenebilmektedir (27).

Yenidoğan hiperbilirubinemisi gerçekleşme durumuna göre iki grupta ele alınmaktadır; direkt ve indirekt hiperbilirubinemi. Yenidoğan bebeklerde en sık

görülen indirekt bilirubinemi. İndirekt bilirubinemi, bilirubin yapımının artması ya da karaciğer hücrelerine konjugasyonunun azalmasıyla oluşur. Direkt hiperbilirubinemi yenidoğanda çok az karşılaşılmakta olan bir durum olup patolojiktir (28).



Şekil 2.1. Kernikterus (29)

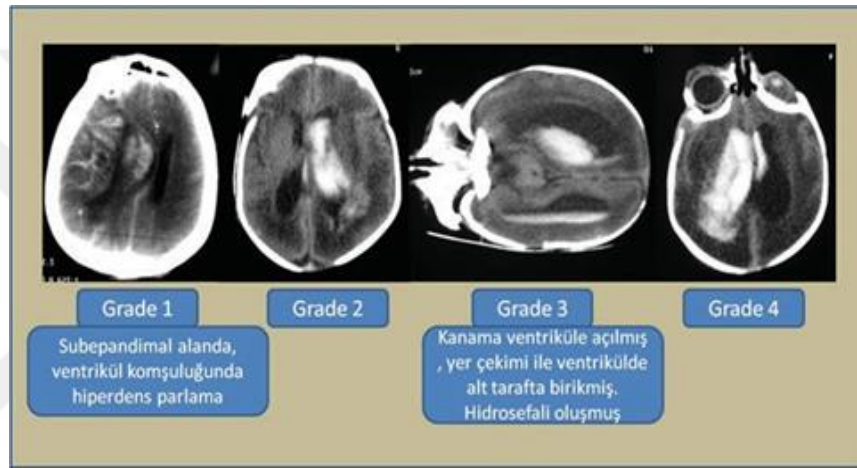
#### 2.2.6. Germinal Matriks-İntraventriküler Kanama (GM-İVK)

Prematürlerde aktif bölünen nöroblastlar ve glioblastlar vardır. Bu bölgelerin kanlanması anterior serebral arterin dalı olan Heubner's arteri sağlar. Germinal matriks, kaudat nukleusun üst kısmında yer alır ve bu bölge pretermelerde kanamaya en uygun olan yerdir. Çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde ultrason yardımıyla tespit edilmekte olan intrakranial kanama oranları postnatal sürfaktan ve antenatal steroid kullanımı ile birlikte %40'lı oranlardan %15-20'lere düşürülmüştür. Ülkemizde 1999-2002 yılları arasında yapılmış olan araştırmada 32. hafta veya 1500 gram altında doğmuş olan 93 prematür bebeğin %24'ünde Periventriküler lökomalazi – intraventriküler kanama (PVL – İVK) görülür iken %7'sinde PVL görülmüştür (30).

İntraventriküler kanama (IVK) prematürlerde pek çok nörolojik sekel gelişmesine yol açmasından ötürü son derece önemlidir. IVK'nın nedeni germinal matriksteki damarlanmanın intrinsik zayıflığı ve serebral kan akışında görülen dalgalanmalardır. Serebral kan akışında görülen bu dalgalanmalar prematürlerde

hipotansiyon, hipoksi, PDA vb. hemodinamik ve kardiyorespiratuvar instabiliteye yol açar. IVK geçirmiş olan prematürlerin %50-70'inde SP, mental retardasyon ya da hidrosefali gelişebilir. Geri kalanların dörtte birindeyse psikiyatrik bozukluklar görülebilir (31).

Grade 1 ve 2 IVK'sı olan bebekler, IVK geçirmeyenlere göre daha çok nörosensoriyal bozukluk, gelişimsel gecikme, SP, sağırılık ve körlük oranına sahiptirler. Grade 3 ve 4 IVK'da ise bu bozukluklar daha da yüksek oranda görülmektedir (32).



Şekil 2.2: USG ile GMK tanısı konulan olguların BT görünümleri (33).

### 2.2.7. Periventriküler Lökomalazi (PVL)

PVL, lateral ventriküllerin dorsal ve laterallerindeki serebral beyaz cevherin hipoksik iskemik nekrozu olarak tanımlanır. PVL, 32. haftanın altında gebelik yaşındakilerde ve çok düşük doğum ağırlıklı (<1500 gr) bebeklerde %25-40 oranında görülmektedir. İmmatür beyinde olan bu alanların zayıf damarlanması, iskemi ve enfeksiyona duyarlı oligo-dendrositleri içermesi sebebi ile erken gebelik yaşındaki bebeklerde beyaz cevher daha çok risk altındadır (34).

PVL'de patolojik olarak fokal nekroz ya da yaygın serebral beyaz cevher hasarı görülür. Fokal nekroz ciddi iskemiyle ilişkilidir ve genellikle 26. haftadan büyük gebelik yaşı olan bebeklerde görülür. Fokal hasarda iki esas alan vardır. Bunlardan birincisi lateral ventriküllerin trigonunun yanı olup ikincisi orta, posterior

ve ön serebral arterlerin birleşim yeri olarak tarif edilebilir. Beyaz cevherde yaygın hasar, 26 haftadan küçük gebelik yaşına sahip atrofi, ventrikülomegali, oligodendrosit hasarı ve miyelinizasyonda bozukluk olan bebeklerde daha sık görülür (35).

PVL'li bebekler motor, kognitif ve görme fonksiyonlarını etkileyen nörogelişimsel problemler açısından yüksek riske sahiptir. Han ve ark. PVL'nin SP oluşumundaki en güçlü risk faktörü olduğunu kanıtlamışlardır (36).

### **2.2.8. Bronkopulmoner Displazi (BPD)**

Northway ve ark. BPD'yi ilk kez 1967'de uzamış mekanik ventilasyon ve yüksek oksijen konsantrasyonu ile tedavi edilmiş ağır RDS'li prematürlerde görülen klinik, radyolojik ve patolojik değişiklikler şeklinde tarif etmişlerdir. BPD, prematürite ve immatür akciğer ile doğrudan bağlantılı olan ve yoğun bir şekilde gözlemlenen kronik akciğer hastalıklarıdır (37).

30. gestasyon haftasından daha küçük olanlarda BPD gelişme riski daha çoktur. Gestasyon haftası 30 dan küçük ve 1500 gram altında doğan 60.000 bebekte BPD gelişim oranı %20 bulunmuştur. Prematürelerin antioksidan düzeyi (katalaz, süper oksit dismutaz, peroksidaz) ciddi derecede düşük olduğu için oksijen toksisitelerine daha hassastırlar (38).

BPD'nin insidanslarına bakıldığında doğum ağırlığı 501-750 gram olanlarda %52, 751-1000 gram olanlarda %34, 1001-1200 gram olanlarda %15 iken 1201-1500 gram olanlarda %7'dir. 32. haftanın altında doğanlarda ve 36. haftada olup oksijene gereksinim duyan bebeklerle 32. haftadan sonra doğan ve postnatal 28. günde olup sonrasında da ek oksijene gereksinimi bulunan bebekler ve anormal göğüs radyografisi bulunan bebekler BPD şeklinde tanımlanır. BPD'de hava yolu hasarı ve inflamatuvar yanıt, akciğer parankimal fibrozis, hücresel hipoplazi, aşırı havalanma ve atelektazi görülmektedir. BPD olanlarda mental retardasyon, SP vb. nörogelişimsel bozukluğunun görülme oranları %29-34 arasında değişmektedir (39).

### 2.2.9. Perinatal Asfiksi ve Hipoksik İskemik Ensefalopati (HİE)

Plasental olarak ya da doğum sonrasında pulmoner gaz değişiminin sağlanamaması sonucunda hipoksi, hiperkapni ve asidoz vb. biyokimyasal değişikliklerle beraber görülebilen duruma perinatal asfiksi denmektedir. Temel komponentler hipoksi, iskemi ve hiperkapni olarak sayılmaktadır. IUGR, preeklampsi, fetal distress, çoklu doğum, mekonyum aspirasyon sendromu, konjenital anomaliler, plasenta previa, kordon dolanması, RDS, pulmoner yetmezlik, anormal geliş, intrakraniyal kanama, prematürite esas risk faktörleri arasındadır. DSÖ'ne göre gelişmekte olan ülkelerde bütün bebeklerin %3'ü (3.6 milyon) asfiksiden zarar görmektedir. %23 yenidoğan (840.000) asfiksi nedeniyle ölüyor iken aynı sayılarda bebeklerde de ciddi sekeller gelişir (40).

Virginia Apgar'ın 1953'de geliştirmiş olduğu APGAR skorlama sistemi, yenidoğan bebeklerin doğum esnasındaki fizyolojik olarak adaptasyonunun nasıl olduğunu değerlendirilebilmesi yönünden kullanılmaktadır. Genellikle bu skorlama bebeğin yaşamının 1., 5. ve 10. dakikasında yapılır. APGAR skoru, yoğun olarak resüsitasyon gereksinimi bulunan bebekte, skorun 6 sayısından yüksek olana kadar her 5 dakikada bir ölçümünün yapılmasıdır. 5. dakikada APGAR skorunun 3 ya da daha az olması perinatal asfiksi kriterlerinden biridir. Miadında doğan bebeklerin perinatal asfiksi insidansı 3-9/1000 olarak bildirilmiştir. Aralıklı pozitif basınca gereksinim 1 dakikadan fazla sürüyor ise insidans 5/1000 olarak görülmektedir. Yenidoğanlarda gelecekte patolojiye neden olan asfiksinin kriterleri şöyledir: (41,42).

1. APGAR skorunun beş dakikadan daha uzun süreli olarak 0-3 olması
2. Nöbet, koma, hipotoni vb. nörolojik sekellerin olması
3. Multiorgan yetmezliği, kardiyovasküler, gastrointestinal, hematolojik, pulmoner ya da renal hastalıklar
4. Umblikal arter basıncının 7'den küçük olması
5. Metabolik asidoz (kord kanı ya da doğumdan sonraki ilk bir saat içerisinde bakılan arteriyel kan gazında BE >-16 mEq/L olması)

| <b>APGAR SKORLAMASI</b> |                |                                    |                                 |
|-------------------------|----------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Bulgu</b>            | <b>0</b>       | <b>1</b>                           | <b>2</b>                        |
| <b>Görünüm</b>          | Mor veya soluk | Gövde pembe,<br>ekstremiteler mor. | Tamamen pembe                   |
| <b>Kalp Hızı</b>        | Yok            | <100/dk                            | >100/dk                         |
| <b>Refleks Yanıt</b>    | Yok            | Yüz buruşturma                     | öksürük, hapşırık, güçlü ağlama |
| <b>Tonus</b>            | Yok            | Alt ekstremitelerde<br>fleksiyon   | Aktif hareketli                 |
| <b>Solunum</b>          | Yok            | Düzensiz/çene atma                 | Düzenli / Ağlıyor               |

**Tablo 2.4:** Apgar Skorlaması (41)

Hipoksik iskemik ensefalopati (HİE) yenidoğan mortalite ve morbiditesinin en önemli nedenlerinden birisidir (43). Arteriyal oksijen miktarının yeterli seviyede olmaması ve hücrelere yeteri kadar kan akımının sağlanamaması sonucu meydana gelmektedir. Yenidoğanlarda yaşamın erken dönemlerinde solunumun başlamasında ve devamlılığında güçlük olması nedeniyle beyne yeteri kadar oksijen iletimi sağlanamaz. Hipoksi yalnızca beyni değil bununla birlikte diğer organ ve sistemleri de etkiler. Bebekler uzun dönem takip edildiğinde SP, epilepsi, mental retardasyon vb. ağır sekeller olduğu görülmektedir (44).

### **2.2.10. Yenidoğan Konvülsiyonları**

Yenidoğan konvülsiyonları, ciddi bir klinik bulgudur ve serebral disfonksiyonun da ilk belirtisidir. Bununla birlikte yenidoğanın nörolojik bozuklukları da en sık olarak nöbetler ile karşımıza çıkar (45).

Konvülsiyonların görülme sıklıkları, yaşamın ilk gününde diğer günlere göre daha yüksek olarak karşımıza çıkar. Ancak klinik belirtiler net olarak belirgin olmadığı için gözden kaçabilir. Sher ve ark. yapmış olduğu çalışmada, hafif tip konvülsiyonun en sık rastlanan konvülsiyon tipi olduğu ve görülme oranının %75 civarında olduğu bulunmuştur. Gestasyonel yaşı 30 hafta ve daha az olan olan

preterm yenidoğanların nöbet sıklığı, geç preterm ve zamanında doğan yenidoğanlardan önemli ölçüde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (46).

Konvülsiyonların klinik olarak sınıflaması şu şekildedir:

- Subtle (hafif): Göz belirtileri; göz kapağında titremeler gözlerde deviyasyon, sabit uzun bakış, fazla göz kırpmak, apne, alt ekstremitelerde cycling (bisiklet çevirme hareketi), boxing (yumruk atmak), stepping (adımlamak), swimming (yüzme) hareketleri, mouthing, chewing (çiğnemek), lip smacking, smiling (gülmek-sırıtmak)
- Tonik: Sertleşme, deserebre postür
- Klonik: Tekrarlayıcı sızramalar
- Myoklonik: Kas gruplarında ani, hızlı ve tekrarlayıcı kontraksiyonlar (45).

### **2.2.11. Neonatal Hidrosefali**

Reel hidrosefalinin görülme oranının düşük seviyede olduğu yansıtılmasına karşın konjenital ve infantil hidrosefalinin insidansı 1000 canlı doğumda 0.4-0.8 arasındadır. İntraventriküler ve subaraknoid kanamaya, hipertansiyona, artmış kafa içi basıncına, enfeksiyona ve tümörlere sekonder olarak gelişen hidrosefaliler genellikle bu sayıya dahil değildir. Uzun süreli olan artmış kafa içi basıncı ve genişlemiş ventriküller sonucunda nöronal gelişim bozulur. Bu nedenle neonatal hidrosefaliye müdahale etmek hayati bir öneme sahiptir. Yenidoğan hidrosefalisinin nedenleri arasında en sık konjenital hidrosefali, menenjit, ventrikülit, yenidoğan sepsisi enfeksiyonları, intrakraniyal kanamalar sonrasında görülmekte olan hidrosefaliler ve nadir olarak da konjenital intrakranial tümörler sayılabilir. Ventrikülomegalinin neden olduğu primer olayların arasında mekanik kompresyon, beyin parankiminin gerilmesi, iskemi, anoksi, serebral ödem ve kan-beyin bariyeri bozulması da sayılabilir. Bu primer mekanizmalar sekonder mekanizmaları başlatıp sitolojik ve nöronal değişikliklere, mikrodamarların yapılarında ve sayılarında azalmaya, aksonal dejenerasyonlara ve demyelinizasyonlara, sinaptik iletiminin bozulmasına, nörotransmitter ve nöromodülatörlerde azalmalara, astrosit ve mikrogliyalarda hipertrofilere, çoğalmalara ve hücre sel metabolizma bozukluklarına neden olur (47).



**Şekil 2.3.** Neonatal Hidrosefali (48)

### **2.2.12. Korpus Kallosum Agenezisi**

Korpus kallosum, korteksten gelmiş olan uyarıyı karşı taraftaki hemisfere bağlayarak beynin motor, duyu ve bilişsel performansı için de çok önemlidir. Korpus kallosum agenezisi çoğunlukla BT ve MRG yardımıyla saptanmaktadır. Korpus kallosumun gelişmesi 8.-20. gestasyonel haftalar arasında olur. Bu dönem içerisinde radyasyon maruziyeti, enfeksiyonlar, kimyasal ajanlar, maternal hormonlar, nutrisyonel bozukluklar, hipoksi ve kromozomal bozukluk vb. nedenler, korpus kallosumun parsiyel veya komple defektlerine yol açabilir. Korpus kallosum agenezisi durumuna metabolik hastalıklar ve kromozomal bozuklukların eşlik ediyorsa beyinde de ek anormaller görülebilir (49).

Disgenезisi olan bebeklerde karakteristik olarak klinik bir sorun bulunmamaktadır. Meydana gelecek klinik anormallere eşlik eden diğer beyin anomalileriyle yakinen ilişkili olduğu bilinmektedir. Çoğunlukla klinik gelişim geriliği, öğrenmede zorluk ve konvülsiyon hikayeleri vb. şikayetler korpus kallosum agenezisiyle beraber görülür (50).

### **2.2.13. Mekonyum Aspirasyon Sendromu (MAS)**

Mekonyum tanımı olarak, yaşamın ilk anlarında meydana gelen ilk dışkıdır. Barsak sekresyonları, safra, fetüsün yutmuş olduğu amniyotik artıklar ve barsak mukozasının dökülen hücrelerinden oluşur. Normalde amniyotik sıvının içerisinde

mekonyum yoktur. Preterm gebeliklerde %5, 38-42. gebelik haftası arasındakilerde %10, gebelik haftasından daha büyük olanlarda ise %22 oranında amniyotik sıvının mekonyumla boyandığı görülmüştür. Mekonyumun amniyotik sıvıya çıkması fetüs barsaklarının nörolojik ve enzimatik açıdan belirli bir matürasyona ulaşmasıyla gerçekleşebilir. Mekonyum sterildir fakat içermiş olduğu proenflamatuar maddeler nedeniyle epiteliyal hücrelerden sitokin salınımına neden olur. Bu yol ile respiratuar epitelde enflamasyon ve ona bağlı pnömonitis gelişebilir. Özellikle Escherichia coli'ye bağlı akciğer enfeksiyonuna neden olabilir. Diğer yandan havayollarında obstrüksiyon yaratıp ekspiryum esnasında hava yollarında rezistans ve pnömotoraks riskini de arttırmaktadır. Mekonyumun aynı zamanda sürfaktan etkisini de azalttığı belirtilmektedir. Bu sendrom bütün doğumların içerisinde %0.2-5 olarak görülür (51).

### **2.3 Riskli bebeklerde Nörolojik Değerlendirme Yöntemleri**

Riskli olarak doğumu gerçekleşmiş bebeklerde ölüm oranı son yıllarda büyük azalma göstermiştir. Perinatal ve yenidoğan bakımının son yıllarda gelişmesiyle 32. hafta altı doğanların büyük çoğunluğu yaşatılmaktadır. Bununla beraber bu bebeklerin %50'si ileriki zamanlarda motor inkoordinasyon, kognitif bozukluk, dikkat defisitleri ya da gelişimsel problemleri olan nöro-gelişimsel bozukluklar ve %5-15 oranında da SP görülmektedir (52).

DSÖ'nün yapmış olduğu açıklamada dünya üzerinde her yıl 15 milyon prematür bebek doğmaktadır. Yenidoğan ölümlerinin en sık sebebi pnömoni iken ikinci neden prematüre doğumdur. Prematüre doğan ve yaşamı devam eden bebeklerin çoğunda öğrenme ya da görme-ışitme gibi duyu organlarında hasar meydana gelmektedir (53). Bebeklerde gerçekleştirilen nöromotor değerlendirmeleri sırasında zamanında doğan bebeklerin değerleri baz alınmaktadır. Yapılan değerlendirmeler ile hedeflenen, motor becerileri bakımından gerilik gösteren bebekleri tespit etmek, bebeğin ileride karşılaşılabileceği problemlerin neler olduğunu öngörebilmek ve zaman içerisindeki değişimleri inceleyebilmektir. Aynı zamanda prematüre ve zamanında doğumu gerçekleşmiş fakat risk taşıyan bebeklerin değerlendirmesinin yapılması ve değerlendirme sonucu gereksinim duydukları rehabilite programlarının belirlenmesi açısından da bu değerlendirmeler önem

taşımaktadır (54). Bu sebep ile risk grubunda yer alan bebeklerde, SP ya da çeşitli nörolojik rahatsızlıkların erken teşhisi oldukça önem arz etmektedir. Teşhis sonrasında uygulanacak doğru tedavi tercihleri belirlenmeli ve tedavi sürecinin erken dönemde başlaması da büyük önem taşımaktadır (55).

Normal şekilde doğumu gerçekleştirmiş bir bebeğin motor becerileri, hem duyuşsal hem de bilişsel açıdan bütünsellik gelişimin en önemli yapı taşıdır. Bu bütünüün bozulması ile çeşitli ve değişik kademelerde özür meydana gelebilmekte ve gelişim sürecini negatif şekilde etkilemektedir. Bebeklerin kendi yaş seviyelerine uygun problemlerin tanımlanmasında, tedaviye gereksinim duyan bebeklerin belirlenmesinde, motor becerilerinin gelişimi açısından risk gösteren bebeklerin takip edilmesinde ve tedavi programlarının faydalarının kanıtlanmasında özel değerlendirme stratejileri yer almaktadır. Bu değerlendirmeler hem bedensel seviyeyi hem de fonksiyonel açıdan kabiliyetleri açıklamada mühimdir (56).

Gelişimsel fizyoterapi incelemesi, yaş açısından uygun seviyedeki duyuşsal-motor yanıtları, motor becerileri, gelişimsel postüral kontrol refleksleri ve kas-iskelet durumu içermelidir. Bir bebeğin nöro-motor değerlendirmesi yaygın olarak motor, duyuşsal, bireysel, sosyal ve dil gelişimi kategorileri içerisinde yapılmaktadır. Değerlendirmelerde standart testlerin kullanımı oldukça yaygındır. Yapılan bu standart testler ile, bebeğin göstermiş olduğu beceriler testin içeriğine göre analiz edilmektedir. Bu durum bağımsız performans ile ilgili göstergelerin oluşumunu sağlamaktadır. Prechtl Analizi (GMs), NSMDA, Bebek Motor Değerlendirmesi (Motor Assessment of Infants, MAI) ve Bayley bu testlere örnektir. Bunlar normal ve anormal motor gelişim arasındaki ayrımı araştıran testlerdir (57).

## **2.4. Kullanılan Nöromotor Bataryalar**

### **2.4.1. Alberta Infant Motor Scale (AIMS)**

Yeni doğan bir bebeğin kendi başına yürüyebilen bir çocuğa dönüşmesi yaklaşık 18 ayı almaktadır. Bu süre zarfında çocuklar için yapılan ölçüm, motor beceri gecikmeleri, ailenin çocuğun durumu hakkında bilgi sahibi olmasını

sağlamakta, tedaviden önce ve tedaviden sonra çocuğun motor becerilerini karşılaştırmaya yardımcı olmaktadır.

Çocuğun spontan motor hareketlerinin belirli bir postüral kontrol ile gerçekleşmesinin gözlemlenmesi gerekmektedir. Postür duruşları, antigravite hareketleri, duruş pozisyonları 58 maddeden oluşan 4 alt skala kapsamında ölçülmektedir. AIMS, norm referanslı ve güvenilirliği yüksek bir test türüdür. Uygulama açısından yaklaşık 10-20 dakika aralığında gerçekleşmektedir (58).

#### **2.4.2. Nörosensori Motor Değerlendirme Anketi (NSMDA)**

Bu anket türü özellikle ilk ay ve 6 yaş aralığında olan bebekleri ve çocukları analiz etmek amacını taşımaktadır. Nörosensori Motor Değerlendirme Anketi, doğumu planlanandan çok daha erken gerçekleşmiş bebeklerin uzun vadeli takipleri ile motor becerilerinin gelişimini takip etmek, gelişim sırasında yaşanan problemleri tanımlayabilmek, SP teşhis ve tedavi sürecine katkı sağlamak amacıyla uygulanan bir ankettir. (56)

Bu test ile bebeklerin ve çocukların motor becerilerinin gelişimi, hareket ve duruş pozisyonlarının normal seyredip seyretmediğini anlamak açısından oldukça önemlidir. Kriter referansa sahip olan NSMDA testi içeriğinde yer alan parametreler yaşa uygun motor kabiliyetleri, tonus, derin tendon refleksleri, hareket paternlerini, postüral reaksiyonlar ve denge, taktıl, propriyoseptif, görsel ve vestibüler duyuşal sistemi değerlendirilmektedir (59).

NSMDA, 1978 senesinden bu yana birçok araştırmada yer almıştır. Planlanan süresinden çok daha erken doğumu gerçekleşmiş bebeklerin uzun vadeli takibinin gerçekleşmesi, motor becerilerinin gelişiminin gözlemlenmesi, fark edilen problemler konusunda önlemlerin alınması, teşhis ve tedavinin planlamasının yapılması açısından tercih edilen bir test türüdür. SP'nin tespit edilmesi açısından da oldukça önemli bir yere sahip olan NSMDA testi, kognitif performans ölçümünde de belirleyici bir analizdir (56).

Özellikle bazı dönemlerde çocukların motor becerilerinin gelişiminin değerlendirilmesi, bu değerlendirme sonucu normal olan ve olmayan gidişatın belirlenmesi, farklı yaşlarda gözlemlenebilen anormal ya da disfonksiyonel

hareketleri açıklamaktadır. Bu test ile çeşitli göstergelerin ve parametrelerin normal değerlerinde mi olduğu yoksa aksaklıkların mı yaşandığı tespit edilmektedir (60).

#### **2.4.3. Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE)**

HINE, Preterm ve Term bebeklerin, nörolojik açıdan anomali riskinin değerlendirilmesi hedefi ile gerçekleştirilen bir test türüdür. Bu test, motor nörolojik muayene, fonksiyonel gelişimi ve hareketlerin analiz edilmesi aşamalarından meydana gelmektedir. Karşılaşılabilecek nörolojik sıkıntıların erken teşhisi açısından HINE testi oldukça önem arz etmektedir. Bu test doğum itibari ile 24 hafta uygulanabilen bir testtir. İçerik açısından kranial sinir fonksiyonları, duruş pozisyonlarını, fiziksel hareketlerini, reaksiyon ve refleksleri, ortama uyum ve adaptasyon becerilerini deperlendirmeyi hedeflemektedir (61).

#### **2.4.4. Bayley-III Bebek ve Çocuk Gelişimi Değerlendirme Ölçeği (Bayley III)**

Özellikle çocukların gelişimi açısından en iyi analiz ve sonucu ortaya koyan testtir. Araştırmalarda Bayley'in yapılan erken girişimlerin motor becerilerine gösterdikleri etkilerin incelenmesinin, nöromotor ve gelişim açısından sonuçların ölçülmesinde en etkili yöntem olduğunun altı çizilmektedir. Çocuk gelişiminin tanımlanmasında ve gidişatın izlenmesinde oldukça başarılı ve güvenilir bir testtir. Araştırmacılar tarafından kullanılan Bayley değerlendirme ölçeği, bilimsel birçok komisyon açısından da desteklenmektedir (62).

Bayley ve Bayley II ölçeklerinin analiz aşamaları “Mental Gelişim Ölçeği” (MGÖ) ve “Psikomotor Gelişim Ölçeğidir (PGÖ). Kısaca mental gelişim ölçeği, kognitif ve dil açısından gelişimin üzerinde dururken, psikomotor gelişim ölçeği kaba ve ince motor gelişimlerini analiz etmektedir. Mental gelişim ölçeği ve psikomotor gelişim ölçeği Bayley – Bayley II ölçeklerinin ana sınırlamalarıdır. Çünkü kognitif gelişim ve dil gelişimini birbirinden ayırmamaktadır. Bayley III ölçeğinde ise bu sınırlamalar revize edilmiştir. Bu revize ile kognitif, dil ve motor becerileri göstergelerine ait skor puanlamaları birbirinden ayrı şekilde hesaplanabilecek hale getirilmiştir. Bu sebeple Bayley II'nin güncellenmiş hali olan

Bayley III ölçeğinin sahip olduğu yapı gelişimde yaşanan aksaklıkların çok daha erken bir dönemde tespit edilmesi açısından çok daha yararlı bir test haline gelmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda daha riskli gruplarda erken dönem gelişiminin çok daha iyi kavranmasını sağlamakta ve klinik araştırmalar açısından çok daha anlamlı ve geçerli sonuçlar vermektedir (63).

Bayley III ölçeğinin öncelikli amacı, gelişim açısından gerilik gösteren çocukların anlaşılmasını ve uygulanacak girişim planı açısından bilgi oluşumunu sağlamaktadır. 1-42 ay aralığında yer alan çocukların gelişimlerinde yaşanacak gecikme olasılıkları tespit edilirken aynı zamanda gelecekte uygulanması gereken girişimlerin belirlenmesinde de uzmanlara yardımcı olmaktadır. Tüm bu nedenlerle Bayley II ölçeğinin revize edilmesi, ölçeğin çok daha kullanılabilir, geçerli ve güvenilir bir hale getirmiştir (64).

#### **2.4.5. The Test of Infant Motor Development (TIMP)**

32 hafta itibari ile doğumu gerçekleşmiş prematüre bebeklerden, 4 aylık bebeklere kadar ölçümü gerçekleştirilebilen bir testtir. Erken doğumu gerçekleşmiş bebeklerin duruş pozisyonlarında ve baş-gövde koordinasyonunda postüral ve selektif takibin ve kontrollerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Kafanın farklı pozisyonlar ile stabilize edilebilmesi, gövdenin pozisyonlara uygun şekilde düzenlenebilmesi, parmakların, ellerin, el ve ayak bileklerinin distal selektif kontrolünün sağlanması, kol – bacak hareketlerinin de aynı şekilde kontrollerinin yapılması bu test içeriğinde yer almaktadır. Test soruları spontane faaliyetlerin gözlemlenmesini içermekte ve “geçti” ya da “kaldı” skorlaması ile gerçekleştirilen 28 sorulu, standart formatta ise 31 sorulu bir içerikten meydana gelmektedir. Testin uygulama süresi yaklaşık 25-45 dakika aralığında gerçekleşmektedir. TIMP, norm referanslı ve güvenilirliği yüksek bir test çeşididir (65).

#### **2.4.6. Prechtl’s Assessment of General Movements (GMs)**

Erken dönem nörolojik gelişimle ilgilenen Prof. Dr. Heinz Prechtl, yenidoğanlarda erken dönemde spontan davranış ve hareketlerin önemli olduğunu belirtmiştir. Prechtl ve ark., yaptıkları çalışmada bebeklerin spontan hareketlerinin

kalitesinin (GMs) fetüsün veya yenidoğanın sinir sisteminin durumu hakkında bilgi verdiğini bulmuşlardır. Doğumu gerçekleşmemiş bebekleri, yeni doğumu gerçekleştirmiş bebekleri ve 5 aya kadar olan çocukların spontane hareketlerinin incelendiği kriter referansa sahip bir test türüdür Sırtüstü pozisyon gözlemleri ve spontane hareketlerin ayrıştırılması açısından da oldukça önemli bir değerlendirme içeriği sunmaktadır (66).

