TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ORTA VE GEÇ PREMATÜRE BEBEĞİ OLAN AİLELERDE EBEVEYN EĞİTİMİ VE FARKINDALIK DÜZEYİ ARTTIRILMASININ BEBEĞİN SAĞLIK DURUMU, ANNE-BEBEK BAĞLANMASI VE EBEVEYNLERİN KAYGI DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Elif ÜNVER KORĞALI

SOSYAL PEDİATRİ BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON

ANKARA

2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ORTA VE GEÇ PREMATÜRE BEBEĞİ OLAN AİLELERDE EBEVEYN EĞİTİMİ VE FARKINDALIK DÜZEYİ ARTTIRILMASININ BEBEĞİN SAĞLIK DURUMU, ANNE-BEBEK BAĞLANMASI VE EBEVEYNLERİN KAYGI DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Elif ÜNVER KORĞALI

SOSYAL PEDİATRİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON

ANKARA
2018

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum "Orta ve Geç Prematüre Bebeği Olan Ailelerde Ebeveyn Eğitimi ve Farkındalık Düzeyi Arttırılmasının Bebeğin Sağlık Durumu, Anne-Bebek Bağlanması ve Ebeveynlerin Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Elif ÜNVER KORĞALI

Tarih: 23.10.2018

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında
Elif ÜNVER KORĞALI tarafından hazırlanan "Orta ve Geç Prematüre Bebeği Olan Ailelerde Ebeveyn Eğitimi ve Farkındalık Düzeyi Arttırılmasının Bebeğin Sağlık Durumu, Anne-Bebek Bağlanması ve Ebeveynlerin Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİile kabuledilmiştir.
Tez Savunma Tarihi: 13.11.2018

İmza
Prof. Dr. Sevgi Başkan
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı

İmza
Prof. Dr. Filiz Şimşek Orhon
Ankara Üniversitesi
Raportör

İmza
Prof. Dr. Aysu Duyan Çamurdan
Gazi Üniversitesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza
Unvanı Adı ve Soyadı
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Şekiller	x
Çizelgeler	xi
1. GİRİŞ	**1**
1.1. Genel Bilgiler	4
1.1.1. Prematüre Bebeğin Tanımı ve Sınıflandırılması	4
1.1.2. Prematüre Doğumların Sıklığı	5
1.1.3. Prematüre Bebeklerin Özellikleri	6
1.1.4. Prematüre Bebeklerde Görülen Sorunlar	7
1.2. Orta ve Geç Prematüre Bebekler	8
1.2.1. Orta ve Geç Prematüre Doğumların Nedenleri	9
1.2.2. Orta ve Geç Prematüre Bebeklerin Erken Dönem Sorunları	10
1.2.2.1. Termoregülasyon ve Hipotermi	10
1.2.2.2. Glukoz Hemostazı ve Hipoglisemi	11
1.2.2.3. Solunumsal Sorunlar	12
1.2.2.4. Gastrointestinal Sistem Sorunları	13
1.2.2.5. Hiperbilirubinemi	14
1.2.2.6. İmmünite ve Enfeksiyonlar	15
1.2.2.7. Taburculuk Sonrası Tekrar Hastaneye Yatış	15
1.2.2.8. Beslenme Sorunları	16
1.2.2.9. Mortalite	18
1.2.3. Orta ve Geç Prematüre Bebeklerin Uzun Dönem Sorunları	19
1.2.3.1. Beslenme Sorunları	19
1.2.3.2 Nörolojik İmmatürite ve Nörogelişimsel Sorunlar	22
1.2.3.3. Somatik Büyüme Sorunları	25
1.2.3.4. Morbidite ve Mortalite	27
1.3. Orta ve Geç Prematüre Bebeği Olan Ebeveynlerin Yaşadığı Sorunlar	27
1.3.1. Doğum Sonrası (Postpartum) Depresyon	28
1.3.2. Ebeveynlerin Yaşadığı Kaygı ve Stres	30
1.3.3. Ebeveyn Bebek Bağlanmasında Yaşanan Sorunlar	32
1.3.4. Bebeğin Negatif Algılanması, Duyarsız Ebeveynlik	37
1.3.5. Ebeveynlerin Hayat Kalitesi	39
1.4. Araştırmanın Amacı	41

2. GEREÇ VE YÖNTEM **42**

2.1. Araştırmada Yapılan İzlem ve Eğitimlerin İçeriği 43
2.1.1. Taburculuk Öncesi Ebeveyn Eğitimi 43
2.1.2. Bebeklerin İzlemi 44
2.1.3. Ev Ziyaretleri ve Eğitim Programı 45
2.1.4. Veri Toplama Tekniği ve Araçları 48
2.1.4.1. Anne Kişisel Bilgi Formu 50
2.1.4.2. Baba Kişisel Bilgi Formu 50
2.1.4.3. Bebek Bilgi Formu 50
2.1.4.4. Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği 50
2.1.4.5. Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği 51
2.1.4.6. Beck Umutsuzluk Ölçeği 52
2.1.4.7. Hayat Kalitesi Ölçeği 52
2.1.4.8. Maternal Bağlanma Ölçeği 53
2.1.4.9. Bebek Karakterini Algılama Formu 54
2.1.4.10.Bebek İyilik Hali Formu 54
2.1.4.11. Baba Bebek Bağlanma Ölçeği 55
2.1.4.12.Denver Gelişimsel Tarama Testi II 56
2.2. Araştırmanın Amaçları ve Hipotezleri 57
2.3. İstatistiksel Yöntem 58

3. BULGULAR **59**
3.1 Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri 59
3.2. Bebeklerin Doğum ve Postnatal Özellikleri 61
3.3. Bebeklerin Sadece Anne Sütüyle Beslenme Durumları 62
3.4. Bebeklerin Ek Besine Başlama Zamanları 65
3.5. Bebeklerin Uyku Durumları 66
3.6. Bebeklerin Ağlama Sorunları 69
3.7. Bebeklerle İlgili Bildirilen Sorunlar 71
3.8. Bebeklere Düzenli Masaj Uygulanması 72
3.9. Bebeklerin Antropometrik Ölçümleri 72
3.10. Bebeklerin Denver II Gelişimsel Tarama Test Sonuçları 74
3.11. Bebeklerin Postnatal 1 Yıl İçinde Hastaneye Yatış Durumları 74
3.12. Annelerin Bebekleriyle İlgili Algı Durumları 74
3.13. Anne - Bebek Bağlanması 75
3.14. Baba - Bebek Bağlanması 76
3.15. Ebeveynlerin Kaygı Düzeyleri 77
3.16. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeyleri 79
3.17. Ebeveynlerin Hayat Kalitesi 80
3.17.1. Fiziksel Fonksiyon 80
3.17.2. Fiziksel Rol Güçlüğü 81
3.17.3. Ağrı 81
3.17.4. Genel Sağlık Algısı 81
3.17.5. Enerji 82
3.17.6. Sosyal Fonksiyon 82
3.17.7. Emosyonel Rol Güçlüğü 82

3.17.8. Ruhsal Sağlık 83
3.18. Babaların Bebek Bakımına Katılımı 86

4. TARTIŞMA 87
4.1. Bebeklerin Sağlık Durumuna Yönelik Verilerin Değerlendirilmesi 88
4.1.1. Beslenme 88
4.1.2. Büyüme 94
4.1.3. Uyku 95
4.1.4. Ağlama 97
4.1.5. Bebek Gelişimi 98
4.1.6. Bebek Masajı 99
4.1.7. Postnatal 1 Yılda Tekrar Hastaneye Yatış 100
4.2. Anne Babalarla İlgili Verilerin Değerlendirilmesi 101
4.2.1. Annelerin Bebekleriyle İlgisi Algısı 101
4.2.2. Anne-Bebek Bağlanması 102
4.2.3. Baba-Bebek Bağlanması 103
4.2.4. Ebeveynlerin Kaygı ve Umutsuzluk Düzeyleri 104
4.2.5. Ebeveynlerin Hayat Kalitesi 105
4.3. Babaların Bebek Bakımına Katılım Durumu 112

5. SONUÇ VE ÖNERİLER 113
ÖZET 118
SUMMARY 120
KAYNAKLAR 122
EKLER 139
Ek-1. Etik Raporu 139
Ek-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 141
Ek-3. Taburculuk Öncesi Bilgi Formu 145
Ek-4. Anne Kişisel Bilgi Formu 150
Ek-5. Baba Kişisel Bilgi Formu 151
Ek-6. Bebek Bilgi Formu 152
Ek-7. Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği 153
Ek-8. Durumluk Kaygı Ölçeği 155
Ek-9. Sürekli Kaygı Ölçeği 156
Ek-10. Beck Umutsuzluk Ölçeği 157
Ek-11. Hayat Kalitesi Ölçeği, Kısa Form-36 (SF-36) 158
Ek-12. Maternal Bağlanma Ölçeği 161
Ek-13. Bebek Karakterini Algılama Ölçeği 162
Ek-14. Bebek İyilik Hali Formu 163
Ek-15: Baba Bebek Bağlanma Ölçeği 165
Ek-16. Denver Gelişimsel Tarama Testi II 167
Ek-17. Bebek Takip Formu 168
ÖZGEÇMİŞ 169

ÖNSÖZ

Sosyal Pediatri Yüksek Lisans eğitim sürecim boyunca fikir ve görüşlerinden yararlandığım ve tezimin planlanmasından yazım aşamasına kadar bilimsel bilgi ve tecrübesi ile beni destekleyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON'a,

Tanıştığımız andan itibaren gerek bilimsel gerekse de manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen hocalarım Sayın Prof. Dr. Sevgi BAŞKAN ve Prof. Dr. Betül ULUKOL'a,

Çalışmalarım boyunca beni her zaman sonsuz destekleyen ve varlığıyla güç bulduğum sevgili eşim Esat KORĞALI'ya,

Gösterdikleri anlayış, sabır ve sınırsız sevgileriyle bana en büyük gücü veren canım çocuklarım Ayşe Defne, Ahmet Müfit ve Fikret Madran KORĞALI'ya

Hayatıma anlam katan ve maddi manevi desteklerini her zaman yanımda hissettiğim canım annem ve babama,

Çalışma süresince güler yüzlerini esirgemeden her türlü yardımı sağlayan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi doktor ve hemşirelerine,

Çalışma boyunca bana evlerinin kapılarını açan ve beni ailelerinden biri gibi hissettiren sevgili hastalarım ve ebeveynlerine,

Ev ziyaretlerinde beni yalnız bırakmayan ve her zaman yanımda olduklarını bildiğim sevgili hemşire arkadaşlarım, Rabia ALTUN, Nilgün DURMAZ ve Ayşe BEYAZTOPRAK'a

Desteklerini esirgemeyen tüm çalışma arkadaşlarım, hocalarım ve dostlarıma

İçtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

Elif ÜNVER KORĞALI

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AKBF	Anne Kişisel Bilgi Formu
ANIH	Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü / American National Institutes of Health
APA	Amerikan Pediatri Akademisi
AS	Anne Sütü
BBBÖ	Baba Bebek Bağlanma Ölçeği
BBF	Bebek Bilgi Formu
BİHF	Bebek İyilik Hali Formu
BKAÖ	Bebek Karakterini Algılama Ölçeği
BKBF	Baba Kişisel Bilgi Formu
BUÖ	Beck Umutsuzluk Ölçeği
C/S	Sezaryen doğum
CPAP	Sürekli pozitif hava yolu basıncı /Continuous Positive Airway Pressure
DGTT II	Denver Gelişimsel Tarama Testi II
DKÖ	Durumluk Kaygı Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DY	Düzeltilmiş Yaş
EDDÖ	Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği
EG	Eğitim Grubu
ERG	Emosyonel Rol Güçlüğü
FF	Fiziksel Fonksiyon
FRG	Fiziksel Rol Güçlüğü
GH	Gebelik Haftası
GSA	Genel Sağlık Algısı
IQ	Zeka İşlevselliği / Intelligence Quotient
KAH	Konjenital Adrenal Hiperplazi

KKH	Konjenital Kalp Hastalığı
LC-PUFA	Uzun Zincirli Yağ Asitleri
MBÖ	Maternal Bağlanma Ölçeği
MRI	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NSVY	Normal spontan vajinal yol
PPD	Postpartum Depresyon
PPHT	Persistan Pulmoner Hipertansiyon
RDS	Respiratuar Distres Sendromu
RS	Ruhsal Sağlık
SAS	Sadece Anne Sütü
SBG	Standart Bakım Grubu
SF	Sosyal Fonksiyon
SF-36	Hayat Kalitesi Ölçeği, Kısa Form-36
SGA	Doğum Haftasına Göre Küçük Doğan Bebek / Small For Gestational Age
SKÖ	Sürekli Kaygı Ölçeği
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları
TPN	Total parenteral nutrisyon
TS	Taburculuktan Sonra
TTN	Yenidoğanın geçici Takipnesi /Transient Tachypne of Newborn
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu / United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	World Health Organization
YDYBÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm canlı doğumların; 8

Şekil 1.1a. Gestasyonel haftasına göre yüzde dağılımı 8

Şekil 1.1b. Preterm doğumların gestasyonel haftasına göre yüzde dağılımı 8

Şekil 2.1. Çalışmanın akış çizelgesi 49

Şekil 3.1. Bebeklerin DY 6 ve 12. aydaki; 73

Şekil 3.1a. Baş çevresi ortalama değerleri 73

Şekil 3.1b. Ağırlık ortalama değerleri 73

Şekil 3.1c. Boy uzunluk ortalama değerleri 73

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Prematüre bebeklerin özellikleri 6

Çizelge 1.2. Prematüre bebeklerde görülebilen sorunlar 7

Çizelge 1.3. Orta ve geç prematüre doğumlardaki artışın nedenleri 9

Çizelge 2.1. Bebek takibinin zamana göre dökümü 45

Çizelge 2.2. Ev ziyaretlerinin içeriği 46

Çizelge 3.1. Çalışmadaki ailelerin sosyodemografik özellikleri (sayısal karşılaştırma) 60

Çizelge 3.2. Çalışmadaki ailelerin sosyodemografik özellikleri (kategorik karşılaştırma) 60

Çizelge 3.3. Orta ve geç prematüre bebeklerin postnatal özellikleri 61

Çizelge 3.4. Çalışmadaki orta ve geç prematüre bebeklerin klinik takip özellikleri 62

Çizelge 3.5. Çalışmadaki orta ve geç prematüre bebeklerin aylara göre SAS ile beslenme ve hiç anne sütü almama oranları 63

Çizelge 3.6. Annelerin emzirmeye dair özellikleri 64

Çizelge 3.7. Çalışmadaki bebeklerin yaşlarına göre ek besin başlanma oranları 66

Çizelge 3.8. Bebeklerin yaşlarına göre uyku yerleri 67

Çizelge 3.9. Bebeklerin yaşlarına göre uyutulma yöntemleri 68

Çizelge 3.10. Bebeklerin yaşlarına göre düzenli uyku ve uyku sorunu oranları 69

Çizelge 3.11. Bebeklerin yaşlarına göre son 15 gündeki ağlama atakları 70

Çizelge 3.12. Bebekleri ağladığında annelerin hissettikleri 71

Çizelge 3.13. Bebekle ilgili anneler tarafından bildirilen sorunların zamana göre sıklığı 71

Çizelge 3.14. Düzenli masaj yapılan bebeklerin yaşlara göre oranı 72

Çizelge 3.15. Bebeklerin ilk 1 yaşta tekrar hastaneye yatış oranları 74

Çizelge 3.16. Annelerin Bebek Karakterini Algılama Ölçek puanları 75

Çizelge 3.17. Annelerin Maternal Bağlanma Ölçek Puanları 76

Çizelge 3.18. Babaların Baba Bebek Bağlanma Ölçek puanları 77

Çizelge 3.19. Ebeveynlerin Sürekli Kaygı Ölçek puanları 77

Çizelge 3.20. Ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçek puanları 78

Çizelge 3.21. Ebeveynlerin Beck Umutsuzluk Ölçek puanları 79

Çizelge 3.22. Ebeveynlerin Hayat Kalitesi Ölçek puanları 84

Çizelge 3.23. Bebek bakımına ve bebeğin gece bakımına aktif katılan babaların oranı 86

1. GİRİŞ

Prematüre doğum, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Amerikan Pediatri Akademisi (APA) tarafından, doğumun 37. Gebelik haftasından önce gerçekleşmesi olarak tanımlanır (American Academy of Pediatrics, 2005 ve WHO, 2010). Prematüre doğum, bebek ölümlerinin en önemli sebebidir ve uzun dönemde ciddi morbiditelere yol açmaktadır. Preterm bebeklerin yaşatılma oranları artmasına rağmen, preterm bebek doğum hızı 1981'den 2006'a kadar olan dönemde %33 artmış ve özellikle de bu artış geç preterm bebek doğumlarında olmuştur (Shapiro-Mendoza ve ark., 2012). Prematüre doğumlar, neonatal ve uzun dönemdeki morbidite riskleri nedeniyle önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Goldenberg ve ark., 2008 ve Shapiro-Mendoza ve ark., 2012). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012'de yayınlanan ve 184 ülkenin yer aldığı 'Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu'nda dünyada prematüre doğum oranlarının %5-18 arasında değişmekte olduğu belirtilirken, ülkemizin 2010 yılı prematüre doğum oranı %11,97 olarak bildirilmiştir (TNSA, 2013 ve WHO, 2012).

Prematüre doğumla ilişkili sorunlar gebelik haftası küçüldükçe arttığından 32. gebelik haftasından önce doğan ve 'erken prematüre' veya 'ağır prematüre' olarak tanımlanan bebekler en çok incelenen prematüre bebek grubunu oluşturmuştur. Ancak son yıllarda farkedilen ve aslında prematüre doğumların en büyük kısmını oluşturan 'orta ve geç prematüre bebekler' de hem erken hem de uzun dönemde önemli sorunlar yaşamaktadır. Doğumu $32^{0/7}$ ve $33^{6/7}$ gebelik haftası arasında gerçekleşen bebekler "orta prematüre", $34^{0/7}$ ve $36^{6/7}$ gebelik haftası arasında olanlar ise "geç prematüre" olarak tanımlanmaktadır (Goldenberg ve ark., 2008 ve Raju ve ark.,2006). Tüm prematüreler içinde orta ve geç prematüreler %84'lük dilimi kapsar (Shapiro-Mendoza ve ark., 2012). Orta ve geç prematürelerde erken prematürelere göre 7,5 kat az, term yenidoğanlara göre ise 10 kat fazla ölüm oranı bildirilmiştir (Martin ve ark., 2010 ve Mathews ve Macdorman, 2008).

Orta ve geç prematüre bebekler, neonatal dönemde solunumsal problemler, hipotermi, hipoglisemi, sarılık, immünolojik sorunlar, artmış enfeksiyon riski ve özellikle de beslenme sorunları nedeniyle Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde (YDYBÜ) izlenmek zorunda kalmaktadır. Yenidoğan döneminden sonra ise orta ve geç prematüre bebeklerin term bebeklere kıyasla daha az miktarda ve daha kısa süreli anne sütü aldığı birçok çalışmada belirtilmiştir (Hackman ve ark., 2016 ve Kair ve Colaizy, 2016). Bu durumun önüne geçilebilmesi amacıyla bu bebeklerin de DSÖ'nün önerdiği şekilde ilk 6 ay sadece anne sütü (SAS) ile beslenmelerinin sağlanması gerekmektedir. Ancak term bebekler kadar aktif emmeyen bu bebeklerin SAS ile beslenmelerinin devamı için anne ve babaya sağlık çalışanları tarafından ciddi destek verilmesi gerekmektedir. Orta ve geç prematüre bebeklerin hastaneden taburculuk sonrası yeniden hastaneye yatış oranları da term bebeklere kıyasla 1,8-2,94 kat gibi daha yüksek olup hastanede yatış süreleri de daha uzun olarak belirlenmektedir (Kuzniewicz ve ark., 2013). Tomashek ve arkadaşları geç pretem bebeklerde emme ve beslenme sorunlarının hastaneden taburcu olduktan sonra bile devam ettiğini ve bunun sonucunda doğum sonrası ilk 28 günde hastaneye yatma risklerinin de daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Tomashek ve ark., 2006). Başka bir çalışmada ise; taburculuğunda SAS ile beslenen prematüre bebeklerin yaşamının ilk 6 ayında hastaneye yatış oranlarının daha az olduğu ve anne sütünün koruyuculuğu belirlenmiş ve anne ve bebeğin emzirme konusunda uygun ve doğru bir destek almasının önemi vurgulanmıştır (Martens ve ark., 2004).

Bebeğin fizyolojik ve nörokognitif gelişiminde, bebeğin primer çevresini oluşturan anne ve babanın ilgisi, duyarlılığı ve bilgisi hayati önem taşır. Özellikle de uzun dönem takiplerinde nörokognitif gelişimlerinin term bebeklere göre geri kaldığı gösterilen orta ve geç prematüre bebekler için bu durum çok daha önemlidir (Cheong ve ark., 2017). Ancak prematüre bir doğum özellikle ebeveynler için bebeğin bakımı, gelişimi ve geleceğine yönelik duyulan kaygı ve korkular nedeniyle ciddi bir travmadır. Ruhsal açıdan erken doğuma hazır olmayan ve bebeğini sağlıklı bir şekilde kucağına alma beklentisi içinde olan ebeveynler, bebeğin erken doğumu ile birlikte yüksek oranda stres ve kaygı yaşamaktadır. Ailede şok, inkar, öfke, utanma, suçluluk, depresyon ve sosyal izolasyon gibi tepkiler görülebilmekte hatta suçluluk, öfke ve

reddetme duyguları ebeveynlerin bebeğe bakım verme yeteneklerini engelleyebilmektedir (Miller ve ark., 2006 ve Ross ve ark., 2006). Bebeğin YDYBÜ'nde yatıyor olması, ihtiyaçlarının sağlık çalışanları tarafından karşılanması, anne-babanın bebeğini kısa süreli görmesi ve ebeveynlerin aşırı kaygılı olması gibi durumlar, ebeveynlerin bebeğin ihtiyaçlarını doğru şekilde algılamasına ve yeterli bir bakım vermesine engel olabilmektedir. ayrıca term bebeklere göre gerek fiziksel gerek kognitif açıdan daha geriden gelen prematüre bebeklerin verdiği ipuçlarını anlamak anne-baba için her zaman kolay olmamaktadır. Bu bebekler daha kolay uyarılan ve daha güç sakinleşen bebekler olup bebeğin erken doğum nedeniyle taşıdığı riskler ve bakımındaki zorluklar ebeveynlerdeki kaygıyı ve depresif belirtileri artırmakta ve tüm bunların sonucunda anne ve babalar bebekleriyle doğru bir etkileşime girememektedir. Prematüre bebeği olan ailelere doğumdan itibaren müdahalede bulunulmazsa ebeveynlerin bebekle etkileşimlerinin giderek azaldığı gösterilmiştir (Carson ve ark., 2015 ve Miller ve ark., 2006).

Literatürde prematüre doğan bebekler üzerinde, anne bebek etkileşimini, annenin bebeğe verdiği yanıtları ve bebeğin nörokognitif gelişimini inceleyen çeşitli müdahale çalışmaları bulunmaktadır. Bu çalışmalarda araştırmacılar bazı belirli müdahale programlarını uyguladıkları gibi, bir kısım araştırmacı ise kendi oluşturdukları programları kullanmıştır. Ancak yapılan tüm müdahale çalışmalarında en etkili yöntemin aileye verilen bilgi olduğu gösterilmiştir. Prematüre bebeğin doğumuyla başlayan ve bazı çalışmalarda doğumdan sonra ev ziyaretleri ile belirli bir süre daha devam ettirilen eğitim programları bebekler ve ebeveynleri üzerinde en olumlu sonuçları ortaya çıkarmıştır (Evans ve ark., 2014 ve Newnham ve ark., 2009). Çalışmaların birçoğunda uygulanan eğitim programları bebeklerin SAS alım oranları, anne sütüyle beslenme oranları ve süreleri üzerinde olumlu yönde anlamlı sonuçlar ortaya koymaktadır (Ravn ve ark., 2012). ayrıca müdahale grubundaki prematüre bebeklerin uyku, ağlama, gaz sancısı gibi sorunlarının kontrol grubundakilerden daha az olduğu da bildirilmiştir (Newnham ve ark., 2009). Müdahale grubundaki annelerin depresyon, anksiyete ve kaygı düzeylerinin daha az olduğunu, annelerin bebeklerine karşı daha duyarlı davrandıklarını ve daha iyi bir anne bebek etkileşimi gerçekleştiğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Evans ve ark., 2014). Bu çalışmaların çoğu

erken prematüreler ve anneleri üzerinde yapılmıştır. Ancak prematüreler içinde en büyük kısmı oluşturan, en çok gözden kaçabilen, sanki term bebekmiş gibi davranılan fakat prematüre olduğundan dolayı hem erken hem de uzun dönemde pek çok komplikasyona açık olan orta ve geç pretermlerle ilgili yapılan çalışmalar az sayıdadır. ayrıca çalışmaların çoğunda prematüre bebeği olan babalar görmezden gelinmiş ve babalara ait bilgiler çok kısıtlı kalmıştır.