2013 yılında yapılan bir reviewde Serebral palsiyi öngörmede, ultrason, nörolojik muayene ve MR ile karşılaştırıldığında %91-98 oranında en yüksek tahmin etme seviyesine sahip olduğu gösterilmiştir. Ayrıca Serebral palsinin tipine ve şiddetine kadar tahmin etme özelliği vardır (67).

#### **2.4.7. Dubowitz Neurological Assessment**

1980 yılında Dubowitz tarafından term yenidoğanların ve preterm yenidoğanların düzeltilmiş yaşa göre yenidoğan bebeğin nörolojik değerlendirmesi için özenle seçilmiş bir dizi nörolojik ve nörodavranışsal öğeden oluşan bir yöntem geliştirilmiştir. Doğumdan sonraki 6-48 saat içinde uygulanabilir. Tüm muayene, ayrıntılı talimatlar ve diyagramlar da içeren tek bir kağıda doğrudan kaydedilir. Kas tonusu, tonus paternleri, refleksler, hareketler, anormal işaretler ve davranış gibi 6 farklı alanı içerisinde barındıran 34 maddeden oluşan bu test yenidoğan polikliniklerinde yaygın bir şekilde kullanılmakta ve norm referansına sahip bir test olarak kabul edilmektedir. Muayene, yenidoğan nörolojisinde özel bir eğitimi olmayan sağlık personeli tarafından da hızla uygulanabilir (68).

#### **2.4.8. Movement Assessment of Infants (MAI)**

MAI, genel hareketler literatüründe “General Movements” (GMs) olarak kullanılmakta ve beyinde meydana gelen hasarlar hakkında bilgi ortaya koyan bir hareket türüdür. Genel hareketler, izole kol ve bacak hareketlerinden önce meydana gelmektedir. Erken dönemde meydana gelen doğum ve doğum sonrasını takip eden 20 haftalık dönemde genel hareketler devam etmektedir. Genel hareketlerin incelenmesinde yararlanmak amacı ile video analizi yöntemi geliştirilmiştir. Bu analiz ile spontane motor becerileri gözlemlenmektedir. Genel hareket

değerlendirmesinde bebekler bağımsız bir şekilde hareket edebildikleri için bebekler bu analiz sırasında rahatsızlık duymazlar. Bu nedenle gerçekleştirilmesi de oldukça basit ve aynı zamanda maliyeti düşük, hızlı ve güvenilirliği yüksek bir analiz türüdür (69).

Doğum itibari ile 1 yıl içerisindeki bebeklerin motor becerilerindeki fonksiyon bozukluklarının teşhis ve tedavi sürecini meydana getirmeyi amaçlayan bir araç olarak kabul edilmektedir. Kas duruşu, refleks, reaksiyonlar ve istemli hareketler olmak üzere toplamda dört alanı incelemek amacıyla 65 maddeden oluşan bir araçtır. Aynı zamanda kriter referansına sahip bir test türüdür. Test içerisindeki maddelerin her birine 0-4 yada 0-6 arasında skorlama yapılmaktadır. Çocukların gelişim dönemlerinde kendileri tarafından özgürce gerçekleştirilen temel duruşları ve davranışlarının niteliğinin ve yeterliliğinin ölçülmesi amaçlanmaktadır. Hassasiyet açısından yaşı 4-8 ay arasında olan bebeklere uygulanabilmektedir (69).

#### **2.4.9. Infant Motor Profile (IMP)**

3-18 ay arasında yer alan bebeklerin spontane hareketlerinin incelenmesi temeline dayanan bir analiz türüdür. 15 dakikalık bebeğin video ile gözlemlendiği bu analizde, bebeğin duruş pozisyonları, uzanma ve kavrama hareketleri incelenmektedir. Hareketlerin yalnızca başarı ile yapılıp yapılamadığı değil hangi oranda başarılılabildiği de bu analiz türünde önem taşımaktadır. Bu analiz türünde 80 maddede hareketlerin çeşitlilik, seçebilme kabiliyeti, simetri, akışkanlık, performans olmak üzere 5 alanı değerlendirilmektedir. Bu analiz yöntemindeki test de norm referansına sahip, geçerli ve güvenilir olan bir test türüdür. (70).

#### **2.4.10. The Peabody Developmental Motor Scales-2 (PDMS-2)**

PDMS-2 ile amaçlanan 0-5 yaş arasındaki çocukların hem kaba hem de ince motor becerilerinin değerlendirilmesidir. Kaba motor becerileri; refleksler, denge, lokomotor olan ya da olmayan hareketlerin değerlendirilmesini içermektedir. İnce motor becerileri ise; kavrama, tutma, el fonksiyonlarının yerine getirilebilmesi, el ve göz arasındaki koordinasyonun sağlanmasını içermektedir. Uygulama olarak 45-60

dakika arasında sürmekte olan bu test aynı zamanda norm referansına sahip ve güvenilirliği yüksek olan bir test türüdür (71).

#### **2.4.11. The Harris Infant Neuromotor Test (HINT)**

Risk etmenlerini taşıyan bebeklerin motor becerilerinin geriliği ve bilişsel gelişim bozuklukları değerlendirilmekte ve yoğunlukla 3-12 ay aralığındaki bebeklerde uygulanmaktadır. Genel bilgi, bakım sağlayanın düşünceleri, 21 maddeden meydana gelen test bölümü ve klinisyenin gözlemi sonucu objektif yorumundan oluşan toplam 4 ana kısmın meydana getirdiği bir testtir. Yaklaşık 15 – 30 dakika aralığında gerçekleşmektedir. Geçerliliği ve güvenilirliği yüksek olan bir test türüdür. (72).

#### **2.4.12. Milani-Compaxetti Motor Development Screening Test**

Motor becerilerinin reflekslerle koordinasyonunu değerlendiren bir araçtır. Testi gerçekleştiren birey çocuğu belirli yanıtları verebilmesi adına bedensel bir manipülasyon oluşturmaktadır. Beklenen cevaplar refleks yada reaksiyon açısından var veya yok şeklindedir. Testin uygulama süresi ortalama 4-8 dakika aralığındadır. Kriter referansı baz alınan güvenilirliği yüksek bir test olarak kabul edilmektedir (73).

### **2.5. Riskli bebeklerde Erken Müdahale Kavramı ve Ailenin Önemi**

Bebeklerin doğumun gerçekleşmesi itibari ile iki yıl içerisinde gerçekleşen gelişim eksikliklerini gidermek, fonksiyonel bozuklukların önüne geçmek amacıyla gerçekleştirilen fizyoterapi ve rehabilitasyon süreçleri erken rehabilitasyon uygulamaları olarak tanımlanmaktadır. Doğumdan sonraki bir yıl içerisinde beyin fonksiyonlarının gelişimi oldukça hızlıdır. Gerçekleştirilen araştırmalarda özellikle doğum sonrası 6 aylık süreç içerisinde plastisite kabiliyetinin çok yüksek olduğu gözlemlenmektedir (62).

Beyinde gerçekleşen plastisite kabiliyetinin gelişimi bebeğin hayatındaki ilk bir yılın öğrenim, eğitim ve gelişim açısından çok önemli olduğu belirtilmektedir. İlk bir yıl içerisinde bebeklerdeki öğrenme ve gelişme hızı da oldukça yüksektir. Fakat

bunun yanında bebeklerde bu dönemlerde merkezi sinir sistemi çevresel risklere de oldukça açık bir durumdadır. Erken rehabilitasyon uygulamaları kuvöz içinde de olmak üzere ilk 6 ay içerisinde başlamaktadır (74). Bu uygulamalar, bebeğe özel pozisyonların, tutuş tekniklerinin öğretilmesini, dinamik aktiviteleri ve normal kas tonusunu açığa çıkarıcı hareketleri içeren yaklaşımlardan meydana gelir. Hareketlerin belli bir paternde sürekli tekrarı ile normal “duyu-algı-motor” hareket algısı kazandırma hedeflenir (75). Bu uygulamalar ile amaçlanan bebeklerin içinde buldukları hızlı ve yüksek öğrenme dönemleri sayesinde yararının da en üst seviyede gözlemlenmesidir. Böylelikle çocuğun hayatının ileriki dönemlerinde karşılaşılabilecek çeşitli motor ve duyasal bozuklukların veya aksaklıkların ekarte edilebilmesi sağlanacaktır. Erken dönemde gerçekleştirilen bu uygulamalar riskli doğan bebeklerin yoğun bakımda kaldıkları süreçte başlayabildiği gibi, hastaneden taburcu olmasından sonra ortaya çıkan problemlerden sonrada başlayabilmektedir. Gerçekleştirilen çalışmalar fizyoterapi seansları, günümüzde ailelerin de aktif olarak katılım sağladığı seanslara dönüşmüştür. Ailelerin bu uygulamalarda aktif olarak bulunması aile ve bebek arasındaki hem iletişimi hem de etkileşimi güçlendirmektedir. Aynı zamanda bebeklerin motor ve kognitif becerilerinin de gelişim gösterdiği savunulmaktadır (74).

Bebekler, erişkin bireylerden farklı bedensel ve davranışsal yapıları bulunmaktadır. Büyüme ve gelişim sürecinde olmaları, motor becerilerinin kendi ihtiyaçlarını henüz gidermek açısından yeterli olmaması ve bu nedenle temel ihtiyaçlarını tek başlarına karşılayamamaları sebebi ile bir yetişkin tarafından gerçekleştirilecek bakıma muhtaçlardır (76). Bu nedenle gerçekleştirilen birçok araştırma bebek bakımına ebeveynlerin her ikisinin de katılımın önemli olduğunu vurgulamaktadır (77).

20. yüzyılın ortalarına kadar olan süreçte çocuk ve bebeklere verilen sağlık hizmetlerinde tedaviye odaklanılmış ve sağlık personellerinin bu süreçte her şeyin en iyisini bildikleri vurgulanmıştır. Bu nedenle aile tedavi sürecinde hep ikinci plana atılmıştır (78). Çocuk hastanede ailesinden uzak kalarak tedavisini sürdürmek durumunda kalırdı ve dolayısıyla tüm temel ihtiyaçları bir yabancı tarafından karşılanmaktaydı. Ebeveynler çocuklarının taburcu olmasını beklerdi (79). Bu süreçte özellikle ebeveynlerden anne ile çocuğun ayrı kalmasının çocukta yarattığı

negatif etkiler 1950 li yıllarda tespit edilmeye başlanmıştır. Ebeveynlerin çocukların bakım sürecine katılmaları gerektiği savunulmuş ve uygulanan tedavi işlemlerinin sorgulanabilmesini ve süreç ile ilgili ebeveynlerin bilgi sahibi olabilmesinin yoluna açılmıştır. Tedaviye odaklanmış sağlık anlayışı yerini koruyucu sağlık hizmetlerinin alması gerektiğinin altı çizilmiştir. Hastalıkların gelişiminin önlenmesinin çok daha önemli olması gerektiği vurgulanmış ve sonraki dönemlerde bu anlayış benimsenmeye başlanmıştır. Ebeveyn merkezli bir bakım anlayışının da bu dönemde zemini hazırlanmıştır (80).

Ebeveynlerin merkezde tutulduğu bir bakım anlayışı, çocuğun gelişim ve büyüme sürecinde ailenin ne kadar etkili olduğunu da gözler önüne sermektedir. Böylelikle çocuk açısından da ailenin önemi fark edilmekte, aile kavramına duyulan saygı arttırılmaktadır (77). Özellikle 1980 li yıllarda ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişkiye odaklanılmıştır. Ebeveynlerin çocukların bakım sürecine katılımları zorunluluk haline getirilmiş ve katılımlarının önemi üzerinde durulmuştur (81).

Bugün bakım ve tedavi uygulanması gereken çocuklarda ebeveynlerin 24 saat hastanede çocukları ile kalmaları, doktorları ile görüşebilmeleri ve bilgi alabilmeleri açısından çeşitli düzenlemeler gerçekleştirilmiş ve ebeveyn katımlı tedavi süreçleri desteklenmiştir (82).

## **2.6. Ailenin Bakıma Katılımı**

Ebeveynlerin hasta bebek bakımına katılması kavramı ile açıklanmak istenen; ebeveynlerin sağlık hizmeti sağlayıcıları ile işbirliği içerisinde olmaları ve koordineli bir şekilde hareket etmeleridir (83).

Literatürde ilk kez 1987 li yıllarda aile/ebeveynin ortamda bulunması ifadesi kullanılmıştır. Bu ifade, ebeveynlerin çeşitli girişimsel yada acılı/ağrılı işlemlerde çocuklarına psikolojik destek verebilmeleri açısından çocuklarına yakın bir konumda bulunmaları, çocuğun bakımının gerçekleştirildiği klinikte ailenin bulunması, çocuğu ile karşılıklı birbirlerini görebilecekleri bir yerde bulunması gibi birçok anlamı barındırmaktadır (84). Kanguru anne bakımı, bebeğin anne ile aralıklı olarak cilde temas etmesi ve özel emzirmeyi içerir. Kanguru anne bakımı bebek ve anne arasındaki etkileşimi arttırırken; bebeğin pozisyonuyla proprioseptif stimülasyon

emzirme yoluyla koku alma ve oromotor stimülasyonu ve maternal ses ile işitme stimülasyonu sağlanır (85).

Çocukların dünyaya gelişi itibariyle çoğunlukla hayatları boyunca onların yanında yer alacak ve bakımlarını istekli bir şekilde yerine getirecek bireyler şüphesiz ki aile fertleridir. Ebeveynlerin gerek toplumsal gerekse bireysel sebeplerden ötürü çocuklarının bakımına katılma hakları bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda ebeveynlerin çocuklarını her ne kadar sağlık profesyoneli de olsa bir yabancı yanında tek başına ve savunmasız bir şekilde bırakmayı doğru bulmadıklarını tespit etmiştir. Hasta çocukların haklarına sahip çıkılabilmesi ve yapılacak işlemlerin yasal kapsamda bilgilendirmenin aydınlatılmış onam belgesi ile yapılması ve uygulamaları ailelerin onaylayabilmesi açısından ebeveyn katılımı oldukça önemlidir (86).

Çocuk bakımından esas olarak sorumlu olan bireyler ebeveynlerdir. Fakat karşılaşılan sağlık sorunları açısından bilgi, eğitim, tecrübe ve donanım nedeni ile sağlık uzmanlarından destek alınması gerekmekte, ebeveynler bu konularda yetersiz kalmaktadır. Sağlık uzmanları ile ebeveynlerin bu kapsamda işbirliği içerisinde olması ve ortaklaşa hareket etmesi çok önemlidir. Sağlık uzmanlarının hasta çocuğun tedavi sürecinde yer alması yanında ebeveynin ortamda bulunmadığı durumlarda çocukların bakım süreçlerinde yer almalı, aileleri de çocuğun bakımında gerekli olan kriterler konusunda bilgilendirmelidir. Bu süreçte ebeveyn ve sağlık uzmanları arasındaki iletişim de çok önemlidir. Bilgilerin birbirlerine açık ve anlaşılır şekilde aktarılması arada gerçekleşecek iletişim sıkıntısını da ortadan kaldırmaktadır. Ebeveyn ve sağlık çalışanı arasında kurulan olumlu ilişkiler, başta ilgili çocuğun sağlığını ve bakımını pozitif yönde etkilerken, genel anlamda çocuk sağlığı ile ilgili programların geliştirilmesinde ve gerekli politikaların oluşturulmasında da oldukça önemlidir (87).

Ebeveynlerin çocukları ile ilgili farkındalıklarının olması ve çocuk bakımında kendilerini geliştirmeleri, hastaneye yatışı gerçekleşen çocuğa özel kişisel ve gelişmiş bir bakım hizmetinin sağlanmasına katkı sağlamaktadır. Ebeveynlerin hasta çocuklarının bakımında yer almaları, çocuğun hem psikolojisini hem de bedensel sağlığını da pozitif yönde etkilemektedir. Ebeveynin bakıma katılımının olumlu

sonuçları arasında çocuğun ağrısının azalması, uyku sürecinin düzelmesi, postoperatif süreçlerden olumlu sonuçların alınması, daha erken iyileşmenin olması, çocuğun erken taburcu olması gibi durumlar yer almaktadır (88).

Çocuğunun hastanede yanında olmak ebeveynler açısından da önem arz etmektedir. Bu süreç ebeveynler içinde oldukça sıkıntılı ve korkulu bir süreçtir. Bu süreçte çocuklarının yanında bulunabilen ebeveynlerde korku azalmakta ve psikolojik açıdan bir rahatlama gözlemlenmektedir. Ebeveynlerin psikolojik açıdan iyi hissetmesi ve anksiyetenin azalması çocuğa da yansımakta ve çocuktaki stres durumunda da düşüş görülmektedir. Bu süreç aynı zamanda ebeveynler açısından da oldukça öğretici ve eğitici. Sağlık çalışanları ile ebeveynler arasında kurulan sağlıklı bir iletişim, meydana gelecek gerginliklerin önüne geçmekte, karşılıklı güven duygusu oluşturmaktadır (76).

Ebeveynin ve diğer aile üyelerinin çocuğa verilen bakımdan memnuniyetleri artar. Ebeveynin bakıma katılımının sağlanmasında sağlık profesyonellerinin üstlendiği farklı mesleki rol ve sorumluluklar, sağlık profesyonellerinin mesleğe bağlılıkları ile iş doyumlarında artmaya yol açar. Ayrıca ebeveynin bakıma katılımı, iş yükünü azaltır ve çocuğun bakımının devamlılığını sağlar (89).

Yapılan araştırmada ebeveynlerinin çocuğu ile hastanede kalabilme durumuna göre çocuk hastaların kliniğe yatışına karar verildiği belirtilmiştir. Aynı araştırmada, çocuğu ile birlikte kalan ve bakıma katılan ebeveynler “iyi ebeveyn”, bakıma katılmayan ebeveynler ise “problemlili ebeveyn” olarak adlandırıldığı bulunmuştur (90).

Mangurten ve ark. acil serviste çocuğu izlenen ebeveynin ortamda bulunmasının gerekli olduğunu ifade eden sağlık profesyonellerinin %70’i “doktorun izin vermesi, ebeveyn için uygun olması ve ebeveynin bakımı engellememesi” şartlarının sağlanmasını ön koşul olarak belirtmiştir. Aynı araştırmada; sağlık profesyonellerinin %30’u ebeveynin ortamda bulunması için herhangi bir şart aramadığı belirlenmiştir (91). Bir başka araştırmada çocuğu YYBÜ de (Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi) yatan ebeveynin bakıma katılımı “çocuğu ile oturma, elini tutma, onu görme, onunla konuşma, onu sevdiğini söyleme” gibi durumlar olduğu ve

bu uygulamaların çocukları bilinçsiz bile olsa ebeveynde çocuklarını rahatlatabileceğini hissettirdiği bulunmuştur (86).

## **2.7. Riskli Bebeklerin Ebeveynlerinde Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi, aile ortamı, iş çevresi ve özellikle sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik koşullarını barındırmakta ve bireyin hayattan beklentisinin, amaçlarının, ümitlerinin gerçek hayatta elde edilip edilememesini ifade etmektedir (92). DSÖ tarafından yaşam kalitesi, bireylerin şahsi durumları, beklentileri, belirledikleri standartları, amaçları ve bireylerin hobileri kapsamında hayat biçimlerini algılamaları olarak açıklanmaktadır (13).

Yaşam kalitesini etkileyen olumlu ve olumsuz etmenler bulunmaktadır. Yaşam kalitesinin olumlu olmasından bahsedebilmek için, stresin ve endişenin olmadığı, kişinin kendini güvende hissettiği, barınma, beslenme, giyinme gibi temel ihtiyaçlarının maddi açıdan rahatlıkla karşılandığı, sosyal çevresinin olması ve bu çevre ile güçlü bağlarının olması, kişinin çevresinde sevilip sayılması, akli dengesinin, akıl ve ruh sağlığının yerinde olduğu, kişinin günlük hayatında veya kritik dönemlerinde mantıklı kararlar verebildiği, yaşayacağı olumsuz durumlarda yanında onu maddi manevi destekleyecek ebeveynlerinin yada yakın arkadaşlarının olduğu bir yaşam alanının olması gerekmektedir (93).

Yaşam kalitesinin etkileyen unsurlar arasında cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve gelir seviyesi, sosyo-kültürel çevre, sağlık, iş yaşamı gösterilebilmektedir (94).

Günümüzde sadece hastalık belirtilerinin önüne geçilmesi değil, aynı zamanda sağlıklı bir bireyden bahsedebilmek için kişilerin yaşam kalitesi seviyelerinin de yükseltilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Yaşam kalitesini tanımlamak ve ölçmek zordur. Aynı toplumda bile yaşam kalitesinin ne olduğunu bireylere ve alt kültüre bakarak belirlemek mümkün değildir. Çünkü bireylere ve alt kültüre göre yaşam kalitesi farklılık gösterir. Yaşam kalitesi, küreselleşme ile birlikte gelişen ve modernleşmeye evrilen dünya ile beraber sürekli değişim gösteren bir kavramdır. Kavramın içerisine giren faktörler günden güne bu nedenle değişim göstermektedir. Ekonomik açıdan iyileşme gösterilmesi, teknolojik gelişmelerin her

geçen gün artması ile birlikte yalnızca finansal zenginlik yaşam kalitesinin göstergesi olmaktan çıkmıştır. Siyasi, sosyo-kültürel, ruhsal, bedensel, lokasyonel birçok etmen de kişilerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında gösterilmektedir. Kişilerin yaşam kalitesi çeşitli ölçekler uygulanarak puanlandırılmakta ve değerlendirilmektedir. Uygulanılan bu ölçekler fiziksel işlevi, sosyal işlevi, fiziksel rol işlevi, duygusal işlevi, mental sağlık hâli, enerji (canlılık) hâli, yorgunluk hâli, ağrı hâli, genel sağlık algısı gibi konularda yaşam kalitesini değerlendirmektedir (95).

Riskli bebekler genellikle kronik sorunlara sahiptir ve bebeğin bakımı uzun vadeli olabilmektedir. Bu durum da çocuğun bakımında aktif rol oynayan annelerin çeşitli problemler yaşamalarına neden olmaktadır (96). Gelişim açısından gerilik gösteren bir çocuğa sahip olan annelerin stres düzeyleri ve uyku problemlerinin değerlendirildiği çalışmada, gelişim açısından gerilik gösteren bir çocuğa sahip annelerin çok daha fazla strese sahip oldukları, uyku sorunları yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin etkilendiği tespit edilmiştir (97).

## **2.8. Riskli Bebeklerin Ebeveynlerinde Depresyon**

Depresyon kavramı en geniş anlamı ile kişinin yaşamdan duyduğu keyfin azalması, yaşama isteğinin olmaması, yine kişinin kendini büyük bir boşluk ve hüznün içerisinde hissetmesi, geleceğinden kaygılanması, karamsar olması, geçmişe yönelik pişmanlık yaşaması, suçluluk duygusu hissetmesi, ölüm düşüncesi ile intihar girişiminde bulunması, uyku ve özellikle beslenme açısından ciddi problemler yaşaması ile gözlemlenen psikolojik bir rahatsızlıktır (98).

Dünya genelinde depresyon semptomları gözlemlenen ve yaşamına bu şekilde devam eden 322 milyon kişi bulunmaktadır. 2015 senesinde küresel yapılan bir araştırmada depresyon seviyesinin % 4.4 oranında olduğu tespit edilmiştir. Depresyon rahatsızlığına kadınlarda erkeklere göre daha sık rastlanmaktadır (99).

Tüm Dünya'da 2020 yılında, en önemli ikinci yetiyitimi nedeninin depresyon olacağı kabul edilmektedir (100). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da en fazla yetiyitimi yaratan hastalığın, depresif hastalık olduğu saptanmıştır (101).

Gelişim açısından risk taşıyan bebeklerin aile içine katılması ile birlikte ebeveynlerde stres, endişe gibi belirtiler gözlemlenmektedir. Aynı zamanda psikolojik, ekonomik, bedensel ve sosyal yaşam konusunda da endişeler yaşanmaktadır. Duyulan bu endişelerin giderilme sürecinde çoğu kez ebeveynler kendilerini yetersiz hissetmekte ve bu nedenle hem kendilerini hem de çocuklarını dış ortamdaki izole ederek yaşamlarını sürdürmektedir. Yapılan araştırmada, risk grubunda olan bir bebeğe sahip ailenin psikolojik ve duygusal açıdan çok daha fazla sorunla karşılaştığı ve depresyona daha çok eğilimli oldukları gözlemlenmiştir (102).

### **2.9. Riskli Bebeklerin Ebeveynlerinde Kaygı (Anksiyete)**

Kaygı diğer bir ifadeyle anksiyete kişilerde zihinsel hastalık olarak ortaya çıkan bir hastalık belirtisidir ve kaygının kişiler üzerinde zihinsel ve fiziksel etkileri görülmektedir. Bu etkiler arasında psikolojik rahatsızlıklarla birlikte dikkat dağınıklığı, gürültüden rahatsız olma, sürekli hareket halinde olma, tedirginlik halinde olma, algılama problemleri, kalp bölgesinde daralma, zihinsel bozukluklar şeklinde ortaya çıkabilmektedir (103).

Aynı zamanda kaygı kişiler tarafından hissedilen korkuya neden olabilecek stres yaratan gerginlik durumu şeklinde de ifade edilmektedir. Spielberger'e göre ise kaygı "Stres yaratan durumların oluşturduğu üzüntü, algılama ve gerginlik gibi hoş olmayan duygusal ve gözlemlenebilir tepkiler" şeklinde ifade edilmektedir (104). Başka bir ifadeyle, bir kişinin kaygı durumu ilk olarak anne karnından dış dünyaya gelmesiyle ortaya çıktığını ve kişinin hayatındaki kaygıların kök nedeninin doğum anındaki sarsıntının olması ve bu süreçteki anneden ayrılmanın ayrılık kaygısına neden olduğunu ve yaşamındaki kaygıların da bu dönemden etkilendiğini böylece kaygı durumunun tekrarlandığına değinmiştir (105).

Normal zamanında sağlıklı bir şekilde doğumu gerçekleştiren ve herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan bebekler ebeveynler tarafından coşku ve neşe ile karşılanmaktadır. Riskli bir bebeğin dünyaya gelmesinde ise ebeveynler endişe duymaktadır (106). Özellikle psikolojik açıdan olumsuz etkilenen ebeveynler yaşadıkları bu duruma uyum sağlamaya çalışırken aynı zamanda ne yapacaklarını

bilemedikleri için de stres yaşamaktadır. Hem mevcut durum hem de geleceğe yönelik düşünceler açısından kaygılanan ailelerde psikolojik açıdan durum giderek kötüleşmektedir (107).

Riskli çocuğa sahip ailelere yönelik gerçekleştirilen araştırmalarda özellikle annenin çocuk bakımında aktif rol olması, birebir ilgi göstermesi onların çok daha endişeli ve stresli olmasına neden olmaktadır. Sağlıklı çocuklara sahip aileler ve riskli çocuğa sahip ailelerin karşılaştırılmalı olarak gerçekleştirilen araştırmalarda yine riskli çocuğa sahip annelerin kaygı seviyelerinin sağlıklı çocuğa sahip annelere göre çok daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (108).



## **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi hastanesi ve Afyonkarahisar Devlet Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilen yenidoğan ve ebeveynlerine yönelik, bebeğin nörolojik etkilenim seviyesine göre ebeveynlerin kaygı düzeyleri, yaşam kalitesi, depresyon ve tedaviye-bilgilendirmeye katılım düzeylerinin incelenmesi amacıyla planlanan kesitsel tipte bir araştırmadır.

### **3.2. Veri Toplamada Kullanılan Araç ve Gereçler**

#### **3.2.1. Demografik Bilgiler**

Ailelerin sosyoekonomik düzeylerini belirlemek amacıyla annelere anket uygulandı. Ankette anne ve babanın yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyleri, meslekleri, gelir durumu ek olarak annenin sağlık durumunu, prenatal ve obstetrik öyküsünü ayrıca riskli bebek kavramı hakkında bilgisi olup olmadığını içeren sorular yer almaktaydı (EK 1).

Bebeklere ait gestasyon yaşı, doğum kilosu, doğum boyu, baş çevresi, 1. ve 5. Dakikadaki apgar skoru, klinik tanısı, beslenme şekli, anormal reflekslerin varlığı, yardımcı solunum cihazına ihtiyaç durumu, kas tonusu, epileptik nöbet varlığı, doğum sırasında yaşadığı sorun ve yapılan müdahaleler gibi bilgiler hastane dosyalarından alınmıştır.

#### **3.2.2. Kullanılan Değerlendirme Bataryaları**

Bebeklerin nörolojik etkilenimini belirlemek için; doğumdan 6-48 saat sonra Dubowitz Nörolojik Muayene yöntemi ek olarak klinik tanı, apgar skoru not edilip refleksler ve kas tonusu değerlendirilmiştir (EK 2). Ağrı varlığını değerlendirmek için 10. günde NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) Yenidoğan ağrı ölçeği kullanılmıştır (EK 3). Karşılaştırılabilir sonuçlar elde etmek için, tüm bebekler beslenme saati, uyku ve irritabilite durumlarına dikkat edilerek mümkün olduğunca aynı şartlarda test edildi. Değerlendirmeler yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

Annelerin bakıma katılımını değerlendirmek için Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anneler İçin Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği (EK 4), depresyon varlığını değerlendirmek için Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) (EK 5), yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 (Short Form-36) (EK 6), Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini değerlendirmek için Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (EK 7) kullanılmıştır. Değerlendirmeler bebek 10 günlükken ve taburcu olurken yapıldı ve yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

### **3.2.2.1. Dubowitz Nörolojik Muayene (Dubowitz Neurological Examination)**

Dubowitz Nörolojik Muayene 1981 yılında Dubowitz tarafından geliştirilmiş olup, preterm ve term yenidoğan bebeklerin nörolojik olarak değerlendirilmesini sağlayan araçtır. Test bebeğin nörolojik fonksiyonunun çeşitli yönlerini ele alarak nörolojik problemin varlığını veya nörolojik probleme eğilimi olup olmadığını saptar (109).

Nörogörüntüleme yöntemleri nörolojik problemler açısından risk altındaki yenidoğanların değerlendirilmesinde giderek daha fazla kullanılıyor olsa da, klinik nörolojik muayenenin yeri daha önemlidir. Klinik muayene, daha sonraki nörogelişimsel problemler için risk altındaki çocukları belirlemek için düşük maliyetli, invaziv olmayan, güvenilir bir yöntemdir (68). Yapılan çalışmalar Dubowitz Nörolojik Değerlendirmesi'nin, perinatal risk derecelendirmesi ve beyin ultrasonografisi bulguları ile korele olduğunu göstermiştir (109).

Dubowitz Nörolojik Muayene kas tonusu, ton paternleri, refleksler, hareketler, anormal işaretler ve davranış olmak üzere 6 kategoriye bölünmüş 34 maddeden oluşmaktadır (109). Testte yer alan talimatlar takip edilerek, deneyimsiz kişiler tarafından bile muayene kolaylıkla gerçekleştirilebilir ve yorumlayıcılar arası güvenilirlik %96'nın üzerindedir (110,111).

Dubowitz Nörolojik Muayenede motor sistemi değerlendirmek için yönlendirilmiş kuvvet testi yerine postür, tonus, derin tendon refleks değerlendirmeleri kullanılır. Yenidoğanda duyu muayenesi zor olabilir, ancak gövde ve ekstremitelerde dereceli stimülasyona yanıt değerlendirilir. Ayrıca yenidoğanın

yürüme veya koordinasyon açısından değerlendirilmesi gereken amaçlı hareketleri olmasa da, spontan hareketler (generalised movements) gözlemlenir ve primitif reflekslerin değerlendirilir (112).

Her bir maddede nicel bir tahmin elde edebilmek için, tüm popülasyonun ham puanların dağılımı çizilmiş ve kesme noktaları olarak 5. ve 10. yüzdellik dilimler kullanılmıştır. Skorlama da 10. yüzdeliğin üzerine düşen bir maddeye 1 puan, 5. ve 10. yüzdellik arasında 0.5 puan ve 5. yüzdeliğin altına 0 puan verilmiştir. Test için verilebilecek toplam puan 0 ile 34 arasında değişmektedir. Değerlendirilen bebeklerin %95'inden fazlasında 30.5 ile 34 arasındaki puanlar bulunmuş ve optimal olarak kabul edilmiş 30.5'in altındaki puanlar ise yetersiz olarak kabul edilmiştir (113).

### **3.2.2.2. Yenidoğan Bebek Ağrı Ölçeği (NIPS-Neonatal Infant Pain Scale)**

Yenidoğan ağrı ölçeği Lawrence ve ark. tarafından 1993 yılında geliştirilip geçerlilik ve güvenilirliği sağlanmış 1999 yılında ise Akdovan ve Çiğdem tarafından Türkçe diline uyarlanmıştır (114,115).

NIPS yenidoğanın ağrıya ya da sıkıntıya karşı verdiği fizyolojik ve davranışsal tepkileri değerlendirir. 6 Maddeden oluşur. Ölçekte fizyolojik ve davranışsal belirtiler yer alır. Fizyolojik indikatör solunum şeklidir ve 0,1 puan alabilir. Davranışsal belirtilerden ağlama 0,1,2 puan; yüz ifadesi, kollar-bacaklar ve uyanıklık hali ise 0,1 puan alabilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan '0' ağrı yokluğunu 3' ten yüksek puan ağrının varlığını ifade ederken en yüksek puan '7' ise şiddetli ağrı olarak değerlendirilir (114,115).

### **3.2.2.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anneler İçin Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği**

Ölçek, annelerin bebeklerinin yoğun bakımda kalma süreleri boyunca bakımına katılımını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte, geçerlilik analizi yapılmadan önce annelerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerinin bakım ihtiyaçlarına dayalı ve anneler tarafından verilebilecek temel bakım becerilerini içeren 23 madde bulunmaktaydı. Yapılan madde analizi sonrası,

14, 20, 21 ve 23. maddelerin ayırt edicilik gücünün düşük olduğu kabul edilerek ölçekten çıkarılmış böylece ölçekte bulunan madde sayısı 19 olarak belirlenmiştir.

Ölçekte annelerin yaptığı bazı bakım uygulamaları yer almaktadır. Anne bebeğine maddede yer alan bakımı veriyorsa “Evet” vermiyorsa “Hayır” yanıtı işaretlenir. Verilen her “Evet” cevabı 1 puan, verilen her “Hayır” cevabı ise 0 puandır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 19 minimum puan ise 0’dır. Alınan toplam puanın artması bakıma katılımın arttığını göstermektedir (116).

#### **3.3.2.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS)**

Edinburgh Doğum sonrası depresyon ölçeği 1987 yılında Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği 1997 yılında Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Engindeniz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,79 bulunmuş kesme puanı ise 12/13 alınmıştır (117).

Edinburgh Doğum sonrası depresyon ölçeği depresyon tanısı koymaya yönelik bir ölçek olmayıp, kadınların postpartum dönemde oluşabilecek depresyon riskini belirlemeye yöneliktir. Toplamda 10 soru içeren dörtlü likert tipi ölçektir. Her maddeye verilebilecek puan 0 ile 3 arasında bir değer alır. Puanlamada 1., 2., ve 4. maddeler 0,1,2,3 olarak puanlanırken, geriye kalan maddeler 3,2,1,0 şeklinde, tersine puanlanır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 30 minimum puan ise 0 dır. Belirtilen kesme değerine göre 12 ve altındaysa kişi risksiz grupta yer alır, 13 ve üstünde ise doğum sonrası depresyon açısından riskli olarak değerlendirilir (117).

#### **3.3.2.5. Kısa Form 36 (Short Form 36 – SF 36)**

Yaşam kalitesini değerlendiren SF-36, 1992 yılında Rand Corporation tarafından geliştirilmiştir (118). Ölçeğin ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları 1999 yılında Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır (119). Ölçek yaşam kalitesini 8 boyutta değerlendiren 36 maddeden oluşmaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), zihinsel sağlık (5

madde), enerji/canlılık (4 madde), vücut ağrısı (2 madde) ve genel sağlık algısı (5 madde) (118).

Değerlendirmede kişi son dört hafta içindeki durumunu göz önüne alır. Ölçekte 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanırken diğer maddeler üçlü-altılı likert tipindedir. Ölçek toplamda tek bir puan vermez, her alt ölçek kendi içinde puanlandırılır. Her bir alt ölçekten alınabilecek maksimum puan 100 minimum puan ise 0'dır. 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu göstermektedir. Alınan puan yükseldikçe yaşam kalitesi iyi şeklinde yorumlama yapılmaktadır. (120).

### **3.3.2.6. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri**

Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup 1985 yılında Öner ve Le Compte tarafından Türkçe diline uyarlanıp geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (121,122).

Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerini değerlendiren likert tipi her biri 20 şer soruluk iki ayrı ölçekten oluşur.

Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri dört derecelik bir ölçektir. Durumluk kaygı ölçeğinin maddeleri 1) Hiç, 2) Biraz, 3) Çok ve 4) Tamamıyla yanıtlarından oluşur. 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler tersine dönmüştür. Sürekli kaygı ölçeğinin maddeleri 1) Hemen hiçbir zaman, 2) Bazen, 3) Çok zaman ve 4) Hemen her zaman yanıtlarından meydana gelir. 21,26,27,30,33,36 ve 39. maddeler tersine dönmüştür. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Tersine dönmüş ifadeler toplam kaygı puanını azaltır (123).

Her iki ölçekten elde edilebilecek puan 20-80 arasındadır. Hesaplama doğrudan ifadelerin ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam puanları bulunur. Doğrudan ifadelerden elde edilen toplam puandan tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılır. Durumluk Kaygı ölçeği için 50 puan, sürekli kaygı ölçeği için 35 puan eklenir. Elde edilen değer bireyin kaygı puanı olarak değerlendirilir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin anksiyetesi artmaktadır (124).

### **3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi hastanesi ve Afyonkarahisar Devlet Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 15 Ekim 2020-15 Haziran 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi hastanesi ve Afyonkarahisar Devlet hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde en az 10 gündür yatan araştırmaya katılmayı kabul eden 40 ebeveyn ve bebeği çalışmaya dahil edilmiştir.

#### **Dahil edilme kriterleri:**

1. Nörogelişimsel olarak riskli bebek tanısı alan bebekler.
2. 37 ile 40. gestasyonel hafta aralığında doğan bebekler.
3. 2500 gr altında doğmuş bebekler.
4. Doğumundan itibaren en az 10 gündür yoğun bakımda bulunan bebekler.

#### **Dışlanma kriterleri:**

1. Çalışmayı kabul etmeyen ailelerin bebekleri.
2. Konjenital anormalisi olan bebekler.

### **3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi**

Çalışmanın verileri belirtilen hastanelerde yüzyüze görüşme ve muayene yöntemiyle Ekim 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

### **3.6. Verilerin analizi ve değerlendirme teknikleri**

Araştırmaya katılan ebeveyn ve bebeklere ait; demografik veriler frekans analizi uygulanarak “n” ve “%” olarak tablolarda verilmiştir. İlk bölümde bebeklere ilişkin gestasyon yaşı, apgar skorları, baş, boy çevresi ve doğum kilosuna gibi bazı veriler ortalama ve standart sapmaları ile birlikte sunulmuştur.

İkinci bölümde, doğum sonrası depresyon, bakıma katılım, yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin bazı demografik verilere göre farklılık gösterip göstermediği anlamlılık testleri ile analiz edilmiştir. Hangi analizin kullanılacağına karar vermeden önce, öncelikle verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogrov Smirnov ve Shapiro-wilk sınamaları ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan verilerin; analizi için ikili karşılaştırmalarda Bağımsız Örneklem t testi (Independent Samples t test), iki veya daha fazla değişkenin karşılaştırılmasında ise; One-way Anova uygulanmıştır. Post-hoc analizde ise; Levene testine göre homojen veriler Tukey HSD, homojen olmayan gruplar ise Games Howell testi ile analiz edilmiştir.

Üçüncü bölümde; ebeveynlere uygulanan ölçeklerin 10. Gün ve taburculuk günleri arasındaki farkları Bağımlı Örneklem t testi (Paired Samples t test) ile değerlendirilmiştir.

Son bölümde ise; Dubowitz ölçeğinden elde edilen bebeklerin nörolojik etkilenim düzeylerine göre, annelerin doğum sonrası depresyon, bakıma katılım, yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri, Bağımsız Örneklem t testi (Independent Samples t test ve One- way Anova ile analiz edilmiştir. Diğer risk faktörlerinin analizinde de aynı yöntem uygulanmıştır. Araştırmanın analizinde SPSS v25 istatistik programı kullanılmıştır.

Araştırmanın gücünü hesaplamak için G power programı kullanılmış ve mevcut katılımcı sayısı ile alfa değeri 0.05, etki düzeyi 0.5 olarak kabul edilerek yapılan analizde araştırmanın gücü 0,9281 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre araştırma güç düzeyinin yeterli olduğu değerlendirilmektedir.

### **3.7. Etik Açıklamalar**

Çalışmanın yapılabilmesi için Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından gerekli izin ve onay alınmıştır. (72867572.050.01.04-) (EK 8).

Araştırmaya başlamadan önce Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi'nden (EK 9) ve Afyonkarahisar Devlet Hastanesi'nden (EK 10) çalışma onayı alınmıştır.

Çalışma katılım gönüllülük esasına dayanmakla birlikte çalışma öncesinde tüm bebeklerin ebeveynlerine katılımcı onay formu imzalatılmıştır (EK 11).



## 4. BULGULAR

Çalışma Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi ve Afyonkarahisar Devlet Hastanesi'nde bebeği yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynler (n=40) ile çalışma tamamlanmış olup, çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtildiği gibidir.

### 4.1. Araştırmaya Katılan Ebeveyn ve Bebeklerin Demografik Verilerinin Değerlendirilmesi

**Tablo 4.1.** Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Demografik Verilerinin Dağılımı (n=40)

|                        | n                    | %    |
|------------------------|----------------------|------|
| <b>Annenin Yaşı</b>    | 25 yaş ve altı       | 47,5 |
|                        | 26-30 yaş            | 17,5 |
|                        | 30-35 yaş            | 20   |
|                        | 36 yaş ve üzeri      | 15   |
| <b>Babanın Yaşı</b>    | 25 yaş ve altı       | 20   |
|                        | 26-30 yaş            | 30   |
|                        | 30-35 yaş            | 25   |
|                        | 36 yaş ve üzeri      | 25   |
| <b>Medeni Durum</b>    | Evli (Resmi Nikahlı) | 97,5 |
|                        | Ayrı Yaşıyor         | 2,5  |
| <b>Eğitim</b>          | İlkokul              | 37,5 |
|                        | Lise                 | 32,5 |
|                        | Ortaokul             | 17,5 |
|                        | Üniversite ve üzeri  | 12,5 |
| <b>Babanın Eğitimi</b> | İlkokul              | 27,5 |
|                        | Lise                 | 37,5 |
|                        | Ortaokul             | 20   |
|                        | Üniversite ve üzeri  | 15   |
| <b>Toplam</b>          | 40                   | 100  |

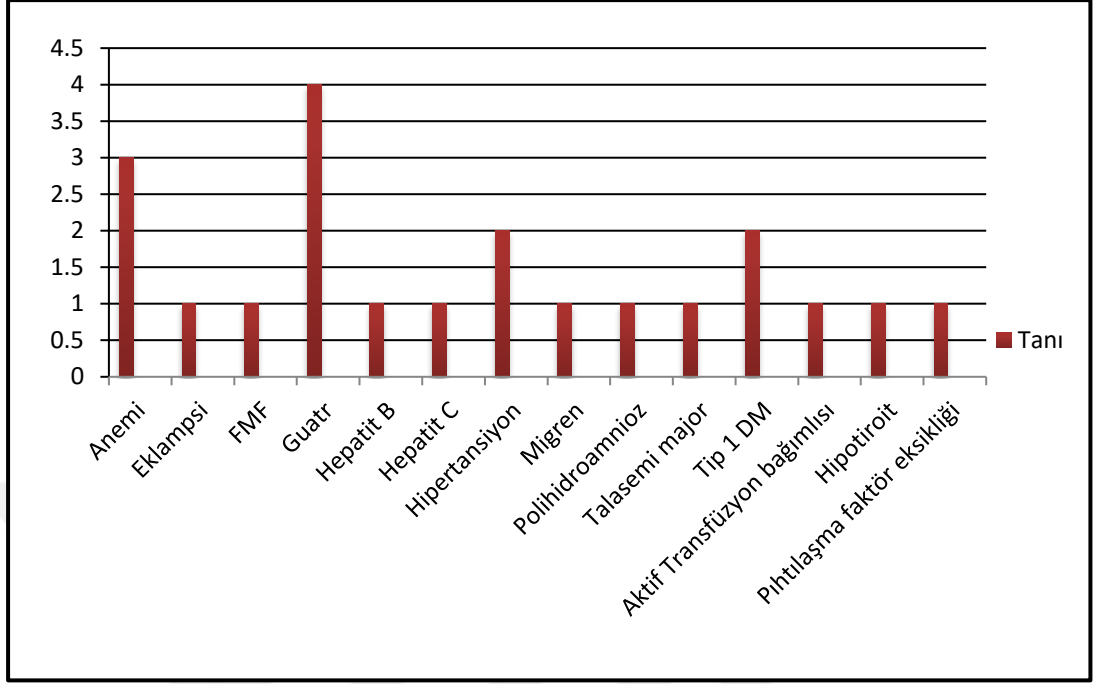
Araştırmaya katılan ebeveynlerin demografik verilerinin dağılımı değerlendirildiğinde; %47,5'inin 25 yaş ve altında, %30'unun eşinin 26-30 yaş

aralığında, %97,5'inin evli, %37,5'inin ilkokul mezunu olduğu, %37,5'inin eşinin lise mezunu oldukları tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2.** Araştırmaya Katılanların Çalışma, Gelir Durumları, Aile Yapısı, Hastalık ve Bağımlılık Durumlarının Dağılımı

|                                      |                | n  | %    |
|--------------------------------------|----------------|----|------|
| <b>Meslek</b>                        | Ev Hanımı      | 34 | 85   |
|                                      | Serbest Meslek | 3  | 7,5  |
|                                      | Memur          | 3  | 7,5  |
| <b>Babanın Mesleği</b>               | Serbest Meslek | 24 | 60   |
|                                      | İşçi           | 11 | 27,5 |
|                                      | Çiftçi         | 1  | 2,5  |
|                                      | Memur          | 4  | 10   |
| <b>Sağlık Güvencesi</b>              | Var            | 40 | 100  |
|                                      | Yok            | 0  | 0    |
| <b>Gelir Durumu</b>                  | Düşük          | 12 | 30   |
|                                      | Orta           | 23 | 57,5 |
|                                      | Yüksek         | 5  | 12,5 |
| <b>Çekirdek aile dışında yaşayan</b> | Var            | 7  | 17,5 |
|                                      | Yok            | 33 | 82,5 |
| <b>Kronik hastalık</b>               | Evet           | 15 | 37,5 |
|                                      | Hayır          | 25 | 62,5 |
| <b>Madde Bağımlılığı</b>             | Hayır          | 34 | 85   |
|                                      | Sigara         | 6  | 15   |
| <b>Toplam</b>                        |                | 40 | 100  |

Araştırmaya katılanların çalışma, gelir durumları ve aile yapısının dağılımı değerlendirildiğinde; %85'inin ev hanımı, %60'ının eşinin serbest meslek, %100'ünün sağlık güvencesi olduğu, %57,5'inin orta düzeyde gelire sahip olduğu, %82,5'inin çekirdek aile dışında evinde yaşayan olmadığı, kronik hastalık ve bağımlılık durumlarının dağılımı değerlendirildiğinde; %37,5'inin kronik hastalığa sahip olduğu, %85'inin herhangi bir madde bağımlılığı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).



**Şekil 4.1.** Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Hastalıklarının Dağılımı

Araştırmaya katılan ebeveynlerin hastalıklarının dağılımı değerlendirildiğinde; %10'unun (n=4) guatr, %7,5'inin (n=3) anemi, %5'inin (n=2) hipertansiyon ve Tip 1 DM olduğu tespit edilmiştir (Şekil 4.1).

**Tablo 4.3.** Araştırmaya Katılanların Evlilik, Gebelik Yaş ve Obstetrik Öykülerinin Değerlendirilmesi

|                     | n               | %    |
|---------------------|-----------------|------|
| <b>Evlilik Yaşı</b> | 20 yaş ve altı  | 65   |
|                     | 21-25 yaş       | 25   |
|                     | 26-30 yaş       | 5    |
|                     | 31 yaş ve üzeri | 5    |
| <b>Gebelik Yaşı</b> | 20 yaş ve altı  | 47,5 |
|                     | 21-25 yaş       | 35   |
|                     | 26-30 yaş       | 7,5  |
|                     | 31 yaş ve üzeri | 10   |

**Tablo 4.3. (Devam)**

|                                   |     |    |      |
|-----------------------------------|-----|----|------|
| <b>Anne Gebelik Sayısı</b>        | 1,0 | 7  | 17,5 |
|                                   | 2,0 | 13 | 32,5 |
|                                   | 3,0 | 14 | 35   |
|                                   | 4,0 | 1  | 2,5  |
|                                   | 5,0 | 1  | 2,5  |
|                                   | 6,0 | 4  | 10   |
| <b>Canlı Doğum Sayısı</b>         | 1,0 | 12 | 30   |
|                                   | 2,0 | 13 | 32,5 |
|                                   | 3,0 | 10 | 25   |
|                                   | 4,0 | 3  | 7,5  |
|                                   | 5,0 | 1  | 2,5  |
|                                   | 6,0 | 1  | 2,5  |
| <b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>       | 1,0 | 12 | 30   |
|                                   | 2,0 | 13 | 32,5 |
|                                   | 3,0 | 8  | 20   |
|                                   | 4,0 | 5  | 12,5 |
|                                   | 5,0 | 1  | 2,5  |
|                                   | 6,0 | 1  | 2,5  |
| <b>Kürtaj Sayısı</b>              | Var | 3  | 7,5  |
|                                   | Yok | 37 | 92,5 |
| <b>Kendiliğinden Düşük Sayısı</b> | Var | 15 | 37,5 |
|                                   | Yok | 25 | 62,5 |
| <b>Ölü Doğum Sayısı</b>           | Var | 0  | 0    |
|                                   | Yok | 40 | 100  |
| <b>Toplam</b>                     |     | 40 | 100  |

Araştırmaya katılanların evlilik, gebelik yaş ve obstetrik öyküleri değerlendirildiğinde; %65'inin 20 yaş ve altında evlendiği, %47,5'inin gebelik yaşının 20 yaş ve altı olduğu, %35,'inin gebelik sayısının 3 olduğu, %32,5'inin 2 kez canlı doğum yaptığı ve yaşayan çocuk sayısının 2 olduğu, %92,5'inin kürtaj yaptırmadığı, %62,5'inin kendiliğinden düşük yapmadığı ve ölü doğumun hiç gerçekleşmediği tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4.** Araştırmaya Katılanların Gebelik Süreçlerinin Değerlendirilmesi

|                                  |                           | n              | %    |
|----------------------------------|---------------------------|----------------|------|
| <b>Son Gebelik Planı</b>         | Planlı-istenen            | 29             | 72,5 |
|                                  | Plansız-istenen           | 7              | 17,5 |
|                                  | Plansız-istenmeyen        | 4              | 10   |
| <b>Gebelikte Sağlık Problemi</b> | Evet                      | 25             | 62,5 |
|                                  | Hayır                     | 15             | 37,5 |
| <b>Sağlık Problemi</b>           | Anemi                     | 1              | 2,5  |
|                                  | Covid-19                  | 1              | 2,5  |
|                                  | Erken doğum Tehditi       | 1              | 2,5  |
|                                  | Gestasyonel DM            | 7              | 12,5 |
|                                  | Hipertansiyon             | 4              | 7,5  |
|                                  | İdrar Yolu Enfeksiyonu    | 12             | 30   |
|                                  | İntihar girişimi          | 1              | 2,5  |
|                                  | Preeklampsi               | 1              | 2,5  |
|                                  | Proteinüri                | 1              | 2,5  |
|                                  | <b>Doğum Öncesi Takip</b> | Doktor takipli | 40   |
| Vajinal doğum                    |                           | 8              | 20   |
| <b>Doğum Şekli</b>               | Sezaryen                  | 25             | 62,5 |
|                                  | Epidural sezaryen         | 7              | 17,5 |
| <b>Toplam</b>                    |                           | 40             | 100  |

Araştırmaya katılanların gebelik süreçleri değerlendirildiğinde; %72,5'inin planlı-istenen gebelik yaşadığı, %62,5'inin gebelikte sağlık problemi yaşadığı, bu problemlerden %30'unun idrar yolu enfeksiyonu, %12,5'inin gestasyonel DM, %7,5'inin hipertansiyon rahatsızlığı yaşadığı, %100'ünün doğum öncesi doktor takibinin yapıldığı, %62,5'inin sezaryen doğum yaptığı tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5.** Araştırmaya Katılanların Doğum Süreçleri ve Bebeklerinin Değerlendirilmesi

|                                   |                   | n  | %    |
|-----------------------------------|-------------------|----|------|
| <b>Çocuklarda hastalık öyküsü</b> | Hayır             | 34 | 85   |
|                                   | Evet              | 6  | 15   |
| <b>Hastalık Türü</b>              | Erken doğum       | 5  | 12,5 |
|                                   | Solunum sıkıntısı | 1  | 2,5  |
| <b>İstenilen Cinsiyet</b>         | Evet              | 34 | 85   |
|                                   | Hayır             | 6  | 15   |

**Tablo 4.5. (Devam)**

|  |                |    |      |
|--|----------------|----|------|
| <b>Doğum Sonrası Bebek Görme</b>                       | 0-1 saat sonra | 26 | 65   |
|  | 0-2 saat sonra | 6  | 15   |
|  | 1-2 saat sonra | 7  | 17,5 |
|  | 2-3 saat sonra | 1  | 2,5  |
| <b>Görme Sıklığı</b>                                   | 1 kere         | 35 | 87,5 |
|  | 2 kere         | 5  | 12,5 |
| <b>Görme Süresi</b>                                    | 10dk           | 1  | 2,5  |
|  | 15dk           | 9  | 22,5 |
|  | 20dk           | 30 | 75   |
| <b>Riskli Bebek Kavramı Hakkında Bilgi Sahibi Olma</b> | Evet           | 16 | 40   |
|  | Hayır          | 24 | 60   |
| <b>Toplam</b>  |                | 40 | 100  |

Araştırmaya katılanların doğum süreçleri ve bebekleri değerlendirildiğinde; %85’inde hastalık öyküsü bulunmamaktadır, %12,5’inin erken doğum yaşadığı, %85’inin istenilen cinsiyette bebeğe sahip olduğu, %65’inin 0-1 saat sonra bebeğini gördüğü, %87,5’inin 1 kere gördüğü, %75’inin 20dk görme süresine sahip olduğu ve %60’ının riskli bebek kavramı hakkında bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.5).

**Tablo 4.6. Araştırmaya Katılan Bebeklere İlişkin Verilerin Dağılımı**

|                            |                         | <b>n</b> | <b>%</b> | <b>X±SD</b>    |
|----------------------------|-------------------------|----------|----------|----------------|
| <b>Cinsiyet</b>            | Kız                     | 14       | 35,0     | -              |
|                            | Erkek                   | 26       | 65,0     | -              |
| <b>Gestasyon Yaşı</b>      | 38 hafta altı           | 26       | 65,0     | 264,17 ± 5,79  |
|                            | 38 hafta ve üzeri       | 14       | 35,0     |                |
| <b>Apgar 1.dk</b>          | 0-3 düşük               | 3        | 7,5      | 6,12 ± 1,60    |
|                            | 4-6 orta derece anormal | 16       | 40,0     |                |
|                            | 7-10 güven verici       | 21       | 52,5     |                |
| <b>Apgar 5.dk</b>          | 4-6 orta derece anormal | 11       | 27,5     | 7,05 ± 1,29    |
|                            | 7-10 güven verici       | 29       | 72,5     |                |
| <b>Ağrı</b>                | Ağrı yok                | 34       | 85,0     | -              |
|                            | Ağrı mevcut             | 6        | 15,0     | -              |
| <b>Doğum ağırlığı (gr)</b> | 1500 ve altı            | 7        | 17,5     | 2033,3 ± 425,6 |
|                            | 1500-2000gr             | 9        | 22,5     |                |
|                            | 2000-2500gr             | 24       | 60,0     |                |

**Tablo 4.6. (Devam)**

| <b>Doğum boyu (cm)</b>  | 40cm ve altı  | 4  | 10,0  |
|-------------------------|---------------|----|-------|
|                         | 40-45cm       | 19 | 47,5  |
|                         | 46cm ve üzeri | 17 | 42,5  |
| <b>Baş çevresi (cm)</b> | 30cm ve altı  | 14 | 35,0  |
|                         | 30-32cm       | 12 | 30,0  |
|                         | 33cm ve üzeri | 14 | 35,0  |
| <b>Toplam</b>           |               | 40 | 100,0 |

Araştırmaya katılan bebeklere ilişkin verilerin dağılımı değerlendirildiğinde; %65'inin erkek, %65'inin 265 gün ve altında gestasyon yaşı (ort. 264 gün), %52,5'inin apgar 1. dk skorunun 7-10 puan güven verici olduğu (ort. 6.12), %72,5'inin 5. dk apgar skorunun 7-10 puan güven verici (ort. 7.05) olduğu, %85'inin ağrısı olmadığı, %60'ının 2000gr ve üzeri (ort. 2033), %47,5'inin 40-45cm doğum boyu (ort. 44,5), %35'inin 33cm ve üzeri baş çevresi, %35'inin de 30cm ve altı baş çevresi (ort. 31,18) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.6).

**Tablo 4.7. Araştırmaya Katılan Bebeklere İlişkin Verilerin Ortalama Puanları**

|                             | N  | Minimum | Maximum | Ortalama | S.S      |
|-----------------------------|----|---------|---------|----------|----------|
| <b>Gestasyon yaşı</b>       | 40 | 259,0   | 280,0   | 264,17   | 5,7907   |
| <b>1.Dakika Apgar</b>       | 40 | 1,0     | 8,0     | 6,12     | 1,6043   |
| <b>5.Dakika Apgar</b>       | 40 | 4,0     | 9,0     | 7,05     | 1,2999   |
| <b>NIPS 10.gün</b>          | 40 | 0       | 5       | 2,30     | 1,244    |
| <b>Doğum Ağırlığı (gr.)</b> | 40 | 1215,0  | 2761,0  | 2033,30  | 425,6733 |
| <b>Doğum Boyu (cm)</b>      | 40 | 36,0    | 51,0    | 44,50    | 3,2185   |
| <b>Baş Çevresi (cm)</b>     | 40 | 25,0    | 35,0    | 31,18    | 2,3334   |
| <b>Taburculuk Günü</b>      | 40 | 12,0    | 53,0    | 24,675   | 11,2578  |

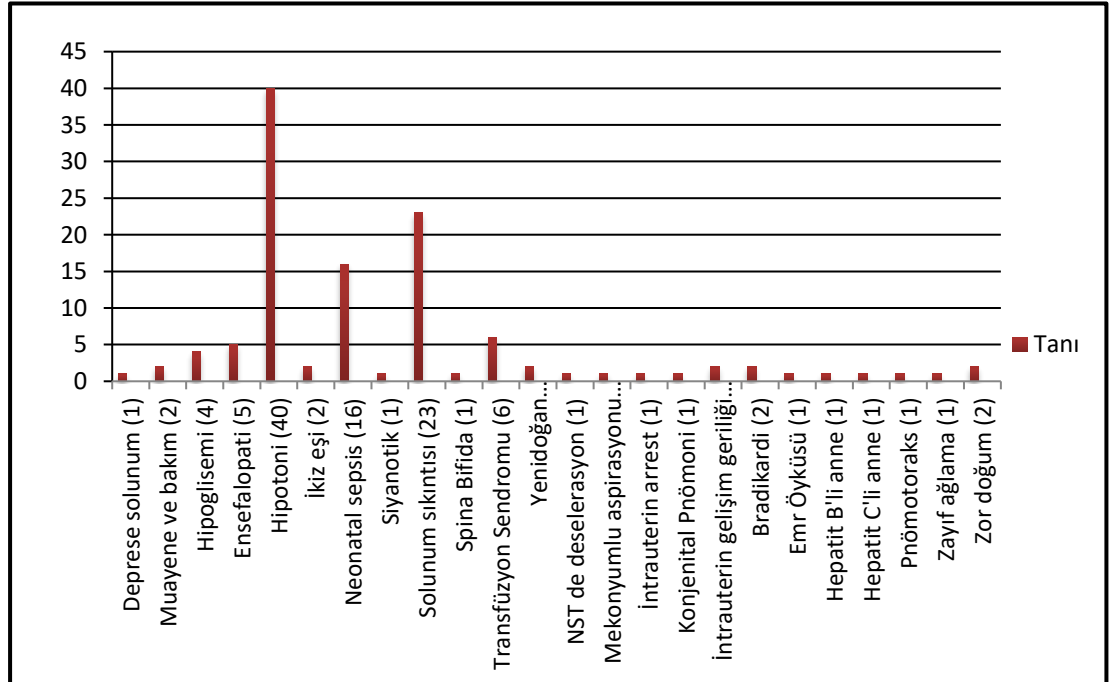
Araştırmaya katılan bebeklere ilişkin verilerin ortalama puanları değerlendirildiğinde; bebeklerin gestasyon yaş ortalaması 264±5,97 gün, 1. dakika Apgar skor ortalaması 6,12±1,60, 5. dakika Apgar skoru 7,05±1,29, NIPS ağrı skoru 2,30±1,24, doğum ağırlığı ortalaması 2033±425 gr, doğum boyu ortalaması 44,50±3,21 cm, baş çevresi ortalaması 31,18±2,33 cm olarak bulunmuştur (Tablo 4.7).