Bu çalışmada amacımız orta ve geç prematüre bebeği olan ebeveynlere uygulanan eğitim ve bebek bakımıyla ilgili farkındalığın arttırılmasının; bebeğin düzeltilmiş yaşı 1 yaş olana kadar geçen dönemde, prematüre bebek sağlığı, ebeveynlerin kaygı düzeyleri, ebeveyn bebek bağlanması ve ebeveynlerin hayat kalitesi üzerine etkisinin araştırılmasıdır. Çalışmamız spesifik bir grup olan orta ve geç prematüre bebekler üzerinde yapıldığından ve anne ile beraber babaların verilerini de incelediğinden bu konudaki birçok çalışmadan farklılaşmaktadır.

1.1 Genel Bilgiler

1.1.1. Prematüre Bebeğin Tanımı ve Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre vücut ağırlığına bakılmaksızın 37. Gebelik haftasını tamamlamadan doğan bebeklere preterm bebek denir (WHO, 2010). Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (ANIH) 2005 yılında ve APA ise 2007 yılında prematüre bebekleri doğum haftalarına göre kendi içinde sınıflandırmıştır. Bu sınıflamaya göre 32. Gebelik haftasından önce doğan bebekler 'erken' ya da 'ağır prematüre'olarak tanımlanmaktadır, $32^{0/7}$ ve $33^{6/7}$ gebelik haftaları arasında doğan bebekler 'orta prematüre' ve $34^{0/7}$ ve $36^{6/7}$ gebelik haftalarında doğan bebekler ise 'geç prematüre' olarak sınıflandırılmaktadır (Goldenberg ve ark., 2008 ve Raju ve ark., 2006). Yenidoğan bebekler ayrıca gestasyonel haftalarına (GH) ve gestasyonel ağırlıklarına göre de sınıflandırılmakta olup bu sınıflandırma Lubchenco intrauterin

büyüme eğrileri ile yapılmaktadır Lubchenco intrauterin büyüme eğrileri ile intrauterin büyüme ve gelişmesi değerlendirilen yenidoğan bebekler 3 gruba ayrılır (Lubchenco ve ark., 1963):

- Small for Gestational Age (SGA): GH'na göre tartısı 10. Persentilin altında olan bebekler,
- Appropriate for Gestational Age (AGA): GH'na göre tartısı 10-90. Persentildeki bebekler,
- Large for Gestational Age (LGA): GH'na göre tartısı 90. Persentilin üzerindeki bebekler.

1.1.2. Prematüre Doğumların Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012 yılında 184 ülkeyi kapsayarak yayınlanan Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu'nda, 2010 yılında dünyada 135 milyon canlı doğum olduğu ve bunun %11,1'inin yani yaklaşık 15 milyon bebeğin prematüre olarak doğduğu bildirilmektedir. aynı rapora göre; dünyada prematüre doğum oranının %5 ile %18 arasında olduğu, ülkemizde ise bu oranın %11,97 olduğu bildirilmektedir. Tayland, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Somali gibi ülkeler de Türkiye ile benzer orana sahiptir. Malavi %18,1 ile en yüksek, Beyaz-Rusya %4,1 ile en düşük prematüre doğum oranına sahiptir. Preterm doğumların %60'dan fazlası Afrika ve Güney Asya'da gerçekleşmektedir. Preterm doğum oranı, Kanada'da %7,8, İngiltere'de %7,8, Hindistan'da %13, ABD'de %12, Endonezya'da %15,5 olarak rapor edilmektedir (WHO, 2012).

Tüm prematüre doğumların %72'sini geç prematüreler oluştururken, orta ve geç prematüre doğumlar ise %84'ünü kapsamaktadır (Shapiro-Mendoza ve ark., 2012). Sağlık alanındaki tüm gelişmelere rağmen prematüre doğum oranlarında artış gözlenmekte olup son 25 yılda dünyada prematüre doğumlar %25 oranında artarken, bu artış oranı erken prematürelerde %4, orta ve geç prematürelerde ise %33 olarak rapor edilmektedir (Martin ve ark., 2010 ve Mathews ve ark., 2008).

1.1.3. Prematüre Bebeklerin Özellikleri

Prematüre bebeklerin immatüritelerinden kaynaklı ve term bebeklerden farklı karakteristik özellikleri vardır. Bu özellikler aynı zamanda gestasyon haftasının belirlenmesine de yardımcı olmaktadır (Balest ve ark., 2018). Prematüre bebeklerin özellikleri Çizelge 1.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 1.1. Prematüre bebeklerin özellikleri

Baş vücuda oranla büyüktür, ön-arka fontanel geniş, süturlar aralıklı, kulak kıkırdağı yumuşaktır.
Deri ince, kırmızı ve jelatinöz görünümdedir, deri altı yağ tabakası azdır, lanugo tüyleri boldur.
Tırnaklar kısa ve yumuşaktır, 32. haftadan sonra parmak uçlarını geçer.
Avuç içi ve ayak tabanı çizgileri azdır, sayı ve derinliği gebelik haftası arttıkça artar.
Ekstremiteler uzundur.
Göğüs duvarı yumuşak, karın gergindir.
Meme başı palpe edilemez, pigmentasyon yoktur.
Areola 34. Gebelik haftasından sonra belirginleşir, areola çapı 0,5 cm'den küçüktür.
Göbek kordonu geç kurur ve düşer.
Genital organları az gelişmiştir.
Erkeklerde testisler skrotuma inmemiş, kızlarda labia majörler minörleri örtmemiş olabilir.
Solunum kasları zayıf ve göğüs kafesi yumuşaktır.
Hipoventilasyon sonucu, karbondioksit retansiyonu, asidoz ve siyanoz gözlenir.
Solunum diyafragmatik ve zayıftır, apne ile birlikte periyodik solunum görülür.
Fizyolojik hipotoni vardır ve immatürite arttıkça hipotonisite artar.
Yakalama, emme, yutma, moro refleksleri az gelişmiştir.
Emme, yutma ve solunum koordinasyonu 32-34. haftada gelişir.
Mide kapasiteleri küçük, mide boşalma zamanı uzundur.
Kusma, regürjitasyon ve karında distansiyon sık görülür.
İlk günlerde ağırlık kaybı fazla, ağırlık alımı yavaş olur.
Hipoglisemi, hipoproteinemi, hipoprotrombinemi ve hiperbilirubinemi sık görülür.
Kan-beyin bariyeri az gelişmiş, kernikterusa eğilim artmıştır.
Anemi ve intrakraniyal kanamalar sık görülür.
Derialtı yağ dokusu az ve vücut yüzeyi geniş, dolaşım iyi değildir.
Titreme-terleme özelliği olmadığından hipotermi ve soğuk stresine eğilim bulunmaktadır.
İmmün sistem immatürdür, infeksiyonlara eğilim fazladır.
Glomerüler filtrasyon hızı düşüktür, özellikle el, ayak sırtı, tibia üzerinde ödem sık görülür.
Retinal vasküler sistem gelişmediği için prematüre retinopatisi (ROP) sık görülmektedir.

1.1.4. Prematüre Bebeklerde Görülen Sorunlar

Gebelik haftası düşük olan bebeklerde, neonatal döneme ait sorunlara daha sık rastlanmaktadır ve bu sorunlar prematürelerdeki morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (De Almeida ve ark., 2007 ve Kingma, 2018). Prematüre bebeklerde görülebilen sorunlar Çizelge 1.2'de belirtilmektedir.

Çizelge 1.2. Prematüre bebeklerde görülebilen sorunlar

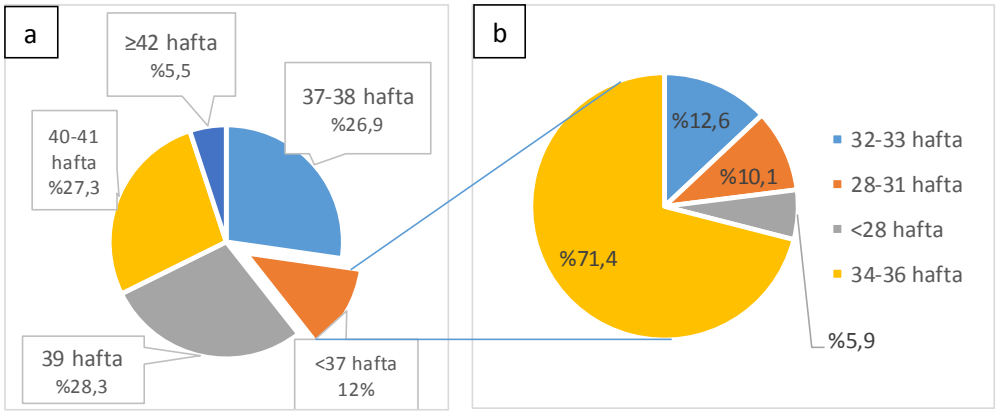
Santral sinir sistemi	İntraventriküler kanama, periventriküler lökomalazi, hidrosefali, hipotoni, hipoksik iskemik ensefalopati, konjenital anomaliler, konvülzyon, prematüre retinopatisi, sağırlık, kernikterus, menenjit
Solunum sistemi	Respiratuar distress sendromu (RDS), bronkopulmoner displazi, apne, pulmoner kanama, pulmoner hipoplazi, pnömoni, pnömotoraks, yenidoğanın geçici takipnesi
Kardiyovasküler sistem	Patent duktus arteriosus, hipotansiyon, hipertansiyon, konjenital kalp anomalileri
Gastrointestinal sistem	Nekrotizan enterokolit, motilite bozuklukları, gastrointestinal perforasyon, direkt hiperbilirubinemi, beslenme sorunları
Hematolojik sistem	Anemi, indirekt hiperbilirubinemi, kanama, yaygın damar içi pıhtılaşma
Metabolik – Endokrin sistem	Hipoglisemi, hiperglisemi, hipokalsemi, hipotermi ,metabolik asidoz, yenidoğanın geçici hipotiroksinemisi, prematüre osteopenisi
Renal sistem	Hiponatremi, hipernatremi, hipokalemi, hiperkalemi, ödem, renal yetersizlik
İmmün sistem	Sepsis (erken, geç), pnömoni, menenjit

Prematüre bebeklerde gözlenen hem somatik hem de nöromotor immatürite nedeniyle bu bebeklerin izlemi düzeltilmiş yaş (DY) hesaplanarak yapılmalıdır. Düzeltilmiş yaş hesaplanırken, bebeğin kronolojik yaşından erken doğduğu zaman çıkartılarak bir hesaplama yapılır (Kallioinen ve ark., 2017). Örneğin doğumunun üzerinden 10 hafta geçen ve 34. Gebelik haftasında doğan bir prematüre bebeğin düzeltilmiş yaşı hesaplandığında; 6 hafta erken doğduğu belirlenen (40gh – 34 gh= 6 hafta) bebeğin kronolojik yaşından 6 hafta çıkartılarak DY; 4 hafta (10 hafta – 6 hafta=4 hafta) olarak hesaplanır. Prematüre bebeklerin büyüme gelişmelerinin 2-3 yaşa kadar DY hesaplanarak yorumlanması önerilmektedir (Kallioinen ve ark., 2017 ve Romeo ve ark., 2010).

1.2. Orta ve Geç Prematüre Bebekler

Genel olarak prematüre bebek 37. Gebelik haftasını tamamlamadan doğan bebek olarak kabul edilse de tanım aralığının genişliği ve bu bebeklerdeki sorunları belirlemede yetersiz kalınabileceği düşünülerek prematüreler için alt grupların tanımlanması gerekli olmuştur. Bu nedenle Temmuz 2005 yılında Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (ANIH) ve daha sonra 2007'de APA; $32^{0/7}$ hafta altındaki doğumları erken prematüre, $32^{0/7}$-$33^{6/7}$ haftası arasındaki doğumları orta derecede prematüre, $34^{0/7}$-$36^{6/7}$ hafta arasındaki doğumları geç prematüre olarak tanımlamıştır (Goldenberg ve ark., 2008 ve Raju ve ark., 2006).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2011 yılında doğan 3 953 593 canlı doğumun %11,7'sinin preterm bebekler olduğu saptanmıştır (Hamilton ve ark., 2013). Geç prematüre bebekler ise tüm preterm doğumların %71'ini oluşturmaktadır. 1990'dan 2006'ya kadar preterm doğumlar yaklaşık %20 oranında artmışken geç preterm doğum hızı %25 oranla daha fazla bir artış göstermiştir (Martin ve ark., 2012). Bu sayılara orta pematüre bebekler de eklendiğinde orta ve geç prematüre bebeklerin tüm prematüre bebek doğumları arasında %84'lük bir paya ulaştığı saptanmıştır (Shapiro-Mendoza ve ark., 2012) (Şekil 1.1). Ülkemizde bebeklerin doğum haftalarına göre dağılımlarına ait resmi bir bilgiye rastlanmamakla beraber, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada geç preterm doğum oranı %9,4 olarak, 2015 yılına ait başka bir çalışmada ise %11,2 olarak bildirilmiştir (Atasay ve ark., 2010 ve Arayıcı ve ark., 2015).



Şekil 1.1. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm canlı doğumların a)Gestasyonel haftasına göre yüzde dağılımı b)Preterm doğumların gestasyonel haftasına göre yüzde dağılımı (bilgiler Martin ve ark., 2012 kaynağından alınarak çizilmiş ve Türkçe olarak düzenlenmiştir)

1.2.1. Orta ve Geç Prematüre Doğumların Nedenleri

Prematüre doğumların etyolojisi kompleks ve çok faktörlü olmakla beraber, özellikle son yıllarda artan orta ve geç prematüre doğumların nedenleri Çizelge 1.3'de belirtilmektedir (Ramanchandrappa ve Jain, 2015).

Çizelge 1.3. Orta ve geç prematüre doğumlardaki artışın nedenleri

Tıbbi endikasyonlar	• Erken doğum eylemi • Erken membran rüptürü • Preeklampsi
Tıbbi müdahaleler ve iatrojenik nedenler	•Artan tıbbi gözetim ve müdahaleler •Sezeryan doğumlar veya doğumun planlı olarak indüksiyonu *Tıbbi endikasyonlar:* Anormal prezentasyon, anormal plasentasyon, anne ya da bebeğe ait durumlar (doğum eylemi başlamadan erken membran rüptürü, fetal hidrosefali gibi) *Tıbbi olmayan endikasyonlar:* Annenin isteğiyle yapılan sezeryan doğumlar, vajinal doğumdaki fetal ve neonatal risklerden korkma, 40. haftayı beklemeden 39 haftalık gebeliğin başlangıcında artan doğum oranı, hipoksik iskemik ensefalopati, brakiyal pleksus ve diğer doğum travmaları, vajinal doğum ile anne riskleri korkusu, genital sistem, anüs ve perineal yaralanma ve cinsel işlev bozukluğu riski, sezeryan doğumun vajinal doğumdan daha kolay ve daha az stresli olduğu algısı, annenin bebek adına gelişebilecek riskleri kabul ediyor olması, anne ve ailenin konforu
Gebelik yaşı değerlendirme ve obstetrik uygulama kuralları	• Elektif doğumlar sırasında gebelik yaşının hatalı hesaplanması • Maternal obezite • 34. Gebelik haftasını fetal olgunluk olarak kabul etme • 39. Gebelik haftasından itibaren indüksiyonlar için gestasyonel yaş kriterlerinin azaltılması ve ölü doğum oranlarının artması
İleri anne yaşı, yardımcı üreme teknolojileri ve çoğul gebelikler	• Çoğul gebeliklerdeki artış • Gecikmiş çocuk sahibi olma ve prematüre risk artışı • Yardımcı üreme teknolojilerinin kullanımı ve erken doğumla ilişkili komplikasyonların artması riski (preeklampsi, diyabet gibi)
Hekim uygulama pratikleri ve risk/yarar belirleme	• Olumsuz sonuç riski için endişelenme • Kolaylık • Yükümlülük

1.2.2. Orta ve Geç Prematüre Bebeklerin Erken Dönem Sorunları

Orta ve geç prematüre bebekler adlarından da anlaşılacağı gibi term bebekler değildir. Bu nedenle neonatal dönemde sağlık sorunları yaşama olasılıkları erken prematüreler kadar yüksek olmasa da zamanında doğan bebeklere göre artmış orandadır. Orta ve geç prematüre bebeklerin RDS, ısı düzensizlikleri, beslenme zorlukları, hipoglisemi, hiperbilirubinemi, apne, geç neonatal sepsis, hastanede uzun süreli yatış ve taburculuk sonrası yeniden hastaneye yatırılma başta olmak üzere çeşitli sağlık sorunlarına maruz kaldığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Engle ve ark., 2007; Escobar ve ark., 2005; Escobar ve ark., 2006; Kalyoncu ve ark., 2010; Raju ve ark., 2006 ve Wang ve ark., 2004). Orta ve geç prematürelerin ölüm oranları da term yenidoğanlara göre daha yüksektir (Martin ve ark., 2010 ve Mathews ve ark., 2008).

1.2.2.1. Termoregülasyon ve Hipotermi

Yenidoğanda termoregülasyon, kahverengi / beyaz yağ dokusu ve vücut yüzey alanı miktarına bağlıdır. Termogenez; santral olarak, sempatik sinir sistemi yoluyla norepinefrini salgılayan hipotalamik ventral medial nükleus tarafından kontrol edilir. Böylece bu yapı, okside olan ve ısı üreten serbest yağ asitlerini serbest bırakmak için kahverengi adipoz doku üzerinde etki yapar. Orta ve geç prematüre bebekler dünyaya geldiklerinde term bebeklere kıyasla daha az kahverengi yağ dokusu deposuna sahiptir. Diğer yandan, prolaktin, norepinefrin, triiyodotironin ve kortizol gibi kahverengi yağ metabolizmasından sorumlu hormonlar, gestasyon haftası terme ulaştığında en yüksek seviyeye ulaşır. Ek olarak, orta ve geç prematüre bebekler azalmış beyaz yağ dokusu ve daha az yalıtım nedeniyle ısı kaybına daha yatkındır. ayrıca, bu bebeklerin daha küçük boyutları, yüzey alanı/vücut ağırlığı oranının artmasına ve ortama kolayca ısı kaybına yol açar. Tüm bu nedenlerden dolayı orta ve geç pematürelerde ısı dengesizlikleri ve tüm sistemleri etkileyen özellikle hipotermi gibi sorunlar daha sıklıkla görülmektedir (Engla ve ark., 2007; Martin ve ark., 2012 ve Sahni, 2017).

Prematüre bebeklerde soğuk stres; klinik olarak takipne, periferik vazokonstrüksiyona sekonder soluk renk, pulmoner vaskuler tonusda değişiklik ve metabolik asidoz şeklinde kendini gösterir. Bu durum prematüre bebeklerde solunum sorunlarını kötüleştirerek, hipoglisemiyi şiddetlendirebilir ve bu belirtiler bebeğin sepsis gibi değerlendirilip tedavi edilmesine neden olabilir. Dallas'ta 196 term ve geç preterm bebek üzerinde yapılan bir çalışmada, doğumdan sonra bebek stabil hale geldiğinde ölçülen rektal ısı bebeklerin %28'inde 36,5 ºC'den daha düşük bulunmuştur (Laptook ve Jackson, 2006). Başka bir çalışmada, 2000 gr'ın üzerinde ve 32. Gebelik haftasından daha büyük bebeklerin YDYBÜ'ne kabul edildikleri sıradaki vücut sıcaklıkları 34,5-36,5ºC arasında bulunmuştur (Jain, 2008). Wang ve arkadaşları orta ve geç prematüre bebeklerin ısı düzensizliklerini %10 oranında bildirirken, term bebeklerin hiçbirinde ısı düzensizliği saptamadıklarını belirtmiştir (Wang ve ark., 2004). Benzer bir çalışmada ise YDYBÜ'e başvuran geç pretermlerin %5,2'sinde birincil hastaneye başvuru nedeni hipotermi olarak saptanmıştır (Vachharajani ve Dawson, 2008).

1.2.2.2. Glukoz Hemostazı ve Hipoglisemi

Fetüs, esas olarak plasenta yoluyla maternal transfer sayesinde düzenli bir glukoz sağlar. Doğumdan hemen sonra, bu sürekli glukoz kaynağı kesilir ve bebek öncelikle hepatik glukojenoliz ve glukoneojenez ile glukoz üretmek zorunda kalır (Halamek ve ark., 1997). Katekolaminler, glukagon ve kortikosteroidlerdeki postnatal dalgalanma, öglisemik kontrolün sağlanmasında önemli bir rol oynar. Katekolaminlerin plazma konsantrasyonlarındaki bu artış, dolaşımdaki insülin konsantrasyonlarında bir düşüşe ve daha sonra glukagon konsantrasyonlarında bir artışa neden olur. Pankreatik β hücreleri tarafından glikoz-regüle insülin salgılanması da olgunlaşmadığından, bu durum hipoglisemi sırasında düzensiz insülin üretimi ile sonuçlanır (Garg ve Devaskar, 2006). Orta ve geç preterm bebekler ile ilgili yapılan çalışmalarda; bu bebeklerin glukoneogenez ve glikojenoliz için immatüre hepatik enzim sistemleri, yetersiz adipoz doku lipolizi ile hormonal düzensizlik ve doğumdan

hemen sonra azalmış hepatik glikojen depolarına bağlı olarak öglisemi kontrolünü devam ettirmekte zorlandığı gösterilmiştir (Engla ve ark., 2007; Garg ve Devaskar, 2006 ve Raju ve ark., 2006).

Preterm bebeklerde hipoglisemi insidansının term bebeklere göre 3 kat daha fazla olduğu ve bu bebeklerin yaklaşık üçte ikisine intravenöz dekstroz infüzyonlarının gerektiği bildirilmektedir (Wang ve ark., 2004). Şiddetli hipoglisemi nöronal hücre ölümü ve olumsuz nörogelişimsel sonuçlar için iyi bilinen bir risk faktörü olduğundan dolayı tüm prematüre bebekler hipoglisemi açısından yakın takip edilmelidir (Garg ve Devaskar, 2006 ve Laptook ve Jackson, 2006).

1.2.2.3. Solunumsal Sorunlar

Birçok çalışma orta ve geç prematüre bebeklerde yenidoğanın geçici takipnesi (TTN), RDS, persistan pulmoner hipertansiyon (PPHT) ve solunumsal yetmezlik gibi sorunlarda artış olduğunu ve bu nedenle term yenidoğanlara göre bu bebeklerde daha yüksek solunumsal mortalite ve morbidite riskinin bulunduğunu göstermektedir. Bu risklerin bebeğin gebelik haftası küçüldükçe arttığı da çalışmalarda bildirilmektedir (Colin ve ark., 2010; Medoff Cooper ve ark., 2012 ve Ventolini ve ark., 2008). Önceki çalışmalardan birinde RDS insidansı 34. Gebelik haftasında doğan bebeklerde %15, 35-36. Gebelik haftasında doğanlarda ise %1 olarak bulunmuştur (Lewis ve ark., 1996). Başka bir çalışmada 34. Gebelik haftasında doğan bebeklerde RDS gelişme riski term bebeklere kıyasla 40 kat daha fazla saptanmıştır (Hibbard ve ark., 2011). Gestasyonel yaş 34 haftanın altına indikçe bu risk 100 kata kadar çıkabilmektedir (Chang ve ark., 2004). Wang ve arkadaşları doğum ağırlıkları ve APGAR skorları term bebeklere benzer olmasına rağmen geç preterm bebeklerin 9,14 kat daha fazla RDS geliştirdiklerini bildirmiştir (Wang ve ark., 2004). Kalifornia'da yapılan ve 47 000 yenidoğanın incelendiği bir çalışmada ise RDS insidansı 33-34. Gebelik haftasında doğan bebeklerde %22,1, ve 35-36. Gebelik haftasında doğanlarda ise %8,3 olarak bulunmuştur. aynı oran 37-42. Gebelik haftasında doğanlarda ise %2,9 olarak bildirilmiştir (Escobar ve ark., 2006).

Orta ve geç prematüre bebeklerde gözlenen solunumsal sorunların artmasıyla birlikte bu bebeklerin solunum desteği ihtiyaçlarının da arttığı çalışmalarda bildirilmektedir. Önceki çalışmalardan birinde 34, 35 ve 36. Gebelik haftasında doğan bebeklerin çeşitli solunumsal destek gereksinimi oranları sırasıyla %30, %33 ve %23 olarak bulunmuştur (Vachharajani ve Dawson, 2008). Başka bir çalışmada 34 gebelik haftasından itibaren doğan 1011 bebek incelenmiş ve en sık saptanan solunum sorunu %43 oranda RDS iken bunu sırasıyla mekonyum aspirasyon sendromu (%9,7), pnömoni/sepsis (%8,3), TTN (%3,9), idiopatik PPHT (%3,2), kan/amnion mayi aspirasyonu (%2,3) ve akciğer hipoplazisinin (%1,4) izlediği bildirilmiştir (Clark, 2005).