**Tablo 4.8.** Araştırmaya Katılan Bebeklerin Sağlık Sorunlarına İlişkin Verilerin Dağılımı

|                     |                         | n  | %    |
|---------------------|-------------------------|----|------|
| Doğum Sorunu Yaşama | Var                     | 16 | 40   |
|                     | Yok                     | 24 | 60   |
| Doğum Sorunu        | Makat Geliş             | 5  | 31,5 |
|                     | Kordon Dolanması        | 1  | 6,25 |
|                     | Plasenta Dekolmanı      | 2  | 13   |
|                     | Spontan solunum yokluğu | 2  | 13   |
|                     | Uzamış doğum eylemi     | 1  | 6,25 |
|                     | Diğer                   | 5  | 31,5 |

Araştırmaya katılan bebeklerin sağlık sorunlarına ilişkin verilerin dağılımı değerlendirildiğinde; %72,5'inin sağlık sorunu yaşamadığı, sağlık sorunu yaşayan %27,5'lik grubun içinde ise; %31,5'inin makat geliş, %13'ünün plasenta dolanması ve spontan solunum yokluğu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.8).

**Şekil 4.2.** Araştırmaya Katılan Bebeklerin Sağlık Sorunlarına İlişkin Konmuş Tanı Verilerinin Dağılımı



Araştırmaya katılan bebeklerin sağlık sorunlarına ilişkin konmuş tanı verilerinin dağılımı değerlendirildiğinde; %100' ünün (n=40) hipotoni, %57,5'inin (n=23) solunum sıkıntısı, %40'ının (n=16) neonatal sepsis tanısı aldığı tespit edilmiştir (Şekil 4.2).

**Tablo 4.9.** Araştırmaya Katılan Bebeklerin Sağlık Sorunlarına İlişkin Verilerin Dağılımı-2

|                             |                            | n  | %    |
|-----------------------------|----------------------------|----|------|
| <b>Bebeğe Müdahale</b>      | Var                        | 24 | 60   |
|                             | Yok                        | 16 | 40   |
| <b>Müdahale Şekli</b>       | Yeniden Canlandırma        | 24 | 60   |
| <b>Solunum Cihazı</b>       | Var                        | 38 | 95   |
|                             | Yok                        | 2  | 5    |
| <b>Konjenital Anomali</b>   | Var                        | 0  | 0    |
|                             | Yok                        | 40 | 100  |
| <b>Bebek Beslenme Şekli</b> | Anne sütü                  | 7  | 17,5 |
|                             | Karışık beslenme           | 33 | 82,5 |
| <b>Emme ve Yutma Sorunu</b> | Emme bozukluğu             | 6  | 15   |
|                             | Emme ve yutma bozukluğu    | 5  | 12,5 |
|                             | Yok                        | 29 | 72,5 |
| <b>Anormal refleks</b>      | Var                        | 8  | 20   |
|                             | Yok                        | 32 | 80   |
| <b>Refleks Durumu</b>       | Arama refleksi yok         | 3  | 27   |
|                             | Azalmış Moro Refleksi      | 2  | 18   |
|                             | Emme yok                   | 3  | 27   |
|                             | Refleksler zayıf alınıyor. | 1  | 9    |
|                             | Yakalama refleksi yok.     | 2  | 18   |
| <b>Kas Tonusu</b>           | Azalmış                    | 40 | 100  |
| <b>Epileptik Nöbet</b>      | Var                        | 12 | 30   |
|                             | Yok                        | 28 | 70   |
| <b>Gelişim Geriliği</b>     | Var                        | 40 | 100  |
|                             | Yok                        | 0  | 0    |
| <b>Toplam</b>               |                            | 40 | 100  |

Araştırmaya katılan bebeklerin sağlık sorunlarına ilişkin verilerin dağılımı değerlendirildiğinde; %60 oranında bebeğe müdahale edildiği ve müdahalenin yeniden canlandırma olduğu, %95'inde solunum cihazı kullanıldığı, %82,5'inin karışık beslendiği, %72,5'inin emme ve yutma sorununun olmadığı, %80'inin

anormal refleks göstermediği, anormal refleks gösteren %20'lik grupta %27 oranında arama refleksi olmadığı ve emme refleksinin olmadığı tespit edilmiştir. Bebeklerin tamamında kas tonusunun azaldığı, gelişim geriliği olduğu, %30'unun ise epilektik nöbet geçirdiği belirlenmiştir (Tablo 4.9).

#### 4.2. Ebeveynlere Ait Demografik Verilere Göre Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi

**Tablo 4.10.** Ebeveynlerin Demografik Verilerine Göre 10. Gün ve Taburculuk Günü Bakıma Katılım Düzeylerinin Değerlendirilmesi

| Bakıma Katılım Düzeyi<br>(0-19 puan) | 10. Gün            |                  | Taburcu Olunan Gün |               |          |
|--------------------------------------|--------------------|------------------|--------------------|---------------|----------|
|                                      | n                  | X±SD             | p                  | X±SD          | P        |
| Yaş                                  | 25 yaş ve altı     | 19 11,37 ± 1,165 | 0.018**            | 13,37 ± 1,212 | 0.002**  |
|                                      | 26-30 yaş          | 7 11,86 ± 1,464  |                    | 14,43 ± 1,134 |          |
|                                      | 30-35 yaş          | 8 12,75 ± 1,909  |                    | 14,88 ± 1,553 |          |
|                                      | 36 yaş ve üzeri    | 6 13,50 ± 1,871  |                    | 15,50 ± 0,548 |          |
| Eğitim                               | İlkokul            | 15 11,53 ± 0,834 | <0.001**           | 13,33 ± 1,175 | <0.001** |
|                                      | Lise               | 13 11,92 ± 1,441 |                    | 14,46 ± 0,776 |          |
|                                      | Ortaokul           | 7 11,29 ± 1,496  |                    | 14,00 ± 1,826 |          |
|                                      | Üniversite         | 5 15,00 ± 1,225  |                    | 16,20 ± 0,447 |          |
| Gelir Düzeyi                         | Düşük              | 12 11,33 ± 1,155 | 0.007**            | 13,17 ± 1,403 | <0.001** |
|                                      | Orta               | 23 12,00 ± 1,477 |                    | 14,35 ± 1,112 |          |
|                                      | Yüksek             | 5 14,00 ± 2,121  |                    | 15,80 ± 1,095 |          |
| Kronik Hastalık Durumu               | Evet               | 15 12,27 ± 1,751 | 0.579*             | 14,53 ± 1,125 | 0.198*   |
|                                      | Hayır              | 25 11,96 ± 1,628 |                    | 13,92 ± 1,586 |          |
| Gebelik Planlaması                   | Planlı-istenen     | 29 12,07 ± 1,710 | 0.530**            | 14,21 ± 1,346 | 0.123**  |
|                                      | Plansız-istenen    | 7 11,57 ± 1,813  |                    | 13,43 ± 1,718 |          |
|                                      | Plansız-istenmeyen | 4 12,75 ± 0,500  |                    | 15,25 ± 0,957 |          |
| Gebelikte Sağlık Problemi Yaşama     | Evet               | 25 11,84 ± 1,434 | 0.239*             | 13,92 ± 1,352 | 0.179*   |
|                                      | Hayır              | 15 12,50 ± 1,990 |                    | 14,57 ± 1,555 |          |
| Riskli Bebek Kavramını Bilme Durumu  | Evet               | 16 12,81 ± 2,040 | 0.015*             | 14,56 ± 1,459 | 0.165*   |
|                                      | Hayır              | 24 11,54 ± 1,103 |                    | 13,92 ± 1,381 |          |

\*Bağımsız Örneklem t testi

\*\* One-way Anova

(p<0.05)

Ebeveynlerin demografik verilerine göre 10. gün ve taburculuk günü bakıma katılım düzeyleri değerlendirildiğinde; 10. Gün bakıma katılım düzeylerinde yaş ( $p=0.018$ ), eğitim ( $p<0.001$ ) ve gelir düzeyi ( $p=0.007$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla yapılan post-hoc testlerin sonucuna göre; 36 yaş ve üzeri annelerin bakıma katılım düzeyleri, diğer yaş gruplarına göre, üniversite mezunlarının daha düşük eğitim düzeylerine göre, gelir düzeyi yüksek olanların diğer gelir düzeylerine göre bakıma katılımlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

Taburcu olunan gün bakıma katılım düzeylerinde yaş ( $p=0.002$ ), eğitim ( $p<0.001$ ) ve gelir düzeyi ( $p=0.001$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla yapılan post-hoc testlerin sonucuna göre; 36 yaş ve üzeri annelerin bakıma katılım düzeyleri, diğer yaş gruplarına göre, üniversite mezunlarının daha düşük eğitim düzeylerine göre, gelir düzeyi yüksek olanların diğer gelir düzeylerine göre bakıma katılımlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

**Tablo 4.11.** Ebeveynlerin Demografik Verilerine Göre 10. Gün ve Taburculuk Günü Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi

| Depresyon Düzeyi<br>(0-30 puan) | 10. Gün         |        |               | Taburcu Olunan Gün |         |
|---------------------------------|-----------------|--------|---------------|--------------------|---------|
|                                 | n               | X ± SD | p             | X ± SD             | P       |
| Yaş                             | 25 yaş ve altı  | 19     | 17,00 ± 3,958 | 15,00 ± 3,902      | 0.783** |
|                                 | 26-30 yaş       | 7      | 18,00 ± 1,633 | 14,71 ± 1,976      |         |
|                                 | 30-35 yaş       | 8      | 17,88 ± 5,939 | 15,75 ± 5,036      |         |
|                                 | 36 yaş ve üzeri | 6      | 17,00 ± 2,280 | 13,67 ± 2,733      |         |
| Eğitim                          | İlkokul         | 15     | 16,93 ± 4,992 | 15,40 ± 4,469      | 0.428** |
|                                 | Lise            | 13     | 16,92 ± 2,532 | 13,85 ± 2,340      |         |
|                                 | Ortaokul        | 7      | 19,14 ± 4,018 | 16,43 ± 3,867      |         |
|                                 | Üniversite      | 5      | 17,20 ± 2,683 | 14,00 ± 3,674      |         |
| Gelir Düzeyi                    | Düşük           | 12     | 18,00 ± 5,343 | 16,08 ± 5,213      | 0.423** |
|                                 | Orta            | 23     | 17,00 ± 3,162 | 14,39 ± 2,589      |         |
|                                 | Yüksek          | 5      | 17,40 ± 3,050 | 14,40 ± 3,782      |         |

**Tablo 4.11. (Devam)**

|  |                 |    |               |         |               |         |
|--|-----------------|----|---------------|---------|---------------|---------|
| <b>Kronik Hastalık Durumu</b>              | Evet            | 15 | 16,67 ± 2,664 | 0.351*  | 14,07 ± 2,658 | 0.230*  |
|  | Hayır           | 24 | 17,88 ± 4,475 |         | 15,54 ± 4,170 |         |
| <b>Gebelik Planlaması</b>                  | Planlı-istenen  | 29 | 17,14 ± 3,815 | 0.726** | 14,69 ± 3,733 | 0.440** |
|  | Plansız-istenen | 7  | 18,43 ± 3,952 |         |               |         |
|  | Plansız-        | 4  | 17,00 ± 4,761 |         | 13,75 ± 2,872 |         |
|  | istenmeyen      |    |               |         |               |         |
| <b>Gebelikte Sağlık Problemi Yaşama</b>    | Evet            | 25 | 17,64 ± 4,192 | 0.640*  | 15,04 ± 4,228 | 0.884*  |
|  | Hayır           | 14 | 17,00 ± 3,374 |         | 14,86 ± 2,627 |         |
| <b>Riskli Bebek Kavramını Bilme Durumu</b> | Evet            | 16 | 16,44 ± 3,140 | 0.226*  | 14,06 ± 2,932 | 0.245*  |
|  | Hayır           | 24 | 17,96 ± 4,217 |         | 15,46 ± 4,064 |         |

\*Bağımsız Örneklem t testi

\*\* One-way Anova

p&lt;0.05

Ebeveynlerin demografik verilerine göre 10. gün ve taburculuk günü doğum sonrası depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p>0.05). Sonuçlara göre; hem 10. gün hem de taburcu olduklarında depresyon düzeylerinin yaş, eğitim, gelir vb. gibi demografik verilere göre farklılaşmadığı değerlendirilmektedir (Tablo 4.11).

**Tablo 4.12. Ebeveynlerin Kronik Hastalık Durumuna Göre 10. Gün ve Taburculuk Günü Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

| <b>SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (0-100 puan)</b> |          | <b>10. Gün</b> |                | <b>Taburcu Olunan Gün</b> |                |       |
|--|----------|----------------|----------------|---------------------------|----------------|-------|
| <b>Alt Boyutlar</b>                            | <b>n</b> | <b>X ± SD</b>  | <b>p</b>       | <b>X ± SD</b>             | <b>P</b>       |       |
| <b>Fiziksel Fonksiyon</b>                      | Evet     | 15             | 82,00 ± 24,038 | 0.339                     | 86,00 ± 18,439 | 0.369 |
|  | Hayır    | 25             | 75,21 ± 19,814 |                           | 80,21 ± 19,863 |       |
| <b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>                    | Evet     | 15             | 56,67 ± 33,920 | 0.518                     | 65,00 ± 32,459 | 0.338 |
|  | Hayır    | 25             | 50,00 ± 30,999 |                           | 55,21 ± 29,469 |       |
| <b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>                   | Evet     | 15             | 26,65 ± 24,631 | 0.429                     | 42,21 ± 19,812 | 0.775 |
|  | Hayır    | 25             | 31,93 ± 19,206 |                           | 44,43 ± 25,396 |       |
| <b>Enerji/Canlılık/Vitalite</b>                | Evet     | 15             | 49,00 ± 31,989 | 0.208                     | 53,00 ± 18,974 | 0.363 |
|  | Hayır    | 25             | 38,75 ± 21,141 |                           | 46,25 ± 24,058 |       |
| <b>Ruhsal Sağlık</b>                           | Evet     | 15             | 61,87 ± 25,669 | 0.176                     | 62,67 ± 17,674 | 0.335 |
|  | Hayır    | 25             | 52,00 ± 20,630 |                           | 56,25 ± 21,234 |       |
| <b>Sosyal İşlevsellik</b>                      | Evet     | 15             | 49,17 ± 20,179 | 0.453                     | 55,83 ± 12,380 | 0.370 |
|  | Hayır    | 25             | 45,31 ± 11,603 |                           | 51,56 ± 15,337 |       |

**Tablo 4.12. (Devam)**

| <b>Ağrı</b>         | Evet  | 15 | 63,67 ± 28,293 | 0.471         | 70,17 ± 18,504 | 0.371         |
|---------------------|-------|----|----------------|---------------|----------------|---------------|
|                     | Hayır | 25 | 58,02 ± 20,939 |               | 63,75 ± 23,196 |               |
| <b>Genel Sağlık</b> | Evet  | 15 | 42,00 ± 18,688 | <b>*0.031</b> | 46,00 ± 11,982 | <b>*0.009</b> |
|                     | Hayır | 25 | 32,71 ± 10,069 |               | 34,17 ± 13,647 |               |

Bağımsız Örneklem t testi

\*p&lt;0.05

Ebeveynlerin kronik hastalık durumlarına göre verilerine göre 10. gün ve taburculuk günü yaşam kalite düzeyleri değerlendirildiğinde; 10. gün genel sağlık alt boyutunda (p=0.031) ve taburculuk günü genel sağlık alt boyutunda (p=0.009) istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir. Sonuçlara göre; kronik hastalığı olmayanların, olanlara göre genel sağlık yaşam kalitesi boyutunun daha ileri düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12).

**Tablo 4.13. Ebeveynlerin Gebelikte Sorun Yaşama Durumuna Göre 10. Gün ve Taburculuk Günü Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

| <b>SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (0-100 puan)</b> |          | <b>10. Gün</b> |                |               | <b>Taburcu Olunan Gün</b> |       |
|--|----------|----------------|----------------|---------------|---------------------------|-------|
| <b>Alt Boyutlar</b>                            | <b>n</b> | <b>X ± SD</b>  | <b>p</b>       | <b>X ± SD</b> | <b>P</b>                  |       |
| <b>Fiziksel Fonksiyon</b>                      | Evet     | 25             | 79,80 ± 21,237 | 0.445         | 84,20 ± 19,077            | 0.453 |
|  | Hayır    | 15             | 74,29 ± 21,738 |               | 79,29 ± 19,986            |       |
| <b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>                    | Evet     | 25             | 53,00 ± 30,890 | 0.908         | 60,00 ± 30,619            | 0.784 |
|  | Hayır    | 15             | 51,79 ± 31,720 |               | 57,14 ± 31,666            |       |
| <b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>                   | Evet     | 25             | 25,31 ± 17,420 | 0.054         | 39,99 ± 19,266            | 0.199 |
|  | Hayır    | 15             | 38,09 ± 22,117 |               | 49,99 ± 28,512            |       |
| <b>Enerji/Canlılık/Vitalite</b>                | Evet     | 25             | 45,40 ± 24,787 | 0.363         | 51,20 ± 20,980            | 0.384 |
|  | Hayır    | 15             | 37,86 ± 24,076 |               | 44,64 ± 24,531            |       |
| <b>Ruhsal Sağlık</b>                           | Evet     | 25             | 58,56 ± 23,801 | 0.300         | 60,88 ± 21,104            | 0.373 |
|  | Hayır    | 15             | 50,86 ± 18,055 |               | 54,86 ± 17,780            |       |
| <b>Sosyal İşlevsellik</b>                      | Evet     | 25             | 45,50 ± 16,489 | 0.489         | 52,50 ± 15,729            | 0.685 |
|  | Hayır    | 15             | 49,11 ± 13,395 |               | 54,46 ± 11,610            |       |
| <b>Ağrı</b>                                    | Evet     | 25             | 59,30 ± 25,275 | 0.755         | 66,70 ± 23,125            | 0.854 |
|  | Hayır    | 15             | 61,79 ± 20,415 |               | 65,36 ± 19,011            |       |
| <b>Genel Sağlık</b>                            | Evet     | 25             | 34,20 ± 13,669 | 0.192         | 37,20 ± 13,546            | 0.377 |
|  | Hayır    | 15             | 40,00 ± 11,929 |               | 41,43 ± 15,245            |       |

Bağımsız Örneklem t testi

p&lt;0.05

Ebeveynlerin gebelikte sorun yaşama durumuna göre verilerine göre 10. gün ve taburculuk günü yaşam kalite düzeyleri değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ). Sonuçlara göre; hem 10. gün hem de taburcu olduklarında yaşam kalite düzeylerinin gebelikte sorun yaşama durumuna göre farklılaşmadığı değerlendirilmektedir (Tablo 4.13).

**Tablo 4.14.** Ebeveynlerin Demografik Verilerine Göre 10. Gün ve Taburculuk Günü Sürekli Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi

| Sürekli Kaygı Düzeyi<br>(20-80 puan) | 10. Gün            |        |               | Taburcu Olunan Gün |               |         |
|--------------------------------------|--------------------|--------|---------------|--------------------|---------------|---------|
|                                      | n                  | X ± SD | p             | X ± SD             | P             |         |
| Yaş                                  | 25 yaş ve altı     | 19     | 42,68 ± 4,738 | 0.141**            | 40,74 ± 4,026 | 0.089** |
|                                      | 26-30 yaş          | 7      | 44,71 ± 2,812 |                    | 43,14 ± 2,478 |         |
|                                      | 30-35 yaş          | 8      | 43,50 ± 5,657 |                    | 40,88 ± 6,468 |         |
|                                      | 36 yaş ve üzeri    | 6      | 38,83 ± 4,167 |                    | 36,83 ± 2,927 |         |
| Eğitim                               | İlkokul            | 15     | 43,47 ± 5,630 | 0.139**            | 41,87 ± 5,111 | 0.257** |
|                                      | Lise               | 13     | 43,00 ± 3,979 |                    | 40,31 ± 3,497 |         |
|                                      | Ortaokul           | 7      | 43,43 ± 3,505 |                    | 40,86 ± 4,140 |         |
|                                      | Üniversite         | 5      | 38,00 ± 3,674 |                    | 37,20 ± 4,919 |         |
| Gelir Düzeyi                         | Düşük              | 12     | 45,33 ± 4,163 | 0.035**            | 43,33 ± 3,676 | 0.027** |
|                                      | Orta               | 23     | 41,87 ± 4,722 |                    | 39,74 ± 4,361 |         |
|                                      | Yüksek             | 5      | 39,60 ± 3,782 |                    | 38,00 ± 4,690 |         |
| Kronik Hastalık Durumu               | Evet               | 15     | 41,80 ± 4,229 | 0.302*             | 39,87 ± 3,523 | 0.341*  |
|                                      | Hayır              | 25     | 43,42 ± 4,960 |                    | 41,29 ± 4,982 |         |
| Gebelik Planlaması                   | Planlı-istenen     | 29     | 40,86 ± 4,764 | 0.976**            | 45,17 ± 5,366 | 0.419** |
|                                      | Plansız-istenen    | 7      | 41,14 ± 4,298 |                    | 44,71 ± 5,345 |         |
|                                      | Plansız-istenmeyen | 4      | 37,75 ± 2,062 |                    | 46,00 ± 3,367 |         |
| Gebelikte Sağlık Problemi Yaşama     | Evet               | 25     | 43,28 ± 5,004 | 0.396*             | 41,08 ± 4,830 | 0.538*  |
|                                      | Hayır              | 15     | 41,93 ± 4,141 |                    | 40,14 ± 3,880 |         |
| Riskli Bebek Kavramını Bilme Durumu  | Evet               | 16     | 40,63 ± 4,870 | 0.028*             | 38,94 ± 4,389 | 0.056*  |
|                                      | Hayır              | 24     | 43,96 ± 4,288 |                    | 41,71 ± 4,339 |         |

\*Bağımsız Örneklem t testi

\*\* One-way Anova

( $p<0.05$ )

Ebeveynlerin demografik verilerine göre 10. gün ve taburculuk günü sürekli kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde; gelir düzeyine ve riskli bebek kavramını bilme durumuna göre 10.gün sürekli kaygı düzeyinde ayrıca gelir durumuna göre taburculuk günü sürekli kaygı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla yapılan post-hoc testlerin sonucuna göre; gelir düzeyi düşük olan bireylerin sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, riskli bebek kavramını bilen bireylerin sürekli kaygı düzeylerinin ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 4.14).

**Tablo 4.15.** Ebeveynlerin Demografik Verilerine Göre 10. Gün ve Taburculuk Günü Durumluk Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi

| Durumluk Kaygı Düzeyi<br>(20-80 puan) | 10. Gün              |        |               | Taburcu Olunan Gün |               |         |
|---------------------------------------|----------------------|--------|---------------|--------------------|---------------|---------|
|                                       | n                    | X ± SD | p             | X ± SD             | P             |         |
| Yaş                                   | 25 yaş ve altı       | 19     | 45,37 ± 5,241 | 0.141**            | 41,21 ± 5,245 | 0.086** |
|                                       | 26-30 yaş            | 7      | 45,29 ± 3,546 |                    | 42,86 ± 2,268 |         |
|                                       | 30-35 yaş            | 8      | 47,00 ± 5,043 |                    | 42,50 ± 5,264 |         |
|                                       | 36 yaş ve üzeri      | 6      | 42,00 ± 6,000 |                    | 38,17 ± 5,529 |         |
| Eğitim                                | İlkokul              | 15     | 46,40 ± 6,379 | 0.193**            | 42,80 ± 5,821 | 0.148** |
|                                       | Lise                 | 13     | 44,15 ± 3,078 |                    | 40,23 ± 3,492 |         |
|                                       | Ortaokul             | 7      | 47,00 ± 4,583 |                    | 42,71 ± 5,024 |         |
|                                       | Üniversite           | 5      | 41,60 ± 4,561 |                    | 37,60 ± 3,782 |         |
| Gelir Düzeyi                          | Düşük                | 12     | 48,58 ± 5,931 | 0.017**            | 44,67 ± 4,755 | 0.015** |
|                                       | Orta                 | 23     | 43,78 ± 3,884 |                    | 39,91 ± 4,368 |         |
|                                       | Yüksek               | 5      | 43,40 ± 4,930 |                    | 39,60 ± 4,930 |         |
| Kronik Hastalık Durumu                | Evet                 | 15     | 43,87 ± 3,182 | 0.146*             | 39,27 ± 3,240 | 0.026*  |
|                                       | Hayır                | 25     | 46,29 ± 5,775 |                    | 42,83 ± 5,338 |         |
| Gebelik Planlaması                    | Planlı-istenen       | 29     | 45,17 ± 5,366 | 0.647**            | 41,10 ± 5,287 | 0.919** |
|                                       | Plansız-istenen      | 7      | 44,71 ± 5,345 |                    | 42,14 ± 4,562 |         |
|                                       | Plansız-istennemeyen | 4      | 46,00 ± 3,367 |                    | 41,25 ± 3,948 |         |
| Gebelikte Sağlık Problemi Yaşama      | Evet                 | 25     | 45,64 ± 5,407 | 0.647*             | 41,40 ± 5,530 | 0.919*  |
|                                       | Hayır                | 15     | 44,86 ± 4,435 |                    | 41,57 ± 3,777 |         |
| Riskli Bebek Kavramını Bilme Durumu   | Evet                 | 16     | 43,50 ± 4,163 | 0.090*             | 40,00 ± 3,933 | 0.179*  |
|                                       | Hayır                | 24     | 46,29 ± 5,441 |                    | 42,17 ± 5,451 |         |

\*Bağımsız Örneklem t testi

\*\* One-way Anova

**p<0.05**

Ebeveynlerin demografik verilerine göre 10. gün ve taburculuk günü durumluk kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde; gelir düzeyine göre 10.gün durumluk kaygı düzeyi (p=0.017), ve taburculuk günü durumluk kaygı düzeyinde (p=0.015), kronik hastalık durumuna göre ise; taburculuk günü durumluk kaygı (p=0.026) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0.05).

Farkın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla yapılan post-hoc testlerin sonucuna göre; gelir düzeyi düşük olan bireylerin sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalık durumuna göre ise; kronik hastalığı olmayan bireylerin kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 4.15).

### **4.3. Araştırmada Kullanılan Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Ölçeklerinin 10. gün ve Taburculuk Süreleri Arasındaki Değerlerin Farkının İncelenmesi**

**Tablo 4.16.** Ebeveynlerin 10. Gün ve Taburculuk Günü Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi

|   |          | <b>10. Gün</b> | <b>Taburcu Olunan Gün</b> |                  |
|---|----------|----------------|---------------------------|------------------|
|   | <b>n</b> | <b>X ± SD</b>  | <b>X ± SD</b>             | <b>P</b>         |
| <b>Bakıma Katılım Düzeyi<br/>(0-19 puan)</b>  | 40       | 12,05 ± 1,648  | 14,18 ± 1,430             | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Depresyon Düzeyi<br/>(0-30 puan)</b>       | 40       | 17,35 ± 3,853  | 14,90 ± 3,678             | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Sürekli Kaygı Düzeyi<br/>(20-80 puan)</b>  | 40       | 42,63 ± 4,765  | 40,60 ± 4,517             | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Durumluk Kaygı Düzeyi<br/>(20-80 puan)</b> | 40       | 45,18 ± 5,103  | 41,30 ± 4,962             | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Fiziksel Fonksiyon<br/>(0-100 puan)</b>    | 40       | 77,75 ± 21,030 | 82,38 ± 19,047            | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Fiziksel Rol Güçlüğü<br/>(0-100 puan)</b>  | 40       | 51,25 ± 31,496 | 58,13 ± 30,691            | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Emosyonel Rol Güçlüğü<br/>(0-100 puan)</b> | 40       | 29,15 ± 20,241 | 43,32 ± 22,914            | <b>0.010</b>     |

**Tablo 4.16. (Devam)**

|  |    |                |                |                  |
|--|----|----------------|----------------|------------------|
| <b>Enerji/Canlılık/Vitalite (0-100 puan)</b> | 40 | 42,88 ± 24,202 | 48,88 ± 21,941 | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Ruhsal Sağlık (0-100 puan)</b>            | 40 | 55,70 ± 21,709 | 58,85 ± 19,710 | <b>0.004</b>     |
| <b>Sosyal İşlevsellik (0-100 puan)</b>       | 40 | 46,56 ± 15,240 | 53,13 ± 14,083 | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Ağrı (0-100 puan)</b>                     | 40 | 59,81 ± 23,221 | 65,69 ± 21,476 | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Genel Sağlık (0-100 puan)</b>             | 40 | 36,00 ± 13,166 | 38,38 ± 14,114 | <b>0.004</b>     |

Bağımlı Örneklem t testi (p<0.05)

Ebeveynlerin 10. gün ve taburculuk günü bakıma katılım, depresyon, yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri arasındaki fark değerlendirildiğinde; bakıma katılım (p<0.001), doğum sonrası depresyon (p<0.001), sürekli kaygı (p<0.001), durumluk kaygı (p<0.001), fiziksel fonksiyon (p<0.001), fiziksel rol güçlüğü (p<0.001), emosyonel rol güçlüğü (p<0.001), enerji, canlılık, vitalite (p<0.001), ruhsal sağlık (p<0.001), sosyal işlevsellik (p<0.001), ağrı (p<0.001) ve genel sağlık (p<0.001) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0.05). Sonuçlar değerlendirildiğinde; taburcu olunan gün “bakıma katılım” ve “yaşam kalitesi alt boyutlarında” ortalama puanlar, 10. gün ortalama puanlara göre daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir. “Doğum sonrası depresyon”, “sürekli kaygı” ve “durumluk kaygı” düzeylerinde ise taburcu olunan gün ortalama puanlar, 10. Güne göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük düzeyde bulunmuştur (Tablo 4.16).

#### **4.4. Bebeklerin Risk Faktörleri (Apgar 5.dk, Doğum Sorunu Yaşama, Epilektik Nöbet), NIPS Ağrı düzeyleri ve Nörolojik Etkilenim Düzeylerine Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

**Tablo 4.17.** Araştırmaya Katılan Bebeklerin Apgar 5.dk Skorlarına Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi

|  |                   | 10. Gün |                |        | Taburcu Olunan Gün |        |
|--|-------------------|---------|----------------|--------|--------------------|--------|
|  |                   | n       | X ± SD         | p      | X ± SD             | p      |
| <b>Bakıma Katılım (0-19 puan)</b>                  | 4-6 orta derece   | 11      | 12,09 ± 2,119  | 0.924  | 14,09 ± 1,700      | 0.882  |
|  | anormal           |         |                |        |                    |        |
|  | 7-10 güven verici | 29      | 12,03 ± 1,476  |        | 14,21 ± 1,346      |        |
| <b>Depresyon (0-30 puan)</b>                       | 4-6 orta derece   | 11      | 21,27 ± 2,724  | <0.001 | 18,73 ± 2,936      | <0.001 |
|  | anormal           |         |                |        |                    |        |
|  | 7-10 güven verici | 29      | 15,86 ± 3,114  |        | 13,45 ± 2,798      |        |
| <b>SF-36 Fiziksel fonksiyon (0-100 puan)</b>       | 4-6 orta derece   | 11      | 49,55 ± 14,222 | <0.001 | 56,82 ± 16,473     | <0.001 |
|  | anormal           |         |                |        |                    |        |
|  | 7-10 güven verici | 29      | 88,45 ± 10,615 |        | 92,07 ± 7,382      |        |
| <b>SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü (0-100 puan)</b>     | 4-6 orta derece   | 11      | 20,45 ± 15,076 | <0.001 | 27,27 ± 20,780     | <0.001 |
|  | anormal           |         |                |        |                    |        |
|  | 7-10 güven verici | 29      | 62,93 ± 28,047 |        | 69,83 ± 25,336     |        |
| <b>SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü (0-100 puan)</b>    | 4-6 orta derece   | 11      | 21,19 ± 16,801 | 0.127  | 30,28 ± 17,981     | *0.025 |
|  | anormal           |         |                |        |                    |        |
|  | 7-10 güven verici | 29      | 32,17 ± 20,869 |        | 48,27 ± 22,885     |        |
| <b>SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite (0-100 puan)</b> | 4-6 orta derece   | 11      | 16,36 ± 7,447  | <0.001 | 22,73 ± 9,045      | <0.001 |
|  | anormal           |         |                |        |                    |        |
|  | 7-10 güven verici | 29      | 52,93 ± 20,377 |        | 58,79 ± 16,456     |        |
| <b>SF-36 Ruhsal Sağlık (0-100 puan)</b>            | 4-6 orta derece   | 11      | 30,91 ± 10,747 | <0.001 | 35,64 ± 10,948     | <0.001 |
|  | anormal           |         |                |        |                    |        |
|  | 7-10 güven verici | 29      | 65,10 ± 16,798 |        | 67,66 ± 14,363     |        |
| <b>SF-36 Sosyal İşlevsellik (0-100 puan)</b>       | 4-6 orta derece   | 11      | 37,50 ± 11,180 | *0.018 | 42,05 ± 12,836     | *0.003 |
|  | anormal           |         |                |        |                    |        |
|  | 7-10 güven verici | 29      | 50,00 ± 15,309 |        | 57,33 ± 12,283     |        |
| <b>SF-36 Ağrı (0-100 puan)</b>                     | 4-6 orta derece   | 11      | 37,50 ± 11,937 | <0.001 | 43,64 ± 13,618     | <0.001 |
|  | anormal           |         |                |        |                    |        |
|  | 7-10 güven verici | 29      | 68,28 ± 20,746 |        | 74,05 ± 17,683     |        |
| <b>SF-36 Genel Sağlık Algısı (0-100 puan)</b>      | 4-6 orta derece   | 11      | 29,55 ± 10,113 | *0.033 | 30,91 ± 7,355      | *0.007 |
|  | anormal           |         |                |        |                    |        |
|  | 7-10 güven verici | 29      | 38,45 ± 13,503 |        | 41,21 ± 15,098     |        |
| <b>Durumluk Kaygı (20-80 puan)</b>                 | 4-6 orta derece   | 11      | 46,55 ± 6,346  | 0.302  | 42,91 ± 5,924      | 0.211  |
|  | anormal           |         |                |        |                    |        |
|  | 7-10 güven verici | 29      | 44,66 ± 4,569  |        | 40,69 ± 4,513      |        |
| <b>Sürekli Kaygı (20-80 puan)</b>                  | 4-6 orta derece   | 11      | 43,91 ± 5,088  | 0.300  | 42,09 ± 5,319      | 0.202  |
|  | anormal           |         |                |        |                    |        |
|  | 7-10 güven verici | 29      | 42,14 ± 4,635  |        | 40,03 ± 4,136      |        |

Bağımsız Örneklem t testi (\*p<0.05)

Araştırmaya katılan bebeklerin apgar 5.dk skorlarına göre ebeveynlerin bakıma katılım, depresyon, yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde; 10. gün doğum sonrası depresyon ( $p<0.001$ ), fiziksel fonksiyon ( $p<0.001$ ), fiziksel rol güçlüğü ( $p<0.001$ ), enerji, canlılık, vitalite ( $p<0.001$ ), ruhsal sağlık ( $p<0.001$ ), sosyal işlevsellik ( $p=0.018$ ), ağrı ( $p<0.001$ ) ve genel sağlık ( $p=0.033$ ) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Apgar 5. dk skoru 4-6 puan anormal bebeğe sahip annelerin depresyon düzeylerinin diğer gruplara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Apgar 5.dk skoru 7-10 güven verici olan bebeğe sahip annelerin yaşam kalitesi alt boyutlarının ise diğer gruplara göre daha ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.17).

Çalışmamızda taburcu olunan gün doğum sonrası depresyon ( $p<0.001$ ), fiziksel fonksiyon ( $p<0.001$ ), fiziksel rol güçlüğü ( $p<0.001$ ), emosyonel rol güçlüğü ( $p=0.025$ ), enerji, canlılık, vitalite ( $p<0.001$ ), ruhsal sağlık ( $p<0.001$ ), sosyal işlevsellik ( $p=0.003$ ), ağrı ( $p<0.001$ ) ve genel sağlık ( $p=0.007$ ) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Apgar 5. dk. 4-6 puan anormal bebeğe sahip annelerin depresyon düzeylerinin diğer gruplara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Apgar 5.dk skoru 7-10 güven verici olan bebeğe sahip annelerin yaşam kalitesi alt boyutlarının ise diğer gruba göre daha ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlara göre; bebekleri daha riskli olan annelerin depresyon düzeyleri yüksek, yaşam kaliteleri düşük düzeyde bulunmuştur (Tablo 4.17).

**Tablo 4.18.** Araştırmaya Katılan Bebeklerin NIPS Ağrı Skorlarına Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi

|  |             | 10. Gün |                | Taburcu Olunan Gün |                |        |
|--|-------------|---------|----------------|--------------------|----------------|--------|
|  |             | n       | X ± SD         | p                  | X ± SD         | P      |
| <b>Bakıma Katılım (0-19 puan)</b>            | Ağrı yok    | 34      | 12,12 ± 1,572  | 0.543              | 14,32 ± 1,319  | 0.119  |
|  | Ağrı mevcut | 6       | 11,67 ± 2,160  |                    | 13,33 ± 1,862  |        |
| <b>Depresyon (0-30 puan)</b>                 | Ağrı yok    | 34      | 16,26 ± 2,778  | <0.001             | 13,85 ± 2,311  | <0.001 |
|  | Ağrı mevcut | 6       | 23,50 ± 3,391  |                    | 20,83 ± 4,535  |        |
| <b>SF-36 Fiziksel fonksiyon (0-100 puan)</b> | Ağrı yok    | 34      | 82,50 ± 17,023 | <0.001             | 86,91 ± 14,513 | <0.001 |
|  | Ağrı mevcut | 6       | 50,83 ± 22,675 |                    | 56,67 ± 22,509 |        |

**Tablo 4.18. (Devam)**

|  |             |    |                |                  |                |                  |
|--|-------------|----|----------------|------------------|----------------|------------------|
| <b>SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü (0-100 puan)</b>     | Ağrı yok    | 34 | 55,88 ± 30,188 | <b>*0.025</b>    | 63,24 ± 26,993 | <b>*0.010</b>    |
|  | Ağrı mevcut | 6  | 25,00 ± 27,386 |                  | 29,17 ± 36,799 |                  |
| <b>SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü (0-100 puan)</b>    | Ağrı yok    | 34 | 30,38 ± 20,713 | 0.368            | 45,09 ± 23,059 | 0.251            |
|  | Ağrı mevcut | 6  | 22,20 ± 17,196 |                  | 33,32 ± 21,092 |                  |
| <b>SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite (0-100 puan)</b> | Ağrı yok    | 34 | 47,65 ± 21,993 | <b>*0.002</b>    | 53,38 ± 19,374 | <b>&lt;0.001</b> |
|  | Ağrı mevcut | 6  | 15,83 ± 18,552 |                  | 23,33 ± 18,886 |                  |
| <b>SF-36 Ruhsal Sağlık (0-100 puan)</b>            | Ağrı yok    | 34 | 60,82 ± 17,443 | <b>&lt;0.001</b> | 63,53 ± 15,625 | <b>&lt;0.001</b> |
|  | Ağrı mevcut | 6  | 26,67 ± 21,860 |                  | 32,33 ± 20,646 |                  |
| <b>SF-36 Sosyal İşlevsellik (0-100 puan)</b>       | Ağrı yok    | 34 | 50,37 ± 11,712 | <b>&lt;0.001</b> | 56,62 ± 10,764 | <b>&lt;0.001</b> |
|  | Ağrı mevcut | 6  | 25,00 ± 15,811 |                  | 33,33 ± 15,138 |                  |
| <b>SF-36 Ağrı (0-100 puan)</b>                     | Ağrı yok    | 34 | 64,78 ± 20,564 | <b>&lt;0.001</b> | 71,03 ± 17,311 | <b>&lt;0.001</b> |
|  | Ağrı mevcut | 6  | 31,67 ± 17,224 |                  | 35,42 ± 18,057 |                  |
| <b>SF-36 Genel Sağlık Algısı (0-100 puan)</b>      | Ağrı yok    | 34 | 38,97 ± 10,501 | <b>&lt;0.001</b> | 41,18 ± 12,374 | <b>*0.002</b>    |
|  | Ağrı mevcut | 6  | 19,17 ± 14,972 |                  | 41,21 ± 15,098 |                  |
| <b>Durumluk Kaygı (20-80 puan)</b>                 | Ağrı yok    | 34 | 43,74 ± 3,562  | <b>&lt;0.001</b> | 39,97 ± 3,737  | <b>&lt;0.001</b> |
|  | Ağrı mevcut | 6  | 53,33 ± 5,046  |                  | 48,83 ± 4,446  |                  |
| <b>Sürekli Kaygı (20-80 puan)</b>                  | Ağrı yok    | 34 | 41,62 ± 4,120  | <b>&lt;0.001</b> | 39,65 ± 3,845  | <b>&lt;0.001</b> |
|  | Ağrı mevcut | 6  | 48,33 ± 4,367  |                  | 46,00 ± 4,517  |                  |

Bağımsız Örneklem t testi

(\*p&lt;0.05)

Araştırmaya katılan bebeklerin NIPS ağrı skorlarına göre ebeveynlerin bakıma katılım, depresyon, yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde; 10. gün doğum sonrası depresyon (p<0.001), sürekli kaygı (p=0.001), durumluk kaygı (p<0.001), fiziksel fonksiyon (p<0.001), fiziksel rol güçlüğü (p=0.025), enerji, canlılık, vitalite (p=0.002), ruhsal sağlık (p<0.001), sosyal işlevsellik (p<0.001), ağrı (p=0.001) ve genel sağlık (p<0.001) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 4.18).

Ağrısı mevcut olan bebeğe sahip annelerin depresyon, sürekli kaygı, durumluk kaygı düzeylerinin ağrısı olmayanlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ağrısı olmayan bebeğe sahip annelerin ise, yaşam kalitesi alt boyutlarının diğer gruplara göre daha ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.18).

Çalışmamızda taburcu olunan günde yapılan değerlendirmede doğum sonrası depresyon ( $p<0.001$ ), sürekli kaygı ( $p=0.001$ ), durumluk kaygı ( $p<0.001$ ), fiziksel fonksiyon ( $p<0.001$ ), fiziksel rol güçlüğü ( $p=0.010$ ), enerji, canlılık, vitalite ( $p=0.001$ ), ruhsal sağlık ( $p<0.001$ ), sosyal işlevsellik ( $p<0.001$ ), ağrı ( $p<0.001$ ) ve genel sağlık ( $p=0.002$ ) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 4.18).

Ağrısı mevcut olan bebeğe sahip annelerin depresyon, sürekli kaygı, durumluk kaygı düzeylerinin ağrısı olmayanlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ağrısı olmayan bebeğe sahip annelerin ise, yaşam kalitesi alt boyutlarının diğer gruplara göre daha ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.18).

**Tablo 4.19.** Araştırmaya Katılan Bebeklerin Doğum Sorunu Yaşama Durumlarına Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi

|  |       | 10. Gün |                |               | Taburcu Olunan Gün |               |
|--|-------|---------|----------------|---------------|--------------------|---------------|
|  |       | n       | X ± SD         | p             | X ± SD             | P             |
| <b>Bakıma Katılım (0-19 puan)</b>                  | Evet  | 11      | 11,00 ± 1,265  | <b>*0.011</b> | 13,36 ± 1,567      | <b>*0.025</b> |
|  | Hayır | 29      | 12,45 ± 1,617  |               | 14,48 ± 1,271      |               |
| <b>Depresyon (0-30 puan)</b>                       | Evet  | 11      | 18,91 ± 3,448  | 0.116         | 15,82 ± 4,020      | 0.337         |
|  | Hayır | 29      | 16,76 ± 3,888  |               | 14,55 ± 3,552      |               |
| <b>SF-36 Fiziksel fonksiyon (0-100 puan)</b>       | Evet  | 11      | 72,73 ± 22,289 | 0.359         | 79,55 ± 20,911     | 0.570         |
|  | Hayır | 29      | 79,66 ± 20,613 |               | 83,45 ± 18,570     |               |
| <b>SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü (0-100 puan)</b>     | Evet  | 11      | 47,73 ± 28,405 | 0.669         | 54,55 ± 24,541     | 0.656         |
|  | Hayır | 29      | 52,59 ± 32,967 |               | 59,48 ± 33,014     |               |
| <b>SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü (0-100 puan)</b>    | Evet  | 11      | 30,28 ± 17,981 | 0.831         | 45,45 ± 22,498     | 0.722         |
|  | Hayır | 29      | 28,72 ± 21,318 |               | 42,51 ± 23,412     |               |
| <b>SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite (0-100 puan)</b> | Evet  | 11      | 34,55 ± 20,549 | 0.183         | 41,36 ± 19,377     | 0.186         |
|  | Hayır | 29      | 46,03 ± 25,049 |               | 51,72 ± 22,491     |               |
| <b>SF-36 Ruhsal Sağlık (0-100 puan)</b>            | Evet  | 11      | 53,09 ± 21,173 | 0.646         | 56,00 ± 18,590     | 0.580         |
|  | Hayır | 29      | 56,69 ± 22,196 |               | 59,93 ± 20,329     |               |

**Tablo 4.19. (Devam)**

|   |       |    |                |       |                |       |
|---|-------|----|----------------|-------|----------------|-------|
| <b>SF-36 Sosyal İşlevsellik (0-100 puan)</b>  | Evet  | 11 | 48,86 ± 14,202 | 0.563 | 52,27 ± 15,631 | 0.817 |
|   | Hayır | 29 | 45,69 ± 15,768 |       | 53,45 ± 13,732 |       |
| <b>SF-36 Ağrı (0-100 puan)</b>                | Evet  | 11 | 53,41 ± 18,950 | 0.289 | 61,14 ± 19,792 | 0.416 |
|   | Hayır | 29 | 62,24 ± 24,507 |       | 67,41 ± 22,165 |       |
| <b>SF-36 Genel Sağlık Algısı (0-100 puan)</b> | Evet  | 11 | 33,64 ± 13,246 | 0.491 | 36,82 ± 11,890 | 0.673 |
|   | Hayır | 29 | 36,90 ± 13,257 |       | 38,97 ± 15,023 |       |
| <b>Durumluk Kaygı (20-80 puan)</b>            | Evet  | 11 | 46,27 ± 5,042  | 0.409 | 41,18 ± 4,996  | 0.928 |
|   | Hayır | 29 | 44,76 ± 5,152  |       | 41,34 ± 5,038  |       |
| <b>Sürekli Kaygı (20-80 puan)</b>             | Evet  | 11 | 43,82 ± 5,400  | 0.336 | 41,45 ± 4,803  | 0.468 |
|   | Hayır | 29 | 42,17 ± 4,520  |       | 40,28 ± 4,447  |       |

Bağımsız Örneklem t testi

(\*p&lt;0.05)

Araştırmaya katılan bebeklerin doğum sorunu yaşama durumuna göre ebeveynlerin bakıma katılım, depresyon, yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde; 10. gün bakıma katılım (p=0.011) ve taburculuk günü bakıma katılım (p=0.025) düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0.05). Doğum sorunu yaşamayan annelerin bakıma katılım düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.19).

**Tablo 4.20. Araştırmaya Katılan Bebeklerin Epileptik Nöbet Geçirme Durumlarına Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

|  |       | 10. Gün |                | p     | Taburcu Olunan Gün |       |
|--|-------|---------|----------------|-------|--------------------|-------|
|  |       | n       | X ± SD         |       | X ± SD             | P     |
| <b>Bakıma Katılım (0-19 puan)</b>              | Evet  | 12      | 12,42 ± 1,929  | 0.364 | 14,42 ± 1,676      | 0.491 |
|  | Hayır | 28      | 11,89 ± 1,524  |       | 14,07 ± 1,331      |       |
| <b>Depresyon (0-30 puan)</b>                   | Evet  | 12      | 19,00 ± 3,330  | 0.076 | 15,75 ± 3,864      | 0.345 |
|  | Hayır | 28      | 16,64 ± 3,899  |       | 14,54 ± 3,605      |       |
| <b>SF-36 Fiziksel fonksiyon (0-100 puan)</b>   | Evet  | 12      | 68,75 ± 21,011 | 0.076 | 77,08 ± 20,277     | 0.804 |
|  | Hayır | 28      | 81,61 ± 20,187 |       | 84,64 ± 18,405     |       |
| <b>SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü (0-100 puan)</b> | Evet  | 12      | 41,67 ± 26,827 | 0.212 | 56,25 ± 30,386     | 0.488 |
|  | Hayır | 28      | 55,36 ± 32,884 |       | 58,93 ± 31,339     |       |

**Tablo 4.20. (Devam)**

|  |       |    |                |       |                |       |
|--|-------|----|----------------|-------|----------------|-------|
| <b>SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü (0-100 puan)</b>    | Evet  | 12 | 30,54 ± 22,292 | 0.780 | 47,23 ± 30,027 | 0.204 |
|  | Hayır | 28 | 28,55 ± 19,700 |       | 41,65 ± 19,531 |       |
| <b>SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite (0-100 puan)</b> | Evet  | 12 | 33,75 ± 20,127 | 0.120 | 42,08 ± 20,721 | 0.252 |
|  | Hayır | 28 | 46,79 ± 25,063 |       | 51,79 ± 22,162 |       |
| <b>SF-36 Ruhsal Sağlık (0-100 puan)</b>            | Evet  | 12 | 49,00 ± 19,679 | 0.205 | 53,33 ± 18,632 | 0.635 |
|  | Hayır | 28 | 58,57 ± 22,237 |       | 61,21 ± 20,010 |       |
| <b>SF-36 Sosyal İşlevsellik (0-100 puan)</b>       | Evet  | 12 | 44,79 ± 13,545 | 0.637 | 50,00 ± 15,076 | 0.365 |
|  | Hayır | 28 | 47,32 ± 16,086 |       | 54,46 ± 13,699 |       |
| <b>SF-36 Ağrı (0-100 puan)</b>                     | Evet  | 12 | 51,67 ± 20,347 | 0.149 | 58,75 ± 19,321 | 0.184 |
|  | Hayır | 28 | 63,30 ± 23,834 |       | 68,66 ± 21,990 |       |
| <b>SF-36 Genel Sağlık Algısı (0-100 puan)</b>      | Evet  | 12 | 37,50 ± 13,734 | 0.643 | 40,42 ± 14,687 | 0.556 |
|  | Hayır | 28 | 35,36 ± 13,118 |       | 37,50 ± 14,044 |       |
| <b>Durumluk Kaygı (20-80 puan)</b>                 | Evet  | 12 | 46,83 ± 5,340  | 0.182 | 42,00 ± 5,527  | 0.566 |
|  | Hayır | 28 | 44,46 ± 4,925  |       | 41,00 ± 4,776  |       |
| <b>Sürekli Kaygı (20-80 puan)</b>                  | Evet  | 12 | 44,00 ± 4,671  | 0.237 | 41,58 ± 4,833  | 0.374 |
|  | Hayır | 28 | 42,04 ± 4,765  |       | 40,18 ± 4,397  |       |

Bağımsız Örneklem t testi

(\*p&lt;0.05)

Araştırmaya katılan bebeklerin epileptik nöbet geçirme durumuna göre ebeveynlerin bakıma katılım, depresyon, yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir (p>0.05). Buna göre bebeğin epileptik nöbet geçirme durumunun annenin bakıma katılma, depresyon, kaygı düzeyi ve yaşam kalitesi üzerinde bir etkisinin olmadığı değerlendirilebilir (Tablo 4.20).

**Tablo 4.21.** Araştırmaya Katılan Bebeklerin Nörolojik Etkilenim Düzeylerine (Dubowitz Ölçeği) Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi

| Nörolojik Etkilenim Düzeyi                                      |                            | 10. Gün |                | Taburcu Olunan Gün |                |        |
|---|----------------------------|---------|----------------|--------------------|----------------|--------|
| (Dubowitz Ölçeği)   |                            | n       | X ± SD         | p                  | X ± SD         | p      |
| <b>Bakıma Katılım<br/>(0-19 puan)</b>                           | Yüksek Nörolojik Etkilenim | 4       | 10,75 ± 1,708  | 0.249              | 13,25 ± 1,258  | 0.285  |
|   | Orta Nörolojik Etkilenim   | 10      | 12,30 ± 1,947  |                    | 14,60 ± 1,506  |        |
|   | Düşük Nörolojik Etkilenim  | 26      | 12,15 ± 1,488  |                    | 14,15 ± 1,405  |        |
| <b>Depresyon<br/>(0-30 puan)</b>                                | Yüksek Nörolojik Etkilenim | 4       | 24,00 ± 2,160  | <0.001             | 21,50 ± 3,109  | <0.001 |
|   | Orta Nörolojik Etkilenim   | 10      | 19,30 ± 1,418  |                    | 16,10 ± 1,969  |        |
|   | Düşük Nörolojik Etkilenim  | 26      | 15,58 ± 3,164  |                    | 13,42 ± 2,955  |        |
| <b>SF-36 Fiziksel<br/>fonksiyon<br/>(0-100 puan)</b>            | Yüksek Nörolojik Etkilenim | 4       | 36,25 ± 4,787  | <0.001             | 42,50 ± 6,455  | <0.001 |
|   | Orta Nörolojik Etkilenim   | 10      | 63,00 ± 14,376 |                    | 71,50 ± 16,675 |        |
|   | Düşük Nörolojik Etkilenim  | 26      | 89,81 ± 9,948  |                    | 92,69 ± 6,961  |        |
| <b>SF-36 Fiziksel<br/>Rol Güçlüğü<br/>(0-100 puan)</b>          | Yüksek Nörolojik Etkilenim | 4       | 12,50 ± 14,434 | <0.001             | 12,50 ± 14,434 | <0.001 |
|   | Orta Nörolojik Etkilenim   | 10      | 30,00 ± 15,811 |                    | 40,00 ± 21,082 |        |
|   | Düşük Nörolojik Etkilenim  | 26      | 65,38 ± 28,352 |                    | 72,12 ± 24,826 |        |
| <b>SF-36<br/>Emosyonel Rol<br/>Güçlüğü<br/>(0-100 puan)</b>     | Yüksek Nörolojik Etkilenim | 4       | 24,97 ± 16,650 | 0.793              | 24,97 ± 16,650 | 0.232  |
|   | Orta Nörolojik Etkilenim   | 10      | 26,65 ± 21,082 |                    | 43,32 ± 27,457 |        |
|   | Düşük Nörolojik Etkilenim  | 26      | 30,75 ± 20,926 |                    | 46,15 ± 21,267 |        |
| <b>SF-36<br/>Enerji/Canlılık/<br/>Vitalite<br/>(0-100 puan)</b> | Yüksek Nörolojik Etkilenim | 4       | 8,75 ± 6,292   | <0.001             | 17,50 ± 6,455  | <0.001 |
|   | Orta Nörolojik Etkilenim   | 10      | 24,50 ± 7,619  |                    | 32,00 ± 12,953 |        |
|   | Düşük Nörolojik Etkilenim  | 26      | 55,19 ± 20,223 |                    | 60,19 ± 16,762 |        |
| <b>SF-36 Ruhsal<br/>Sağlık<br/>(0-100 puan)</b>                 | Yüksek Nörolojik Etkilenim | 4       | 21,00 ± 3,830  | <0.001             | 26,00 ± 4,000  | <0.001 |
|   | Orta Nörolojik Etkilenim   | 10      | 43,20 ± 13,307 |                    | 46,80 ± 12,227 |        |
|   | Düşük Nörolojik Etkilenim  | 26      | 65,85 ± 17,536 |                    | 68,54 ± 14,898 |        |

**Tablo 4.21. (Devam)**

|   |                            |    |                |                  |                |                  |
|---|----------------------------|----|----------------|------------------|----------------|------------------|
| <b>SF-36 Sosyal İşlevsellik (0-100 puan)</b>  | Yüksek Nörolojik Etkilenim | 4  | 28,13 ± 6,250  |                  | 31,25 ± 12,500 |                  |
|   | Orta Nörolojik Etkilenim   | 10 | 45,00 ± 8,740  | <b>*0.022</b>    | 48,75 ± 7,096  | <b>&lt;0.001</b> |
|   | Düşük Nörolojik Etkilenim  | 26 | 50,00 ± 16,202 |                  | 58,17 ± 12,719 |                  |
|   | Yüksek Nörolojik Etkilenim | 4  | 24,38 ± 10,680 |                  | 30,63 ± 10,680 |                  |
| <b>SF-36 Ağrı (0-100 puan)</b>                | Orta Nörolojik Etkilenim   | 10 | 48,75 ± 6,038  | <b>&lt;0.001</b> | 56,00 ± 10,620 | <b>&lt;0.001</b> |
|   | Düşük Nörolojik Etkilenim  | 26 | 69,52 ± 21,599 |                  | 74,81 ± 18,560 |                  |
| <b>SF-36 Genel Sağlık Algısı (0-100 puan)</b> | Yüksek Nörolojik Etkilenim | 4  | 23,75 ± 14,930 |                  | 27,50 ± 10,408 |                  |
|   | Orta Nörolojik Etkilenim   | 10 | 34,50 ± 6,852  | 0.103            | 34,50 ± 8,317  | 0.107            |
|   | Düşük Nörolojik Etkilenim  | 26 | 38,46 ± 13,984 |                  | 41,54 ± 15,412 |                  |
|   | Yüksek Nörolojik Etkilenim | 4  | 53,50 ± 2,517  |                  | 48,25 ± 3,594  |                  |
| <b>Durumluk Kaygı (20-80 puan)</b>            | Orta Nörolojik Etkilenim   | 10 | 43,60 ± 4,300  | <b>*0.001</b>    | 40,10 ± 4,458  | <b>*0.009</b>    |
|   | Düşük Nörolojik Etkilenim  | 26 | 44,50 ± 4,545  |                  | 40,69 ± 4,585  |                  |
| <b>Sürekli Kaygı (20-80 puan)</b>             | Yüksek Nörolojik Etkilenim | 4  | 48,50 ± 4,435  |                  | 46,75 ± 4,272  |                  |
|   | Orta Nörolojik Etkilenim   | 10 | 42,60 ± 3,950  | <b>*0.026</b>    | 40,40 ± 3,836  | <b>*0.011</b>    |
|   | Düşük Nörolojik Etkilenim  | 26 | 41,73 ± 4,592  |                  | 39,73 ± 4,181  |                  |

One-way Anova  
(\*p<0.05)

Araştırmaya katılan bebeklerin Dubowitz nörolojik etkilenim düzeylerine göre ebeveynlerin bakıma katılım, depresyon, yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde; 10. gün doğum sonrası depresyon (p<0.001), sürekli kaygı (p=0.001), durumluk kaygı (p=0.026), fiziksel fonksiyon (p<0.001), fiziksel rol güçlüğü (p<0.001), enerji, canlılık, vitalite (p<0.001), ruhsal sağlık (p<0.001), sosyal işlevsellik (p=0.022) ve ağrı (p<0.001) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Yüksek nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelerin depresyon, sürekli kaygı, durumluk kaygı düzeylerinin; orta ve düşük nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelere göre ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Nörolojik etkilenimi düşük ve orta düzeyde bebeğe sahip annelerin ise, yaşam kalitesi alt

boyutlarının yüksek nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelere göre daha ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.21).

Araştırmamızda taburcu olunan günde yapılan değerlendirmelerde doğum sonrası depresyon ( $p<0.001$ ), sürekli kaygı ( $p=0.011$ ), durumluk kaygı ( $p=0.009$ ), fiziksel fonksiyon ( $p<0.001$ ), fiziksel rol güçlüğü ( $p<0.001$ ), enerji, canlılık, vitalite ( $p<0.001$ ), ruhsal sağlık ( $p<0.001$ ), sosyal işlevsellik ( $p<0.001$ ) ve ağrı ( $p<0.001$ ) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Yüksek nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelerin depresyon, sürekli kaygı, durumluk kaygı düzeylerinin; orta ve düşük nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelere göre ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Nörolojik etkilenimi düşük ve orta düzeyde bebeğe sahip annelerin ise, yaşam kalitesi alt boyutlarının yüksek nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelere göre daha ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.21).

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma riskli bebeğe sahip olan ebeveynlerde, bebeğin nörolojik etkilenim seviyesinin annelerin kaygı düzeylerine, yaşam kalitesine, depresyon ve tedaviye-bilgilendirmeye katılım düzeylerine olan etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın bulguları literatür bilgileri doğrultusunda 4 başlık altında tartışılmıştır.