1.2.2.4. Gastrointestinal Sistem Sorunları

Orta ve geç prematüre bebekler genellikle enteral beslenmeyi iyi tolere eder. Ancak oromotor tonus zayıflıkları, emme yeteneğinin özellikle orta prematüre bebeklerde henüz yeterince olgunlaşmamış oluşu nedeniyle emme ve yutma koordinasyonunda zorlanırlar. ayrıca sfinkter kontrolü ve peristaltik fonksiyonları da term yenidoğanlar kadar iyi değildir (Kingma, 2018). Bir çalışmada doğum sonrası term bebeklerde %5 oranında olan intavenöz sıvı ihtiyacının geç prematüre bebeklerde %27 olduğu, geç pretermlerin intravenöz sıvı desteği alma olasılığının da term bebeklere göre 6,48 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Wang ve ark., 2004).

Orta ve geç prematüre bebeklerin hastanede uzun süre yatışlarının en önemli nedeni %76 oranında saptanan beslenme zorluklarıdır. Bir çalışmada YDYBÜ'nde izlenip taburcu edilen 35. Gebelik haftasında doğan preterm bebeklerin %7.3'ünün beslenme sorunları nedeniyle yeniden hastaneye yatırıldığı belirtilmiştir (Vachharajani ve Dawson, 2008 ve Wang ve ark., 2004). Escobar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada tüm bebeklerin %26'sının beslenme sorunları nedeniyle hastaneye yatırıldığı ve hastaneye yatırılma durumunun özellikle geç prematürelerde daha sık olduğu bildirilmiştir (Escobar ve ark., 2005).

Orta ve geç prematüre bebeklerde beslenme zorluklarına bağlı ortaya çıkan dehidratasyon da, fizyolojik sarılığı arttırarak yeniden hastaneye yatış için hazırlayıcı bir faktör olarak göze çarpmaktadır. Bu bebeklerin henüz tam olarak olgunlaşmamış bağırsaklarının ileri yaşamlarında çeşitli besin allerjileri ya da diyabet için risk oluşturup oluşturmayacağı ise henüz araştırılan bir konu olarak görülmektedir (Raju ve ark., 2006).

1.2.2.5. Hiperbilirubinemi

Term yenidoğanlara göre orta ve geç prematüre bebeklerde ciddi hiperbilirubinemi gelişme olasılığının 2,4 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir. (Sarıcı ve ark., 2004). Bhutani ve arkadaşlarının yayınladığı Ulusal Kernikterus Kayıtları'nda geç preterm bebeklerin term bebeklerin düzeylerine eşit ya da daha az olan bilirubin düzeylerinde kernikterus risklerinin artmış olduğu bildirilmiştir. aynı zamanda ciddi serum bilirubin yüksekliklerinin orta ve geç prematürelerde daha sık olduğu ve term bebeklere göre sekel olmadan iyileşme olasılığının da bu bebeklerde daha düşük olduğu belirtilmiştir. Özellikle beslenme sorunları ve yetersiz anne sütü alımı hiperbilirubinemiyi tetikleyen ve daha ciddi seyretmesine yol açan en önemli faktörler olarak gözlenmektedir (Bhutani ve Johnson, 2006).

Orta ve geç prematürelerde görülen neonatal hiperbilirubinemi, daha yaygın, daha belirgin ve daha uzun süreli olup bu bebeklerde sarılık hastaneye tekrar yatmanın önemli nedenlerinden biri olarak göze çarpmaktadır. Yapılan bir çalışmada; sarılık nedeniyle hastaneye tekrar yatış oranları term bebeklerde %1,2 iken, orta ve geç prematürelerde %4,5 olarak saptanmıştır (Escobar ve ark., 2005). Özellikle geç pretermlerin boyutlarının büyük oluşu bu bebeklerin sağlık çalışanları tarafından term bebekler gibi algılanıp, tedavilerinin bu şekilde planlanmasına yol açabilmekte olup bu hassas grubun yakından izlenmesi, özellikle emzirme desteğinin sağlanması ve kernikterus açısından artmış risk altında olduğunun unutulmaması gereklidir (Ramanchandrappa ve Jain, 2015).

1.2.2.6. İmmünite ve Enfeksiyonlar

Çalışmalar orta ve geç prematürelerin term yenidoğanlara göre 3,97 kat daha fazla sepsis tanısı aldığını, bu bebeklere daha fazla antibiyotik tedavisi uygulandığını ve hastanede yatış sürelerinin de uzadığını göstermektedir (Wang ve ark., 2004). Önceki bir çalışmada; yedi gün boyunca hastanede yatma oranları term bebeklerde %17 iken, orta ve geç prematüre bebeklerde %30 olarak bildirilmiştir (Kuzniewicz ve ark., 2013). Başka bir çalışmada ise bebeklerdeki sepsis oranlarının bebeğin gestasyonel yaşı arttıkça azaldığı, 34. Gebelik haftasında doğan bebeklerde %12 olan sepsis oranlarının 39. Gebelik haftasına gelindiğinde %0,4'e indiği gösterilmiştir (McIntire ve Leveno, 2008). Orta ve geç prematüre bebeklerin ya YDYBÜ'e kabul edildiklerinde bir protokolün parçası olarak ya da RDS, soğuk stress ve hipoglisemi nedeniyle hekime sepsis gibi göründükleri için daha fazla tıbbi müdahaleye maruz kaldığı da çalışmalarda bildirilmektedir (Ramanchandrappa ve Jain, 2015).

1.2.2.7. Taburculuk Sonrası Tekrar Hastaneye Yatış

Prematüre bebeklerin YDYBÜ'ne başvuru ve yatış oranlarının term bebeklere göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Büyük bir kohort çalışmasında; 34. Gebelik haftasında doğan bebeklerin %88'inin, 37. Gebelik haftasında doğanların %12'sinin ve 38-40 haftada doğanların ise sadece %2,6'sının YDYBÜ'ne yatırılmasının gerektiği bildirilmiştir (Engle ve Kominiarek, 2008). Başka bir çalışmada ise 34, 35 ve 36 gebelik haftasında doğan bebeklerin YDYBÜ'ne yatış oranları sırasıyla %97, %53 ve %32 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada gebelik haftası 34'ün altındakilerin ise tamamının YDYBÜ'e yatırıldığı saptanmıştır (Vachharajani ve Dawson, 2008). Orta ve geç prematüre bebeklerin hastanede yatış süreleri de term bebeklerden daha uzun olmaktadır. Yapılan bir çalışmada 34, 35 ve 36. Gebelik haftasındaki bebeklerin hastanede ortalama yatış süreleri sırasıyla 6-11 gün, 4-6 gün ve 3-4 gün olarak bildirilmiştir (Khashu ve ark., 2009). Bu bebeklerde en sık hastaneye yatış nedenleri hiperbilirubinemi, RDS, dehidratasyon, hipoglisemi, beslenme

zorlukları ya da yetersizlikleri ve ısı düzensizlikleri olarak bildirilmektedir (Vachharajani ve Dawson, 2008 ve Wang ve ark., 2004).

Orta ve geç prematüre bebeklerin ilk kez YDYBÜ'e yatırıldıklarında daha uzun süre hastanede kaldıklarının tespiti ile birlikte, bu bebeklerin taburculuk sonrası da yeniden hastaneye yatırılma risklerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Escobar ve ark., 2006; Shapiro-Mendoza ve ark., 2006 ve Shapiro-Mendoza ve ark., 2008). Escobar ve arkadaşları (2005); özellikle geç preterm bebeklerde yeniden hastaneye yatış oranlarının %4,4 olduğunu, bu oranın hem term bebeklerden (%2) hem de 34. Gebelik haftasından önce doğan bebeklerden (%3) daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Boyut ve görünüm olarak term bebeklere benzeyen orta ve geç prematüre bebeklerin, tüm bu riskler düşünülerek yakından izlenmesi ve özellikle beslenmeleri tam olarak sağlanmadan hastaneden eve gönderilmemesi gerekmektedir.

1.2.2.8. Beslenme sorunları

Anne sütü içeriğindeki besinsel, anti-enfektif, anti-enflamatuar, anti-oksidatif, epigenetik ve bağırsak kolonize edici maddelerin varlığı nedeniyle özellikle anne sütüyle beslenen bebeklerde kısa ve uzun süreli morbidite riskini azaltmaktadır (Meier ve ark., 2013). Bu maddelerin hayat boyu sürebilecek enfeksiyonlar, atopik hastalıklar, nörobilişsel ve nörogelişimsel gecikmeler ve hatta pek çok kronik hastalığı içeren çeşitli inflamatuar ve oksidatif stres sürecinin azaltılması için sinerjistik etki gösterdiği bildirilmektedir (Bartick ve ark., 2010). Orta ve geç prematüre bebekler birçok vücut organ ve sistemleri olgunlaşmadan önce doğmakta ve özellikle anne sütündeki biyoaktif bileşenler tarafından korunmaktadır. Diğer yandan, çeşitli araştırmalar, ticari formüllerdeki bileşenlerin, bağırsak geçirgenliği ve olgunlaşmamış bağırsak epitelyal hücrelerine toksisite dahil olmak üzere çeşitli mekanizmalarla inflamatuar ve oksidatif stres süreçlerini yukarı doğru yönettikleri için zararlı olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, anne sütü beyin ve immün sistem dahil olmak üzere inflamatuar ve oksidatif strese duyarlı olgunlaşmamış organlara sahip

prematüre bebekler için özellikle önemlidir (Meier ve ark., 2013 ve Taylor ve ark., 2009).

Prematüre olarak doğan bebekler ele alındığında; emzirme yönetimi açısından en büyük zorluğun orta ve geç prematüre bebeklerde olduğu gözlenmektedir. Çünkü genellikle 35. Gebelik haftasından önce doğan bebekler YDYBÜ'e yatırılarak izlenmekte ve beslenmeleri düzenlenmeden taburcu edilmemektedir. Ancak özellikle geç preterm bebekler, ağırlık ve görünüm itibariyle term bebekler gibi değerlendirilerek anne yanına verilmekte ve bu andan itibaren anne sütüyle beslenme konusunda ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Literatürdeki pek çok çalışma orta ve geç prematüre bebeklerin hem daha az miktarda anne sütü aldığını hem de anne sütüyle beslenme sürelerinin daha kısa olduğunu belirtmektedir. Özellikle yenidoğan döneminde orta ve geç prematüre bebeklerin yeniden hastaneye yatışına neden olan dehidratasyon, hiperbilirubinemi, hipoglisemi ve sepsis şüphesi durumlarından da çok büyük oranda beslenme zorlukları ve yetersizlikleri sorumludur. Bu nedenle orta ve geç prematüre bebeklerin sağlığı açısından öncelikli olarak tüm bu sorunların kaynağı olan beslenme problemlerine odaklanmak gereklidir (Goyal ve ark., 2014; Hackman, 2016 ve Meier ve ark., 2013).

Orta ve geç prematüre bebeklerdeki beslenme sorunlarının nedeni iyi bir şekilde irdelenir ve anne-bebek ikilisine destek sağlanabilirse bu bebekler de tam olarak anne sütü ile beslenebilir. Özellikle 39. Gebelik haftasından önce doğan bebeklerin nörogelişimsel özellikleri başarılı bir emmeye engel teşkil etmektedir. Bu bebekler herhangi bir solunumsal sıkıntıları ya da hipoglisemileri olmasa bile uyuşuk, hipotonik ve baş kontrolü term bebeklere göre daha zayıf olan bebeklerdir. Bu durum ise memeyi tam ve başarılı şekilde kavramalarına engel olmakta ve ayrıca emme ve yutma koordinasyonları da zayıf olduğundan yeterli emiş basıncını sağlamaları zorlaşmaktadır. ayrıca çeşitli tıbbi tedaviler için hastaneye yatırılmaları, küvöz izlemi, fototerapi tedavisi, destek amaçlı biberon ile beslenmeleri, intravenöz sıvı verilmesi gibi durumlar, anne ile bebeğin ayrılmasına yol açarak anne sütü alma durumunu daha da olumsuz etkilemektedir (Eidelman, 2016). Diğer yandan özellikle orta ve geç prematüre bebeği olan annelerde gecikmiş laktasyon başlangıcının daha sık olduğu ve

göğüs pompası ya da bebeğin etkili bir emme uyarısı olmasına rağmen doğumdan birkaç gün sonra dahi bu annelerin sütünün henüz tam olarak gelmemiş olduğu da gözlenmektedir. Bütün bunların yanında bebeğin emme sorunları ya da anne bebek ikilisinin ayrı kalması da bir kısır döngüye yol açarak etkin bir şekilde anne sütü ile beslenmeyi ciddi anlamda zorlaştırmaktadır (Hurst, 2007 ve Nommsen-Rivers ve ark., 2012). Dosani ve arkadaşlarının (2017) geç peterm bebeklerin anneleriyle yaptıkları bir çalışmada; emzirmenin zorluğu, bebeğin açlık ve tokluk sinyallerinin aile tarafından algılanamaması ve farklı yollarla beslenen bebeklerin ailede yol açtığı stresin bu bebeklerin anne sütüyle beslenmesini zorlaştıran 3 temel faktör olduğu belirlenmiştir. Geç preterm olarak doğan bebeklerin doğumdan sonra ilk kez anne memesiyle buluşturulmasının da term bebeklere göre daha geç olduğu bildirilmektedir (Hackman, 2016). Yapılan bir çalışmada; doğum sonrası ilk 1 saat içinde emzirme oranının term bebeklerde %63,6, geç pretermlerde ise %46 olduğu; geç pretermlerin %31'inin doğumdan sonraki ilk 4 saat içinde anne memesiyle buluşamadığı, buna karşın bu oranın term bebeklerde %11 olduğu belirlenmiştir (Hackman, 2016). Goyal ve arkadaşları (2014); orta ve geç preterm bebeklerin doğumdan sonraki ilk haftada hem anne sütü ile beslenme oranlarının hem de sadece anne sütü alma oranlarının term bebekler ve hatta erken preterm bebeklere göre bile daha düşük olduğunu saptamış; hastanede verilen nitelikli emzirme desteğinin sadece anne sütü alımı üzerinde 2,21 kat bir yükselişe neden olduğunu bildirmiştir.

1.2.2.9. Mortalite

Kramer ve arkadaşları (2000), ABD ve Kanada'da doğan tüm bebeklerin doğum ve ölüm verilerine dayanarak hazırladıkları raporda, geç preterm bebeklerin tüm nedenlerden kaynaklı ölüm oranlarını sırasıyla %2,9 ve %4,5 olarak bildirmiş; bu raporda geç pretermlikle ilişkilendirilen tüm ölüm oranları ise %6,3 ve %8 olarak rapor edilmiştir. Tomashek ve arkadaşları (2007), 1995-2002 yılları arasında ABD'ndeki bebek ölüm oranlarında ciddi bir düşüş olduğunu, buna karşın 2002 yılındaki bebek ölümlerinde geç prematüre bebek ölüm hızlarının term bebeklere göre 3 kat fazla olduğunu belirtmiştir (1000 canlı doğumda 2,4'e karşılık 7,9 ölüm). Bu çalışmada

erken yenidoğan dönemi olan doğum sonrası ilk 7 günde orta ve geç prematüre bebeklerin ölüm oranları term bebeklere göre 6 kat, geç yenidoğan döneminde ise (postnatal 7-27. Gün) 3 kat fazla olarak saptanmıştır. Yirmi iki çalışmayı içeren bir metaanalizde ise; geç preterm bebeklerin ilk 28 günde ölüm riskleri term bebeklerden 5,9 kat fazla bulunmuş ve bu bebeklerin neonatal dönemdeki en sık ölüm nedenleri konjenital malformasyonlar, bakteriyel sepsis ve plasenta/kordon/kord kaynaklı komplikasyonlar olarak bildirilmiştir (Teune ve ark., 2011).

1.2.3. Orta ve Geç Prematüre Bebeklerin Uzun Dönem Sorunları

Orta ve geç prematüre bebekler sadece doğum sırasında ve yenidoğan döneminde değil, çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde bile erken doğum nedeniyle çeşitli sorunlar yaşamaktadır.

1.2.3.1. Beslenme Sorunları

Çocuk sağlığı ve çocuğun hayatta kalması açısından bebek ve küçük çocuk beslenmesi çok önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) doğan tüm bebeklerin doğum sonrası ilk 1 saat içinde anne memesiyle buluşturularak emzirilmesini, ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmesini ve 6 aydan sonra bebeğin yaşına uygun, besin içeriği zengin ve güvenli besinlerle beraber en az 2 yaşına kadar anne sütüyle beslenmesini önermektedir (Butte ve ark., 2002 ve WHO 2003). Özellikle doğum sonrası ilk 1 saat içinde başlanan erken emzirmenin genel neonatal mortaliteyi azalttığına dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Doğumdan sonraki ilk 6 aylık sürede anne sütü içerdiği besin öğeleri, vitaminler ve mineraller sayesinde bebeğin herhangi bir ek sıvı ya da besin ihtiyacı olmaksızın tüm gereksinimlerini tek başına karşılayan eşsiz bir besindir. Ek olarak anne sütü anneden bebeğe taşıdığı antikorlar ve kendi içeriğindeki anti-enfektif maddeler sayesinde bebekleri diyare ve akut solunumsal enfeksiyonlardan da korumaktadır. Bebeğin immün sistemini uyararak, çocukluk çağında yapılan aşılara verilen yanıtı arttırmakta ve bebeğin

kognitif fonksiyonlarını geliştirdiği de bildirilmektedir. İlk 6 ay sadece anne sütüyle beslenen ve 6. ayda uygun ve yeterli ek besinlerle beslenmesi sağlanan bebeklerin daha sağlıklı ve iyi geliştikleri, ayrıca hastalıklara karşı daha dirençli oldukları bilinmektedir. İki yaş altındaki çocukların önerildiği şekilde beslenmesi sağlandığında yılda 5 yaş altındaki 1,4 milyon çocuğun ölümünün engelleneceği tahmin edilmektedir (Black ve ark., 2008). Ancak maalesef tüm dünyada anne sütüyle beslenmenin erken kesilmesi, anne sütü yerine ticari formülaların, suyun ya da meyve sularının verilmesi, yarı katı ve katı ek gıdalara erken başlanması ve bebeklere ek gıda olarak yetersiz besin içerikli yiyeceklerin verilmesi halen çok yaygın olarak görülmektedir (Cai ve ark., 2012).

Özellikle doğum sonrası anne sütüyle beslenmenin tam ve yeterli olmadan anne-bebek ikilisinin taburcu edilmesi bebeğin tüm hayatını etkileyen ciddi beslenme sorunları yaşanmasına neden olur. Bu konuda en şanssız bebekler ise orta ve geç prematüre bebekler olmaktadır. Çünkü bu bebekler term bebekler gibi değerlendirilerek erken dönemde taburcu edilmekte ve sonrasında ciddi beslenme sorunları yaşamaktadır. Zanardo ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2017), geç prematüre bebeklerle 37. Gebelik haftasında doğan bebekler sadece anne sütüyle beslenme açısından karşılaştırılmış ve hastaneden taburculuk sırasında geç pretermlerin %20'sinin, 37. Gebelik haftasında doğan bebeklerin ise %65'inin sadece anne sütüyle beslenmekte olduğu belirlenmiştir. aynı çalışmada; doğum sonrası 1., 3. ve 6. ayda sadece anne sütüyle beslenme oranlarının geç preterm bebeklerde %24, %20 ve %12; 37. haftada doğan bebeklerde ise %66,7, %61,1 ve %28,3 şeklinde olduğu ve bebekler 6 aylık olduğunda geç pretermlerin %76'sının, 37. haftada doğan bebeklerin ise %26,4'ünün artık anne sütü almıyor olduğu saptanmıştır. Bir başka çalışmada; hastaneden taburculuk sırasında geç preterm bebeklerin sadece %20'sinin tamamen anne memesinden emdiği, %9'unun tamamen biberon yoluyla beslendiği ve %71'inin ise hem anne memesi hem de biberon desteği ile eve gönderildiği saptanmış; geç pretermlerin sadece %43'ünün sadece anne sütüyle, %6'sının ise tamamen formüla mamalarla beslendiği bildirilmiştir (Gianni ve ark., 2016). hackman (2016), doğum sonrası 1. ayda emzirme oranlarını, term bebeklerde %76,5, erken termlerde %72,6 ve geç pretermlerde %63,8 olarak bildirmiştir. Çalışma sonuçlarından da anlaşıldığı gibi;

orta ve geç prematüre bebekler doğum sonrası ve taburculuk sonrası dönemlerinde daha az anne sütüyle beslenmektedir. Anne sütünün bebeklerin kognitif fonksiyonları üzerinde olumlu katkıları olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olup nörogelişimsel açıdan risk altında olan bu bebekler için anne sütü çok önemlidir. Anne sütünde bulunan uzun zincirli yağ asitlerinin (LC-PUFA) kognitif ve vizüel gelişim üzerinde önemli etkileri olduğu bilinmekte olup özellikle doksohekzaoneik asit ve araşidonik asidin nörogeneziste önemli rol oynadığı öne sürülmektedir. Çalışmalarda anne sütü alan preterm bebeklerin YDYBÜ'nde yatarken sepsis ve NEK oranlarının daha düşük olduğu ve bu morbiditelerin bebeklerin nörogelişimlerini kötü yönde etkilediği ve dolayısıyla bu durumun bile preterm bebeklerin ileri yaşamlarını etkilediği bildirilmektedir (Abrams ve ark., 2014 ve Sullivan ve ark., 2010). Çok düşük doğum ağırlıklı ya da erken doğan prematüreler üzerinde yapılmış çalışmalarda; anne sütüyle beslenen bebeklerin 6-12. aya geldiklerinde mental ve psikomotor gelişim skorlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Blaymore Bier ve ark., 2002; Feldman ve Eidelman, 2003; O'Connor ve ark., 2003 ve Vohr ve ark., 2006).

Anne sütüyle beslenmenin etkilerinin sadece erken çocukluk dönemine sınırlı kalmadığı, okul çağı, adölesan ve hatta erişkin yaşlarda da olumlu sonuçlarının olduğu bildirilmektedir. Deoni ve arkadaşları (2013), 10 ay-4 yaş arasındaki 133 çocuğun beyaz cevher yapılarını manyetik rezonans görüntüleme (MRI) kullanarak inceledikleri çalışmada; çocukları minimum 3 ay boyunca sadece anne sütüyle beslenenler, tamamen formüla mamayla beslenenler ve hem anne sütü hem de mamayla karışık beslenenler olmak üzere 3 gruba ayırmış; sadece anne sütüyle beslenen çocukların beyaz cevher gelişiminin daha iyi olduğunu ve bu çocukların dil ve vizüel skorlarının da daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Isaacs ve arkadaşları ise (2010) 50 adölesanı MRI yoluyla değerlendirmiş; bebekken sadece anne sütüyle beslenen adölesanlarda daha yüksek sözel zeka skorları olduğunu, özellikle erkek adölesanlarda, bebeklikte SAS ile beslenmenin total beyin volümünü, beyaz cevher volümünü ve zeka puanını (IQ) arttırdığını belirtmiştir. Kafouri ve arkadaşları da (2013), 512 adölesanı içeren çalışmalarında; SAS ile beslenmenin süperior ve inferior parietal loblardaki kortikal kalınlığı arttırdığını ve anne sütüyle beslenme süresinin 12-18 yaştaki yüksek IQ skorlarıyla ilişkili olduğunu saptamıştır.

Bebeğin anne sütüyle beslenmesi anne ve bebek ilişkisi için de birçok faydalar getirir. Bebeğini emziren prematüre bebek annelerinde doğum sonu depresyon ve posttravmatik stres bozukluğu sıklığının daha az olduğu, bebeklerine daha çok dokundukları, daha sağlıklı bir iletişim kurdukları ve anne-bebek bağlanmasının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Lechner ve Vohr, 2017). Anne ile bebeğin sağlıklı iletişimi bebeğin 6. ayda tamamlayıcı beslenmeye geçişinde de olumlu katkılar sağlamakta, bebeğini anne sütüyle besleyen annelerin tamamlayıcı beslenmeye geçiş sürecinde aceleci davranmayarak uygun zamanda ve daha doğru koşullarda ek besin verdikleri bildirilmektedir. Diğer yandan; yenidoğan döneminden itibaren SAS ile beslenemeyen ve anne sütünden erken ayrılan preterm bebekler genellikle formüla mamalarla beslenmekte ve erken dönemde uygun olmayan ek besinlerle tanışmaktadır. Aslında nörolojik ve kas gelişimi açısından term bebeklere göre daha geriden gelen bu bebekler kronolojik yaşa göre ek besinlerle tanıştırıldıklarında kaşıkla beslenmeyi reddetme, katı gıdaları yutamama, alınan besinlerin yeterli düzeyde emiliminin sağlanamaması, besin allerjileri ve beslenmeyi reddetme gibi sorunlarla daha fazla karşılaşmaktadır. Sonuçta sağlıklı bir şekilde tamamlayıcı besinlere geçilemediğinde annede gerginlik olmakta, anne ile bebeğin ilişkisi bozulmakta ve bebeğe sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması zorlaşmaktadır. Bunun sonucunda; orta ve geç prematüre bebeklerde iştahsızlık, büyüme ve gelişme geriliği ve beslenme bozukluğuna bağlı anemi, avitaminoz tabloları daha sık ortaya çıkmaktadır (Agostoni ve ark., 2008; Greer ve ark., 2008 ve Norris ve ark., 2002).