**5.1. Ebeveynlerin Demografik Verilerine Göre 10.gün ve Taburculuk Günü Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyi Bulgularının Tartışılması**

**5.2. Ebeveynlerin Riskli Bebek Kavramını Bilme Durumuna Göre Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyi Bulgularının Tartışılması**

**5.3. Ebeveynlerin 10. Gün ve Taburculuk Günü Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi**

**5.4. Araştırmaya Katılan Bebeklerin Risk Faktörleri (5. dk. Apgar Skoru, Doğum Sorunu Yaşama, Epilektik Nöbet), Ağrı düzeyleri ve Nörolojik Etkilenim Düzeylerine Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyi Bulgularının Tartışılması**

**5.1. Ebeveynlerin Demografik Verilerine Göre 10.gün ve Taburculuk Günü Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyi Bulgularının Tartışılması**

Riskli bebeğe sahip olan anneler, bebeklerini daha geç görür, dokunur ve bebeklerini sahiplenmekte zorluk çekerler bu durum anne bebek ilişkisini olumsuz olarak etkilediği gösterilmiştir. (125). Çalışmamızda da bu durumunun annenin bebeğin bakımına katılımını etkileyebileceği düşünülmüş ve demografik bilgilerle annenin bakıma katılım düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir. Ebeveynlerin demografik verilerine göre 10. Gün ve taburculuk günü bakıma katılım düzeylerinde yaş, eğitim ve gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir. Bulgularımıza göre 36 yaş ve üzeri, üniversite mezunu ve gelir düzeyi yüksek olan

annelerin bakıma katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu sonuç annelerin bilgi ve farkındalık düzeylerine bağlanabilir.

Sunal ve Kaynak (2013)'in yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan ve mesleği memur olan annelerin bebek bakım bilgi puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada gebeliğin istenme durumu, planlı olması ve doğum şeklinin annelerin yenidoğan bakımına katılma durumunu etkilemediği bulgusuna ulaşılmıştır (126). Bu sonuçlar çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

Manav ve Yıldırım (2010)'in yapmış olduğu çalışmada planlanmamış gebelik sonucu oluşan preterm yenidoğan annelerinin bebeklerini kucaklarına ise geç aldıkları bakıma katılımda gecikme yaşandığı gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmanın sonucu gebeliğin planlanmış ve istenmiş olmasının bakıma katılımın önemini göstermektedir (127).

Çalışmamızda ebeveynlerin depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde 10. Gün 40 annenin tamamında doğum sonrası depresyon varlığı görülürken; taburculuk günü ise bu oran %75 olarak tespit edilmiştir. Ancak ebeveynlerin demografik verilerine göre 10. gün ve taburculuk günü doğum sonrası depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Sonuçlara göre; hem 10. gün hem de taburcu olduklarında depresyon düzeylerinin yaş, eğitim, gelir vb. gibi demografik verilere göre farklılaşmadığı değerlendirilmektedir.

İnanđı ve ark. (2002) tarafından yapılan çalışmada anne yaşının küçük olması ile doğum sonrası depresyon arasında ilişki saptanmıştır. Yaşı küçük olan annelerde postpartum depresyon daha fazla bulunmuştur (128).

Annelerin eğitim düzeyi ve depresyon durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş; eğitim almayan ve ilkököl düzeyinde eğitim alan annelerin depresyon oranını daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (129).

Postpartum depresyon ve gelir düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde literatürde farklı sonuçlar yer almaktadır. Karakaş N.M ve ark (2014) yaptığı çalışmada gelir seviyesi düşük olanlarda postpartum depresyon sıklığını daha yüksek bulurken (130), Danacı ve ark. (2002) yaptığı çalışmada ailenin gelir düzeyi ile

doğum sonrası depresyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (131).

Gebelik planlaması ve doğum sonrası depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen Ekuklu ve ark. (2002) planlanmayan gebelikte annelerde postpartum depresyon sıklığının yüksek olduğunu belirlemişlerdir (132).

Kronik hastalığın ve bundan dolayı sürekli ilaç kullanmak zorunda olan annelerde postpartum depresyona eğilimin daha fazla olduğu ülkemizde yapılan önceki çalışmalarda bildirilmiştir (129).

Annenin gebelikte yaşadığı sağlık problemleri doğum sonrası depresyon riskinde artışa neden olan diğer durumlar arasında değerlendirilmektedir (128).

Çalışmamızda literatürün aksine depresyonun riskli bebeğe sahip annelerde herhangi bir demografik özelliğe göre farklılaşmadığı bulunmuştur bunun sebebi taburculuk dönemine kadar geçen sürenin az olmasına bağlanabilmektedir.

Çalışmamızda ebeveynlerin demografik durumuna göre 10. gün ve taburculuk günü yaşam kalite düzeyleri değerlendirildiğinde; 10. ve taburcu olunan gün genel sağlık alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir. Sonuçlarımıza göre; kronik hastalığı olmayanların, olanlara göre genel sağlık yaşam kalitesi boyutunun daha ila düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde gebeliğin istenme durumu ve gebelik sayısı ile yaşam kalite ölçüğü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Gebeliği isteyen annelerin yaşam kalitesi alt boyut puanları istemeyen annelere göre daha yüksek belirlenmiş ayrıca gebelik sayısı iki ve daha fazla olan annelerin yaşam kalitelerinin daha fazla olumsuz etkilendiği bulunmuştur (133).

Çalışmamızda ebeveynlerin gelir düzeyine göre 10. gün ve taburcu olunan gün durumluk-sürekli kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde; gelir düzeyi düşük olan bireylerin durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer demografik bilgiler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Uludağ ve ark. 2012 yılında yaptıkları çalışmada anne yaşı ile kaygı düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır (134). Konukbay ve Arslan'ın 2011 yılında yaptıkları

çalışmada ise, yenidoğan yoğun bakım ünitesinden en çok stres ve kaygı yaşayan anne grubunun eğitim seviyesinin ilkökul olduğu bulunmuştur (135).

Tekin ve Kürtüncü'nün (2020) yaptıkları araştırmada ise ebeveynlerin mezun olunan eğitim düzeyi ile kaygı seviyesinin doğru orantılı olduğu bulunmuştur. Durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı farklılık yokken; sürekli kaygı düzeylerinde anlamlı farklılık tespit etmişlerdir (136).

Gelir düzeyi ile kaygı seviyesi arasında çelişkili bulgular mevcuttur. Uludağ ve ark. (2012) yaptığı çalışmada gelir durumunun düşük veya fazla olmasının kaygı düzeyini etkilemediği bulunurken (134), Erdem Ö ve ark. (2010) yaptığı çalışmada ise geliri daha düşük olan annelerin depresyon ve kaygı puanları daha yüksek bulunmuştur (137).

Kronik hastalık ve kaygı düzeyi arasında çalışmamızda bir ilişki bulunamamışken 2015 yılında yapılan çalışmada kronik hastalığı olan annelerin, kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (138).

Çalışmamızda gebeliğin planlı olup olmaması ile kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızın bulgusunu destekleyen başka bir çalışma Bahar A.(2007) tarafından yapılmıştır. Çalışmada, doğum sonrası gebeliğin istemli olup olmadığı ile kaygı durumu arasındaki ilişki olmadığı bulunmuştur (139).

## **5.2. Ebeveynlerin Riskli Bebek Kavramını Bilme Durumuna Göre Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyi Bulgularının Tartışılması**

Çalışmamızda ebeveynlerin; riskli bebek kavramını bilme durumuna göre bakıma katılım, depresyon ve kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde; riskli bebek kavramını bilenlerin 10.gün bakıma katılım düzeyleri bilmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda riskli bebek hakkında bilgisi ve farkındalığı olan annelerin bakıma katılımları daha fazla olduğu söylenebilir. Bununla birlikte riskli bebek kavramını bilmeyenlerin 10.gün sürekli kaygı düzeyleri bilenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Yeterli derecede bilgi sahibi olmamamın sürekli kaygı düzeyini arttırdığı sonucuna varılabilir. Riskli bebek kavramını bilme durumuna göre depresyon ve durumluk kaygı düzeyinde de anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Literatürde ebeveynlerin riskli bebek kavram hakkında bilgi tutumu ve doğum sonu bilgi alma durumları ile ilgili çalışmalara bakıldığında pek çok sonuç mevcuttur. Çelik A.S. ve ark.(2014) yaptığı çalışmada; annelerin postpartum döneme yönelik bilgi alma durumlarına ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelendiğinde postpartum döneme yönelik bilgi alan annelerin bilgi almayan annelere oranla doğum sonu yaşam kalitelerinin daha iyi seviyede olduğu gösterilmiştir. Ayrıca annenin bebeğe ve bakıma ilişkin bilgi beceri eksikliklerinin annede endişe yarattığını bulmuşlardır (140).

Redshaw ve ark. (1994) bebeğin durumu hakkında bilgi sahibi olan annelerin kaygı puan ortalamaları düşük, bilgi sahibi olmayan ve bilgilendirme yapılmayan annelerin umutsuzluk puanı yüksek saptanmış ancak gruplar arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (141). Turan ve ark. (2008) yapmış olduğu çalışmada ebeveynlerin yenidoğanın bakımına aktif katılımı sağlanarak uygulanan eğitim programının ebeveynlerin yaşadıkları stresi azaltılmasında etkin bir yöntem olduğu saptanmıştır. Sadece anneler değil aynı zamanda baba ve anne adayları da bu programlar sayesinde riskli bebek kavramı hakkında bilgi sahibi olabilmektedir (142). Erken müdahale programları ile ilgili çeşitli çalışmalar vardır bunu bir örneği Benzies ve ark (2013)' nın yapmış olduğu çalışmadır. Çalışmada erken müdahalenin test edilmesi ve geliştirilmesi, prematüre doğan bebeklerin ebeveynlerine katkı sağladığı, ailede sinir, stres ve depresyon bulgularını azalttığı belirtilmiştir (143).

### **5.3. Ebeveynlerin 10. Gün ve Taburculuk Günü Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi**

Çalışmamızda ortalama taburculuk günü değeri 24 gündür. Çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde; taburcu olunan gün “bakıma katılım” ve “yaşam kalitesi alt boyutlarında” 10. Güne göre daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir. Annelerin kaygı seviyelerinin taburcu olduklarında düştüğü gözlemlenmiştir. Doğum sonrası depresyon, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ise taburcu olunan gün anlamlı şekilde daha düşük düzeyde olduğu saptanmış olup bunda bebeğin durumunun iyileşmesi, sağlık personeli tarafından verilen eğitimin ayrıca doğum ve taburculuk arasında geçen gün sayısı gibi faktörler etkili olabilir.

Ocaktan ve ark. (2006) yaptığı çalışmada annelerin postpartum dönemdeki depresyon puanları iki kez ölçülmüştür. Doğum sonrası depresyonun 14. günde %22.7'ye, 6. ayda ise %19.7'ye düştüğü bulunmuştur. Bu sonuçlar, bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olan ebeveynlere verilen bilgi ve desteğe bağlanmıştır (144). Bunun örneği olarak Holditch-Davis, P ve ark (2000) yaptığı çalışma gösterilebilir. Çalışmada ebeveynlere verilen bilginin ve sağlık personeli tarafından sağlanan desteğin kaygı ve stresi azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (145). Yapılan bir diğer çalışmada ise annelere postpartum dönemde verilen planlı eğitimin bebek bakımına ilişkin puanı arttırdığı bulunmuştur. (146). Farklı açıdan ele alındığında bulgularımızın sonucu Tekin ve Kürtüncü'nün çalışmasına göre ebeveynlerin bebeklerinde gördüğü iyileşmeye bağlanabilir (136). Uludağ ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışma, çalışmamızın bulgularıyla çelişmektedir. Çalışmaya göre yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilen yenidoğanların ünitelerde yatış süreleri arttıkça annelerin anksiyete bozukluğu, postpartum depresyon varlığını ve kaygı düzeylerinin istatistiksel olarak arttığı bulunmuştur (134 ). Tüm bu sonuçlara bağlı olarak, bebeklerin taburculuk sürelerinin uzun olmaması ve çok yüksek riskli bebekler olmaması nedeniyle ya da yapılan bu anketlerin annelerin farklılık seviyelerinin yükseltilmesi gibi sebeplere bağlı olarak anket puanlarında olumlu sonuçlar gözlemlendiği söylenebilir.

#### **5.4. Araştırmaya Katılan Bebeklerin Risk Faktörleri (5. dk. Apgar Skoru, Doğum Sorunu Yaşama, Epilektik Nöbet), Ağrı düzeyleri ve Nörolojik Etkilenim Düzeylerine Göre Ebeveynlerin Bakıma Katılım, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyi Bulgularının Tartışılması**

Araştırmaya katılan bebeklerin; 5. Apgar skoru düşük olan bebeğe sahip annelerin depresyon düzeylerinin diğer gruplara göre daha ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde apgar skoru ve doğum sonrası depresyon ile yapılan çalışmada doğum sonrası depresyonu olan annelerin bebeklerinde 5. dakika apgar skorlarının daha düşük olduğu ve bulgunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (147). Yapılan bir başka çalışmada ise yenidoğanların birinci dakika Apgar skoruyla ebeveynlerin ikinci gün anne baba stres ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Birinci dakika

Apgar skoru yedinin üzerinde olan bebeklerin ebeveynlerinin ölçek puan ortalamaları yedinin altında olanlara göre daha düşük bulunmuştur (148).

24 yaş altı ve 30 yaş üstü, çalışmayan, iki ve daha fazla sayıda hamilelik yaşayan, miyadından önce doğum yapan ve bebeğinin 5. dakika apgar skoru 7 ve altında olan annelerin, durumluk anksiyete düzeyinin; çalışan, ilk hamileliği olan, zamanında doğum yapan; bebeğinin 5. dakika apgar puanı 8 ve üzeri olan annelere göre daha fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgulara ek olarak bebeğinin 5. dakika apgar puanı 8 ve üstü olan annelerin doğumdan hemen sonra emzirme başarısı, 5. dakika apgar puanı 7 ve altı olan annelere göre daha fazla olduğu bulunmuştur (149).

10. gün ve taburculuk günü bakıma katılım düzeylerinde, doğum sorunu yaşamayan annelerin bakıma katılım düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiş diğer verilerde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde Kırcan S.T'nin (2014) yapmış olduğu çalışma bulguları göze çarpmaktadır elde edilen bulgulara göre, bebeğinin doğumu esnasında herhangi bir tıbbi komplikasyon görülen annelerde doğum sonrası depresyon görülme oranı daha fazla bulunmuştur. Aynı çalışmada doğumdan sonra bebeği kuvözde kalan annelerde postpartum depresyon görülme oranı bebeği kuvözde kalmayan annelere göre anlamlı olarak farklılık göstermiştir (150). Danacı ve ark. (2002) tarafından yapılan çalışmada yenidoğanda ciddi sağlık sorunlarının varlığı postpartum depresyon oranını arttıran faktörlerden biri olduğu bulunmuştur (131). Çalışmalarımızın bulgularına ek olarak Uludağ ve ark. (2012) prematüre, konjenital anormali ve yenidoğanın geçici takipne tanılarıyla takip edilen yenidoğanların annelerinde anksiyete bozukluğunun, postpartum depresyonun ve durumluk kaygı düzeyinin arttığını bulmuşlardır. Aynı çalışmada anneler bebeğinin görünümünün ve yoğun bakımda bulunan ekipmanların her ikisinin de kendilerini rahatsız ettiğini belirtmişler ve bu annelerin sürekli kaygı düzeyleri daha fazla olduğu bulunmuştur (134).

Bebeğin epileptik nöbet geçirme durumunun annenin bakıma katılma, depresyon, kaygı ve yaşam kalitesi düzeyi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Literatürde yenidoğanların epileptik nöbet geçirme durumuna göre diğer değişkenlerle ilgili veriler yetersiz olmakla nöbetlerin ailede

kaygı ve üzüntüye sebep olabileceği, epileptik çocukların anne ile babalarında depresyon ve kaygının yüksek oranda görüldüğü bulgularına ulaşılmıştır. (151,152).

Ağrısı mevcut olan bebeğe sahip annelerin depresyon, sürekli kaygı, durumluk kaygı düzeylerinin ağrısı olmayanlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ağrısı olmayan bebeğe sahip annelerin ise, yaşam kalitesi alt boyutlarının diğer gruplara göre daha ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın bulgularını destekleyen literatürde birçok araştırma mevcuttur. Doğru ve ark. (2021) yaptığı çalışmada anneler en çok bebeğinin zayıf/güçsüz durumda ve acı/ağrı çekiyor gibi görünmesinden, ek olarak bebeğine bir takım iğne/tüp gibi ekipmanların takılı olmasından dolayı çok stresli olduklarını bildirmişlerdir (153). Stresli annelerin bebeklerine karşı daha az olumlu duygular besledikleri ve bebeklerinin bakım ve ihtiyaçlarına daha az yanıt verdikleri gösterilmiştir. (154). Çalışmamızda ise bu durumun annelerin bakıma katılımını etkilemediği bulunmuştur.

Uludağ ve ark. (2012) yaptığı çalışmada ise riskli bebeğe sahip annelerin sürekli kaygı düzeyleri istatistiksel olarak daha fazla olduğu bulunmuştur (134). Yapılan başka bir çalışmada ebeveynlerin, bebeklerinin rahatı ve ağrı düzeyleri hususunda kaygı duydukları ve bu gibi durumlarda annenin bebeğini rahatlatamaması/sakinleştirememesi anne için ciddi bir stres kaynağı olduğu bulunmuştur (155).

Literatürde maternal depresyon, bakıma katılım ve ağrı farklı bir şekilde ele alınmış olup, prenatal depresyona maruz kalan annelerde bebeğin topuk kanı alma gibi ağrılı bir işlem sırasında, bakım verme, sakinleştirme, kucaklama gibi eylemlere daha az giriştiği bulunmuştur (156).

Çalışmamızın asıl konusu olan, bebeklerin Dubowitz nörolojik etkilenim düzeylerine göre ebeveynlerin 10. Gün ve taburculuk günü bakıma katılım, depresyon, yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde; Yüksek nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelerin “depresyon”, “sürekli kaygı”, “durumluk kaygı” düzeylerinin; orta ve düşük nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelere göre ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Nörolojik etkilenimi düşük ve orta düzeyde bebeğe sahip annelerin ise, “yaşam kalitesi” alt boyutlarının yüksek nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelere göre daha ileri düzeyde olduğu tespit

edilmiştir. Yüksek riskli yenidoğanların sayısı son 20 yıl içinde artış göstermesine rağmen teknolojidaki ilerlemeler, obstetrik bakımdaki duyarlılık ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin gelişmişliği yüksek riskli yenidoğanlarda ölüm ve hastalık oranlarında azalma sağlamıştır. Yeni anne olmanın sevincine ek olarak; riskli olarak dünyaya gelen bebeğe sahip olma, yenidoğanın uzun süreli tıbbi bakım ve tedaviye gereksinim duyması, ünitesinin stresli ortamı, annenin bebekten fiziksel ve duygusal olarak uzakta olması gibi ailede psikososyal açıdan sorunlara neden olmaktadır (157,158,159). Yapılan araştırmada yenidoğanın prematür ya da yüksek riskli olarak doğması aile tarafından sıklıkla akut duygusal kriz ile karşılandığı ve bebeğin üniteye kabulünde ailenin yaşadığı stres ve depresyon düzeyi arttığı gözlemlenmiştir (160). Kadınlarda postpartum depresyon ile ilgili çeşitli ve çok sayıda çalışma olmasına rağmen sağlıklı ve hasta bebeğe sahip olan annelerdeki depresyon seviyeleri karşılaştırmasına ait bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda ülkemizde yapılan çalışmada sağlıklı bebeğe sahip olan annelerin doğum sonrası depresyon puan ortalamasının riskli yenidoğana sahip annelerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu ve eğitim seviyesi arttıkça postpartum depresyon puanının azaldığı bulunmuştur. Tüm bunlara ek olarak sağlıklı bebeği olan annelerin bebek bakımı konusunda zorluk yaşayan annelerin postpartum depresyon yaşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (161).

Bulgularımızı başka bir açıdan destekleyecek diğer bir çalışma Docherty ve ark. (2002), sağlıklı yenidoğana sahip olmayan 78 anneyi kaygı düzeyleri yönünden incelemiş ve üniteye yatış süresinin, düşük eğitim seviyesinin, bebeğin çocuğun görünümü ve davranışlarının annede endişe ve kaygıya sebep olduğunu göstermiştir (162). Prematür doğan, düşük doğum ağırlıklı veya riskli bir yenidoğana sahip olan anne, diğer annelerde olduğu gibi bebeğini göremez, temas edemez ve bakım gereksinimlerini karşılayamaz. Bu bulguya bağlı olarak bakıma katılımda yetersizlikler görülebilir. Hastalıklı doğan ve özel ihtiyaçları olan yenidoğana sahip ebeveynlerin tepkilerini etkileyen unsurlar bireysel, bebekten kaynaklanan ve ortamdaki kaynaklanmaktadır. Bireysel faktörlere örnek olarak doğum şekli, dini inanışlar sosyoekonomik durum, riskli bebek bilgi ve tutumu verilebilir. Bebekten kaynaklanan faktörler; yenidoğanın sağlık durumunun ciddiyeti, emosyonel tepkileri, genel görünüşü, var olan yetersizlik/engellilik tipi, davranışları, öngörülen yaşam

süresi, var olan rahatsızlığın kalıcılığı bebeğin ileriki yaşamını etkileyip etkilemediğidir. Ortamdan kaynaklanan faktörler: yenidoğanın bakım aldığı ünitenin fiziksel ve psikolojik durumu, yenidoğana yapılan ve yapılacak işlemler, uzman sağlık personeliyle aile arasındaki iletişim gibi unsurlar gösterilmektedir. (163, 164, 165). Araştırmamızın bulguları literatür taramasına uygun olarak tartışıldığında bulgularımız uyumludur.



## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Riskli bebeğe sahip olan ebeveynlerin, bebeğin nörolojik etkilenim seviyesine göre kaygı düzeyleri, yaşam kalitesi, depresyon ve tedaviye-bilgilendirmeye katılım düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

- Riskli bebek tanısı almış olmak ve bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatması, ebeveynler için strese kaygıya, hüzne ve depresyona neden olan, yaşam kalitesini düşüren bir olgu olduğu saptanmıştır.
- Bebeklerinin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olmasından dolayı annelerin bakım verici rolünün daha az olduğu bulunmuştur.
- Ailenin yaşadığı psikosoyal sorunlarının şiddeti yenidoğanın tıbbi ve nörolojik durumun ciddiyeti ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur.
- Ebeveynlerin 10. gün ile taburcu olunan gün arasındaki ortalama puanlar karşılaştırıldığında; ebeveynlerin bakıma katılımının arttığı, yaşam kalitesinin yükseldiği, depresyonun ve durumluk-sürekli kaygı düzeyinin azaldığı bulunmuştur.
- Yüksek nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelerin “depresyon”, “sürekli kaygı”, “durumluk kaygı” düzeylerinin; orta ve düşük nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelere göre ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir.
- Nörolojik etkilenimi düşük ve orta düzeyde bebeğe sahip annelerin ise, “yaşam kalitesi” alt boyutlarının yüksek nörolojik etkilenimi olan bebeğe sahip annelere göre daha ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma ve tartışma bölümünde ayrıntılı bir şekilde verilen bulgular ve bu alanda yapılmış olan önceki çalışmaların sonuçları da dikkate alınarak aşağıdaki öneriler de bulunulabilir;

- Riskli bebeğe sahip olan ebeveynlerin sağlık personelleri tarafından desteklenen, korku ve endişelerini paylaşılabilceği güvenli ortamlar oluşturmalı

- Riskli bebek ve erken müdahale programı konusunda uzman personel tarafından verilecek erken müdahale programlarının önemi anlatılarak ailenin yaşam kalitesi, kaygı, depresyon ve bakıma katılım düzeyi arttırılmalıdır.
- Toplumda yaygın olan riskli bebek tanısı almanın ileriki dönemde mutlaka sekelle sonuçlanacağı düşüncesinin yanlış olduğu vurgulanmalı.
- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin bakıma katılımı günün belirli saatlerinde sağlık personelleri tarafından teşvik edilmeli.



## KAYNAKLAR

1. Bilir F. Riskli Bebek 2012. Erişim:(<http://www.risklibebek.com/anne/index.php/riskli-bebekler>). (Erişim Tarihi: 24.07.2021)
2. Agarwal, R., Jain, A., Mehta, S., Sankar, J.M., Paul, J.S., Gururaj, G., Vani, S.N., Fernandez, A. (2010). Care of the Normal Newborn O.N., Bakhoo, P., Kumar, N., Jain, R., Thakre, S., Murki, S, Vanketeseshan (Ed.). National Neonatoloji Forum India, Evidence Based Clinical Practice Guidelines. (s. 2). India: Chandika Press Pvt. Ltd.
3. Yalaz K. (2018). Gelişimsel Çocuk nörolojisi. 2 ed. Ankara: Hipokrat kitabevi, 89-96 p.
4. Kliegman, R. M., Behrman, R. E., Jenson, H. B., & Stanton, B. M. (2007). Nelson textbook of pediatrics e-book. Elsevier Health Sciences.
5. Livanelioğlu, A., & Günel, M. K. (2009). Serebral palside fizyoterapi. Ankara: Yeni Özbek Matbaası, 5-12.
6. Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Say, L., Moller, A. B., & Lawn, J. (2013). Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. Reproductive health, 10(1), 1-14.
7. Platt, M. J., Cans, C., Johnson, A., Surman, G., Topp, M., Torrioli, M. G., & Krageloh-Mann, I. (2007). Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (< 1500 g) or born prematurely (< 32 weeks) in 16 European centres: a database study. The Lancet, 369(9555), 43-50.
8. Yiğit, Ş. (2004) Yenidoğan Bakımı. Türkiye Klinikleri Pediatri Özel Dergisi, 2 (4), 368-372.
9. Öztekin, Z. (2015). "Risk faktörlerine yaklaşım", Temel gelişimsel çocuk nörolojisi, Pelikan yayıncılık.
10. Pompa, K., Zaichkin, J. (2002). The NICU baby. J. Zaichkin (Ed.). Newborn Intensive Care: What Every Parent Needs to Know. Santa Rosa, CA: NICU Ink Book Publishers 117-139
11. Lee, K. G., & Cloherty, J. P. (2004). Identifying the high risk newborn and evaluating gestational age, prematurity, post-maturity, large-for-gestational-age and small-for-gestational age infants. Manual of neonatal care, 51, 53.
12. Rosenbaum, P. (2006) Classification of abnormal neurological outcome. Early human development, 82 (3), 167-171.

13. WHO, March of Dimes, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children. Born too soon: The global action report on preterm birth. Edited by: Howson CP, Kinney M, Lawn JE. Geneva, 2012.
14. Virji, S. K., & Talbott, E. O. (1990). The relationship between occupational classification and low birth weight in a national sample of white married mothers. *International archives of occupational and environmental health*, 62(5), 351-356.
15. Thanh, N. X., Toye, J., Savu, A., Kumar, M., & Kaul, P. (2015). Health service use and costs associated with low birth weight—a population level analysis. *The Journal of pediatrics*, 167(3), 551-556.
16. Lems, W., Hopkins, B., & Samsom, J. F. (1993). Mental and motor development in preterm infants: the issue of corrected age. *Early Human Development*, 34(1-2), 113-123.
17. Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2005). Improved neurosensory outcome at 8 years of age of extremely low birthweight children born in Victoria over three distinct eras. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 90(6), F484-F488.
18. Himpens, E., Van den Broeck, C., Oostra, A., Calders, P., Vanhaesebrouck, P. (2008) Prevalence, type, distribution, and severity of cerebral palsy in relation to gestational age: a meta-analytic review. *Developmental medicine and child neurology*, 50 (5), 334-340.
19. Anderson, P., Doyle, L.W. (2003) Neurobehavioral outcomes of school-age children born extremely low birth weight or very preterm in the 1990s. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 289 (24), 3264-3272.
20. Allin, M., Matsumoto, H., Santhouse, A. M., Nosarti, C., AlAsady, M. H., Stewart, A. L., ... & Murray, R. M. (2001). Cognitive and motor function and the size of the cerebellum in adolescents born very pre-term. *Brain*, 124(1), 60-66.
21. Woodward, L.J., Anderson, P.J., Austin, N.C., Howard, K., Inder, T.E. (2006). Neonatal MRI to predict neurodevelopmental outcomes in preterm infants. *The New England journal of medicine*, 355 (7), 685-694.
22. Subiramanian S, Sweet DG (2012). Management of neonatal respiratory distress syndrome. *Paediatr and Child Health Dec*;22(12):518-22.
23. Ramanathan, R. (2009). Choosing a right surfactant for respiratory distress syndrome treatment. *Neonatology*, 95(1), 1-5.