1.2.3.2 Nörolojik İmmatürite ve Nörogelişimsel Sorunlar

Çalışmalarda gebelik haftası 34 hafta olan bebeklerde beyin ağırlığının 40 haftalık term bir yenidoğanın beyin ağırlığının sadece %65'i, serebral volümünün ise %53'ü kadar olduğu bildirilmektedir. Orta ve geç prematüre bebeklerde beynin hala immatür olduğu, 2 yaşa kadar büyümeye devam ettiği ve 2 yaşa gelindiğinde ise erişkin beyin volümünün %80'ine ulaştığı gösterilmiştir. Orta ve geç prematüre bebeklerde serebral korteksin term bebeğe kıyasla hala pürüzsüz olduğu, serebral korteks üzerindeki sulkus ve girusların tam olarak şekillenmemiş olduğu ve bu

bebeklerde miyelinizasyon ve nöronlar arası bağlantının henüz tamamlanmamış olduğu öne sürülmektedir. Bu bebeklerde nöronal ve glial maturasyonun bu kritik fazı sırasında, çeşitli olumsuz etmenlerin özellikle talamik bölgede ve periventriküler beyaz cevherde beyaz ve gri madde hasarlanmasına neden olduğuna dair kanıtlar mevcut olup tüm bu bulgular orta ve geç prematüre doğan bebeklerin nöronal beyin hasarına ve uzun süreli gelişimsel sorunlara karşı potansiyel savunmasızlığına dikkat çekmektedir (Billiards ve ark., 2006 ve Kinney, 2006).

Erken prematüre bebeklerin psikomotor, davranışsal, bilişsel ve diğer gelişimsel engeller için daha yüksek risk altında olduğu iyi bilinmekte olup, orta ve geç prematüre bebeklerin uzun dönem sonuçlarında yeni yeni saptanan bulgular da dikkat çekicidir. Bu bebeklerin uzun dönemde özellikle dil gecikmesi, dikkat eksikliği, düşük zeka, davranış problemleri ve akademik başarıda düşüklük şeklinde sorunlar yaşadığı bildirilmektedir. Literatürde orta ve geç prematüre bebeklerin uzun dönem takipleriyle ilgili yapılan çalışmalar sınırlı sayıda olup bu bebeklerin uzun dönem sorunları farkedilmeye başladıkça yapılan çalışma sayıları da artmaktadır. Norveç'te yapılan ve 1967-1983 yılları arasında herhangi bir doğumsal anomalisi olmadan doğan ve 32 945'i geç pretermlerden oluşan 903 402 bebeğin 2003 yılına kadar takip edildiği bir çalışmada; geç preterm bebeklerde zamanında doğan bebeklere kıyasla serebral palsinin 2,7 kat, mental retardasyonun 1,6 kat ve şizofreninin 1,3 kat daha yüksek oranda görüldüğü, geç preterm olarak doğan çocuklarda gelişimsel bozuklukların, davranışsal ve duygusal sorunların, körlük, görme kayıpları, işitme kaybı ve epilepsi gibi engellerin çalışma kapasitesini etkileyen tıbbi sakatlık insidansının da zamanında doğan çocuklardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Moster ve ark., 2008).

Woythaler ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada geç preterm bebeklerin 2 yaşında iken zamanında doğan bebeklere göre 1,51 kat daha düşük mental indeks ve 1,56 kat daha az psikomotor indeks skorlarına sahip olduğu gösterilmiştir. Başka bir çalışmada ise; orta ve geç prematüre bebeklerin term yaşıtlarına kıyasla dil gelişimlerinin çocukluk çağı boyunca geriden geldiği ve bu geriliğin ancak 8 yaşına geldiklerinde ortadan kalktığı bildirilmektedir (Putnick ve ark., 2017). Barros ve arkadaşlarının (2011) yaptığı ve YDYBÜ'e alınan düşük riskli bebeklerin ilk 24-72

saatleri arasında nörodavranışsal özelliklerinin bir skala ile değerlendirildiği çalışmada; geç preterm bebeklerin dikkat, uyarılma, regülasyon, hareket kalitesi, nonoptimal refleksler ve hipotonisite açısından term yenidoğanlara kıyasla daha düşük puanlar almış olduğu ve bu bebeklerin hepsinin normal kabul edilip evine taburcu edilen bebekler olduğu bildirilmiştir. Romeo ve arkadaşlarının (2010) yaptığı ve herhangi bir beyin hasarı olmayan geç preterm bebeklerin 12. ve 18. Kronolojik yaşta term yaşıtlarıyla karşılaştırıldıkları bir çalışmada; bütün geç premetürelerin daha düşük skorlar almış olduğu ve DY kullanıldığında term doğan yaşıtları ile aralarında herhangi bir farkın saptanmadığı bildirilmiş ve geç preterm bebeklerde nörogelişim düzeyinin değerlendirilmesinde erken pretermlerde olduğu gibi DY kullanılması önerilmiştir.

Yetmiş iki saatten daha kısa süre hastanede izlenen 34-36. Gebelik haftasında doğan bebeklerin ve 152 661 term bebeğin verilerinin 5 yaşına kadar olan dönemde toplandığı geniş çaplı retrospektif bir çalışmada; geç preterm bebeklerde doğumdan 3 yaşa kadar olan dönemde gelişimsel gerilik sıklığının %36 daha fazla olduğu, çeşitli yetersizlik oranlarının kreş döneminde %15 ve anaokulu döneminde %12 olduğu saptanmış, %13'ünün anaokulu döneminde özel eğitim ihtiyacı gösterdiği belirlenmiş ve tüm orta ve geç prematüre bebeklerin hastaneden taburcu olduktan sonra özel bir destek programı altında izlenmesi gerekliliği vurgulanmıştır (Morse ve ark., 2009).

Orta ve geç prematüre bebeklerin erken okul döneminde de özellikle dil ve matematik becerilerinin term doğan yaşıtlarına göre daha geri olduğu ve bu çocukların özel eğitim desteği alma ihtimallerinin %56 oranında arttığı da çalışmalarda bildirilmektedir (Chyi ve ark., 2008 ve Odd ve ark., 2012). Bir çalışmada; orta prematüre olarak doğan çocukların ilkokul 3. Sınıfta özel eğitim desteği alma oranları %50 iken, geç prematüre çocuklarda bu oran %34 olarak bildirilmiştir (Lipkind ve ark., 2012). huddy ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir çalışmada; orta ve geç prematüre olarak doğan çocukların 7 yaşında iken yaklaşık üçte birinde yazma, ince motor becerileri ve matematik alanında akademik sorunların saptandığı ve %20'sinde ebeveynleri ya da öğretmenleri tarafından rapor edilen başta hiperaktivite ve dikkat

eksikliği olmak üzere sınırda ya da anormal davranış sorunlarının olduğu gösterilmiştir.

Orta ve geç prematürelerle ilgili yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda, bu bebeklerin adölesan ve erişkin yaşlara geldiklerinde de sorunların devam ettiği belirtilmektedir. Orta ve geç prematüre bebeklerin erişkin yaşlarda kognitif test skorlarının daha düşük olduğu, adölesan ve erken erişkinlik döneminde psikiyatrik sorunlar nedeniyle hastaneye yatış sıklığının ve alkol ya da uyuşturucu madde kullanım sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Lindstrom ve ark., 2009). Bebeklerin gestasyonel yaşı ile serebral palsi, mental retardasyon, otizm spektrum bozukluğu ve diğer psikososyal hastalıkları içeren tıbbi sorunlar, diğer ciddi engellilikler ve çalışma durumunu etkileyen tıbbi engeller arasında önemli bir ters ilişki saptanmıştır. Çeşitli çalışmalarda orta ve geç prematüre olarak doğan kişilerin üniversite ya da kolej mezunu olma oranlarının, yüksek gelirli iş sahibi olma durumlarının ve başarılı ebeveyn olma ihtimallerinin azaldığı belirtilerek bu kişilerin uzun dönem etkiler açısından yüksek risk altında olduğu bildirilmektedir (Moster ve ark., 2008 ve Vohr, 2013).

1.2.3.3. Somatik Büyüme Sorunları

Preterm bebekler yenidoğan dönemi sonrası poliklinik takiplerinde boy, ağırlık ve baş çevresini içeren antropometrik ölçümler yapılarak ve büyüme eğrilerinde değerlendirilerek izlenmektedir. Büyümeyi yakalama (catch-up growth) boy, ağırlık ve baş çevresinin yaşına göre referans toplumun en az -2 standart deviasyon (SD) değerine ulaşması olarak tanımlanmıştır. Catch-up'ın gerçekleşmesinde pretermliğin derecesi, SGA olarak doğma, postnatal beslenme ve çevresel faktörlerin etkili olduğu saptanmıştır (Lee ve ark., 2003).

Orta derecede preterm doğan 1 123 bebekle yapılan bir çalışmada, DY 4 yaş olduğunda yapılan ölçümlerde; ağırlıkta erkeklerin %5,6'sının ve kızların %3,8'inin,

boyda ise erkeklerin %3,4'ünün ve kızların %5,8'inin catch-up yapamadığı gözlenmiş olup büyüme geriliğinin SGA olarak doğma, anne boyunun kısa olması ve ailenin eğitim seviyesinin düşük olması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Bocca Tjeertes ve ark., 2011). Geç preterm bebeklerin takip edildiği bir çalışmada; DY 2 yaş olduğunda ağırlık açısından geriliğin geç pretermlerde %3, term bebeklerde ise %0,8 oranında olduğu, boy kısalığının ise geç pretermlerde %7,2, term doğanlarda ise %2,9 olarak bildirildiği saptanmış, 24. ayda geç pretermlerin term doğanlara göre zayıf olma sıklığının 3,4 kat, boy kısalığı sıklığının da 2,3 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Santos ve ark., 2009).

Orta ve geç prematüre bebeklerin çocukluk dönemlerinde term doğan yaşıtlarına göre somatik büyümelerinin geri kalması, yenidoğan döneminde yaşanan beslenme zorlukları, yeterli ve uzun süreli anne sütü alamama, ek besine geçiş sırasında daha fazla sorun yaşanması, bu bebeklerin gastrointestinal maturasyonlarının daha geç tamamlanması, hem yenidoğan döneminde hem de sonraki çocukluk yaşlarında daha sık geçirilen solunumsal enfeksiyonların varlığı ve hastaneye yatış sıklığında artma gibi faktörlerle ilişkilendirilmiştir (Shapiro-Mendoza ve ark., 2006 ve Tomashek ve ark., 2006).

Fetal ve erken çocukluk dönemindeki büyüme dinamiklerinin kişinin tüm hayatını etkilediği bilinmekte olup, fetal ve bebeklik dönemindeki boyut ile çocukluk ve adölesan döneminde ortaya çıkan kronik hastalıklar arasında ters bir ilişki olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Doğumda ve erken bebeklik döneminde var olan büyüme parametreleri ileri yaşlarda ortaya çıkan obezite ve çeşitli kronik hastalıkları etkilemektedir. Brezilya, Guatemala, Hindistan, Filipinler ve Güney Afrika'yı içeren büyük bir kohort çalışmasında, düşük doğum ağırlığı ve hayatın ilk 2 yılındaki bodurluk varlığının erişkin yaşlardaki yüksek glukoz düzeyleri, yüksek kan basıncı, olumsuz lipid profili ve artmış vücut kitle indeksi için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Victora ve ark., 2008).

1.2.3.4. Morbidite ve Mortalite

Prematüre bebeklerdeki morbidite bebeğin gestasyonel yaşı arttıkça azalmakta olup, doğumu 34, 35 ve 36. Gebelik haftalarında olan bebeklerde saptanan morbidite oranları sırasıyla %52, %26 ve %12 olarak bildirilmiştir (Shapiro-Mendoza ve ark., 2008). 34. Gebelik haftasında doğan bir bebekteki morbidite riski, 40. Gebelik haftasında doğan bir bebeğin yaklaşık 20 katı olarak saptanmış olup prematüre bebeklerdeki hemen hemen tüm sistemleri etkileyen immatürite bu durumun sebebi olarak kabul edilmektedir (Shapiro-Mendoza ve ark., 2008).

Orta ve geç prematüre bebekler sadece yenidoğan döneminde değil yaşamın ilk 2 yılında da daha fazla hastaneye yatış gerektiren hastalıklar geçirmektedir. Santos ve arkadaşları (2009) geç preterm doğan bebeklerin term yaşıtlarına göre ilk 12 ve 24 ayda daha fazla pnömoni geçirdiklerini ve hastaneye yatma oranlarının da daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Orta ve geç prematüre bebeklerde neonatal dönemde artmış olan mortalite oranları bebek büyüse de term yaşıtlarına göre daha fazladır. Bu bebeklerde yaşamın 1-365 günü içerisindeki ölüm riski gebelik haftasıyla ters orantılı şekilde term bebeklerden 2-10 kat daha fazladır (Ramanchandrappa ve Jain, 2015). İsveç'te 1973-1979 yılları arasında doğan 675 000 bebeği içeren bir çalışmada geç preterm doğan bebeklerin, term doğan yaşıtlarına kıyasla mortalite oranlarının 18 yaşında 1,5 kat ve 36 yaşında 1,3 kat daha fazla olduğu saptanmış ve orta ve geç prematüre olarak doğmanın sadece yenidoğan döneminde değil, yaşam boyu devam eden etkileri olduğu öne sürülmüştür (Crump ve ark., 2011).

1.3. Orta ve Geç Prematüre Bebeği Olan Ebeveynlerin Yaşadığı Sorunlar

Bir bebeğin doğumu pek çok aile için heyecan verici bir olay olup; küçük ve bakımı tamamen diğer insanlara muhtaç bir varlığın getirdiği sorumluluk anne ve

babanın mutluluk yanında ciddi endişeler yaşamasına da neden olmaktadır. Sağlıklı bebeklerde bile günlük rutinlerde ve bedensel işlevlerde ufak değişiklikler birçok aileyi endişelendirirken, bebek prematüre doğduğunda bu endişelerin daha da arttığı bilinmektedir (Olde ve ark., 2006).

Ebeveynlerin beklemedikleri ve henüz hazır olmadıkları bir dönemde bebeğin doğması, doğum sürecinde beklentilerin dışında yaşanan sıkıntılar, hızla gelişen olayların getirdiği şok ve bebeğin doğum sonrası YDYBÜ'e alınışı ailelerde ciddi bir travma oluşturmaktadır. Ebeveynler YDYBÜ'nde yattığı süre içinde ve sonrasında bebeklerinin hayatı ve geleceğine dair endişe duymakta ve yüksek riskli prematüre bebeklerin anne-babalarında korku, endişe, keder ve suçluluk duygusu yaşanmaktadır. Tüm bu hissedilenler prematüre bebeği olan ebeveynlerin doğum sonrasında hüzün ve hatta depresyon yaşamasına ve kaygı düzeylerinin artmasına neden olmakta, anne ve babadaki depresyon ya da stres durumu bebekle olan ilişkilerine de yansımaktadır. Bebekle sağlıklı iletişime geçemeyen ebeveynlerin nörokognitif gelişim açısından riskli olan prematüre bebeklerle gerektiği kadar ilgilenemeyebildikleri ya da bebeğin ihtiyaçlarına yönelik ipuçlarını algılayamadıkları da gözlenmektedir. Erken doğum nedeniyle risk oluşturan prematüre bebeklerde gözlenen motor bozukluk, duyusal bozukluk, öğrenme sorunları, nörobilişsel bozukluk ve davranış sorunlarının bir nedeni de anne babanın yaşadığı ağır stres bozukluğu olarak gözlenmektedir (Eutrope ve ark., 2014; Karatzias ve ark., 2007 ve Lasiuk ve ark., 2013).

1.3.1. Doğum Sonrası (Postpartum) Depresyon

Doğum yapmış kadınlarda gözlenen sürekli düşük bir ruh hali, üzgün hissetme, ümitsizlik ve değersizlik duygularının varlığı postpartum depresyon olarak adlandırılır (O'Hara ve McCabe, 2013). Pek çok kadın doğumdan sonra psikolojik olarak hassas bir döneme girmekte ve bunun sonucu olarak postpartum depresyon doğumdan sonra gözlenen en sık komplikasyon olarak bildirilmektedir (Beck, 2008 ve Hagan ve ark., 2004). Ciddi bir ruhsal rahatsızlık olarak kabul edilen bu tablonun doğum yapan kadınlar arasında sıklığı %13-19 olarak bildirilmektedir (Gavin ve ark., 2005 ve O'Hara ve McCabe, 2013). Postpartum depresyon en sık doğum sonrası ilk 3 ayda

görülmekle birlikte, görülme zamanı doğumdan sonra 1 yıla kadar da uzayabilmektedir (Beck, 2006 ve Gavin ve ark., 2005). Postpartum depresyonun hem anne hem de bebek için ciddi bir durum olduğu, annelerde ciddi mental rahatsızlıklara yol açabildiği, annenin intiharı ya da bebeğin ölümüyle de sonuçlanabildiği bildirilmiştir (Clare ve Yeh, 2012; Comtois ve ark., 2008; Gavin ve ark., 2005 ve Liu ve ark., 2017). Çeşitli çalışmalarda postpartum depresyon için belirlenen risk faktörleri; küçük anne yaşı, düşük eğitim seviyesi, gebelik boyunca sigara tüketimi, geçmişte depresyon varlığı, partnerle olan ilişki sorunları, evliliğin olmaması, düşük sosyoekonomik düzey, olumsuz yaşam tecrübeleri, sosyal desteğin yetersiz oluşu, antenatal depresyon ve yüksek kaygı düzeyi olarak bildirilmiştir (Norhayati ve ark., 2015). Ülkemizde Şimşek Orhon ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada; gebeliğinde depresyon ve hastalık öyküsü olan, çalışmayan, doğumunda sorun olan ve sorunlu bir bebeğe sahip annelerin doğum sonrası depresyon gelişimi açısından riskli olduğu saptanmış olup bu durumun bebeğin anne sütü ile beslenmesi, ek besinlere geçmesi ve uykusu üzerine olumsuz etkilerinin olduğu, annelerin kaygıları ve bozuk emosyonel durumu nedeniyle bebeklerine olumsuz özellikler yükledikleri ve bebeklerini olumsuz algıladıkları gözlenmiştir.

Doğumun beklenmeyen bir zamanda ve anne ile bebeğin ayrılmaya henüz hazırlanmadan gerçekleşmesi ve sonrasında YDYBÜ'e alınan bebekle ilgili duyulan kaygılar ve korkular nedeniyle prematüre doğumun annelerdeki postpartum depresyon riskini arttırdığı ve hatta bu annelerde doğum sonrası depresyonun daha uzun süre devam ettiği bildirilmektedir. ayrıca bebeğin YDYBÜ'nde yatışı ile anneden ayrılışına bağlı olarak annenin bebekle ilgili özbakım becerilerini geliştiremeyişinin de depresyona katkı sağladığı düşünülmektedir (Carter ve ark., 2007; Gray ve ark., 2012; Miles ve ark., 2007 ve Secco ve ark., 2006).

Doğumdan sonra yaşanan psikolojik stres ve depresyon zamanla azalmaya meyilli olsa da bazı annelerde depresif semptomlar devam etmektedir. Prematüre doğan ve zamanında doğan bebek annelerinin doğumdan 6 hafta sonra postpartum depresyon ve psikolojik stres açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada; stres ve depresyon sıklığı prematüre bebek annelerinde sırayla %29 ve %11, zamanında doğan

bebeklerin annelerinde ise %2 ve %0 olarak saptanmıştır (Kukreja ve ark., 2012). 2392 prematüre bebek annesiyle yapılan 26 çalışmanın değerlendirildiği bir metaanalizde; doğum sonrası erken dönemde annelerin %40'ında postpartum depresyon belirtileri saptandığı rapor edilmiştir (Vigod ve ark., 2010). Diğer bir çalışmada da; prematüre bebek annelerinde postpartum depresyon riskinin zamanında doğum yapmış annelere göre 1,6 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Drewett ve ark., 2004).

Çeşitli çalışmalarda bebeğin doğum haftası ve doğum ağırlığı azaldıkça annelerdeki depresyon durumunun arttığı bildirilmekle birlikte bebeğin pretermlik derecesi ile annedeki depresyon arasında ilişki olmadığını savunan çalışmalar da mevcuttur (Vigod ve ark., 2010). hawes ve arkadaşlarının (2016) yaptığı ve 734 prematüre bebek annesinin doğumdan 1 ay sonra depresyon açısından değerlendirildiği bir çalışmada; annelerdeki depresyon oranları erken, orta ve geç preterm annelerinde sırasıyla %20, %22 ve %18 olarak saptanmış ve aralarında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Gray ve arkadaşlarının (2012) yaptığı ve 30. Gebelik haftasından önce doğan prematüre bebek anneleri ile term bebeğin annelerinin postnatal 4. ayda depresyon açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada ise; iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadığı bildirilmiştir.

Doğum sonrası depresyonu sadece annelere özgü bir durum gibi algılansa da son yıllarda özellikle prematüre bebeğe sahip olan babaların da depresif semptomlar gösterdiği bildirilmektedir. Cheng ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir çalışmada; orta/geç ya da erken prematüre bebeği olan babaların doğum sonrası 9. ayda depresyon skorlarının term bebeği olan babalara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise; prematüre bebek sahibi olan babalarda doğum sonrası depresyon, bebeği zamanında doğan babalara kıyasla 4-18 kat daha fazla olarak bildirilmiştir (Helle ve ark., 2015).

1.3.2. Ebeveynlerin Yaşadığı Kaygı ve Stres

Kaygı genellikle gelecekle ilgili insanı üzen ve sıkan bir bekleme hali olarak tanımlanmaktadır. Kaygı; güvensizlik duygusu ile karışık bir heyecan durumu olup, alışılmamış bir durum, nesne ya da kişi ile karşılaşma, korku veren durum veya nesnelerle karşılaşma, takıntılı düşünceler, iç ve dış çatışmalar olarak ifade edilmektedir. Kaygılandığı sırada kişi kendisini bir alarm durumunda ve sanki bir şey olacakmış gibi hissederek, tedirginlik duymaktadır. Yüksek düzeyde kaygıya sahip olan kişiler fizyolojik ve psikolojik belirtiler geliştirebilmektedir. Kaygı, sürekliliği ve şiddeti arttığı zaman kişinin yaşamını etkileyen ciddi bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır (Swartz, 2014).

Belirli dönemlerde herkesin geçirebileceği bir durum olan kaygı, 'durumluk kaygı' ve 'sürekli kaygı' olarak iki şekilde incelenmektedir. Durumluk kaygı, tehlikeli olarak adlandırılan durumlar öncesinde veya olaylar sırasında ortaya çıkan çoğunlukla akılcı sebeplere bağlı, başkalarınca da nedeni anlaşılabilen ve genellikle her bireyin yaşadığı geçici duruma bağlı bir kaygı biçimidir. Sürekli kaygı ise, belirli bir olay ve duruma bağlı olmayan genel ve devamlı olarak gözlenen kaygı halidir. Bulunduğu durumdan memnun olmama, genel bir hoşnutsuzluk hali içinde olma, huzursuzluk, her an başına kötü bir olay gelecekmiş gibi durma, kolaylıkla incinme ve karamsarlığa bürünme sürekli kaygı düzeyi yüksek bireylerin özelliklerindendir. Bireyin içinde bulunduğu durumla doğrudan bağdaşmayan, çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan ve başkaları tarafından nedeni açıkça anlaşılamayan kaygıların sürekli kaygılar olduğu belirtilmektedir (Öner ve LeCompte, 1985).

Çeşitli çalışmalarda prematüre bebeğe sahip olan ebeveynlerde doğum ve bebeğin beklenmeyen şekilde dünyaya gelmesi bir travma olarak kabul edilerek sonrasında ebeveynlerin yaşadığı sıkıntılar posttravmatik stres sendromu olarak da tanımlanmıştır (Holditch-Davis ve ark., 2003 ve Jotzo ve Poets, 2005). hatta prematüre bebeği olan ebeveynlerin yaşadığı ruhsal sıkıntılar hem kaygı hem de depresif semptomları kapsayan 'parental distress' terimi altında ifade edilmiştir (Carson ve ark., 2015). Mehler ve arkadaşlarının orta ve geç prematüre bebeği olan 60 anne ve 56

babayı içeren çalışmasında; doğumdan sonra bu ebeveynlerin depresyon skorlarının term bebeği olan anne-babalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. aynı çalışmada; orta ve geç prematüre bebeği olan babaların posttravmatik stres puanları da term bebek babalarından daha yüksek saptanmış ve prematüre bebeği olan anne ve babalardaki yüksek depresyon ve stres skorlarının bebeğin hastalığı ya da motor becerilerinden bağımsız olduğu da belirtilmiştir (Mehler ve ark., 2014).

Carson ve arkadaşlarının (2015) İngiltere'de 2000-2002 yılları arasında bebeği olan 18 495 anne ve 13 167 baba ile bebekleri 9 aylık olduğunda görüşerek anne babaların parental distres düzeylerini değerlendirdiği çalışmasında; bebekler, doğum haftasına göre erken/orta/geç preterm, erken term, term ve postterm olarak sınıflandırılmıştır. Çalışmada doğum sonrası 9. ayda erken preterm bebeği olan annelerin stres düzeyinin term bebeği olan annelerden 2,1 kat daha fazla olduğu saptanmış olup orta ve geç prematüre bebeği olan annelerin ise stres düzeyleri term bebek annelerinden farklı bulunmamıştır. aynı çalışmada; erken ve orta prematüre bebeği olan babaların, bebekleri 9 aylık olduğunda term bebek babalarına göre stres skorlarının daha yüksek olduğu ve parental distres durumlarının da 1,98 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Pierrehumbert ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışmada ise; prematüre bebeği olan annelerin bebekleri 18 aylık olduğunda bile posttravmatik stres semptomlarını term bebek annelerine kıyasla daha fazla gösterdikleri bulunmuştur. Bir başka çalışmada ise; prematüre bebeği olan annelerin doğumdan sonra 6-14 aylık dönemde hala önemli derecede stres yaşadıkları ve stres düzeylerinin doğum sonrası azalmadığı ve yüksek düzeyde devam ettiği bildirilmiştir (Kersting ve ark., 2009).

1.3.3. Ebeveyn Bebek Bağlanmasında Yaşanan Sorunlar

Bowlby'e göre bağlanma iki kişi arasındaki güçlü bağ olarak tanımlanmaktadır. Bağlanma, kişilerin çevresindeki bireylerle yakın ve güçlü ilişkiler

kurma eğilimi olup, hayatın devamı için beslenme ve üreme kadar önemli bir davranıştır (Bowlby, 1973). Bir bebek doğduğunda hayatta kalabilmek için diğer canlı yavrularına göre ebeveynlerinin yardımına daha çok ihtiyaç duymaktadır. Bu durum anne ve bebek arasındaki birlikte olma ve bağlanma gereksinimini ortaya çıkarmaktadır (Soysal ve ark., 2005). Bebekler; özellikle sorunlu durumlarda kendisini koruyacak, teselli edecek ve destekleyebilecek bir yetişkinle uzun süreli bir sevgi bağı oluşturmaya meyilli olarak dünyaya gelmektedir (Bowlby, 1973).

Bebeğin bakımı için gönderdiği sinyaller ve annenin bu sinyalleri doğru algılayıp bebeğin ihtiyaçlarını karşılaması ile anne ve bebek arasındaki güvenli bağlanmanın temelleri atılmaktadır (Bowlby, 1973). Winnicot'a göre annenin yavrusuna karşı geliştirdiği empati bebeğin ihtiyaçlarını anlamasına ve karşılamasına yardımcı olmaktadır (Winnicott, 1987). Bağlanma, annenin anneliğe uyumu ve alışması açısından da önemli olup bağlanmanın getirdiği olumlu duyguların annenin anneliğe alışmasını kolaylaştırdığı, bebekle etkileşimini arttırdığı ve bebeğinin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına daha duyarlı olmasını sağladığı bildirilmiştir (Duyan ve ark, 2013 ve Korja ve ark., 2008). Ebeveyn ile bebek arasındaki bağlanma, ebeveynlik rolünü özümsemede, bebeğin yaşama tutunmasını kolaylaştırmada ve dış çevre ile uyum sağlamada çok önemli bir faktör olarak görülmektedir (Korja ve ark., 2012).

Çocuğun, duygusal, bilişsel ve hatta fiziksel gelişiminde anne-çocuk arasındaki bağlanmanın etkisinin görüldüğü bildirilmiştir (M¨antymaa, 2006). Anne bebek arasında kurulan ilk bağların, bebeğin tüm hayatında yaşadığı ilişkileri etkilediği bilinmekte olup bebeğin, daha sonraki yaşlarında çevresindeki insanlarla sağlıklı ve güvenli bir bağlanma ilişkisi kurabilmesi için anne ile karşılıklı duygusal etkileşim yaşaması gerekmektedir (Bowlby, 1973).

Bağlanma örüntüleri, bebeğin sıkıntılı olduğu zamanlarda bebeğe bakan kişinin duygusal olarak hassas ve ulaşılabilir olmasına göre oluşmaktadır. Çocuklar, ebeveynleri uygun olmadığında, tepki vermediğinde ya da tutarsız davrandığı durumlarda daha az ideal bir ilişki tutumu geliştirmeye meyillidir. Ainsworth ve arkadaşları (1974), çocuğun etrafında sinyallerini doğru algılayan ve onlara hızlı,

uygun ve tutarlı bir şekilde karşılık veren bir bakım veren olduğunda, çocuğun güvenli bir bağlanma ilişkisine sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu raporlamıştır.

Prematüre bebekler ve ebeveynlerinin de bağlanma örüntüleri ile ilgili durumun etkilerinin sadece yenidoğan döneminde değil, doğumdan sonraki yıllar boyunca devam ettiği bilinmektedir. hamileliğin son aylarında annenin zihnindeki ideal bebek ile gerçek bebek yer değiştirerek, anne ile bebek ayrılmaya başlamakta, prematüre bebek annelerinde bu süreç, anne henüz bebeğinden ayrılmaya hazır değilken, ani ve beklenmeyen şekilde gerçekleşen doğumla bölünmekte ve böylece anne algısındaki ideal bebek ile pek çok riskle dünyaya gelen prematüre bebek arasında önemli farklar görülmektedir (Borghini ve ark., 2006 ve Korja ve ark., 2009). Bebeğin YDYBÜ'e yatırılması, annenin bebeğini sık sık görüp dokunma şansı bulamaması da anne bebek arasında fiziksel bir uzaklık yaratmakta olup bebekle ilgili erken ve uzun dönemde yaşanabilecek sağlık sorunlarının varlığı da ebeveynlerin duygusal olarak kaygı, korku ve çaresizlik hissetmesine yol açabilmektedir. Tüm bu faktörlerin prematüre bebeği olan anne-babaların bebekleriyle doğru bir bağlanma ilişkisi geliştirmesinde olumsuz etkileri olduğu çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir. (Baum ve ark., 2012; Goutaudier ve ark., 2011 ve Horwitz ve ark., 2015).

Prematüre bebeklerin gelişimlerini tamamlamadan dünyaya gelmeleri nedeniyle gösterdikleri bazı özelliklerin, ebeveynleriyle sağlıklı bir bağlanma ilişkisi kurmalarına engel oluşturabileceği de bazı çalışmalarda belirtilmektedir. Tooten ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada; term bebeklere göre prematüre bebeklerin annelerinin sesine daha az tepki verdikleri, daha hipotonik, daha az katılımcı, daha pasif ve tepkisiz oldukları, bu nedenle ebeveynler tarafından bebeklerin verdiği ipuçlarının daha az anlaşıldığı ve daha gergin ve zor sakinleştirilebilen bebekler olduğu bildirilmiştir. Schmücker ve arkadaşları da (2005), prematüre bebek annelerinin, term bebek annelerine kıyasla bebeklerine daha fazla bakıp konuştuğunu, buna karşın term bebeği olan annelerin bebeklerine daha fazla dokunup gülümsediğini bildirmiştir. Bebeği YDYBÜ'nde yatan annelerin davranışlarını inceleyen başka bir çalışmada ise; ciddi sağlık problemi olan bebeklerin annelerinin bebekleri ile

konuşmak yerine sadece bebeğin sağlığına ve bakımına odaklandıkları bildirilmiştir (Coppola ve Cassibba, 2010).

Anne bebek bağlanmasında bebeğin doğumundan sonraki ilk saatlerin çok önemli olduğu düşünülmektedir. Doğum sonrası bebeğiyle ten tene temas edebilen, bebeğinin bakımıyla ilgilenen, bebeğini emziren ve hatta ilk gün içerisinde bebeğini gören annelerin bebekleriyle daha sağlıklı bir bağlanma geliştirdikleri çeşitli çalışmalarda bildirilmektedir. Prematüre bebeklerin doğum sonrası daha fazla tıbbi müdahale gerektirmesi ve YDYBÜ'e yatırılması nedeniyle anne-bebek bağlanmasının olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Dodwell ve Newburn, 2010 ve Mehler ve ark., 2011).

Ebeveyn bebek bağlanmasıyla ilgili yapılan birçok çalışmada, prematüre doğumun bağlanma ilişkisi üzerinde olumsuz etkileri olabildiği belirtilirken, son yıllardaki aile merkezli bebek bakımı uygulamalarının bu sorunu gidermede faydası olduğuna dikkat çeken çalışmalar da yayınlanmıştır. Borghini ve arkadaşlarının (2006) yaptığı ve 50 prematüre ve 30 term bebek ailesininin dahil edildiği bir çalışmada doğumdan 6 ay sonra prematüre bebeklerle annelerinin %20'sinde, term bebeklerle annelerinin ise %53'ünde güvenli bağlanmanın gerçekleştiği, bebekler 18 aylık olduğunda bu oranın sırasıyla %30 ve %57 olduğu bildirilmiştir. Çalışmada ayrıca düşük riskli prematüre bebeğe sahip annelerin, yüksek riskli prematüre bebeği olan annelerden daha zor bağlandıklarına dikkat çekilmektedir. Bu çalışma bu konuda yapılan ilk çalışma olup prematüre bebek ve annelerinin doğum sonrası bağlanma açısından risk altında olduğuna dikkat çeken bir çalışmadır. Diğer yandan; bir yaşına gelmiş prematüre bebek ve term bebek aileleri arasında bağlanma dereceleri açısından anlamlı bir fark saptanmayan ve prematüre bebek annelerinin de zamanında doğum yapan anneler kadar güvenli bağlanma kurma şansının olduğuna dikkat çeken bir çalışmada, annelerde yaşanan doğum sonrası depresyonu ile sağlıklı olmayan bağlanma modeli arasında bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir (Korja ve ark., 2009).

Prematüre bebek anne ilişkisini ve bağlanmasını inceleyen bir metaanalizde; prematüre bebek annelerinin güvensiz bağlanma yaşamadığı, hatta zamanında doğum

yapan annelere kıyasla eşit ve bazen daha yüksek kalitede anne-bebek bağlanması yaşadıkları belirtilmiştir. Ancak bu çalışmada prematüre bebek ve annelerinin bağlanma açısından yüksek risk taşıdığı, bu nedenle annenin doğum sonrası kaygı ve stresinin azaltılmasının önemli olduğuna dikkat çekilerek, anne-bebek ilişkisini güçlendirmek için hastanede kalış süreci de dahil olmak üzere mümkün olduğu kadar bir arada olmaları gerektiği vurgulanmıştır (Korja ve ark., 2012). Prematüre bebek annelerinin depresyon ve kaygı düzeyleri ile annelerin maternal bağlanma düzeyleri arasında ters yönlü bir ilişki olduğu, prematüre bebeği olan annelerin psikolojik olarak desteklenerek bebekleriyle daha fazla vakit geçirmesi ve ilgilenmesinin sağlanmasının da önemli olduğu bildirilmiştir (Öztürk ve Saruhan, 2013).

Prematüre doğan bebeklerde ebeveyn-bebek bağlanmasında öngörülen yüksek risk çocuğun tüm yaşamı boyunca etkili olabilmektedir. Erken prematüre olarak doğmuş 39 adölesanın, zamanında doğmuş aynı yaştaki 39 adölesanla karşılaştırıldığı bir çalışmada; gebelik haftası, doğum ağırlığı, hastanede yatış günü, ventilasyonda kaldığı gün sayısı gibi yenidoğan dönemindeki diğer değişkenler etkili olmaksızın ve zeka, sosyo-ekonomik değişkenler sabit tutulduğunda dahi aşırı prematüre doğan ergenlerde düşük oranda güvenli bağlanma örüntüleri ve yüksek oranda güvensiz bağlanma örüntüleri ortaya çıktığı bildirilmiştir (Hallin ve ark., 2012).

Son yıllarda doğum sürecinde ve doğum sonrasında sadece annelerin değil babaların da bebekle iletişimde etkin rol oynadıkları fark edilmektedir. Prematüre bebek sahibi olan ailelerde ebeveyn bebek bağlanması açısından annelerle babaların farklı deneyimler yaşadığı gösterilmiştir. Erken doğumdan hemen sonra bağlanma sürecinde ebeveynlerin kişisel deneyimlerini karşılaştırmak için yapılan bir çalışmada, annelerin çocuklarıyla geçici süre kaybettikleri ilişkiyi yeniden kazanmaya ihtiyaç duydukları, babaların ise yeni bir ilişkiye başlamaya hazır oldukları gözlenmiştir. aynı çalışmada anneler erken doğum sonrası duruma adapte olamazken, babaların uyumunun daha kolay ve hızlı olduğu, babaların bebekle erkenden iletişime geçmesi, ten teması kurması ve annelere destek vererek bebek bakımında cesaretlendirici olmasının çocuğun gelişimi açısından önemli bir katkı sağladığı belirtilmektedir (Hall ve ark., 2014). Prematüre bebeği olan annelerin yaşadıkları stresi ve üzüntüyü açıkça

ifade ettikleri, ebeveynlik rollerinin kaybından dolayı babalardan daha üzgün oldukları, buna karşın babaların aktif baş etme stratejileri geliştirdikleri bildirilmiştir. Prematüre bebek annelerinin ve babalarının yaklaşımları ve duygulanımlarının birbirinden oldukça farklı olduğu ve bu farklılığın neredeyse birbirini tamamlayıcı nitelikte olduğu bildirilmektedir (Affleck ve Tennen, 1991, Miles ve ark., 1992).

1.3.4. Bebeğin Negatif Algılanması, Duyarsız Ebeveynlik

Ebeveynler ile bebeğin sağlıklı ve güvenli bir etkileşime geçebilmesi için, anne-babanın bebeğin verdiği sinyalleri algılayıp, bebeğin ihtiyaçlarına yönelik tutarlı cevaplar vermesi gerekmektedir. her seferinde anne-baba tarafından verilen tutarlı cevaplar ebeveynler ile bebek arasında sağlıklı ve güvenli bir bağlanmanın kurulmasını sağlar. Prematüre bebekler, erken doğmaları, YDYBÜ'nde izlenmeleri, yapısal özellikleri ve sağlık riskleri nedeniyle ebeveynleri ile bu bağı kurmak açısından yüksek riskli bebeklerdir (Ainsworth ve ark., 2015).

Term bebeklerde, duyarlı ve bebeğin ihtiyaçlarına uygun yanıtlar veren ebeveynlik davranışının çocuğun kognitif, sosyal ve duygusal gelişimini olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (Landry ve ark., 2006 ve Stams ve ark., 2002). Diğer yandan duyarsız ebeveynlik, bebeklik döneminde daha zayıf bir kontrol ve genç erişkinlik döneminde ise daha fazla psikolojik sorunla ilişkilendirilmiştir (Lyons-Ruth ve ark., 2013 ve Pechtel ve ark., 2012). Son yıllarda yapılan çalışmalar, preterm bebeklerin uzun vadede term doğan yaşıtlarının gelişimini yakalayabilmesi için duyarlı ebeveyn davranışlarının kritik olduğununa işaret etmektedir (Jaekel ve ark., 2014). Anneye ihtiyaç duyduğu destek sağlanarak, duyarlılığı ve bebeğe karşı verdiği yanıtlar arttırıldığında; preterm bebeklerin iletişim becerilerinde, kognitif fonksiyonlarında artış olduğu ve bu çocukların daha olumlu bir duygu durumunda oldukları rapor edilmiştir (Newnham ve ark., 2009 ve Ravn ve ark., 2011).

Annenin bebeğini nasıl algıladığı ve nasıl cevaplar verdiğiyle ilgili literatürde birbirinden farklı sonuçlar bildirilmiştir. Önceki iki çalışmada; preterm bebeği olan annelerin daha az kabullenici yapıda oldukları ve bebeklerinin güvenliği için normalden daha fazla bir korku hissettikleri bildirilmiştir (Korja ve ark., 2009). Başka bir çalışmada Borghini ve arkadaşları (2006); preterm annelerinin bebeklerine karşı daha az duyarlı ve daha az etkileşim içinde olduklarını bildirmiştir. Prematüre ve term bebek annelerine doğumdan sonra yenidoğan algılama envanterinin uygulandığı bir çalışmada; preterm bebeği olan annelerin doğumdan sonra bebeklerini term bebeği olan annelere kıyasla anlamlı derecede daha olumsuz algıladıkları gösterilmiştir (Manav ve Yıldırım, 2010). Prematüre bebek annesine, doğumdan 2 hafta sonra, bebek hastaneden taburcu edildikten 2 hafta sonra ve doğumdan 3 ay sonra doğum sonu depresyonu, sosyal destek, günlük stres düzeyi, benlik saygısı, iyilik hali ve bebeğe karşı takınılan tutumu değerlendiren ölçeklerin uygulandığı bir çalışmada; prematüre bebeği olan annelerin bu ölçümlerin yapıldığı zamanlar arasında ölçek puanlamaları açısından anlamlı bir farklılık göstermediği, sosyal destek ve annenin benlik saygısının bebeğine karşı duyarlı davranmasında pozitif yönde ilişkili etkenler olduğu, buna karşın stresin anne duyarlılığını azaltan bir etken olduğu bildirilmiştir (Amankwaa ve ark., 2007).

Kore'de YDYBÜ'nde yatan prematüre bebeklerin anne ve babalarına bebeklerinin bakımıyla ilgili eğitimin verildiği, eğitim öncesinde ve sonrasında ebeveynlerin bebekleri algılama ve stres düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada; prematüre bebeklerin hem anne, hem de babalarının term bebeklerin ebeveynlerine göre bebeklerini daha negatif algıladıkları, prematüre bebeklerin ebeveynlerine verilen eğitim sonrası annelerin bebeklerini algılama ölçeğinde bir değişiklik olmadığı, babaların ise bebeklerini daha yüksek oranda pozitif algıladıkları, benzer şekilde eğitim sonrası babaların stres düzeylerinde anlamlı bir düşüş olmuşken, annelerin stres düzeylerinde herhangi bir değişiklik olmadığı bildirilmiştir (Ahn ve Kim, 2007). Bu konuda birbirinden farklı sonuçlar olsa da 2015 yılında yayınlanan ve preterm bebeği olan annelerin duyarlılığı ve ebeveynlik şekillerini inceleyen 34 çalışmanın analiz edildiği bir metaanaliz çalışmasında; prematüre bebeği olan annelerin duyarlılıkları ve

bebeklerine karşı verdikleri cevaplar term bebek annelerine benzer bulunmuştur (Bilgin ve Wolke, 2015).

1.3.5. Ebeveynlerin Hayat Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hayat kalitesi "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde sağlık durumlarını algılama biçimi" dir (WHO, 1995). Tanım, yaşam kalitesinin bir başka sağlık çalışanına göre değil de kişinin algısına dayandığına ve bu algının yaşanan kültüre göre değişebileceğine dikkat çekmektedir. Yaşam kalitesinde; toplumun ya da çağın neyi lüks veya üstün olarak adlandırdığı değil, kişinin bulunduğu toplum içerisinde psikolojik, sosyal ve fiziksel varoluşu hakkında kendini algıladığı yer önemlidir.

Gebelik ve doğumun getirdiği fiziksel ve duygusal değişikliklere ek olarak prematüre bir bebeğe sahip olan annelerin bu sürece adapte olmakta zorlandıkları birçok çalışmada bildirilmektedir (Amorim ve ark., 2018). Zamanında doğan bebeklere kıyasla daha hareketsiz ve tepkisiz olabilen ve bakıma fazlasıyla ihtiyacı olan prematüre bir bebeği anlamak ve gönderdiği ipuçlarını okumak aileler için oldukça zor olabilmektedir. Bazı ailelerin duruma adapte olabildikleri ancak bazı ailelerin prematüre doğumun getirdiği sağlık sorunlarının stresini yıllarca yaşayabildikleri belirtilmiştir (Saigal ve ark., 1996).

Bugüne kadar yapılan ve prematüre bebeği olan ailelerin yaşam kalitesini inceleyen çalışmalarda ebeveynlerle ve bebekle ilgili çeşitli faktörlerin ailelerin hayat kalitesini etkilediği saptanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmaları inceleyen ve 2018 yılında yayınlanan bir derlemede ailenin hayat kalitesini azaltan anne ile ilgili etmenlerin depresyon, yetersiz uyku durumu, yorgunluk, artmış stres düzeyi, erken doğum varlığı, doğumdan sonraki ilk günlerin sorunlu olması, annenin gün ışığından

yararlanmaması ve dini inançların zayıf olması şeklinde saptandığı; bebekle ilgili etmenlerin ise doğum sonrası yaşadığı sağlık sorunları, prematürite ve düşük doğum ağırlığı olduğu bildirilmiştir. Ebeveynlerin sosyal destek görmesinin ve yakın aile içi ilişkilerin hayat kalitesini olumlu etkileyen etmenler olduğu gösterilen bu derlemede, bebeğin hastaneden hastaneye sevk edilmesi ve YDYBÜ'nde yatmasının ebeveynlerin hayat kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (Amorim ve ark., 2018).

Önceki bir çalışmada bebeğini pozitif algılayan ebeveynlerde hayat kalitesinin daha iyi olduğu bildirilmiştir. aynı çalışmada; prematüre doğan bebeği nedeniyle gelecek planlarını değiştiren (tekrar bebek yapma planlarını erteleyen ya da sonraki gebeliğini aşırı kaygı nedeniyle geciktiren) ebeveynlerde diğer ailelere göre hayat kalitesinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (Rivers ve ark., 1987). Diğer bir çalışmada ise; yüksek gelir seviyesi ve anne ile babanın düzenli bir evlilik hayatlarının olmasının hayat kalitesini olumlu yönde etkileyen etmenler olduğu bildirilmiştir (Moura ve ark., 2017). Bebeğiyle ilgili yeterli ve tatmin edici düzeyde bilgi alabilen, bebeğin hastanede yattığı dönemde hastane masraflarını karşılayabilen ve hastanede bebeğin beslenmesiyle ilgili eğitim verilen ebeveynlerde hayat kalitesinin daha olumlu bulunduğu gösterilmiştir (Rivers ve ark., 1987).

McGowan ve arkadaşlarının (2014) yaptığı; geç preterm bebek ailelerini bebeği YDYBÜ'nde yatanlar ve YDYBÜ'nde yatmayıp doğduklarında hastanede bebek bakımı eğitimi verilen ebeveynler olarak iki gruba ayırdıkları ve bebekler 3 yaşına geldiğinde ebeveynlerin hayat kalitesini ölçeklerle değerlendirdikleri bir çalışmada; YDYBÜ'nde yatan bebeklerin ailelerinin fiziksel ve sosyal fonksiyonlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu, daha fazla iletişim sorunu yaşadıkları ve üzüntü hislerinin anlamlı derecede fazla olduğu saptanmıştır. Erken preterm, orta/geç preterm ve term bebeği olan ailelerin doğum sonrası 1.ve 3. haftalarda yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise; preterm bebeği olan ailelerin 1. ve 3. haftada hayat kalitesi puanlarının, term bebek ailelerinden anlamlı olarak daha düşük bulunduğu, 3. haftadaki skorların ise 1. haftanınkinden daha yüksek olduğu saptanmış ve doğum sonrası geçen zamanda ailelerin hayat kalitesinin giderek düzeldiği düşünülmüştür (Hill ve Aldag, 2007). Bir ailenin prematüre bebek

sahibi olması pek çok faktör nedeniyle ailenin hayat kalitesini etkileyen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.4. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada amacımız, orta ve geç prematüre bebeği olan ebeveynlere uygulanan bebek bakımı, gelişimi ve sık görülen sorunlar ile ilgili verilen eğitim ve ev ziyaretlerinin bebekler DY 1 yaş olana kadar geçen sürede prematüre bebek sağlığı, ebeveynlerin kaygı ve umutsuzluk düzeyleri, hayat kalitesi ile ebeveyn bebek bağlanması üzerine olan etkisinin araştırılmasıdır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Haziran 2015-Temmuz 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın etik kurul izni 15.05.2015 tarih ve 2015-05/07 sayı ile Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Ek 1).

Randomize konrollü, prospektif bir müdahale çalışması olan araştırmamız bebeği 32-37. Gebelik haftasında hastanemizde doğan ve hastanemiz YDYBÜ'nde izlenen aileleri ve bebeklerini kapsamaktadır. Araştırmaya alınma ölçütü bebeğin 32-37 gebelik haftasında, doğum haftasına uygun ağırlıkta doğmuş olmasıdır. Araştırma dışında bırakılma ölçütleri ise şunlardır:

- Bebeğin prematüritelik dışında kronik bir hastalık ya da konjenital bir anomalisinin bulunması,
- Çoğul gebelik olması,
- Bebeğin gebelik haftasına göre küçük (SGA) ya da iri bebek (LGA) olması,
- Anne ve/veya babada genel sağlığını sürekli olarak etkileyen kronik hastalık ve/veya psikiyatrik hastalık olması,
- Annede bebeği hastanede yatarken ve/veya taburculuktan sonraki 1.haftada postpartum depresyon saptanması,
- Anne ile babanın aynı evde yaşamıyor olması,
- Ailenin Sivas il merkezinde yaşamıyor olması,
- Ailenin araştırma işlemlerinin uygulanmasına gönüllü olmaması.

Çalışmaya alınma kriterlerine uyan bebeklerin anne ve babalarına bebekleri YDYBÜ'ne yattıktan sonra çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır (Ek. 2).