24. Gitto, E., Reiter, R. J., Karbownik, M., Xian-Tan, D., & Barberi, I. (2001). Respiratory distress syndrome in the newborn: role of oxidative stress. *Intensive care medicine*, 27(7), 1116-1123.
25. Armangil, D., Yurdakök, M., Karagöz, T., Canpolat, F. E., Korkmaz, A., Yiğit, Ş., Tekinalp, G., (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde patent duktus arteriozus ligasyonu yapılan prematüre bebeklerin retrospektif incelenmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(4), 187-192.
26. Therrien, J., Connelly, M. S., & Webb, G. D. (1999). Patent ductus arteriosus. *Current treatment options in cardiovascular medicine*, 1(4), 341-346.
27. Koziol LF, Budding DE, Chidekel D (2013). Hyperbilirubinemia: Subcortical mechanisms of cognitive and behavioral dysfunction. *Pediatr Neurol*;48(1):3-13.
28. Yılmaz, Y., Degirmenci, S., Akdas, F., Külekçi, S., Çiprut, A., Yüksel, Ş., Yıldız, F., Karadeniz, L., & Say, A. (2001). Prognostic value of auditory brainstem response for neurologic outcome in patients with neonatal indirect hyperbilirubinemia. *Journal of child neurology*, 16(10), 772-775.
29. <https://tr.esc.wiki/wiki/Kernicterus> (Erişim Tarihi: 01.01.2021)
30. Tarcan, A., Olalı, A., Tekşam, M., & Gürakan, B. (2005). Çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerde periventriküler-intraventricüler kanama ve periventriküler lökomalasi risk etkenlerinin incelenmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, 40, 28-32.
31. Ballabh, P. (2014). Pathogenesis and prevention of intraventricular hemorrhage. *Clinics in perinatology*, 41(1), 47-67.
32. American Academy of Pediatrics. (2019). Bolisetty S, Dhawan A, Abdel-Latif M, Bajuk B, Stack J, Lui K; New South Wales and Australian Capital Territory Neonatal Intensive Care Units' Data Collection. *Intraventricular Hemorrhage and Neurodevelopmental Outcomes in Extreme Preterm Infants. Pediatrics*. 2014; 133 (1): 55–62. *Pediatrics*, 144(3).
33. Köksal V, Kayacı S, Ertürk C, Tümtürk A. Prematür Bebeklerde Gelişen Germinal Matriks Kanamaları *Selçuk Pediatri* 2013;1(3):248-10
34. Larroque, B., Marret, S., Ancel, P.Y., Arnaud, C., Marpeau, L., Supernant, K. ve diğerleri. (2003) White matter damage and intraventricular hemorrhage in very preterm infants: the EPIPAGE study. *The Journal of pediatrics*, 143 (4), 477-483.
35. Inder, T.E., Wells, S.J., Mogridge, N.B., Spencer, C., Volpe, J.J. (2003) Defining the nature of the cerebral abnormalities in the premature infant: a

- qualitative magnetic resonance imaging study. *The Journal of pediatrics*, 143 (2), 171-179.
36. Han, T.R., Bang, M.S., Lim, J.Y., Yoon, B.H., Kim, I.W. (2002) Risk factors of cerebral palsy in preterm infants. *American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*, 81 (4), 297-303
  37. Northway Jr, W. H., Rosan, R. C., & Porter, D. Y. (1967). Pulmonary disease following respirator therapy of hyaline-membrane disease: bronchopulmonary dysplasia. *New England Journal of Medicine*, 276(7), 357-368.
  38. Walsh, M. C., Yao, Q., Gettner, P., Hale, E., Collins, M., Hensman, A., ... & McDavid, G. (2004). Impact of a physiologic definition on bronchopulmonary dysplasia rates. *Pediatrics*, 114(5), 1305-1311.
  39. Akcan, A.B. (2013) Buronkopolmoner Displazi. *İstanbul Medical Journal*, 14, 1-7.
  40. Tekin, N. (2011). Perinatal asfiksinin önlenmesi ve yönetimi. *Perinatoloji Dergisi*, 19(1), S36-S39.
  41. Apgar, V. (1952). A proposal for a new method of evaluation of the newborn. *Classic Papers in Critical Care*, 32(449), 97.
  42. Escobar, G. J., McCormick, M. C., Zupancic, J. A., Coleman-Phox, K., Armstrong, M. A., Greene, J. D., ... & Richardson, D. K. (2006). Unstudied infants: outcomes of moderately premature infants in the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 91(4), F238-F244.
  43. Bilgin, L. K., Aladağ, N., Aygün, C., & Altay, D. (2011). Hipoksik İskemik Ensefalopati: 63 Term Yenidoğanın Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 5(2), 89-94.
  44. Shankaran, S., Woldt, E., Koepke, T., Bedard, M. P., & Nandyal, R. (1991). Acute neonatal morbidity and long-term central nervous system sequelae of perinatal asphyxia in term infants. *Early human development*, 25(2), 135-148.
  45. Volpe, J. (2008). *Neurology of the Newborn*. 5th. Philadelphia: Saunders and Elsevier, 400-401.
  46. Scher MS, Aso K, Beggarly ME, Hamid MY, Steppe DA, Painter MJ. Electrographic seizures in preterm and full-term neonates: clinical correlates, associated brain lesions, and risk for neurologic sequelae. *Pediatrics*. 1993 Jan;91(1):128-34. PMID: 8416475.

47. Çırak, B., Güven, M.B., Ceylan, A., Çaksen, H., Kıymaz, N., Işık, S. (1999). Neonatal Hidrosefaliler. *Van Tıp Dergisi*, 6(2), 34-36.
48. Canaz, H., Alataş, İ., Batçık, O. E., Akdemir, A. O., & Baydın, S. (2013). Erken Çocuklukta Hidrosefali. *Kafkas J Med Sci*. Yıl, 2, 88-95.
49. Pisani, F., Bianchi, M., Scarano, A., Viola, P., Volante, E., & Faienza, C. (1999). Clinical features in subjects with congenital anomalies of the corpus callosum. *Acta bio-medica de L'Ateneo parmense: organo della Societa di medicina e scienze naturali di Parma*, 71, 497-502.
50. Tekgül, H., Dizdärer, G., Yalman, O., Sener, N., Yünter, N., & Tütüncüoğlu, S. (1999). Associated brain abnormalities in patients with corpus callosum anomalies. *The Turkish journal of pediatrics*, 41(2), 173-180.
51. Vural, M. (2007). Mekonyum Aspirasyonu Sendromu. M. Tunçer, E. Özek (Ed.). *Neonatolojinin Temel İlkeleri ve Acilleri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 191-192
52. Yolande, N., Roslyn, B. (2012). Neonatal Assessments for The Preterm Infant Up To 4 Months Corrected Age: A Systematic Review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54, 129–139.
53. Howson, C.P., Kinney, M.V., Lawn, J.E. (2012). *Born Too Soon, The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva: World Health Organisation.
54. Cameron, E.C., Maehle, V., Reid, J. (2005) The Effects of an Early Physical Therapy Intervention for Very Preterm, Very Low Birth Weight Infants: A Randomised Controlled Clinical Trial. *Pediatric Physical Therapy: The Official Publication of The Section on Pediatrics of The American Physical Therapy Association*, 17(2), 107-119.
55. Mutlu, A., Livanelioglu, A., & Korkmaz, A. (2010). Assessment of " general movements" in high-risk infants by Prechtl analysis during early intervention period in the first year of life. *The Turkish journal of pediatrics*, 52(6), 630.
56. Burns, Y. R. (1992). *NSMDA: Physiotherapy Assessment for Infants & Young Children*. CopyRight Publishing.
57. Spittle, A. J., Doyle, L. W., & Boyd, R. N. (2008). A systematic review of the clinimetric properties of neuromotor assessments for preterm infants during the first year of life. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(4), 254-266.
58. Piper, M.C., Pinnell, L.E., Darrah, J., Maquire, T., Byrne, P.J. (2012). Construction and Validation of Alberta Infant Motor Scale (AIMS). *Canada Journal of Public Health*, 83 (2), 46-50

59. Burns, Y.R., Danks, M., O'Callaghan, M.J., Gray, P.H., Cooper, D., Poulsen, L. ve diğerleri. (2009) Motor coordination difficulties and physical fitness of extremely-low-birthweight children. *Developmental medicine and child neurology*, 51 (2), 136-142.
60. Burns, Y. R., Ensbey, R. M., & Norrie, M. A. (1989). The Neuro-sensory Motor Developmental Assessment Part 1: Development and Administration of the Test. *The Australian journal of physiotherapy*, 35(3), 141–149.
61. Romeo, D. M., Cioni, M., Scoto, M., Mazzone, L., Palermo, F., & Romeo, M. G. (2008). Neuromotor development in infants with cerebral palsy investigated by the Hammersmith Infant Neurological Examination during the first year of age. *European Journal of Paediatric Neurology*, 12(1), 24-31.
62. Blauw, C. H., & Hadders, M. (2005). A systematic review of the effects of early intervention on motor development. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(06), 421-432
63. Anderson, P. J., De Luca, C. R., Hutchinson, E., Roberts, G., & Doyle, L. W. (2010). Underestimation of developmental delay by the new Bayley-III Scale. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(4), 352-356.
64. Bayley, N. (2006). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development-Third Edition*. San Antonio, TX, USA: Harcourt Assessment.
65. Campbell, S.K., Kolobe, T.H.A., Osten, E.T., Lenke, M., Girolami, G.L. (1995). Construct Validity of the Test of Infant Motor Performance. *Physical Therapy*, 75, 585-596.
66. Prechtl, H.F., Einspieler, C., Cioni, G. (1997). An Early Marker for Neurological Deficitis After Perinatal Brain Lesions. *Lancet*, 349, 1361-1363.
67. Bosanquet, M., Copeland, L., Ware, R., & Boyd, R. (2013). A systematic review of tests to predict cerebral palsy in young children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55(5), 418-426.
68. Dubowitz, L. M., Dubowitz, V., Palmer, P., & Verghote, M. (1980). A new approach to the neurological assessment of the preterm and full-term newborn infant. *Brain and Development*, 2(1), 3-14.
69. Chandler, L. S., Andrews, M. S., & Swanson, M. W. (1980). *Movement assessment of infants: A manual*. Movement Assessment of Infants.
70. Heineman, K.R., Fos, A.F., Hadders-Algra, M. (2008). Infant Motor Profile: As Standardized and Qualitative Method to Assess Motor Behaviour in Infancy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 50 (4), 275-282.

71. Folio, M.R., Fewell, R.R. (2000). Peabody Developmental Motor Scales. Examiner's Manual. (2nd. Ed) Austin, TX: Pro-Ed.
72. Harris, S. R., & Daniels, L. E. (1996). Content validity of the Harris infant neuromotor test. *Physical Therapy*, 76(7), 727-737.
73. Milani-Comparetti, A., & Gidoni, E. A. (1967). Routine developmental examination in normal and retarded children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 9(5), 631-638.
74. Orton, J., Spittle, A., Doyle, L., Anderson, P., & Boyd, R. (2009). Do early intervention programmes improve cognitive and motor outcomes for preterm infants after discharge? A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(11), 851-859.
75. Mutlu, A., & Livanelioğlu, A. (2010). Erken Dönem Fizyoterapi Yaklaşımları. *Turkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics*, 3(3), 8-13.
76. Çavuşoğlu H, 2013. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 1,Genişletilmiş 11. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Basımevi,s. 19-69.
77. Törüner EK, Büyükgönenç L, 2012. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. 1. Baskı, Ankara, Göktuğ Yayıncılık, s. 22-33.
78. Conk Z, Başbakkal Z, Yardımcı F. Çocuk Sağlığına Genel Bakış. İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. *Pediatric Hemşireliği*. 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2013. p. 30-31.
79. Shields L, Hunter J, Hall J, 2004. Parent's and staff's perceptions of parental needs during a child's admission to hospital: An English perspective. *J Child Health Care*, 8(9), 9-33.
80. Cooley WC, 2009. Family-centered care in pediatric practice, In:American Academy of Pediatrics Textbook of Pediatric Care, Eds: McNery TK, 1st Edition, USA, The Donohue Group Inc, p.1027-9.
81. Power N, Franck L, 2008. Parent participation in the care of hospitalized children: A systematicreview. *J Adv Nurs*,62(6), 622-41.
82. Stickney CA, Ziniel SI, Brett MS, Truog RD, 2014. Family participation during intensive care unitrounds: Attitudes and experiences of parents and healthcare providers in a tertiary pediatric intensive care unit. *J Pediatr*, 164, 402-6.
83. Aykanat, B, Gözen, D . (2014). Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 3 (1) , 683-695.

84. Vavarouta A, Xanthos T, Papadimitriou L, Kouskouni E, Iacovidou N, 2011. Family presence during resuscitation and invasive procedures: Physicians' and nurses' attitudes working in pediatric departments in Greece. *Resuscitation*, 82, 713-6.
85. Ramachandran, S., & Dutta, S. (2013). Early developmental care interventions of preterm very low birth weight infants. *Indian pediatrics*, 50(8), 765-770.
86. Ames KE, Rennick JE, Baillargeon S, 2011. A qualitative interpretive study exploring parents' perception of the parental role in the paediatric intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*, 27, 143-50.
87. Deatrck J, 2006. Family partnerships in nursing care, In: *Elements of Nursing Excellence in Care of Infants, Children, Youth, and Families*, Eds: Craft-Rosenberg M, Kra M, 1st Edition, Philadelphia, Springer Publishing Company, p. 41-55.
88. Moyse K, 2009. *Promoting Health in Children and Young People: The Role of the Nurse*. 1st Edition, USA, Wiley-Blackwell Publishing, p.180-6.
89. Boztepe H. (2012) Pediatri hemşirelerinin ağırlı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunması hakkında görüşleri *Ağrı*, 24(4),171-9.
90. Coyne, I., & Cowley, S. (2007). Challenging the philosophy of partnership with parents: a grounded theory study. *International journal of nursing studies*, 44(6), 893–904.
91. Mangurten, J., Scott, S. H., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Vinson, L., Sperry, J., ... & Voelmeck, W. (2006). Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 32(3), 225-233.
92. Pinar, G., Algier, L., Çolak, M., & Ayhan, A. (2008). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 18(3).
93. Muku B. Yaşam kalitesi ve sağlık çalışanları. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. YÖK Ulusal Tez Merkezi , 2014.
94. Aydın Boylu, A , Paçacıoğlu, B . (2016). YAŞAM KALİTESİ VE GÖSTERGELERİ. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)* , 8 (15) , 137-150.
95. Fidan, D., Ünal, B., & Demiral, Y. (2003). Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. *Sağlık ve Toplum*, 13(3), 3-8.

96. Girgin B.A., Balcı S. (2015). Fiziksel engelli çocuk ve ailesinin evde bakım gereksinimi. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 4(2): 305-317.
97. Lee J. (2013). Maternal stress, well-being, and impaired sleep in mothers of children with developmental disabilities: A literature review. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11): 4255-4273.
98. Alper Y. (2001). Depresyon psikoterapisi. I. Baskı. İstanbul: Alfa yayınları.
99. Depression, W. H. O. (2017). Other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 1-24.
100. Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The lancet*, 349(9064), 1498-1504
101. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. Ulusal hastalık yükü ve maliyet-etkililik projesi. Ankara: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004: 267-305.
102. Demir G., Özcan A., Kızılırmak A. (2010). Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin depresyon düzeylerinin belirlenmesi/ Determination of the depression levels of disabled children's mothers. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 13(4): 53-58.
103. Özakkaş, T. (2014). Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 19. 1-23.
104. Büyükoztürk, D. (1997). Araştırmaya Yönelik Kaygı Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 12 (12) , 453-464
105. Alisinanoğlu, F., & Ulutaş, İ. (2003). Çocukların Kaygı Düzeyleri İle Annelerinin Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Eğitim Ve Bilim*, 28(128).
106. Akgün R., Gökçearsan E. (2010). Engelli çocuğa sahip ailelerde güçlendirme yaklaşımı ve sosyal destek sistemi. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 10: 23-36.
107. Küllü Z. Özürlü çocuğa sahip ebeveynlerde depresyon durumunun değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (Prof.Dr.Ahmet Öztürk), 2008.
108. Bumin G., Günal A., Tükel Ş. (2008). Anxiety, depression and quality of life in mothers of disabled children. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1): 6-11.

109. Dubowitz, L., Ricciw, D., & Mercuri, E. (2005). The Dubowitz neurological examination of the full-term newborn. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 11(1), 52-60.
110. Dubowitz, L. M., Dubowitz, V., & Mercuri, E. (1999). *The neurological assessment of the preterm and full-term newborn infant* (No. 148). Cambridge University Press.
111. McGready, R., Simpson, J., Panyavudhikrai, S., Loo, S., Mercuri, E., Haataja, L., ... & Dubowitz, L. (2000). Neonatal neurological testing in resource-poor settings. *Annals of tropical paediatrics*, 20(4), 323-336.
112. Wusthoff, C. J. (2013). How to use: the neonatal neurological examination. *Archives of Disease in Childhood-Education and Practice*, 98(4), 148-153.
113. Dubowitz, L., Mercuri, E., & Dubowitz, V. (1998). An optimality score for the neurologic examination of the term newborn. *The Journal of pediatrics*, 133(3), 406-416.
114. Akdovan, T. ve Çiğdem, Z. Sağlıklı Yenidoğanlarda Ağrının Değerlendirilmesi, Emzik Verme ve Kucağa Alma Yöntemlerinin Etkisinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Zerrin Çiğdem), 1999.
115. Lawrence, J., Alcock, D., McGrath, P., Kay, J., MacMurray, S. B., & Dulberg, C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal network: NN*, 12(6), 59-66.
116. Çakmak, E., & Karaçam, Z. (2018). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anneler İçin Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 69-78.
117. Engindeniz, A. N., Küey, L., & Kültür, S. (1996). Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*, 1, 51-52.
118. Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.
119. Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. K. (1999). Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği. *İlaç ve tedavi dergisi*, 12(2), 102-106.
120. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L ve ark. (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8: 280-7

121. Spielberger, C. D. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety, Inventory. Consulting Psychologist.
122. Öner, N., & LeCompte, W. A. (1985). Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
123. Alacacıoğlu, A., Yavuzşen, T., Diriöz, M., Yeşil, L., Bayrı, D., & Yılmaz, U. (2007). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Anksiyete Düzeylerindeki Değişiklikler. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi, 17(2), 87-93.
124. Öner, N. (1997). Türkiye’de kullanılan psikolojik testler. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 365-373.
125. İşler A. Prematüre Bebeği Olan Annelerde Olumlu Anne Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Hemşirelik Yaklaşımının Önemi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2001.
126. Kaynak, S. (2011). Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyleri (Master's thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
127. Manav, G., & Yıldırım, F. (2010). Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları. Cumhuriyet Medical Journal, 32(2), 149-157.
128. Inandi, T., Elci, O. C., Ozturk, A., Egri, M., Polat, A., & Sahin, T. K. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. International journal of epidemiology, 31(6), 1201-1207.
129. Eren Tİ. Postpartum depresyon prevalansı ve sosyodemografik risk faktörleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Koordinatör: Dr. Refik Demirtunç), 2007.
130. Karakaş, N. M., Güneş, G., & Sarıbyık, M. (2014). Battalgazi’de Postpartum Depresyon Riski Ve Etkili Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 2(1), 1-12.
131. Danaci, A. E., Dinç, G., Deveci, A., Şen, F. S., & İçelli, İ. (2002). Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 37(3), 125-129.
132. Ekuklu, G., Tokuç, B., Eskiocak, M., Berberoğlu, U., & Saltık, A. (2002). Edirne Merkez ilçede doğum sonu depresyon sıklığı ve ilişkili bazı etmenler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, 2, 834-839.
133. Kahraman S. Kayseri İl Merkezindeki Adölesan Gebelerin Yaşam Kalitesinin 20-29 Yaş Grubu Gebelerle Karşılaştırılması. T.C. Erciyes

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri, (Osman GÜNAY),2009.

134. Uludağ A, Ünlüoğlu İ. (2012) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Annelerinde Stres Oluşturan Faktörler; Stresle Başa Çıkma Birinci Basamağın Rolünün Belirlenmesi Konuralp Tıp Dergisi 2012;4(3):19-26
135. Konukbay, D., & Arslan, F. (2011). Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Yatan Yenidoğan Ailelerinin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(2), 16-22.
136. Tekin, F., & Kürtüncü, M. (2019). Yenidoğanın geçici takipnesi ile hastaneye yatırılan yenidoğanların ebeveynlerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (3), 537-545.
137. Erdem, Ö., Bucaktepe, P., Özen, Ş., & Kara, İ. H. (2010). Prepartum ve Postpartum Donemde Annelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Duzce Medical Journal, 12(3).
138. Daştan, N. B., Deniz, N., & Şahin, B. (2015). Kars' Ta Gebelerin Ev Ziyareti İle Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. Journal Of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 6(2).
139. Kaplan, S., Bahar, A., & Sertbaş, G. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(1), 113-121.
140. Çelik, A. S., Türkoğlu, N., & Pasinlioğlu, T. (2014). Annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(3).
141. Redshaw ME, Harris A (1994). Nursing skill mix in neonatal care. Journal of Nursing Management 2(1):15-23
142. Turan, T., Başbakkal, Z., & Özbek, Ş. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. Journal of Clinical Nursing, 17 (21), 2856–2866.
143. Benzies, K. M., Magill-Evans, J. E., Hayden, K. A., & Ballantyne, M. (2013). Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. BMC pregnancy and childbirth, 13(1), 1-15.
144. Ocaktan, E., Çalışkan, D., Bedriye, Ö. N. C. Ü., Özdemir, O., & Kenan, K. Ö. S. E. (2006). Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Depresyonun Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 59(4), 151-157.

145. Holditch-Davis, D., & Miles, M. S. (2000). Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal network*, 19(3), 13-21.
146. Yıldız, D., & Akbayrak, N. (2014). Doğum sonrası primipar annelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin bebek bakımı, kaygı düzeyleri ve annelik rolüne etkisi. *Gulhane Medical Journal*, 56(1).
147. Uygur Ö.F. Prematür Bebeklerin Annelerinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Faktörler, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya, (Doç. Dr. Bilge Burçak Annagür), 2015.
148. Üğücü G Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Verilen Standart Hemşirelik Bakımının Ebeveyn Stres Düzeyi Ve Aile Merkezli Bakım Algısına Etkisi Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 2018.
149. Yalcin Ozsoylu, D. ( 2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Emzirme Özyeterlilik Ve Anksiyete Düzeylerinin Emzirme Başarısına Etkisi. İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
150. Kırkan TS. (2014). Gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler: Bir izlem çalışması. Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD. Uzmanlık Tezi. Erzurum. (Danışman: Prof. Dr. N AYDIN).
151. Fazlıoğlu, K , Hocaoğlu, Ç , Sönmez, F . (2010). Çocukluk Çağı Epilepsisinin Aileye Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* , 2 (2) , 190-205.
152. Ünal, S , Zenciroğlu, A . (2016). Yenidoğanlarda Palyatif Bakım . *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* , 10 (2) , 149-155 .
153. Dogru, S., & Topan, A. (2021). Yenidogan Yogun Bakim Unitesine Premature Bebeği Yatan Ebeveynlere Verilen Yatis Egitiminin Stres Duzeylerine Etkisi/The Effect of Hospitalization Education Given to the Parents of Premature Babies in Intensive Care Unit on Their Stress Levels. *Journal of Pediatric Emergency and Intensive Care Medicine*, 8(1), 26-37.
154. Crnic, K. A., Greenberg, M. T., Ragozin, A. S., Robinson, N. M., & Basham, R. B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child development*, 209-217.
155. Franck, L. S., Allen, A., Cox, S., & Winter, I. (2005). Parents' views about infant pain in neonatal intensive care. *The Clinical journal of pain*, 21(2), 133-139.

156. Warnock, F. F., Craig, K. D., Bakeman, R., Castral, T., & Mirlashari, J. (2016). The relationship of prenatal maternal depression or anxiety to maternal caregiving behavior and infant behavior self-regulation during infant heel lance: an ethological time-based study of behavior. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1-12.
157. Erdeve, Ö., Atasay, B., Arsan, S., & Türmen, T. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(2), 104-9.
158. Hamelin K, Saydak MI, Bramadat IA (1997). Interviewing mothers of high - risk infants. What are their support needs. *Can Nurse*. 93: 35- 38.
159. Doering LV, Dracup K, Moser D (1999). Comparison of psychosocial adjustment of mothers and fathers of high - risk infants in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol*. 19 : 132-137.
160. Spear ML, Leef K, Epps S et al (2002). Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. *Am J Perinatol*. 19: 205-213.
161. Türkoğlu, N., Baysal, H. Y., & Küçükoğlu, S. (2014). Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 1-8.
162. Docherty, S. L., Miles, M. S., & Holditch-Davis, D. (2002). Worry about child health in mothers of hospitalized medically fragile infants. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 2(2), 84-92.
163. Çavuşoğlu H (1997). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, Cilt 2, Bizim Büro Basımevi, Ankara, 57-110.
164. Eisenberk A, Murkoff H (1998). *Bebeğinizi Beklerken Sizi Neler Bekler Çeviren: M, Sercan, Epsilon Yayıncılık, İstanbul, 326-332.*
165. Can G (1999). *Anne Yenidoğan Bağının Önemi*. Editör: A Ekşi. Ben Hasta Değilim. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. Tay Ofset, Ankara, 17-22.

## EKLER

### Ek 1. Ebeveyne İlişkin Veriler

1. Adınız Soyadınız.....
2. Kaç yaşındasınız? .....
3. Eşiniz kaç yaşında? .....
4. Medeni durumunuz nedir?  
 Resmi nikâhı var       Resmi nikâhı yok  
 Dul/Eşi ölmüş     Dul/Boşanmış     Ayrı yaşıyor
5. Eğitim durumunuz nedir?  
 İlkokul       Lise  
 Ortaokul       Üniversite ve üzeri
6. Eşinizin eğitim durumu nedir?  
 İlkokul       Lise  
 Ortaokul       Üniversite ve üzeri
7. Mesleğiniz nedir?  
 Ev Hanımı     Serbest Meslek  
 İşçi       Çiftçi  
 Esnaf     Diğer(Lütfen belirtiniz).....  
 Emekli     Memur
8. Eşinizin mesleği nedir?  
 Ev Hanımı     Serbest Meslek  
 İşçi       Çiftçi  
 Esnaf     Diğer(Lütfen belirtiniz).....  
 Emekli  
 Memur

9. Sağlık güvenceniz var mı?

Evet  Hayır

10. Gelir durumunuzu giderinizle karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?

Düşük (Gelir giderden az)  
 Orta (Gelir gidere eşit)  
 Yüksek (Gelir giderden fazla)

11. Ailenizde eşiniz ve çocuklarınız dışında sizinle yaşayan birileri var mı?

Evet  Hayır

Cevabınız evet ise beraber yaşadığınız kişileri belirtiniz.

12. Herhangi bir sağlık sorununuz ya da kronik hastalığınız var mı?

Evet  Hayır  
(Cevabınız evet ise lütfen açıklayınız) .....

13. Herhangi bir madde bağımlılığınız var mı?

Hayır  Sigara  Alkol  Yasadışı madde

14. Kaç yaşında evlendiniz? .....

15. İlk gebelik yaşıınız nedir? .....

16. Annenin Obstetrik Öyküsü:

Gebelik sayısı.....

Canlı doğum sayısı.....

Yaşayan çocuk sayısı.....

Küretaj sayısı.....

Kendiliğinden düşük sayısı.....

Ölü doğum sayısı.....

17. Son gebeliğin istenen/planlı gebelik olup olmadığı :

Planlı-istenen ( )

Plansız-istenen ( )

Plansız-istenmeyen ( )

18. Son gebeliğinizde herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

(Cevabınız evet ise problemin ne olduğunu lütfen belirtiniz)

.....

19. Doğum öncesi takip ve kontrol yapıldı mı? :

( ) Doktor takipli ( ) Doktor takipsiz

20. Doğum şekliniz nedir?

( ) Vajinal doğum ( ) Sezaryen

( ) Epiduralle/Spinalle normal doğum ( ) Epiduralle/Spinalle

sezaryen ( ) Diğer .....

21. Diğer çocuklarınızda erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalık öyküsü var mı?

( ) Hayır ( ) Evet (Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz).....

22. Bebeğiniz sizin istediğiniz cinsiyette mi doğdu?

( ) Evet ( ) Hayır

23. Bebeğinizi doğumdan sonra ilk kez ne zaman gördünüz?

24. Bebeğinizi ne kadar sıklıkta yenidoğan yoğun bakım ünitesinde görüyorsunuz?

Günde.....kez.....dk

25. Riski bebek kavramı hakkında bilginiz var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

## Ek 1: Bebeğe İlişkin Veriler

1. Bebeğin Adı Soyadı.....
2. Cinsiyeti: ( ) Kız ( ) Erkek
3. Doğum tarihi: .....
4. Gestasyon yaşı: .....
5. Doğum sonrası 1. Dakikadaki Apgar Skoru: .....
6. Doğum sonrası 5. Dakikadaki Apgar skoru: .....
7. Doğum Ağırlığı: .....
8. Doğum Boyu: .....
9. Baş Çevresi : .....
10. Bebeğin klinik tanısı nedir? Hangi nedenle yeni doğan yoğun bakım ünitesine alındı? .....
11. Bebeğin kuvözde kaçınıcı günü? ....
12. Doğum sırasında herhangi bir sorun yaşanmış mı?  
( ) Evet ( ) Hayır  
( ) Makat geliş ( ) Kordon dolanması ( ) Diğer (Lütfen Belirtiniz )
13. Doğum sırasında bebeğe herhangi bir müdahalede bulunulmuş mu?  
( ) Evet ( ) Hayır  
( ) Forceps kullanımı ( ) Yeniden Canlandırma  
( ) Diğer (Lütfen Belirtiniz )
14. Doğumdan sonra yardımcı solunum cihazına ihtiyacı oldu mu?  
( ) Evet ( ) Hayır
15. Bebekte konjenital anomali tıbbi hastalık durumu?  
( ) Evet ( ) Hayır  
(Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz)

**16. Bebeğin beslenme şekli nedir?**

- Anne sütü       Formül mama       Karışık beslenme  
 Diğer (Belirtiniz) .....