Çalışmaya katılan aileler rasal sayılar tablosu kullanılarak randomize olarak 3 gruba ayrılmıştır;

- Grup 1: Standart Bakım Grubu (SBG); takipleri rutin olarak poliklinikte yapılan bebek ve aileleri,
- Grup 2: Anne Eğitim Grubu (Anne EG); takiplerinde eğitim programının sadece anneye uygulandığı grup,
- Grup 3: Aile Eğitim Grubu (Aile EG); takiplerinde eğitim programının anne ve babaya uygulandığı grup.

Uygulanacak olan tekrarlı ANOVA testine göre: p=0,05, power değeri=0,80 ve önceki benzer çalışmalar değerlendirilerek standart deviasyon=6,0 öngörülerek örneklem büyüklüğü hesaplandığında her 3 grupta en az 22 bebek ve ailesinin bulunmasının gerekli olduğu saptanmıştır. Takipler sırasında %20 oranında bebek ve ailesinin araştırma dışı kalabileceği öngörülerek, toplam 79 bebek-aile çifti çalışmaya dahil edilmiştir. Rutin takiplerinde herhangi bir kronik hastalığı olduğu farkedilen bebekler, doğum sonrası depresyon tanısı konan anneler ve düzenli olarak takibe gelmeyen ve kendi isteğiyle çalışmadan ayrılmak isteyen aileler ve bebekleri çalışmadan çıkarılmıştır. Takipler sırasında çalışmaya dahil edilen 79 bebek ve ailesinden 13 tanesi çalışma dışında bırakılmış ve her üç grupta 22'şer bebek ve aile ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

2.1. Araştırmada Yapılan İzlem ve Eğitimlerin İçeriği

Araştırmada bebeklerin izlemleri, annelerin eğitimleri ve ev ziyaretleri aynı araştırmacı tarafından yürütülmüştür.

2.1.1. Taburculuk Öncesi Ebeveyn Eğitimi

Çalışmamızda ailelere her 3 çalışma grubunda da taburculuk öncesi hastanede bebek bakımıyla ilgili standart bir bilgi verilmiştir. Standart Bakım Grubu ve Anne EG'nda sadece anne ile, Aile EG'nda ise anne ve baba ile taburculuk öncesinde yüz-yüze, sakin bir ortamda, araştırmacı ve bebek hemşiresi tarafından prematüre bebeğin

özellikleri, beslenmesi, emzirme teknikleri, vücut ısısının korunması, giydirilmesi, uykusu, banyosu, altının değiştirilmesi, rutin takipleri, aşılanması, hastalık belirteçlerinin fark edilmesi konularında ebeveynin de aktif katılımıyla bilgilendirme yapılmıştır. ayrıca eğitim kapsamında taburcu olurken Anne EG ve Aile EG'na prematüre bebeklerin özellikleri ve bakımı ile ilgili araştırmacı tarafından hazırlanan yazılı broşür (Taburculuk öncesi bilgi formu) verilmiştir (Ek 3).Taburculuk sırasında eğitim grubundaki ailelere çalışmayı yürüten pediatristin telefon numarası verilerek bir sorun olduğunda aranması istenmiştir.

2.1.2. Bebeklerin İzlemi

Tüm bebekler taburculuk sonrası (TS) 1. hafta ve bebeğin düzeltilmiş yaşı 1, 2, 3, 4, 6, 9 ve 12 ay olduğunda rutin muayeneleri yapılarak değerlendirilmiştir. SBG'a dahil olan bebeklerin takipleri araştırmacı hekim tarafından hastanenin polikliniğinde ve polikliniğe başvuran diğer hastalara uygulanan şartlarda yapılmıştır. Anne EG ve Aile EG'e dahil olan bebeklerin takipleri ise bebeğin yaşı DY 3 ay olana kadar ev ziyaretleri ile daha sonra ise poliklinikte yapılmıştır. Takiplerde bebeğin tam bir sistemik muayenesi yapılmış ve DY hesaplanarak, antropometrik ölçümleri ve nöromotor-kognitif gelişimleri buna göre yorumlanmıştır. Ağırlık ölçümü için Weevel marka, 10 grama duyarlı elektronik bebek tartısı, boy ölçümü için infantometre ve baş çevresi ölçümü için esnek olmayan bir mezura kullanılmıştır. Tüm bebeklerin ölçümleri aynı araştırmacı tarafından, bebekler tamamen soyunuk haldeyken alınmıştır. Bebekler doğum haftasına ulaşana kadar persentilleri Fenton prematüre bebekler için olan persentil eğrileri ile, doğum haftasından itibaren ise DY hesaplanarak Neyzi Türk Çocukları için oluşturulan persentil eğrileri ile değerlendirilmiştir (Fenton ve Kim, 2013 ve Neyzi ve ark., 2008). Tüm bebeklerin işitme tarama testleri ve gerekli görülenlerde retinopati muayenesi yapılmıştır. Bebeklerin hepsine uygun zamanda D vitamini ve demir profilaksisi verilmiştir. Tüm bebeklere DY 6. ayda Denver Gelişimsel Tarama Testi II (DGTT) uygulanmıştır.

Çalışmada yapılan bebek takiplerinin zamana göre dökümü Çizelge 2.1'de gösterilmektedir (Çizelge 2.1)

Çizelge 2.1. Bebek takibinin zamana göre dökümü

	YDYBÜ' nde	TS 1.hafta	DY 1. ay	DY 2.ay	DY 3. ay	DY 4. ay	DY 6. ay	DY 9. ay	DY 12. ay
Tarih									
Ev Ziyaretleri*		×	×	×	×				
Poliklinik Takibi**		×	×	×	×	×	×	×	×
Bebek Bilgi Formu	×								
Fizik Muayene	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Kilo Ölçümü	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Boy Olçümü	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Baş Çevresi Ölçümü	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Persentil Eğrisinde Değerlendirme	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Denver GTTII							×		

YDYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, TS: Taburculuk Sonrası, DY: Düzeltilmiş Yaş, GTT:Gelişimsel TaramaTesti
*Çalışmadaki Anne EG ve Aile EG için düzenlenmiştir.
**SBG takipleri çalışma boyunca poliklinikte, Anne EG ve Aile EG takipleri ise bebeğin yaşı DY 3 ay olduktan sonra poliklinikte yapılmıştır.

2.1.3. Ev Ziyaretleri ve Eğitim Programı

Anne EG ve Aile EG'nda taburculuktan 1 hafta sonra, DY 1, 2, ve 3. ayda gerçekleştirilen ev ziyaretleri ile izlemin ve ev ziyaretlerinde verilen eğitim programının detayları Çizelge 2.2'de gösterilmektedir (Çizelge 2.2).

Anne EG ve Aile EG'nda taburculuktan 1 hafta sonra ve bebeğin yaşı DY 1, 2 ve 3 ay olduğunda toplam 4 kez olmak üzere araştırmacı ve bebek hemşiresi ekibi tarafından ortalama 2 saat süren ev ziyaretleri yapılmış, bir bebek için yapılacak olan 4 ev ziyaretinin hepsine aynı bebek hemşiresi katılmış ve ev ziyaretlerinin yapılmadığı haftalarda aile araştırıcı tarafından telefonla aranarak aile ve bebek hakkında bilgi alınmıştır. Ev ziyaretlerinde bebeğin genel sağlığı ve bakımı, anne sütünün önemi, emzirme teknikleri, fiziksel aktivite ve motor gelişim, nörolojik-kognitif gelişim, hastalık belirteçleri, bebeğin uykusu, uyku ritüelleri, bebeğin rutin takipleri ve

aşılanması bebeğin yaşına uygun olarak anlatılmıştır. Bebeğin beslenmesi gözlenerek, emzirme teknikleri ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Bebeğin yaşına uygun gelişim basamakları ve fizyolojik değişiklikleri anlatılmıştır. Bebeğin yaşına uygun olarak bu dönemde sık yaşanan sorunlar ve çözüm yolları, bebeğin verdiği ipuçlarının nasıl anlaşılıp, ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağı anlatılarak anneye duygusal destek sağlanmıştır. Bebek bakımında babaların rolü, babaların bebek bakımına nasıl katılabilecekleri ve annelere nasıl destek verebilecekleri anlatılmıştır. Bebek ve ebeveynler ev ortamlarında izlenmiş, ailenin soruları cevaplandırılmıştır. Aile EG'nda bilgilendirmeye baba da dahil edilmiştir. Anne EG ve Aile EG takipleri bebeğin yaşı DY 3 ay olana kadar ev ziyaretleri ile DY 3 ay olduktan sonra poliklinikte yapılmıştır.

Çizelge 2.2. Ev ziyaretlerinin içeriği

Eğitim programı*	**Konular**
Genel	Anne ve bebekle ilgili genel bir bilgi alma (1-4) Düzeltilmiş yaş kavramının açıklanması (1) Bebeğin büyüme ve gelişmesinin düzeltilmiş yaşa göre takip edileceğinin anlatılması (1,2)
Beslenme	Bebeğin beslenmesinin değerlendirilmesi (sıklık, anne sütü ya da formula mama, beslenme metodu, beslenme sorunları, bebeğin açlık/tokluk sinyalleri, yeterli ve doğru beslendiğinin göstergeleri) (1-4)
Anne sütü	Anne sütünün sentezi ve sekresyonu (1) Anne sütünün içeriği, ilk süt ve son süt (1,2) Emzirme ve süt salgılanması arasındaki ilişki (1,2) Emzirme sıklığı, gece emzirmelerinin etkisi (1,2) Anne sütünün bebek ve anne için önemi ve faydaları (1-4) İlk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmenin önemi ve faydaları (1-4) Emzirme teknikleri ve pozisyonları (1,2) Emzirme sorunları ve meme bakımı (1,2) Anne sütünün sağılması ve depolanması (1-4) Annenin kendi sütü ile ilgili algısı (1-4) Babaların anne sütü üzerindeki etkisi (1,2) Emzirmenin gözlenmesi ve değerlendirilmesi (1-4) Doğru beslenme, yeterli sıvı alımı, rahatlama ve dinlenme, yeterli uyku, bebeğe odaklanabilme, eş ve yakınlardan destek talep edilmesi, sosyal hayata katılım (1-4)
Ek besin	Ne zaman ve nasıl başlamalı? (3,4) Erken ya da geç başlamanın etkileri (3,4)

Çizelge 2.2. Ev ziyaretlerinin içeriği, devam

Uyku	Bebeğin yaşına uygun günlük uyku süresi (1-4) Uyku pozisyonu (1-4) Bebek nasıl ve nerede uyumalı? (1-4) Odanın ve yatağın özellikleri (1,2) Uykuyu etkileyen faktörler (1-4) Belirli bir uyku düzeni kurmak için dikkat edilmesi gerekenler (1-4)
Dışkılama özellikleri	Günlük idrar ve dışkılama düzeni (1-4) Dışkı ve idrarın rengi (1-4) Beslenme durumuna göre dışkılamadaki değişiklikler (1,2) İshal ve kabızlık (1-4)
Muhtemel sorunlar	İnfantil kolik ve çözüm yolları (1-4) Ağlama nedenleri ve çözüm önerileri (1-4) Bebeğin gönderdiği ipuçlarını anlamaya çalışmak (1-4) Kusma ve gastroözefegeal reflü (1-3)
Motor gelişim	Yaşa uygun gelişim basamakları (1-4) Bebek masajı ve yararları (1-3) Bebek masajının aileye gösterilmesi (1,2)
Kognitif gelişim	Yaşa uygun gelişim basamakları (1-4) Bebekle göz teması kurmanın önemi (1-3) Bebekle konuşmanın önemi (1-4) Bebeği sakinleştirme yöntemleri (1,2) Duyarlı ebeveynlik (1-4)
Ebeveyn-bebek ilişkisi	Sağlıklı bir anne-bebek etkileşiminin önemi (1-4) Sağlıklı bir baba-bebek etkileşiminin önemi (1-4) Babaların anne ve bebek üzerindeki destekleyici etkisi (1-4)
Rutin takipler	Aşılama programı (1-4) Vitamin D ve demir profilaksisi (1-4) Göz muayenesi ve işitme testi (1,2)
Bebeğin fizik muayenesi	Sistemik fizik muayene, antropometrik ölçümler (1-4) Persentil eğrisinin düzeltilmiş yaşa göre işaretlenmesi (1-4) Bebeğe ait takip formunun doldurulması (1-4) Bebeğin büyüme gelişmesiyle ilgili aileye bilgi verilmesi (1-4)
Ebeveynlerin sorularının yanıtlanması (1-4)	
Çalışmaya ait formların doldurulması (1-4)	
Sonraki ziyaretin zamanının belirlenmesi ve ziyaretin sonlandırılması (1-4)	

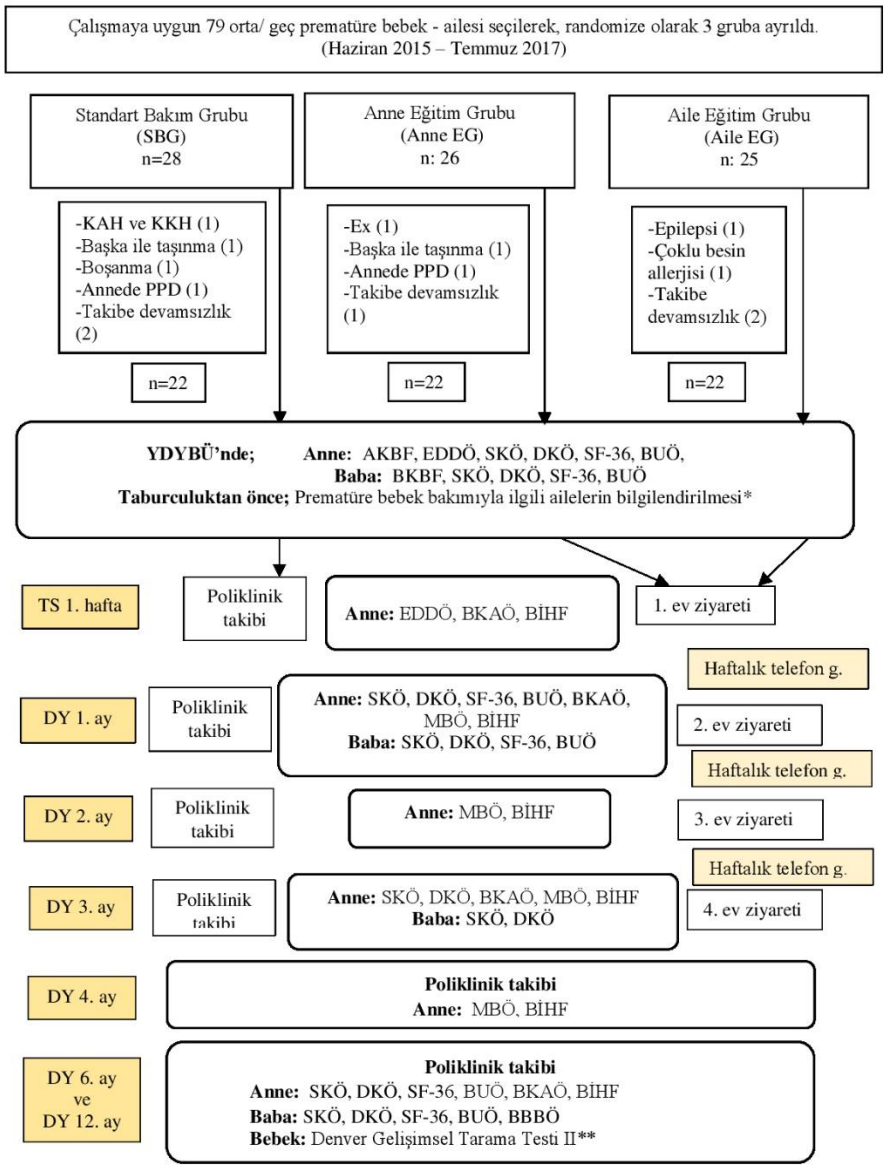
*Ev ziyaretleri Anne EG'nda annelerle, Aile EG'nda anne ve babalar ile gerçekleştirilmiştir.
1: Taburculuktan 1 hafta sonra, 2: DY 1. ay, 3: DY 2. ay, 4: DY 3. ay.

2.1.4. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Çalışmada orta ve geç prematüre bebeklerle ilgili Bebek Bilgi Formu, YDYBÜ'nde yattıkları dönemde hastane dosyalarından edinilen bilgilerle araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Taburculuktan sonraki 1. hafta ve bebeğin yaşı DY 1, 2, ve 3 ay olduğunda ebeveynlerin doldurması istenen formlar ev ziyareti yapılan Anne EG ve Aile EG'nda ev ziyaretleri sırasında, SBG'nda ise poliklinik kontrolü sırasında ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Düzeltilmiş yaş 4, 6 ve 12. aydaki formlar ise anne ve babalar tarafından poliklinik kontrolüne geldikleri sırada doldurulmuştur. Denver II GTT ise bu konuda eğitim alan bir sağlık personeli tarafından tüm çocuklara DY 6 ay olduğunda poliklinikte sakin bir ortamda uygulanmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden ailelerde, bebekleri hastanede yattığı dönemde anne ve babaya Kişisel Bilgi Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Hayat Kalitesi Ölçeği, Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Annelere ayrıca bebeği YDYBÜ'nde yatarken Edingburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmaya katılan tüm annelere ve babalara bebeğin yaşı DY 1, 3, 6 ve 12 ay olduğunda Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeği ile DY 1, 6 ve 12 ay olduğunda ise Hayat Kalitesi Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Çalışmadaki bebeklerin sadece annelerine TS 1. hafta ve bebeğin yaşı DY 1, 3, 6 ve 12 ay olduğunda Bebek Karakterini Algılama Ölçeği, DY 1, 2, 3 ve 4 ay olduğunda Maternal Bağlanma Ölçeği ve TS 1. hafta ve DY 1, 2, 3, 4, 6 ve 12 ay olduğunda ise Bebek İyilik Hali Formu uygulanmıştır. Annelere ayrıca TS 1. haftada Edingburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmadaki bebeklerin babalarına ise bebeğin yaşı DY 6 ay ve 12 ay olduğunda Baba Bebek Bağlanma Ölçeği uygulanmıştır. Çalışma boyunca ebeveynlere uygulanan ölçeklerin zamana göre dökümü ve çalışmanın akış çizelgesi Şekil 2.1'de gösterilmektedir (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Çalışmanın akış çizelgesi

KAH: Konjenital adrenal hiperplazi, KKH: Konjenital kalp hastalığı, PPD: Postpartum depresyon, YDYBÜ: Yenidoğan yoğun bakım ünitesi, TS:Taburculuktan sonra, DY:Düzeltilmiş yaş, AKBF:Anne kişisel bilgi formu, EDDÖ: Edinburg doğum sonu depresyon ölçeği, SKÖ: Sürekli kaygı ölçeği, DKÖ: Durumluk kaygı ölçeği, BUÖ: Beck umutsuzluk ölçeği, BKBF:Baba kişisel bilgi formu, SF-36: Hayat kalitesi ölçeği- kısa form, BKAÖ: Bebek karakterini algılama ölçeği, BİHF: Bebek iyilik hali formu, MBÖ: Maternal bağlanma ölçeği, BBBÖ: Baba-bebek bağlanma ölçeği, g:görüşmesi.
*Anne EG ve Aile EG'a yazılı broşür verilmiştir.
**Tüm bebeklere DY 6.ayda uygulanmıştır.

2.1.4.1. Anne Kişisel Bilgi Formu (AKBF):

Araştırmacılar tarafından hazırlanan ve on beş sorudan oluşan formda annenin adı soyadı, yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, ne tip bir evde oturdukları, ekonomik durumlarını nasıl değerlendirdiği, doğum şekli, son gebeliğinin planlı olup olmadığı, evlilik durumları ve kaç yıllık evli olduklarına ilişkin sorular yer almaktadır (Ek-4).

2.1.4.2. Baba Kişisel Bilgi Formu (BKBF):

Araştırmacılar tarafından hazırlanan ve altı sorudan oluşan formda babanın adı soyadı, yaşı, eğitim durumu, işi ve çalışma durumu, sosyal güvence durumu ve ekonomik durumlarını nasıl değerlendirdiğine ilişkin sorular yer almaktadır (Ek-5).

2.1.4.3. Bebek Bilgi Formu (BBF):

Hastane kayıtları ve bebeğin yatış dosyası incelenerek araştırmacı tarafından doldurulan 22 maddelik formda bebeğin cinsiyeti, doğumdaki ağırlık, boy ve baş çevresi ölçümleri ve persentilleri, hastanede yatış süresi, doğum şekli, APGAR skorları, yenidoğan servisinde ventilatör desteği, nazal CPAP veya oksijen desteği alıp almadığı, surfaktan uygulaması ve taburculuk sırasındaki ağırlığını değerlendiren sorular yer almaktadır (Ek-6).

2.1.4.4. Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDDÖ):

Cox ve arkadaşları (1987) tarafından 1987 yılında geliştirilen ve doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Türkçe formu Engindeniz ve arkadaşları tarafndan

uyarlanmıştır. Engindeniz ve arkadaşlarının (2000) yaptığı geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, bu ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,79, güvenilirliği 0,80, kesme noktası 12/13 alındığında duyarlığı 0,84, özgüllüğü 0,88, olumlu öngörü değeri 0,69 ve olumsuz öngörü değeri 0,94 olarak bulunmuştur. Ölçek, 10 maddeden oluşan, dörtlü Likert biçiminde bir ölçektir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0–3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1, 2 ve 4. Maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 3 ve 5-10. Maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır.

Ölçek; doğum sonrası dönemdeki kadınlara uygulanmaktadır. Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulaması kolaydır ve denekler kendi başlarına doldurabilmektedir. Ölçeğin başında yönergesi vardır ve deneklere doldururken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda ölçeğin kesme puanı 12/13 olarak hesaplanmıştır (Engindeniz ve ark., 2000) (Ek-7).

2.1.4.5. Durumluk – Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖ – SKÖ):

Anne ve babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini değerlendirmek için kullanılmıştır. Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Öner ve LeCompte (1982) tarafından yapılmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, SKÖ ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirmektedir. Durumluk kaygı ölçeği kaygı, korku ve şiddet seviyesindeki değişmeleri saptamak için, aynı bireylere değişik zamanlarda uygulanabilir. Sürekli kaygı ölçeği, geçici koşullara bağlı olarak değişen duygulara duyarlı değildir. her iki ölçek için de cevap seçeneklerinin ağırlık değerleri 1'den 4'e kadar değişmektedir. Ölçeklerde olumsuz duyguları belirleyen doğrudan ya da düz, olumlu duyguları belirleyen tersine dönmüş (ters) ifadeler bulunmaktadır. her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasındadır. Yüksek puan kaygının yüksekliğini göstermektedir. Puanlama; doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine ifadelerin toplam puanı çıkarıldıktan sonra, bu

sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenerek yapılmaktadır. Durumluk kaygı için bu değer 50, sürekli kaygı için 35'dir. En son elde edilen değer, bireyin kaygı puanını göstermektedir (Ek-8 ve Ek-9).

Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini göstermektedir. Toplam kaygı puanı 60'ın üzerinde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimlerinin olduğu belirtilmektedir. Ölçek puanları; 0–40 puan arasındaki puanlar kaygı yok, 41-60 puan arasındaki puanlar hafif kaygı ve 61 puan ve üzerindeki puanlar ise şiddetli kaygı olarak yorumlanmaktadır (Öner ve LeCompte, 1985).

2.1.4.6. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ):

Ebeveynlerin yaşadıkları umutsuzluk düzeylerini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Beck ve arkadaşları (1974) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Seber ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçek bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ortaya çıkaran ifadelerden oluşmaktadır. Bireyden kendisine uygun olan ifadeler için "doğru", uygun olmayan ifadeler için "yanlış" şıkkını işaretlemesi istenir. On bir 'doğru', 9 'yanlış' yanıtı içeren ölçek anahtarlarına göre her uyumlu yanıt için '1' puan, uyumsuz yanıt için '0' puan verilir. Elde edilen aritmetik toplam "umutsuzluk" puanını oluşturmaktadır. Yirmi sorudan oluşan ölçekten 0–20 arasında puan alınabilir. Puanların yüksek oluşu umutsuzluğu, düşük oluşu umudu göstermektedir. 0-3 puan hiç ya da minimal umutsuzluğu, 4-8 puan düşük umutsuzluk seviyesini, 9-14 puan orta düzeyi, 15 ve üzeri puan yüksek umutsuzluk düzeyini belirtmektedir (Ek-10).

2.1.4.7. Hayat Kalitesi Ölçeği (Kısa Form 36, SF-36):

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form-36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında

geliştirilmiştir (Ware, 1993). Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. SF-36' nın özelliklerinin başında kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Beş dakika gibi kısa sürede doldurulabilmesi, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ölçeğin avantajları arasında sayılmaktadır. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) olmak üzere 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Ölçek, son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Bu sekiz ölçek iki özet skor sağlar: Fizik komponent özeti ve mental komponent özeti. Normal değer 50 ±10'dur ve skorların azalması koşulların kötüleştiğinin göstergesidir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (Ek-11).

2.1.4.8. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ):

Muller (1994) tarafından geliştirilen 'Maternal Bağlanma Ölçeği' (The Maternal Attachment Inventory–MAI) doğum sonrası dönemde sevgiyi gösteren maternal duygu ve davranışları ölçmede kullanılan tek boyutlu bir ölçektir. her bir madde 'her zaman've 'hiçbir zaman' arasında değişen, 4'lü likert tipte 26 maddelik bir ölçektir. her madde doğrudan ifadeleri içermektedir. Ölçekte 'her zaman (a)' = 4 puan, 'sık sık (b)'= 3 puan, 'bazen (c)'= 2 puan ve 'hiçbir zaman (d)'= 1 puan olarak hesaplanır. Bütün maddelerin toplamından genel bir puan elde edilir. Ölçekten alınan yüksek puan, maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilen en düşük puan 26, en yüksek puan 104'tür. Maternal Bağlanma Ölçeği, en az bir aylık bebeği olan annelere uygulanabilmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Kavlak ve Şirin tarafından (2009) yapılmış olup, 1 ve 4 ay arasında bebeği olan Türk anneler için uygun bulunmuştur (Ek-12).

2.1.4.9. Bebek Karakterini Algılama Ölçeği (BKAÖ):

Mueller'in (1986) sosyal tutum prensipleri dikkate alınarak oluşturulan bu form annelerin bebeklerinin karakterini algılamasını değerlendirmek için tasarlanmıştır (Şimşek Orhon ve ark., 2011). Anneye sorulan ve bebeğinin karakter yapısını değerlendirmesini isteyen 7 tanımlamadan oluşmaktadır. Anneden; kolay–zor, mutlu– mutsuz, rahat–mızmız, az ağlıyor – çok ağlıyor, dikkatli–dikkatsiz, aktif–pasif, bakımı kolay–bakımı zor tanımlama aralıklarında bebeğinin karakterine göre en uygun yöne işaret koyması istenir. Olumlu algı 1 puandan başlar, olumsuza doğru kayıldıkça alınan puan artar, her tanımlamada en olumsuz algı 7 puan olarak kabul edilir. Toplamda en düşük 7, en yüksek 49 puan alınabilir. Düşük puanlar bebekle ilgili olumlu algıyı, yüksek puanlar olumsuz algıyı ifade etmektedir (Ek-13).

2.1.4.10. Bebek İyilik Hali Formu (BİHF):

Bebeğin son 15 günlük durumunu göz önüne alarak annenin yanıtlaması istenen ve araştırmacılar tarafından hazırlanan 21 soruluk bir formdur. Bebeğin beslenme durumu, uyku düzeni ve ağlama, gaz ağrısı gibi şikayetleri ve bebek bakımında ebeveynlerin yaklaşımını değerlendirmeye yönelik hazırlanan form annenin bebeğini ve davranışlarını nasıl yorumladığını ve bebeğiyle ilgili farkındalığını anlamak için planlanmıştır.

Bu formda bebek beslenmesiyle ilgili olarak, annelere bebeğin beslenme şekli (sadece anne sütü, anne sütü ve formül mama, sadece formül mama , anne sütü ve ek besin ya da formül mama ve ek besin ile beslenme) ve emzirme ile ilgili bilgiler (bebeklerini emzirip emzirmedikleri, emzirme kararını ne zaman verdikleri, emzirmeyi ne kadar devam ettirme niyetinde oldukları, emzirmenin kolay ya da zor oluşu ve emzirme sorunu yaşayıp yaşamadıkları) sorulmuştur.

Bebeğin uykusuna yönelik olarak sorulan sorulardan biri bebeğin nerede uyuduğudur. Annenin, bebeğin uyku yeri için ebeveynle aynı odada ve kendi

yatağında, ebeveynle birlikte aynı yatakta ya da kendine ait ayrı bir odada ve kendi yatağında seçeneklerinden uygun olanı seçmesi istenmiştir. Uyku konusunda sorulan diğer bir soru ailenin bebeğini nasıl uyuttuğudur. Bebekleri uyutma yöntemleri sallayarak uyutma (ayakta, kucakta ya da çarşafta), meme emzirerek uyutma ve yatağına koyarak pışpış ile veya kendisinin uyumasına izin verme şeklinde sınıflandırılmıştır. Bebeğin her gün aynı saatlerde uyuyup uyanma durumu sorularak bebekte düzenli bir uyku alışkanlığı sağlanıp sağlanamadığı da değerlendirilmiştir. Bu konuda annelere son olarak bebeklerinde uyku ile ilgili bir sorun olup olmadığı sorulmuştur.

Bebeğin ağlama durumunu değerlendirmek için bu formda annelere son 15 gün içinde bebeklerinde sakinleştirmekte zorlanılan şiddetli ağlama ataklarının kaç kez olduğu ve annenin bebeğin ağlaması karşısında nasıl hissettiği (sakin ya da endişeli) de sorulmuştur.

Bu formda yer alan ve annelere yöneltilen ‘size göre bebeğinizin en büyük sorunu nedir?’ sorusu ile prematüre bir bebeğin bakımında annelerin zorlandıkları noktaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu formda annelere ayrıca babanın günlük bebek bakımına ve bebeğin gece uyandığı zamanki bakımına aktif olarak katılıp katılmadığı, bebeğin son kontrolden bu yana hastaneye yatışı gerektiren bir sorun yaşayıp yaşamadığı ve ailenin bebeğine düzenli masaj uygulaması da değerlendirilmiştir (Ek-14).

2.1.4.11. Baba Bebek Bağlanma Ölçeği (BBBÖ):

Condon ve arkadaşları (2008) tarafından doğum sonrası baba-bebek bağlanmasını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek, 19 maddeliktir. Ölçek; ‘sabır ve hoşgörü’, ‘etkileşimde zevk’ve ‘sevgi ve gurur’ olmak üzere üç alt boyuttan

oluşmaktadır. Ölçeğin her bir maddesi 1-5 puan arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekteki 12 madde ters yönlüdür ve bu maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde yapılmaktadır. Yüksek puanlar bağlanmanın yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Türk toplumunda geçerlik ve güvenirliği Güleç ve Kavlak (2013) tarafından çalışılmış ve 16. Maddenin Türk toplumu ve kültüründe babalar tarafından bebeğin sahiplenilmesini duygusal anlamda değil, fizyolojik anlamda değerlendirdiği düşünülerek ve madde negatif korelasyon gösterdiği için ölçekten çıkarılması uygun görülmüştür. Özgün ölçek üç alt boyut ve 19 maddeden oluşurken, Türkçe formunun üç alt boyut ve 18 madde içeren yapıda Türk toplumunda 6 ve 12 ay arasında bebeği olan babalarda kullanımı uygun bulunmuştur (Ek-15).

2.1.4.12. Denver Gelişimsel Tarama Testi II (DGTT-II):

Denver Gelişimsel Tarama Testi, süt çocuğu ve okul öncesi çocukların değerlendirilmesinde kullanılan uygulaması ve yorumu kolay bir testtir. Bu test ilk olarak Frankenburg ve Dobbs (1970) tarafından geliştirilmiş, Epir ve Yalaz (1984) tarafından da Türk toplumuna uyarlanmıştır. Frankenburg ve Dobbs (1990) tarafından dil alanına eklenen yeni maddeler ve farklı skorlama sistemi revize edilerek DGTT-II geliştirilmiştir. DGTT-II, Anlar ve Yalaz (1996) tarafından yeniden standardize edilerek Türk toplumunda kullanılmaya başlanmıştır (Ek.16).

Yeni versiyonun eskiye nazaran gelişme geriliğinin saptanmasında sensitivitesi daha yüksektir. Bu test 125 sorudan oluşur ve çocuğu kişisel-sosyal, ince motor, kaba motor ve dil alanlarında olmak üzere dört alanda değerlendirmeye tabi tutmaktadır. Test soruları direk çocuğa uygulanmakta, gerekirse aileden de yardım alınabilmektedir ve test her çocukta yaklaşık 5-15 dakikada tamamlanabilmektedir. Skala belli bir yaş grubundaki çocukların yüzde kaçının belli bir aktiviteyi gerçekleştirebildiğini yansıtmaktadır. vakanın performansının yaş dağılımının neresinde olduğu belirlenmektedir. Bir zeka testi olmayan ve tarama testi olan DGTT-II'nin sonuçları normal gelişim, anormal gelişim ve şüpheli gelişim olarak üç şekilde yorumlanmaktadır.

2.2. Araştırmanın Amaçları ve Hipotezleri:

Spesifik amaç 1: Uygulanan eğitimin prematüre bebek sağlığı üzerine olan etkilerini incelemektir.

Hipotez 1a: Sadece anne sütü ile beslenme oranları ve daha uzun süre anne sütüyle beslenme durumunun; Aile EG> Anne EG>SBG şeklinde,

Hipotez 1b: Ek besine DY 6. ayda başlama oranlarının; Aile EG ≥ Anne EG>SBG şeklinde,

Hipotez 1c: Bebeklerdeki uyku ve beslenme sorunlarının; Aile EG < Anne EG <SBG şeklinde,

Hipotez 1d: Bebeklerdeki ağlama ataklarının; Aile EG < Anne EG <SBG şeklinde,

Hipotez 1e: Annenin bebeğini olumlu algılama oranlarının; Aile EG > Anne EG >SBG şeklinde,

Hipotez 1f: Bebeğin ağırlık, boy ve baş çevresi ölçümlerinin; Aile EG > Anne EG > SBG şeklinde,

Hipotez 1g: Bebeklere DY 6. ayda uygulanan DGTT II'de anormal sonuçların; SBG> Anne EG ≥ Aile EG şeklinde,

Hipotez 1h: Bebeklerin tekrar hastaneye yatış oranlarının; SBG > Anne EG ≥ Aile EG şeklinde olması öngörülmüştür.

Spesifik amaç 2: Anneye ve aileye uygulanan eğitimin, orta-geç prematüre bebeği olan ailelerde anne bebek ve baba bebek bağlanmaları üzerine etkilerini incelemektir.

Hipotez 2a: Maternal Bağlanma Ölçek puanları Aile EG > Anne EG > SBG şeklinde olması öngörülmüştür.

Hipotez 2b: Baba Bebek Bağlanma Ölçek puanları Aile EG > Anne EG > SBG şeklinde olması öngörülmüştür.

Spesifik amaç 3: Uygulanan eğitimin orta ve geç prematüre bebeği olan anne ve babalarda kaygı-umutsuzluk düzeylerine ve hayat kalitesine olan etkilerini incelemektir.

Hipotez 3a: Anne ve babalardaki durumluk –sürekli kaygı ve umutsuzluk ölçek puanlarının; SBG > Anne EG > Aile EG şeklinde,

Hipotez 3b: Anne ve babaların hayat kalitesinin; Aile EG > Anne EG > SBG şeklinde olması öngörülmüştür.

Yan amaç 4; Uygulanan eğitimin, orta-geç prematüre bebeği olan ailelerde babaların bebek bakımına katılımı üzerine olan etkisini incelemektir.

Hipotez 4: Babaların bebek bakımına katılım oranlarının; Aile EG > Anne EG > SBG şeklinde olması öngörülmüştür.

2.3. İstatistiksel Yöntem

Araştırmanın verileri SPSS 17 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistiksel paket programına girilmiştir. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümler ise median (ortanca) ve minimum-maksimum olarak ifade edilmiştir. İstatistiksel yöntem olarak parametrik verileri değerlendirirken tekrarlı ölçümlerde ANOVA analizi ve Tukey testi; parametric olmayan veriler için ise Friedman testi ve Wilcoxon testi kulanılmış ve değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için korelasyon analizi kullanılmıştır. Kategorik verileri değerlendirirken ise Ki-kare testi ve Fischer-exact test kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Araştırmaya Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi YDYBÜ'nde yatarak izlenen 79 orta ve geç prematüre bebek ve ailesi dahil edilmiştir. Standart Bakım Grubu'nda takibe alınan 28 ebeveyn-bebek çiftinden 1 bebek izlemleri sırasında konjenital adrenal hiperplazi ve konjenital kalp hastalığı tanısı aldığından, 1 aile başka bir şehire taşındığından, 1 annede postpartum depresyon saptandığından, 1 aile boşandığı için ve 2 aile takiplerine düzenli gelmediği için olmak üzere toplam 6 aile çalışma dışında bırakılmıştır. Anne EG'nda çalışmaya alınan 26 ebeveyn-bebek çiftinden; 2 aylıkken ölen 1 bebek, başka bir ile taşınan 1 aile, doğum sonrası depresyon saptanan 1 anne ve düzenli takiplerine gelmeyen 1 aile nedeniyle toplam 4 aile çalışma dışında bırakılmıştır. Aile EG'nda ise 25 ebeveyn-bebek çiftinden; 1 bebek epilepsi ve 1 bebek çoklu besin allerjisi tanısı aldığı için, 1 aile ise çalışmaya devam etmek istemediği için olmak üzere toplam 3 aile çalışma dışında bırakılmıştır. Araştırma her üç grupta 22'şer olmak üzere toplam 66 aile–bebek çifti ile tamamlanmıştır.

3.1. Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmamızda çalışma grubunu oluşturan anne ve babaların yaşları, eğitim düzeyleri, evlilik süreleri ve sahip oldukları çocuk sayıları değerlendirilmiştir. Annelerin 2'sinin (%9,1), babaların ise 1'inin (%4,5) okuma yazması bulunmamaktadır. Ebeveynlerin eğitim durumları, annelerin çalışma durumları, aile tipi, ailenin ev ve araba sahibi olma durumu, ailenin gelir durumu ve gebeliğin planlı olup olmaması açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmadaki ailelerin sosyodemografik özellikleri aşağıdaki çizelgelerde gösterilmektedir (Çizelge 3.1 ve 3.2).

Çizelge 3.1. Çalışmadaki ailelerin sosyodemografik özellikleri (sayısal karşılaştırma)

Özellikler (ortalama±ss) (en az-en çok)	Standart Bakım Grubu n:22	Anne Eğitim Grubu n:22	Aile Eğitim Grubu n:22	Toplam n:66	*p değeri**
Anne yaşı (yıl)	30,04±6,41 (20-38)	29,09±5,34 (18-37)	28,00±4,87 (19-38)	29,04±5,55 (18-38)	*0,481*
Baba yaşı (yıl)	35,04±6,95 (24-48)	32,13±6,00 (19-44)	32,86±4,32 (26-42)	33,34±5,90 (19-48)	*0,238*
Anne Eğitimi (yıl)	9,31±4,23 (0-15)	9,59±3,71 (5-15)	11,59±3,76 (5-15)	10,16±3,98 (0-15)	*0,118*
Baba Eğitimi (yıl)	9,36±3,03 (0-15)	9,59±3,71 (5-15)	11,36±4,25 (5-15)	10,10±3,75 (0-15)	*0,154*
Ailenin çocuk sayısı	1,77±0,81 (1-3)	2,22±1,02 (1-4)	1,54±0,80 (1-4)	1,84±0,91 (1-4)	*0,400*
Evlilik süresi (yıl)	6,40±4,56 (1-15)	8,13±4,97 (1-16)	5,68±5,12 (1-19)	6,74±4,92 (1-19)	*0,240*

**Anova testi*

Çizelge 3.2. Çalışmadaki ailelerin sosyodemografik özellikleri (kategorik karşılaştırma)

Özellikler n (%)	Standart Bakım Grubu n:22	Anne Eğitim Grubu n:22	Aile Eğitim Grubu n:22	Toplam n:66	*p değeri**
Annenin Eğitim Düzeyi					
Okuma-yazma yok	2 (9,1)	0 (0)	0 (0)	2(9,1)	*0,111*
İlkokul	4 (18,2)	6 (27,3)	4 (18,2)	14 (21,2)	
Ortaokul	6 (27,3)	5 (22,7)	1 (4,5)	12 (18,2)	
Lise/Üniversite	10 (45,5)	11 (50,0)	17 (77,3)	38 (57,6)	
Babanın Eğitim Düzeyi					
Okuma-yazma yok	1 (4,5)	0 (0)	0 (0)	1 (4,5)	*0,061*
İlkokul	0 (0)	6 (27,3)	6 (27,3)	12 (18,2)	
Ortaokul	11 (50)	5 (22,7)	0 (0)	16 (72,7)	
Lise/Üniversite	10 (45,5)	11 (50,0)	16 (72,7)	37 (56,1)	
Annenin çalışma durumu					
Ev Hanımı	16 (72,7)	15 (68,2)	12 (54,5)	43 (65,2)	*0,420*
Çalışıyor	6 (27,3)	7 (31,8)	10 (45,5)	23 (34,8)	
Aile tipi					
Çekirdek	16 (72,7)	14 (63,6)	18 (81,8)	48 (72,7)	*0,400*
Geniş	6 (27,3)	8 (36,4)	4 (18,2)	18 (27,3)	
Planlı gebelik					
Evet	17 (77,3)	12 (54,5)	17 (77,3)	46 (69,7)	*0,166*
Hayır	5 (22,7)	10 (45,5)	5 (22,7)	20 (30,3)	
Ev sahipliği					
Evet	10 (45,5)	8 (36,4)	10 (45,5)	28 (42,4)	*0,780*
Hayır	12 (54,5)	14 (63,6)	12 (54,5)	38 (57,6)	
Araba sahipliği					
Evet	13 (59,1)	9 (40,9)	15 (68,2)	37 (56,1)	*0,179*
Hayır	9 (40,9)	13 (59,1)	7 (31,8)	29 (43,9)	
Aylık Gelir Düzeyi					
Gelir >Gider	2 (9,1)	1 (4,5)	5 (22,7)	8 (12,1)	*0,290*
Gelir = Gider	15 (68,2)	13 (59,1)	13 (59,1)	41 (62,1)	
Gider > Gelir	5 (22,7)	8 (36,4)	4 (18,2)	17 (25,8)	

**Ki-Kare testi*

3.2. Bebeklerin Doğum ve Postnatal Özellikleri

Araştırmaya dahil edilen bebeklerin gebelik haftası, doğum ağırlığı, doğum boyu, doğum baş çevresi, 1. ve 5. dakika APGAR puanları ve YDYBÜ'nde yatış süreleri açısından her üç gruptaki veriler birbirine benzer bulunmuştur (p>0,05). Bebeklerin doğum ve YDYBÜ'ndeki takip özelliklerini gösteren çizelge aşağıda belirtilmektedir (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.3. Orta ve geç prematüre bebeklerin postnatal özellikleri

Özellikler (ortalama±ss) (en az-en çok)	Standart Bakım Grubu n:22	Anne Eğitim Grubu n:22	Aile Eğitim Grubu n:22	Toplam n:66	*p değeri**
Gebelik haftası (hf)	33,89±1,32 (32-36$^{0/7}$)	34,09±1,13 (32-36$^{2/7}$)	34,07±1,53 (32-36$^{3/7}$)	34,02±1,32 (32-36$^{3/7}$)	*0,869*
Doğum ağırlığı (gr)	2050,20±466,58 (1340-2980)	2086,80±485,86 (1300-2970)	2086,10±398,47 (1200-2800)	2074,40±448,73 (1200-2980)	*0,955*
Doğum boyu (cm)	43,04±3,45 (37-48)	43,68±3,13 (39-49)	44,52±2,46 (40-49)	43,75±3,05 (37-49)	*0,279*
Doğum baş çevresi (cm)	31,09±2,02 (27-35)	31,46±1,30 (28-33,80)	31,31±1,86 (27-34)	31,29±1,73 (27-35)	*0,774*
APGAR 1. Dk puanı	6,63±1,36 (2-9)	6,95±0,95 (5-9)	6,63±1,09 (5-8)	6,74±1,14 (2-9)	0,563
APGAR 5. Dk puanı	7,90±0,92 (6-10)	8,09±0,86 (7-10)	7,90±1,01 (6-9)	7,96±0,92 (6-10)	0,760
YDYBÜ'nde yatış süresi (gün)	16,45±9,87 (4-42)	15,90±11,04 (4-48)	16,13±11,23 (3-42)	16,16±10,57 (3-48)	0,986

**Anova testi*
hf: hafta, gr:gram, cm:santimetre, dk: dakika, YDYBÜ:Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Çalışmaya katılan bebeklerin yarısı kız ve yarısı erkektir. Bebeklerin 45'i (%68,2) sezeryan doğum ile dünyaya gelmiştir. Bebeklerin tamamı YDYBÜ'nde yatırılarak izlenmiş, 16'sı (%24,2) mekanik ventilator desteği, 32'si (%48,5) ise nazal CPAP desteği almıştır. Bebeklerin 18'ine (%27,3) sürfaktan uygulanmış ve 21'ine (%31,8) total parenteral nutrisyon verilmiştir. Araştırmaya dahil edilen bebeklerin cinsiyet, doğum şekli, mekanik ventilatör desteği, nazal CPAP desteği, sürfaktan uygulanma durumları ve total parenteral beslenme uygulaması açısından her üç grup arasında bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05) Çizelge 3.4, çalışmadaki orta ve geç prematüre bebeklerin YDYBÜ'nde izlendikleri dönemdeki klinik takip özelliklerini göstermektedir.

Çizelge 3.4. Çalışmadaki orta ve geç prematüre bebeklerin klinik takip özellikleri

Özellikler n (%)	Standart Bakım Grubu n:22	Anne Eğitim Grubu n:22	Aile Eğitim Grubu n:22	Toplam n:66	*p değeri**
Cinsiyet					
Kız	10 (45,5)	13 (59,1)	10 (45,5)	33 (50)	*0,580*
Erkek	12 (54,5)	9 (40,9)	12 (54,5)	33 (50)	
Doğum Şekli					
NSVY	6 (27,3)	8 (36,4)	7 (31,8)	21 (31,8)	*0,811*
C/S	16 (72,7)	14 (63,6)	15 (68,2)	45 (68,2)	
Mekanik Ventilatör					
Evet	6 (27,3)	5 (22,7)	5 (22,7)	16 (24,2)	*0,921*
Hayır	16 (72,7)	17 (77,3)	17 (77,3)	50 (75,8)	
Nazal CPAP					
Evet	12 (54,5)	10 (45,5)	10 (45,5)	32 (48,5)	*0,785*
Hayır	10 (45,5)	12 (54,5)	12 (54,5)	34 (51,5)	
Surfaktan					
Evet	6 (27,3)	5 (22,7)	7 (31,8)	18 (27,3)	*0,795*
Hayır	16 (72,7)	17 (77,3)	15 (68,2)	48 (72,7)	
TPN					
Evet	8 (36,4)	7 (31,8)	6 (27,3)	21 (31,8)	*0,811*
Hayır	14 (63,6)	15 (68,2)	16 (72,7)	45 (68,2)	

**Ki-Kare testi*
NSVY: Normal spontan vajinal yol, C/S:Sezaryen doğum, CPAP: Sürekli pozitif hava yolu basıncı, TPN: Total parenteral nutrisyon

3.3. Bebeklerin Sadece Anne Sütüyle Beslenme Durumları

Araştırmaya dahil edilen 66 bebeğin tamamı YDYBÜ'nden taburculuk sırasında ve TS 1. haftada anne sütüyle beslenmektedir. Ancak SBG'ndaki bebeklerin 19'u (%86,4), Anne EG'ndaki bebeklerin 20'si (%90,9) ve Aile EG'ndakilerin ise 16'sı (%72,7) SAS ile beslenmektedir. Diğer bebekler ise anne sütü ve formüla mama ile karışık beslenmektedir. Bebeklerin yaşı DY 3, 4, 5, ve 6. ay olduğunda SAS ile beslenme oranları hem Anne EG'nda hem de Aile EG'nda, SBG'na göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (P<0,05). Bu sonuçlara göre Anne EG'ndaki annelerin bebeklerini SAS ile besleme oranları SBG'ndaki annelerden DY 3. ayda 2,7 kat (%95 Cl 1,29-5,53), DY 4.ayda 3,2 kat (%95 Cl 1,57-6,39) ve DY 5. ayda ise 2,7 kat (%95 Cl 1,44-5,12) daha yüksektir. Aile EG'ndaki anneler ise SBG'ndaki annelere göre bebeklerini DY 3.ayda 1,8 kat (%95 Cl 1,01-3,12), DY 4. ayda 1,9 kat (%95 Cl 1,17-3,1) ve DY 5. ayda ise 1,7 kat (%95 Cl 1,1-2,71) daha fazla SAS ile beslemektedirler.