**17. Bebekte emme ve/veya yutma bozukluğu var mı?**

- Evet, emme bozukluğu       Evet yutma bozukluğu  
 Evet, emme ve yutma bozukluğu       Hayır

**18. Anormal reflekslerin varlığı? (Varsa hangi refleksler olduğunu belirtiniz.)**

- Evet       Hayır

**19. Bebeğin kas tonusu nasıl?**

- Azalmış       Normal       Artmış











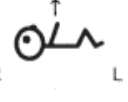
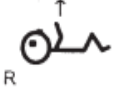

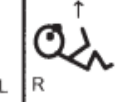

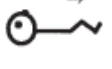
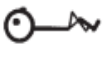


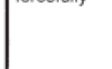

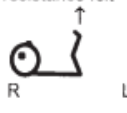
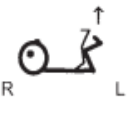
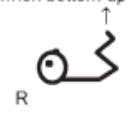
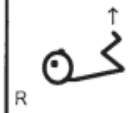
























**20. Epileptik nöbet geçirmiş mi?**







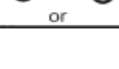
- Evet       Hayır

**21. Bebekte gelişim geriliği var mı?**

- Evet       Hayır

## Ek 2. Dubowitz Nörolojik Muayene

|   |   |   |  |  |   |
|---|---|---|--|--|---|
| <p><b>POSTURE</b><br/>Infant supine, look mainly at position of legs but also note arms.<br/><i>score predominant posture</i></p>   | arms & legs extended or very slightly flexed<br> | legs slightly flexed<br>                         | leg well-flexed but not adducted<br>                   | leg well flexed & adducted near abdomen<br>                 | abnormal posture:<br>a) opisthotonus<br>b)<br>             |
| <p><b>ARM RECOIL</b><br/>Take both hands, quickly extend arms parallel to the body, Count to three. Release. Repeat X 3</p>   | arms do not flex<br>                             | arms flex slowly, not always; not completely<br> | arms flex slowly; more complete<br>                     | arms flex quickly and completely<br>                        | arms difficult to extend; snap back forcefully<br>         |
| <p><b>ARM TRACTION</b><br/>Hold wrist and pull arm upwards. Note flexion at elbow and resistance while shoulder lifts off table.<br/><i>Test each side separately</i></p>         | arms remain straight; no resistance felt<br>     | arms flex slightly or some resistance felt<br>   | arms flex well till shoulder lifts, then straighten<br> | arms flex at approx 100° & maintained as shoulder lifts<br> | flexion of arms <100°; maintained when body lifts up<br>   |
| <p><b>LEG RECOIL</b><br/>Take both ankles in one hand, flex hips+knees. Quickly extend. Release. Repeat X3</p>  | No flexion<br>                                   | incomplete or variable flexion<br>               | complete but slow flexion<br>                           | complete fast flexion<br>                                   | legs difficult to extend; snap back forcefully<br>         |
| <p><b>LEG TRACTION</b><br/>Grasp ankle and slowly pull leg upwards. Note flexion at knees and resistance as buttocks lift.<br/><i>Test each side separately</i></p>               | legs straight - no resistance felt<br>         | legs flex slightly or some resistance felt<br> | legs flex well till bottom lifts up<br>              | knee flexes remains flexed when bottom up<br>             | flexion stays when back+bottom up<br>                    |
| <p><b>POPLITEAL ANGLE</b><br/>Fix knee on abdomen, extend leg by gentle pressure with index finger behind the ankle. Note angle at knee.<br/><i>Test each side separately</i></p> | <br>180°                                       | <br>= 150°                                     | <br>=110°   | <br>=90°  | <br><90°   |
| <p><b>HEAD CONTROL (1) (extensor tone)</b><br/>Infant sitting upright; Encircle chest with both hands holding shoulders. Let head drop forward.</p>                               | no attempt to raise head<br>                   | infant tries: effort better felt than seen<br> | raises head but drops forward or back<br>             | raises head: remains vertical; it may wobble<br>          |   |
| <p><b>HEAD CONTROL (2) (flexor tone)</b><br/>Infant sitting upright; Encircle chest with both hands holding shoulders. Let head drop backward.</p>                                | no attempt to raise head<br>                   | infant tries: effort better felt than seen<br> | raises head but drops forward or back<br>             | raises head: remains vertical; it may wobble<br>          | head upright or extended; cannot be passively flexed<br> |
| <p><b>HEAD LAG</b><br/>Pull infant to towards sitting posture by traction on both wrists &amp; support head slightly. Also note arm flexion</p>                                   | head drops & stays back<br>                    | tries to lift head but it drops back<br>       | able to lift head slightly<br>                        | lifts head in line with body<br>                           | head in front of body<br>                                |
| <p><b>VENTRAL SUSPENSION</b><br/>Hold infant in ventral suspension; observe back, flexion of limbs and relation of head to trunk. If it looks different, DRAW</p>                 | back curved, head & limbs hang straight<br>    | back curved, head ↓, limbs slightly flexed<br> | back slightly curved, limbs flexed<br>                | back straight, head in line, limbs flexed<br>              | back straight, head above body<br>                       |

|  | column 1                             | column 2  | column 3  | column 4  | column 5  |
|--|--------------------------------------|---|---|---|---|
| <b>FLEXOR TONE</b><br>(arm versus leg 1)<br>compare scores of arm traction with leg traction   |                                      | arm flexion less than leg flexion   | arm flexion equal to leg flexion  | arm flexion > leg flexion but difference 1 column or less   | arm flexion > leg flexion but difference more than 1 column   |
| <b>FLEXOR TONE</b><br>(arm versus leg 2)<br>posture in supine  |                                      |   | arms and legs flexed  | strong arm flexion with strong leg extension<br><i>intermittent</i><br>                 | strong arm flexion with strong leg extension<br><i>continuous</i><br>  |
| <b>LEG EXTENSOR TONE</b><br>compare scores of popliteal angle and leg traction   |                                      | leg traction less than popliteal angle  | leg traction equal to popliteal angle   | leg traction > popliteal angle but difference 1 column or less  | leg traction > popliteal angle but difference more than 1 column  |
|  | column 1                             | column 2  | column 3  | column 4  | column 5  |
| <b>NECK EXTENSOR TONE (SITTING)</b><br>compare head control 1 and 2  |                                      | head extension less than head flexion   | head extension equal to head flexion  | head extension > head flexion. but difference 1 column or less  | head extension > head flexion but difference more than 1 column   |
|  | column 1                             | column 2  | column 3  | column 4  | column 5  |
| <b>INCREASED EXTENSOR TONE (HORIZONTAL)</b><br>compare scores of head lag and ventral suspension   |                                      | ventral suspension less than head lag   | ventral suspension equal to head lag  | ventr suspension > head lag but difference 1 column or less   | ventr suspension > head lag but difference more than 1 column   |
| <b>TENDON REFLEX</b><br>test biceps, knee and ankle jerks.   | absent                               | felt, not seen  | seen  | 'exaggerated'   | clonus  |
| <b>SUCK / GAG</b><br>Little finger into mouth with pulp of finger upwards.   | no gag / no suck                     | weak irregular suck only:<br>No stripping   | weak regular suck<br>Some stripping   | strong suck:<br>(a) irregular<br>(b) regular<br>Good stripping  | no suck but strong clenching  |
| <b>PALMAR GRASP</b><br>Put index finger into the hand and gently press palmar surface. Do not touch dorsal surface.  | no response<br>R L                   | short, weak flexion of fingers<br>R L   | strong flexion of fingers<br>R L  | strong finger flexion, shoulder ↑<br>R L  | very strong grasp; infant can be lifted off couch<br>R L  |
| <b>PLANTAR GRASP</b><br>Press thumb on the sole below the toes.  | no response<br>R L                   | partial plantar flexion of toes<br>R L  | toes curve around the examiner's finger<br>R L  |   |   |
| <b>PLACING</b><br>Lift infant in an upright position and stroke the dorsum of the foot against a protruding edge of a flat surface. Test each side separately                    | No response<br>R L                   | dorsiflexion of ankle only<br>R L   | full placing response with flexion of hip, knee & placing sole on surface<br>R L  |   |   |
| <b>MORO</b><br>One hand supports infant's head in midline, the other the back. Raise infant to 45° and when relaxed let his head fall through 10°. Note if jerky. Repeat 3 times | no response or opening of hands only | full abduction at shoulder and extension of the arms; no adduction<br> | full abduction but only delayed or partial adduction<br> | partial abduction at shoulder and extension of arms followed by smooth adduction<br> | <ul style="list-style-type: none"> <li>no abduction or adduction;</li> <li>only forward extension of arms from the shoulders</li> <li>marked adduction only</li> </ul> <br>or<br> |

## Movements

|  |                |  |                                     |   |   |
|--|----------------|--|-------------------------------------|---|---|
| <b>SPONTANEOUS MOVEMENT (quantity)</b><br>Watch infant lying supine. | no movement    | sporadic and short isolated movements                        | frequent isolated movements         | frequent generalized movements                                | continuous exaggerated movements  |
| <b>SPONTANEOUS MOVEMENT (quality)</b><br>Watch infant lying supine.  | only stretches | stretches and random abrupt movements; some smooth movements | fluent movements but monotonous     | fluent alternating movements of arms + legs; good variability | <ul style="list-style-type: none"> <li>• cramped, synchronized;</li> <li>• mouthing</li> <li>• jerky or other abnormal movements</li> </ul> |
| <b>HEAD RAISING PRONE</b><br>Infant in prone, head in midline.       | no response    | infant rolls head over, chin not raised                      | infant raises chin, rolls head over | infant brings head and chin up                                | infant brings head up and keeps it up   |

## Abnormal signs/patterns

|                                      |                                 |   |   |   |   |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|---|---|---|
| <b>ABNORMAL HAND OR TOE POSTURES</b> |                                 | hands open, toes straight most of the time                      | intermittent fisting or thumb adduction | continuous fisting or thumb adduction; index finger flexion, thumb opposition | continuous big toe extension or flexion of all toes |
| <b>TREMOR</b>                        |                                 | no tremor, or tremor only when crying or only after Moro reflex | tremor occasionally when awake          | frequent tremors when awake   | continuous tremors                                  |
| <b>STARTLE</b>                       | no startle even to sudden noise | no spontaneous startle but reacts to sudden noise               | 2-3 spontaneous startles                | more than 3 spontaneous startles  | continuous startles                                 |

## Orientation and behaviour

|   |   |  |   |   |   |
|---|---|--|---|---|---|
| <b>EYE APPEARANCES</b>  | does not open eyes                                    |  | full conjugated eye movements                                       | <i>transient</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nystagmus</li> <li>• strabismus</li> <li>• roving eye movements</li> <li>• sunset sign</li> </ul> | <i>persistent</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nystagmus</li> <li>• strabismus</li> <li>• roving eye movements</li> </ul> abnormal pupils |
| <b>AUDITORY ORIENTATION</b><br>Infant awake. Wrap infant. Hold rattle 10 to 15 cm from ear.   | no reaction   | auditory startle; brightens and stills; no true orientation                      | shifting of eyes, head might turn towards source                    | prolonged head turn to stimulus; search with eyes; smooth   | turns head (jerkily, abruptly) & eyes towards noise every time  |
| <b>VISUAL ORIENTATION</b><br>Wrap infant, wake up with rattle if needed or rock gently. Note if baby can see and follow red ball (B) or target (T). | does not follow or focus on stimuli<br>B            T | stills, focuses, follows briefly to the side but loses stimuli<br>B            T | follows horizontally and vertically; no head turn<br>B            T | follows horizontally and vertically; turns head<br>B            T   | follows in a circle<br>B            T   |
| <b>ALERTNESS</b><br><i>Tested as response to visual stimuli (B or T).</i>   | will not respond to stimuli                           | when awake, looks only briefly   | when awake, looks at stimuli but loses them                         | keeps interest in stimuli   | does not tire (hyper-reactive)  |
| <b>IRRITABILITY</b><br>In response to stimuli.  | quiet all the time, not irritable to any stimuli      | awakes, cries sometimes when handled   | cries often when handled  | cries always when handled   | cries even when not handled   |
| <b>CONSOLABILITY</b><br>Ease to quiet infant.   | not crying; consoling not needed                      | cries briefly; consoling not needed  | cries; becomes quiet when talked to                                 | cries; needs picking up to be consoled  | cries; cannot be consoled   |
| <b>CRY</b>  | no cry at all   | whimpering cry only  | cries to stimuli but normal pitch                                   |   | High-pitched cry; often continuous  |

### Ek 3. Yenidoğan Bebek Ağrı Skalası - Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

| <b>YÜZ İFADESİ</b>    | <b>PUAN</b> | <b>AÇIKLAMA</b>   |
|-----------------------|-------------|---|
| Gevşek kaslar         | 0           | Sakin rahat bir yüz, doğal ( etkilenmemiş) bir ifade  |
| Yüz buruşturma        | 1           | Gergin yüz kasları, çatık kaş, alın ve çenede kırışıklık,(burun, kaş ve ağız dahil yüzde negatif/olumsuz bir ifade)                 |
| <b>AĞLAMA</b>         |             |   |
| Ağlama yok            | 0           | Sessiz, ağlamıyor   |
| İnleme                | 1           | Hafif inilti, aralıklı ağlama   |
| Şiddetli ağlama       | 2           | Çığlık şeklinde, yükselen, tiz, sürekli ağlama (NOT: Bebek entübe ise; ağız ve yüz ifadeleri belirginse sessiz ağlamapuanlanabilir) |
| <b>SOLUNUM ŞEKLİ</b>  |             |   |
| Rahat                 | 0           | Normal bebek solunumu   |
| Solunumda değişme     | 1           | Değişken, düzensiz, normalden hızlı solunum, iç çekme, nefes tutma  |
| <b>KOLLAR</b>         |             |   |
| Gevşek/Sakin          | 0           | Kaslarda sertlik yok, ara sıra, rastgele (spontan) kol hareketleri  |
| Fleksiyon/Ekstansiyon | 1           | Gergin, düz kollar, sert (şiddetli) ve/veya   |
| <b>BACAKLAR</b>       |             |   |
| Gevşek/Sakin          | 0           | Kaslarda sertlik yok, ara sıra, rastgele (spontan) bacak hareketleri  |
| Fleksiyon/Ekstansiyon | 1           | Gergin, düz bacaklar, sert (şiddetli) ve/veya   |
| <b>UYANIKLIK HALİ</b> |             |   |
| Uykulu/Uyanık         | 0           | Sessiz, huzurlu, uyku halinde ya da uyanık ve sakın   |
| Huysuz                | 1           | Uyanık, huzursuz, çırpınma, tepinme   |

**Ek 4. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anneler İçin  
Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği**

**Gözlem Tarihi:**

| <b>Bebek bakımına katılma uygulamaları</b>   | <b>Evet / Hayır</b> | <b>Bebeğin bu bakıma gereksinimi yok</b> |
|--|---------------------|--|
| 1. Emzirme / biberonla besleme   |                     |  |
| 2. Kilo değişimlerini sorma / araştırma  |                     |  |
| 3. Gazını çıkarma  |                     |  |
| 4. İdrar ve gaita çıkışı kontrol etme  |                     |  |
| 5. Uygun pozisyonda yatırma  |                     |  |
| 6. Alt temizliğini yapma   |                     |  |
| 7. Giysilerini giydirme / çıkarma  |                     |  |
| 8. Elini yüzünü silme  |                     |  |
| 9. Banyo yaptıрма veya yardım etme   |                     |  |
| 10. Ağız bakımı yapma  |                     |  |
| 11. Kucağına alma  |                     |  |
| 12. Pışışlama, sakinleştirme   |                     |  |
| 13. Dokunma, elini tutma, okşama   |                     |  |
| 14. Emzik verme  |                     |  |
| 15. Girişim öncesi, sırası veya sonrasında kucağına alma                               |                     |  |
| 16. Soluk alıp verdiğini kontrol etme  |                     |  |
| 17. Uyanık olduğu dönemlerde bakım vermeyi tercih etme                                 |                     |  |
| 18. Genel durumdaki bozulmanın farkına varma   |                     |  |
| 19. Yara bakımı yapma (stoma, cilt travması, gastrostomi, kolostomi, trakeostomi gibi) |                     |  |
| <b>Toplam Puan</b>   |                     |  |

## Ek 5. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS)

### 1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

0. Her zaman olduğu kadar
1. Artık pek o kadar değil
2. Artık kesinlikle o kadar değil
3. Artık hiç değil

### 2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

0. Her zaman olduğu kadar
1. Her zamankinden biraz daha az
2. Her zamankinden kesinlikle daha az
3. Hemen hemen hiç

### 3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, bazen
1. Çok sık değil
0. Hayır, hiçbir zaman

### 4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

0. Hayır, hiçbir zaman
1. Çok seyrek
2. Evet, bazen
3. Evet, çoğu zaman

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

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, bazen
1. Hayır, çok sık değil
0. Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

3. Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
2. Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
1. Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum
0. Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, bazen
1. Hayır, çok sık değil
0. Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, oldukça sık
1. Hayır, çok sık değil
0. Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, oldukça sık
1. Çok seyrek
0. Hayır, hiçbir zaman

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

3. Evet, oldukça sık
2. Bazen
1. Hemen hemen hiç
0. Asla

## Ek 6. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

| Mükemmel                 | Çok iyi                  | İyi                      | Orta                     | Kötü                     |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

| Bir yıl öncesine göre çok daha iyi | Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi | Bir yıl öncesine hemen hemen aynı | Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü | Bir yıl öncesinden çok daha kötü |
|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>         |

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri yapmanızı kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

|  | Evet, oldukça kısıtlıyor | Evet, biraz kısıtlıyor | Hayır, hiç kısıtlamıyor |
|--|--------------------------|------------------------|-------------------------|
| a. Ağır Etkinlikler: Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak                    |                          |                        |                         |
| b. Orta Dereceli Etkinlikler: Masa çekmek, elektrik süpürmesini itmek, bowling oynamak |                          |                        |                         |
| c. Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma                                  |                          |                        |                         |
| d. Merdivenle çok sayıda kat çıkma   |                          |                        |                         |
| e. Merdivenle bir kat çıkma  |                          |                        |                         |
| f. Eğilme veya diz çökme   |                          |                        |                         |
| g. Bir iki kilometre yürüme  |                          |                        |                         |
| h. Birkaç sokak öteye yürüme   |                          |                        |                         |
| i. Bir sokak öteye yürüme  |                          |                        |                         |
| j. Kendi kendine banyo yapma veya giyinme  |                          |                        |                         |

4. Son dört hafta boyunca, bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

|   | Evet | Hayır |
|---|------|-------|
| a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?                              |      |       |
| a. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?  |      |       |
| c. İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?   |      |       |
| d. İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (Örneğin daha fazla çaba gerektirmesi) |      |       |

5. Son altı hafta boyunca, duygusal sorunlarınızı (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

|  | Evet | Hayır |
|--|------|-------|
| a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?                 |      |       |
| b. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?                                       |      |       |
| c. İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz? |      |       |

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan normal sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <b>Hiç</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Biraz</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Orta derecede</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Oldukça</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Aşırı</b><br><input type="checkbox"/> |
|--|--|--|--|--|

7. Son dört hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

|  |  |  |   |   |   |
|--|--|--|---|---|---|
| <b>Hiç</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Çok hafif</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Hafif</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Orta</b><br><input type="checkbox"/> | <b>şiddetli</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Çok şiddetli</b><br><input type="checkbox"/> |
|--|--|--|---|---|---|

8. Son dört hafta boyunca ağrınız, normal işinizi ( hem ev işlerinizi hem ev dış işlerinizi düşününüz ) ne kadar etkiledi?

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <b>Hiç</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Biraz</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Orta derecede</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Oldukça</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Aşırı</b><br><input type="checkbox"/> |
|--|--|--|--|--|

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

|  | <b>Her zaman</b> | <b>Çoğu zaman</b> | <b>Oldukça</b> | <b>Bazen</b> | <b>Nadiren</b> | <b>Hiçbir zaman</b> |
|--|------------------|-------------------|----------------|--------------|----------------|---------------------|
| a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz mi?  |                  |                   |                |              |                |                     |
| b. Çok sinirli bir insan oldunuz mu?   |                  |                   |                |              |                |                     |
| c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzđün hissettiniz mi? |                  |                   |                |              |                |                     |
| d. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?                                   |                  |                   |                |              |                |                     |
| e. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?   |                  |                   |                |              |                |                     |
| f. Kendinizi kederli ve hüznü hissettiniz mi?                                  |                  |                   |                |              |                |                     |
| g. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?  |                  |                   |                |              |                |                     |
| h. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?   |                  |                   |                |              |                |                     |
| i. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?  |                  |                   |                |              |                |                     |

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ( arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi ) ne sıklıkla etkiledi?

|  |   |  |  |  |   |
|--|---|--|--|--|---|
| <b>Her zaman</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Çoğu zaman</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Oldukça</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Bazen</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Nadiren</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Hiçbir zaman</b><br><input type="checkbox"/> |
|--|---|--|--|--|---|

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

|   | <b>Kesinlikle doğru</b> | <b>Çoğunlukla doğru</b> | <b>Bilmiyorum</b> | <b>Çoğunlukla Yanlış</b> | <b>Kesinlikle yanlış</b> |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim. |                         |                         |                   |                          |                          |
| b. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.              |                         |                         |                   |                          |                          |
| c. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.                |                         |                         |                   |                          |                          |
| d. Sağlığım mükemmel.                                       |                         |                         |                   |                          |                          |

## Ek 7. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri

### Durumluk Kaygı Envanteri - Stai Form Tx – I

İsim:

Cinsiyet:

Yaş:

Meslek:

Tarih:

YÖNERGE: Değerli anne ve babalar, aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla düşünmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

|    |   | HIÇ | BİRAZ | ÇOK | TAMAMIYLA |
|----|---|-----|-------|-----|-----------|
| 1. | Şu anda sakinim                               | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 2. | Kendimi emniyette hissediyorum                | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 3  | Su anda sınırlarım 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 | Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 15 | Kendimi rahatlamış hissediyorum               | (1) | (2)   | (3) | (4)       |

|    |  |     |     |     |     |
|----|--|-----|-----|-----|-----|
| 16 | Şu anda halimden memnunum                      | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 17 | Şu anda endişeliyim                            | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 18 | Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 19 | Şu anda sevinçliyim                            | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 20 | Şu anda keyfim yerinde.                        | (1) | (2) | (3) | (4) |

### Sürekli Kaygı Envanteri - Stai Form Tx – 2

|    |  | Hemen hemen<br>hiçbir zaman | Bazen | Çok zaman | Hemen her zaman |
|----|--|-----------------------------|-------|-----------|-----------------|
| 21 | Genellikle keyfim yerindedir                           | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |
| 22 | Genellikle çabuk yorulurum                             | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |
| 23 | Genellikle kolay ağlarım                               | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |
| 24 | Başkaları kadar mutlu olmak isterim                    | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |
| 25 | Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım       | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |
| 26 | Kendimi dinlenmiş hissediyorum                         | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |
| 27 | Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım       | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |
| 28 | Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |
| 29 | Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim                  | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |
| 30 | Genellikle mutluyum                                    | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |
| 31 | Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim                  | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |
| 32 | Genellikle kendime güvenim yoktur                      | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |
| 33 | Genellikle kendimi emniyette hissedirim                | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |
| 34 | Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım   | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |
| 35 | Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim                  | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)             |

|           |  |     |     |     |     |
|-----------|--|-----|-----|-----|-----|
| <b>36</b> | Genellikle hayatımdan memnunum                               | (1) | (2) | (3) | (4) |
| <b>37</b> | Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder                     | (1) | (2) | (3) | (4) |
| <b>38</b> | Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam | (1) | (2) | (3) | (4) |
| <b>39</b> | Aklı başında ve kararlı bir insanım                          | (1) | (2) | (3) | (4) |
| <b>40</b> | Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor   | (1) | (2) | (3) | (4) |



## Ek 8. Etik Kurul Onayı



T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 72867572.050.01.04-

05 07 20

Konu : Etik Kurul Kararı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice YAKUT  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı

Sorumlu araştırmacı olduğunuz "Riskli Bebeğe Sahip Olan Ebeveynlerin, Bebeğe Nörolojik Etkilenim Seviyesine Göre Kaygı Düzeyleri, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Tedaviye ve Bilgilendirmeye Katılım Düzeylerinin İncelenmesi" isimli çalışmanızın kurulumuz tarafından uygun görüldüğüne ilişkin 06/02/2020 tarih ve 17 sayılı Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mekin SEZİK  
Başkan

Eki : Etik Kurulu Kararı (2 Sayfa)



**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

|  |  |  |  |  |                                  |
|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Araştırmanın Açık Adı  |  | Riskli Bebeğe Sahip Olan Ebeveynlerin, Bebeğe Nörolojik Etkilenim Seviyesine Göre Kaygı Düzeyleri, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Tedaviye ve Bilgilendirmeye Katılım Düzeylerinin İncelenmesi (06.02.2020 ve 17 sayılı karar) |  |  |                                  |
| Araştırmanın Protokol Kodu   |  |  |  |  |                                  |
| <b>ETİK KURULU BİLGİLERİ</b>   | ETİK KURULUN ADI   | Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi<br>Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı - (2012-KAEK-38)   |  |  |                                  |
|  | AÇIK ADRESİ  | S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası - ISPARTA   |  |  |                                  |
|  | TELEFON  | 246.2113230  |  |  |                                  |
|  | FAKS   | 246.2371165  |  |  |                                  |
|  | E-POSTA  | tipetik@sdu.edu.tr   |  |  |                                  |
| <b>BASVURU BİLGİLERİ</b>   | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI-SOYADI                                      | Dr. Öğretim Üyesi Hatice YAKUT   |  |  |                                  |
|  | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI                                      | Fizyoterapi ve Rehabilitasyon  |  |  |                                  |
|  | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ                                    | Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon   |  |  |                                  |
|  | VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI-SOYADI  |  |  |  |                                  |
|  | DESTEKLEYİCİ   |  |  |  |                                  |
|  | PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI-SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için) |  |  |  |                                  |
|  | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ   |  |  |  |                                  |
|  | ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ  | FAZ 1 : <input type="checkbox"/>   | FAZ 2 : <input type="checkbox"/>           | FAZ 3 : <input type="checkbox"/>   | FAZ 4 : <input type="checkbox"/> |
|  |  | Gözlemsel ilaç çalışması   | <input type="checkbox"/>                   |  |                                  |
|  |  | Tıbbi cihaz klinik araştırması   | <input type="checkbox"/>                   |  |                                  |
| In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları |  | <input type="checkbox"/>   |  |  |                                  |
| İlaç dışı klinik araştırma   |  | <input type="checkbox"/>   |  |  |                                  |
| Diğer ise belirtiniz : ANKET   |  |  |  |  |                                  |
| ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER  | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>   | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>  | ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>  |                                  |
| <b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b>  | Belge Adı  | Tarihi   | Versiyon Numarası                          | Dil  |                                  |
|  | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ  |  |  | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>            |                                  |
|  | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU  | 09.01.2020   | 01.001                                     | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |                                  |
|  | OLGU RAPOR FORMU   |  |  | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>            |                                  |
|  | ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ  |  |  | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>            |                                  |
| <b>DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER</b>  | Belge Adı  |  |  | Açıklama   |                                  |
|  | SİGORTA  | <input type="checkbox"/>   |  |  |                                  |
|  | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ  | <input type="checkbox"/>   |  | Sorumlu Araştırmacıya Ait Olduğuna Dair Taahhüname   |                                  |
|  | BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU  | <input type="checkbox"/>   |  |  |                                  |
|  | İLAN   | <input type="checkbox"/>   |  |  |                                  |
|  | YILLIK BİLDİRİM  | <input type="checkbox"/>   |  |  |                                  |
|  | SONUÇ RAPORU   | <input type="checkbox"/>   |  |  |                                  |
|  | GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ  | <input type="checkbox"/>   |  |  |                                  |
| DİĞER  | <input checked="" type="checkbox"/>  |  | Bölüm Başkanlığına yazısı                  |  |                                  |

Prof. Dr. Feri SEZİK  
Etik Kurul Başkanı

## Ek 9. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi İzni

T.C.  
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 70847213-200-E.  
Konu : Çalışma İzni( Prof.Dr.Ahmet Afşin  
KUNDAK - Müşerref Ebru ŞEN )

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

İlgi : Çocuk Sağlığı Anabilim Dalının 28/02/2020 tarihli ve E.4240 sayılı yazısı.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Neonatoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Ahmet Afşin KUNDAK Sorumlu Danışman ve Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi yüksek lisans öğrencisi Müşerref Ebru ŞEN'in Yardımcı Araştırmacı oldukları yenidoğan yoğun bakım ünitesine başvuran çocuklar ve anneleri üzerinde yapılması planlanan "**Riskli Bebeğe Sahip Olan Ebeveynlere bebeğin Nörolojik Etkilenim Seviyesine Göre Kaygı Düzeyleri, Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Tedaviye Bilgilendirmeye Katılım Düzeylerinin İncelenmesi**" başlıklı çalışmayı yapma isteğiniz Başhekimliğimizce uygun görülmüş olup, çalışmalarınıza Etik Kurul Onayı alındıktan sonra başlanması hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


e-imzalıdır  
Prof. Dr. Tolga ERTEKİN  
Başhekim a.  
Başhekim Yardımcısı

Ek: Etik çalışma

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.255.49.26/enVision/Dogrula/LM4VSUT>

Adres: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörlüğü Zafer Sağlık Külliyesi  
Dörtüol Mah. 2078 Sok. No:3 AFYONKARAHİSAR  
Elektronik Ağ: www.afsu.edu.tr

Bilgi için: Özlem Çelik  
Unvanı: Büro Personeli



## Ek 10. Afyonkarahisar Devlet Hastanesi İzni



T.C.  
AFYONKARAHISAR VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Afyonkarahisar Devlet Hastanesi

Sayı : 52832905-604.02 **1123**  
Konu : Bilimsel Araştırma Talebi Hk.

02/04/2021

Müşerref Ebru ŞEN

Hastanemizde takip edilen riskli bebeği olan 20 ebeveyne yönelik yapmak istediğiniz "Riskli Bebeğe Sahip Olan Ebeveynlerin Bebeğin Nörolojik Etkilenim Seviyesine Göre Kaygı Düzeyleri, Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Tedaviye-Bilgilendirmeye Katılım Düzeylerinin İncelenmesi" konulu araştırma izin talebiniz 'Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu' tarafından değerlendirilmiş olup; çalışma sırasında COVID-19 pandemi nedeniyle tüm koruyucu tedbirlerin alınması, katılımcı mağduriyetini içeren bilgilerin korunması, başvuruda belirttiğiniz süre (01.04.2021 – 01.07.2021) içerisinde ve kişisel bilgilerin kullanılmasına şartıyla gerçekleştirilmesi uygun görülmüş olup;  
Gereğini rica ederim.

Dr.Oğuz Serdar BAYRAK  
Başhekim a.  
Başhekim Yardımcısı

EK: 2 Syf.

Orhangazi Mah Nedim Helvacioğlu Bul. No:73 Uydükent/ AFYONKARAHISAR İrtibat :Personel Şube  
Tel : 0 272 2140030/8108 Fax: 0 272 2147576

## **Ek 11. Katılımcı Onay Formu**

Değerli anneler

“ Riskli bebeğe sahip olan ebeveynlerin, bebeğin nörolojik etkilenim seviyesine göre kaygı düzeyleri, yaşam kalitesi, depresyon ve tedaviye-bilgilendirmeye katılım düzeylerinin incelemek ” amacı ile bir çalışma yürütmekteyiz.

Bu çalışma doğrultusunda sizlere sosyo-demografik özellikler, kaygı düzeyi, depresyon, yaşam kalitesi ve tedaviye-bilgilendirmeye katılıma yönelik sorular içeren bir anket yöneltilecektir. Anketteki soruları tam ve doğru cevaplandırmanız araştırma sonucu açısından önemlidir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Yapılacak olan bu çalışma doğrultusunda verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Yapılacak olan çalışmanın amacı, süresi, konusunda bilgilendirildim. Araştırmaya kendi rızamla ve hiçbir baskı altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum. Araştırma sonuçlarının bilimsel amaçla kullanılmasına izin veriyorum.

Katılımcı Adı, Soyadı / İmzası:

Telefon:

Tarih:

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı ve Soyadı** :Müşerref Ebru ŞEN  
**Doğum Yeri – Tarihi** :  
**Eğitim Durumu** : Lisans  
**Mezun Olduğu Lise** : AfyonkarahisarKocatepe Anadolu Lisesi  
**Lisans Diploması** : İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri  
Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon  
**Yüksek Lisans** :Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon  
**Yabancı Dil / Diller** : İngilizce  
**E-Posta** :