Bebeklerin hiç anne sütü almama durumları karşılaştırıldığında DY 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. aylarda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Düzeltilmiş yaş 9 ay olduğunda SBG'ndaki bebeklerin 8'i (%36,4), Anne EG ve Aile EG'ndaki bebeklerin ise sırasıyla 2'si (%9,1) ve 3'ü (%13,6) hiç anne sütü almamaktadır. Düzeltilmiş yaş 12 ay olduğunda, SBG'nda 11 bebek (%50), Anne EG'nda 4 bebek (%18,2) ve Aile EG'nda ise 5 bebek (%22,7) hiç anne sütü almamaktadır. DY 12 aylık olduğunda Anne EG ve Aile EG'ndaki bebeklerin anne sütü alma oranları SBG'ndaki bebeklerden anlamlı olarak daha yüksektir (p<0,05). Bebeklerin yaşı DY 1, 3, 4, 5 ve 6 ay olduğunda SAS beslenme oranları ve aylara göre hiç anne sütü almama oranları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.5. Çalışmadaki orta ve geç prematüre bebeklerin aylara göre SAS ile beslenme ve hiç anne sütü almama oranları

Özellikler n (%)	**Standart Bakım Grubu n:22**	**Anne Eğitim Grubu n:22**	**Aile Eğitim Grubu n:22**	**Toplam n:66**	***p değeri****
SAS ile Beslenme					
Taburculukta	19 (86,4)	20 (90,9)	16 (72,7)	55 (83,3)	*0,242*
TS 1. hafta	19 (86,4)	20 (90,9)	16 (72,7)	55 (83,3)	*0,242*
DY 1.ay	12 (54,5)	18 (81,8)	13 (59,1)	43 (65,2)	*0,126*
DY 3. ay	6 (27,3)	16 (72,7)	13 (59,1)	35 (53,0)	***0,008***
DY 4.ay	3 (13,6)	16 (72,7)	12 (54,5)	31 (47,0)	***0,000***
DY 5. ay	3 (13,6)	15 (68,2)	11 (50,0)	29 (43,9)	***0,001***
DY 6. ay	6 (27,3)	15 (68,2)	12 (54,5)	29 (43,9)	***0,022***
Hiç AS Almama Durumu					
TS 1. hafta	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
DY 1.ay	2 (9,1)	1(4,5)	0 (0)	3 (4,5)	*0,351*
DY 3. ay	3 (13,6)	1(4,5)	1(4,5)	5 (7,6)	*0,421*
DY 4.ay	5 (22,7)	1(4,5)	2 (9,1)	8 (12,1)	*0,157*
DY 5. ay	6 (27,3)	2 (9,1)	2 (9,1)	10 (15,2)	*0,152*
DY 6. ay	7 (31,8)	2 (9,1)	2 (9,1)	11 (16,7)	*0,065*
DY 9. ay	8 (36,4)	2 (9,1)	3 (13,6)	13 (19,7)	*0,051*
DY 12. ay	11 (50,0)	4 (18,2)	5 (22,7)	20 (30,3)	***0,046***

**Ki kare testi*

Çalışmamızda annelerin daha önce emzirme deneyimi olup olmadığı, bebeğini emzirmek isteyen annelerin emzirme kararını ne zaman verdiği ve bebeğini ne kadar emzirmeyi planladığı incelendiğinde; tüm annelerin bebeklerini emzirmek istedikleri

saptanmıştır. her üç grupta da annelerin emzirme deneyim oranları ve emzirme kararını verdikleri zamanlar birbirine benzer bulunmuş, buna karşın bebeğini en az 2 yıl emzirmeyi planlayan annelerin sayısı Anne EG ve Aile EG'nda SBG'a kıyasla anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır ($p<0,05$). Annelerin emzirmeye dair özellikleri Çizelge 3.6'da gösterilmektedir.

Çizelge 3.6. Annelerin emzirmeye dair özellikleri

Özellikler n (%)	**Standart Bakım Grubu n:22**	**Anne Eğitim Grubu n:22**	**Aile Eğitim Grubu n:22**	**Toplam n:66**	***p değeri****
Emzirmeye ne zaman karar verdiniz?					
Gebelikten önce	16 (72,7)	17 (77,3)	21 (95,5)	49 (74,2)	*0,345*
Gebelikten sonra	6 (27,3)	5 (22,7)	1 (4,5)	17 (25,8)	
Onceden emzirme deneyimi					
Evet	10 (45,5)	15 (68,2)	8 (36,4)	33(50,0)	*0,094*
Hayır	12 (54,5)	7 (31,8)	14 (63,6)	33 (50,0)	
Ne kadar emzirmeyi düşünüyorsunuz?					
< 1 yıl	4 (18,2)	0 (0)	0 (0)	4 (6,1)	***0,014****
1-2 yıl	7 (31,8)	1 (4,5)	2 (9,1)	10 (15,2)	
≥ 2 yıl	11 (50,0)	21 (95,5)	20 (90,9)	52 (78,8)	
Emzirmeyi nasıl bir iş olarak tanımlarsınız?[ɣ]					
TS 1. hf					
Kolay	15 (68,2)	18 (81,8)	16 (72,7)	49(74,2)	*0,574*
Zor/çok zor	7 (31,8)	4 (18,2)	6 (27,3)	17 (25,8)	
Emzirmiyorum	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
DY 1. ay					
Kolay	17 (77,3)	18 (81,8)	16 (72,7)	51 (77,3)	*0,772*
Zor/çok zor	3 (13,6)	3 (13,6)	6 (27,3)	12 (18,2)	
Emzirmiyorum	2 (9,1)	1 (4,5)	0 (0)	3 (4,5)	
DY 3. ay					
Kolay	15 (68,2)	21 (95,5)	18 (81,8)	54 (81,8)	*0,064*
Zor/çok zor	4 (18,2)	0 (0)	3 (13,6)	7 (10,6)	
Emzirmiyorum	3 (13,6)	1 (4,5)	1 (4,5)	5 (7,6)	
DY 6. ay					
Kolay	13 (59,1)	20 (90,9)	18 (81,8)	51 (77,3)	***0,035***
Zor/çok zor	2 (9,1)	0 (0)	2 (9,1)	4 (6,0)	
Emzirmiyorum	7 (31,8)	2 (9,1)	2 (9,1)	11 (16,7)	
DY 12. ay					
Kolay	11 (50,0)	19 (86,4)	17 (77,3)	47 (71,2)	***0,021***
Zor/çok zor	1(4,5)	0 (0)	1 (4,5)	2 (3,0)	
Emzirmiyorum	10 (45,5)	3 (13,6)	4 (18,2)	17 (25,8)	

**Ki-Kare testi*

** p değeri emzirme planı <2 yıl ve ≥ 2 yıl şeklinde karşılaştırma yapılarak elde edilmiştir.

ɣ p değeri hesaplanırken zor/çok zor ve emzirmiyorum hücresi birleştirilmiştir.

Annelerin bebeklerini emzirme durumları ile ilgili olarak emzirme için kolay, zor ya da çok zor seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. Taburculuk sonrası 1. haftada, DY 1.ve 3.ayda gruplar arasında bu konuda anlamlı bir fark saptanmazken, DY 6. ve 12. ayda Anne EG ve Aile EG'ndaki annelerin, SBG'ndaki annelere kıyasla emzirmeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kolay bir iş olarak değerlendirdikleri saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 3.6).

3.4. Bebeklerin Ek Besine Başlama Zamanları

Çalışmamızda bebeğin yaşı DY 3 ay olana kadar hiçbir bebeğe, anne sütü ya da 65ar efo mama dışında ek besin verilmediği, ancak DY 3.ayda SBG'nda 1 bebeğe (%4,5) ek besin verilmeye başlandığı saptanmıştır. Düzeltilmiş yaş 4. ayda SBG'nda 9 bebeğe (%40,9) ek besin verilirken, Anne EG ve Aile EG'nda 1'er bebeğe (%4,5) ek besin verilmektedir. Bebeklerin yaşı DY 5 ay olduğunda ise SBG'nda 17 bebek (%77,3), Anne EG'nda 3 bebek (%13,6) ve Aile EG'nda 3 bebek (%13,6) ek besin almaktadır. Çalışmamızda hem DY 4. ay hem de DY 5. ayda SBG'nda ek besin verme oranlarının diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Düzeltilmiş yaş 6. ayda ise Anne EG ve Aile EG'ndaki tüm bebeklere ek besin başlanmışken, SBG'nda 3 bebek (%13,6) henüz ek besinle tanıştırılmamıştır. Düzeltilmiş yaşı 6 aylık olduğu halde henüz ek besine başlanmayan bebek oranı SBG'nda hem Anne EG hemde Aile EG'na göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Standart Bakım Grubu'ndaki annelerin bebeklerine daha erken ya da daha geç ek besin başlama eğiliminde olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızdaki bebeklerin gruplara ve yaşlarına göre ek besine başlama durumlarını gösteren Çizelge 3.7 aşağıdadır (Çizelge 3.7)

Çizelge 3.7. Çalışmadaki bebeklerin yaşlarına göre ek besin başlanma oranları

Ek Besin ile Beslenme n (%)	Standart Bakım Grubu n:22	Anne Eğitim Grubu n:22	Aile Eğitim Grubu n:22	Toplam n:66	*p değeri**
TS 1. hafta					-
Evet	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Hayır	22 (100)	22 (100)	22 (100)	66 (100)	
DY 1. ay					-
Evet	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Hayır	22 (100)	22 (100)	22 (100)	66 (100)	
DY 3. ay					
Evet	1 (4,5)	0 (0)	0 (0)	1 (1,5)	*0,362*
Hayır	21 (95,5)	22 (100)	22 (100)	65 (98,5)	
DY 4. ay					
Evet	9 (40,9)	1 (4,5)	1 (4,5)	11 (16,7)	***0,001***
Hayır	13 (59,1)	21 (95,5)	21 (95,5)	55 (83,3)	
DY 5. ay					
Evet	17 (77,3)	3 (13,6)	3 (13,6)	23 (34,8)	***0,000***
Hayır	5 (22,7)	19 (86,4)	19 (86,4)	43 (65,2)	
DY 6. ay					
Evet	19 (86,4)	22 (100)	22 (100)	63 (95,5)	***0,043***
Hayır	3 (13,6)	0 (0)	0 (0)	3 (4,5)	
DY 9. ay					
Evet	21 (95,5)	22 (100)	22 (100)	65 (98,5)	*0,362*
Hayır	1 (4,5)	0 (0)	0 (0)	1 (1,5)	
DY 12. ay					
Evet	22 (100)	22 (100)	22 (100)	66 (100)	-
Hayır	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

**Ki-Kare testi*

3.5. Bebeklerin Uyku Durumları

Çalışmamızda bebeklerin uyku yerleri değerlendirildiğinde TS 1. haftada SBG'ndaki 1 bebek (ayrı odada uyuyor) dışında tüm bebeklerin ebeveynle aynı odada ve kendi beşiklerinde uyumakta oldukları saptanmıştır. Tüm gruplarda bebeklerin genellikle ebeveynleriyle aynı odada fakat kendi beşiklerinde uyudukları, ancak bebekler büyüdükçe hem ayrı odada uyuma hem de ebeveynleriyle aynı yatakta uyuma oranlarında artış olduğu saptanmıştır. Bebeklerin yaşlarına göre uyudukları yerler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bebeklerin yaşlarına göre uyku yerleri Çizelge 3.8'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.8. Bebeklerin yaşlarına göre uyku yerleri

Bebeğin uyku yeri n (%)	Standart Bakım Grubu n:22	Anne Eğitim Grubu n:22	Aile Eğitim Grubu n:22	Toplam n:66	*p değeri**
TS 1.hafta					
1:	21 (95,5)	22 (100,0)	22 (100,0)	65 (98,5)	-
2:	1 (4,5)	-	-	6 (9,1)	
3:	-	-	-	-	
DY 1. ay					
1:	20 (90,9)	19 (86,4)	20 (90,9)	59 (89,4)	-
2:	2 (9,1)	2 (9,1)	2 (9,1)	6 (9,1)	
3:	-	1(4,5)	-	1 (1,5)	
DY 3. ay					
1:	19 (86,4)	19 (86,4)	20 (90,9)	58 (87,9)	-
2:	2 (9,1)	3 (13,6)	2 (9,1)	7 (10,6)	
3:	1(4,5)	-	-	1 (1,5)	
DY 6. ay					
1:	15 (68,2)	15 (68,2)	18 (81,8)	48 (72,7)	*0,233*
2:	4 (18,2)	4 (18,2)	4 (18,2)	12 (18,2)	
3:	3 (14,3)	3 (14,3)	-	6 (9,1)	
DY 12. ay					
1:	16 (72,7)	16 (72,7)	14 (63,6)	46 (69,7)	*0,303*
2:	3 (14,3)	5 (22,7)	7(31,8)	15 (22,7)	
3:	3 (14,3)	1 (4,5)	1(4,5)	5 (7,6)	

**Ki-Kare testi*
1: Ebeveyn odası-kendi yatağı 2: Kendi odası-kendi yatağı, 3: Ebeveynle aynı yatakta
*p değeri ebeveynle aynı yatakta uyuyanlar ve diğerleri (ebeveyn odası-kendi yatağı ve kendi odası-kendi yatağı hücreleri birleştirilerek) şeklinde karşılaştırma yapılarak elde edilmiştir.

Bebeklerin uyutulma yöntemleri açısından her üç grupta TS. 1 hafta, DY 1. ve 3. ayda anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ancak DY 6. ve 12. ayda SBG'ndaki bebekler diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha fazla sallanarak (ayakta, kucakta ya da çarşafta) uyumaktadır ($p<0,05$). Anne EG ve Aile EG'nda ise bebekler daha çok meme emerken ya da kendi yatağında pışpışlanarak veya yatağında kendisinin uyumasına izin verilerek uyumaktadır. Bebeklerin yaşlarına göre uyutulma yöntemleri aşağıdaki Çizelge 3.9'da gösterilmiştir.

Çizelge 3.9. Bebeklerin yaşlarına göre uyutulma yöntemleri

Bebekleri Uyutma Yöntemleri n (%)	Standart Bakım Grubu n:22	Anne Eğitim Grubu n:22	Aile Eğitim Grubu n:22	Toplam n:66	*p* değeri*
TS 1.hafta					
1:	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
2:	18 (81,8)	5 (22,7)	9 (40,9)	32 (48,5)	
3:	4 (18,2)	17 (77,3)	13 (59,1)	34 (51,5)	
DY 1. ay					
1:	5 (22,7)	2 (9,1)	4 (18,2)	11 (16,7)	*0,466*
2:	13 (59,1)	9 (40,9)	11 (50,0)	33 (50,0)	
3:	4 (18,2)	11 (50,0)	7 (31,8)	22 (33,3)	
DY 3. ay					
1:	8 (36,4)	5 (22,7)	3 (13,6)	16 (24,1)	*0,209*
2:	7 (31,8)	6 (27,3)	8 (36,4)	21 (31,8)	
3:	7 (31,8)	11 (50,0)	11 (50,0)	29 (43,9)	
DY 6. ay					
1:	13 (59,1)	2 (9,1)	5 (22,7)	20 (30,3)	
2:	7 (31,8)	12 (54,5)	9 (40,9)	28 (42,4)	***0,001***
3:	2 (9,1)	8 (36,4)	8 (36,4)	18 (27,3)	
DY 12. ay					
1:	16 (72,7)	2 (9,1)	4 (18,2)	22 (33,3)	***0,000***
2:	5 (22,7)	10 (45,5)	10 (45,5)	25 (37,9)	
3:	1 (4,5)	10 (45,5)	8 (36,4)	19 (28,8)	

**Ki-Kare testi*
1: Ayakta, kucakta yada çarşafta sallanarak, 2: Memede, 3: Yatağında pışpış ile / kendisi uyuyor.
*p değeri sallanarak uyutma yöntemi ve diğerleri (memede ve yatağında hücreleri birleştirilerek) şeklinde karşılaştırma yapılarak elde edilmiştir.

Her gün belirli saatlerde uyuyup uyanma durumuna bakılarak değerlendirilen uyku düzeni açısından TS 1. haftada ve DY 1. ayda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Düzeltilmiş yaş 3 ay olduğunda SBG'ndaki annelerin 8'i (%36,4), Anne EG'ndakilerin 18'i (%81,8) ve Aile EG'ndakilerin ise 16'sı (%72,7) bebeklerinin düzenli uykusu olduğunu belirtirken, SBG'ndaki bebeklerin düzenli uyku uyuma oranları diğer iki eğitim grubundan anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p<0,05$). Benzer oranlar DY 6.ve 12. ayda da devam etmektedir. Bu konudaki sonuçlarımız DY 3, 6 ve 12. ayda Anne EG ve Aile EG'ndaki bebeklerin, SBG'ndaki bebeklerden anlamlı olarak daha fazla düzenli uyku uyuduklarını göstermektedir ($p<0.05$) Çalışmada bebeklerin yaşlarına göre düzenli uyku uyuma oranları Çizelge 3.10'da gösterilmiştir.

Her üç gruptaki bebekler arasında bildirilen uyku sorunu açısından TS 1. hafta, DY 1. ve 3. ayda anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ancak DY 6 ve 12. ayda SBG'ndaki

anneler diğer iki gruptaki annelere göre, bebeklerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla uyku sorunu olduğunu bildirmiştir ($p<0,05$). Çizelge 3.10 uyku sorunu olduğu bildirilen çocukların yaşlarına ve gruplara göre oranlarını göstermektedir.

Çizelge 3.10. Bebeklerin yaşlarına göre düzenli uyku ve uyku sorunu oranları

Özellikler n (%)	**Standart Bakım Grubu n:22**	**Anne Eğitim Grubu n:22**	**Aile Eğitim Grubu n:22**	**Toplam n:66**	***p değeri****
Düzenli Uyku Varlığı					
TS 1. hafta	8 (36,4)	12 (54,5)	12 (54,5)	32 (48,5)	*0,379*
DY 1. ay	7 (31,8)	12 (54,5)	10 (45,5)	29 (43,9)	*0,311*
DY 3. ay	8 (36,4)	18 (81,8)	16 (72,7)	42 (63,6)	***0,004***
DY 6. ay	8 (36,4)	15 (68,2)	16 (72,7)	39 (59,1)	***0,028***
DY 12. ay	8 (36,4)	17 (77,3)	16 (72,7)	41 (62,1)	***0,009***
Uyku Sorunu Varlığı					
TS 1. hafta	4 (18,2)	2 (9,1)	5 (22,7)	11 (16,7)	*0,466*
DY 1. ay	7 (31,8)	7 (31,8)	9 (40,9)	23 (34,8)	*0,766*
DY 3. ay	12 (54,5)	6 (27,3)	9 (40,9)	27 (40,9)	*0,184*
DY 6. ay	14 (63,6)	6 (27,3)	8 (36,4)	28 (42,4)	***0,040***
DY 12. ay	14 (63,6)	6 (27,3)	5 (22,7)	25 (37,9)	***0,009***

**Ki-Kare testi*

3.6. Bebeklerin Ağlama Sorunları

Son 15 gün içinde bebeklerinin sakinleştirilmesinin mümkün olmadığı ağlama atakları açısından gruplar arasında DY 3. ay dışında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak DY 3. ayda SBG'ndaki anneler hem Anne EG, hem de Aile EG'ndaki annelere göre bebeklerinin çok daha fazla ağladığını belirtmişler ve bu aydaki fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Bebeklerin ağlama ataklarını gösteren çizelge aşağıda belirtilmiştir (Çizelge 3.11).

Çizelge 3.11. Bebeklerin yaşlarına göre son 15 gündeki ağlama atakları

Ağlama Atakları n (%)	**Standart Bakım Grubu n:22**	**Anne Eğitim Grubu n:22**	**Aile Eğitim Grubu n:22**	**Toplam n:66**	***p değeri****
TS 1. hafta					
1:	22 (100)	20 (90,9)	21 (95,5)	63 (95,5)	*0,351*
2:	0 (0)	2 (9,1)	1 (4,5)	3 (4,5)	
DY 1. ay					
1:	17 (77,3)	20 (90,9)	16 (72,7)	53 (80,3)	*0,288*
2:	5 (22,7)	2 (9,1)	6 (27,3)	13 (19,7)	
DY 3. ay					
1:	16 (72,7)	21 (95,5)	21 (95,5)	58 (87,9)	***0,029***
2:	6 (27,3)	1 (4,5)	1 (4,5)	8 (12,1)	
DY 6. ay					
1:	18 (81,8)	20 (90,9)	19 (86,4)	57 (86,4)	*0,680*
2:	4 (18,2)	2 (9,1)	3 (13,6)	9 (13,6)	
DY 12. ay					
1:	20 (90,9)	21 (95,5)	20 (80,9)	61 (92,4)	*0,805*
2:	2 (9,1)	1 (4,5)	2 (9,1)	5 (7,6)	

**Ki-Kare testi*
1: Hiç ağlamıyor ya da 1-2 kez, 2: Sayamadığım kadar çok

Çalışmamızda annelerin bebeği ağladığında nasıl hissettiği değerlendirildiğinde; bebeğinin ağlaması karşısında endişelenen ve zorlandığını söyleyen annelere karşılık, ağlamanın nedenini bulmaya çalışıp, çok endişelenmediğini ve sakin kalabildiğini söyleyen anneler her üç grupta da karşılaştırılmıştır. Taburculuktan 1 hafta sonra ve bebeğin yaşı DY 1, 3 ve 6 ay olduğunda Anne EG ve Aile EG'ndaki annelerin SBG'ndaki annelere göre bebekleri ağladığında paniğe kapılmadan sakin kalabildikleri, buna karşılık bebeği ağladığında endişelenerek bebeğini sakinleştirmekte zorlanan annelerin ise SBG'nda anlamlı olarak daha fazla olduğu gözlenmiştir (p<0,05). Bebek DY 12 aylık olduğunda ise tüm gruplardaki anneler ağlayan bebeklerine karşı daha rahat davranabilmektedir. Bebeğinin ağlaması karşısında anelerin nasıl hissettiğini gösteren çizelge aşağıdadır (Çizelge 3.12).

Çizelge 3.12. Bebekleri ağladığında annelerin hissettikleri

Bebeğiniz ağladığında ne hissediyorsunuz? N(%)	Standart Bakım Grubu n:22	Anne Eğitim Grubu n:22	Aile Eğitim Grubu n:22	Toplam n:66	*p değeri**
TS 1. hafta					
1:	6 (27,3)	0 (0)	0 (0)	6 (9,1)	***0,001***
2:	16 (72,7)	22 (100)	22 (100)	60 (90,9)	
DY 1. ay					
1:	9 (40,9)	1 (4,5)	0 (0)	10 (15,2)	***0,000***
2:	13 (59,1)	21 (95,5)	22 (100)	56 (84,8)	
DY 3. ay					
1:	9 (40,9)	1 (4,5)	0 (0)	10 (15,2)	***0,000***
2:	13 (59,1)	21 (95,5)	22 (100)	56 (84,8)	
DY 6. ay					
1:	4 (18,2)	0 (0)	0 (0)	4 (6,1)	***0,014***
2:	18 (81,8)	22 (100)	22 (100)	62 (93,9)	
DY 12. ay					-
1:	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
2:	22 (100)	22 (100)	22 (100)	66 (100)	

**Ki-Kare testi*
1: Endişeleniyorum ve bebeğimi sakinleştirmekte zorlanıyorum.
2: Sakin kalabiliyorum, ağlama nedenlerini tahmin ederek, bebeğimi rahatlatmaya çalışıyorum.

3.7. Bebeklerle İlgili Bildirilen Sorunlar

Bebekte yaşanan en büyük soruna yönelik değerlendirmede; SBG'ndaki anneler DY 3. ayda diğer iki eğitim grubundan daha fazla sorun bildirmiştir ($p<0,05$). En sık belirtilen sorunlar beslenme, uyku ve ağlama ile ilgilidir. Diğer zamanlarda bu açıdan grupların verileri birbirine benzer bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 3.13).

Çizelge 3.13. Bebekle ilgili anneler tarafından bildirilen sorunların zamana göre sıklığı

Sizce bebeğinizde bir sorun var mı? n (%)	Standart Bakım Grubu n:22	Anne Eğitim Grubu n:22	Aile Eğitim Grubu n:22	Toplam n:66	*p değeri**
TS 1. hafta					
Evet	6 (27,3)	5 (22,7)	6 (27,3)	17 (25,8)	*0,804*
Hayır	16 (72,7)	17 (77,3)	16 (72,7)	49 (74,2)	
DY 1. ay					
Evet	5 (22,7)	8 (26,4)	9 (40,9)	22 (33,3)	*0,664*
Hayır	17(77,3)	14 (63,6)	13 (59,1)	44 (66,7)	
DY 3. ay					
Evet	12 (54,5)	4 (18,2)	6 (27,3)	22 (33,3)	***0,029***
Hayır	10 (45,5)	18 (81,8)	16 (72,7)	44 (66,7)	
DY 6. ay					
Evet	10 (45,5)	8 (26,4)	7 (31,8)	25 (37,9)	*0,637*
Hayır	12 (54,5)	14 (63,6)	15 (68,2)	41 (62,1)	
DY 12. ay					
Evet	11 (50,0)	8 (26,4)	9 (40,9)	28 (42,4)	*0,648*
Hayır	11 (50,0)	14 (63,6)	13 (59,1)	38 (57,6)	

**Ki-Kare testi*

3.8. Bebeklere Düzenli Masaj Uygulanması

Çalışmamızda ailelere bebeklerine rahatlaması ya da gazını kolay çıkarması için düzenli masaj uygulayıp uygulamadıkları da sorulmuştur. Taburculuk sonrası 1. haftada ve DY 3. ayda gruplar arasında masaj uygulama oranları açısından bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Bebeklerin yaşı DY 1, 6 ve 12 aylık iken Aile EG'nda düzenli bebek masajı uygulamasının en yüksek oranda olduğu gözlenmiştir ve bu aylarda her iki eğitim grubunda bebeklere düzenli masaj uygulanması SBG'ndan anlamlı olarak fazla oranda bulunmuştur (p<0,05) (Çizelge 3.14).

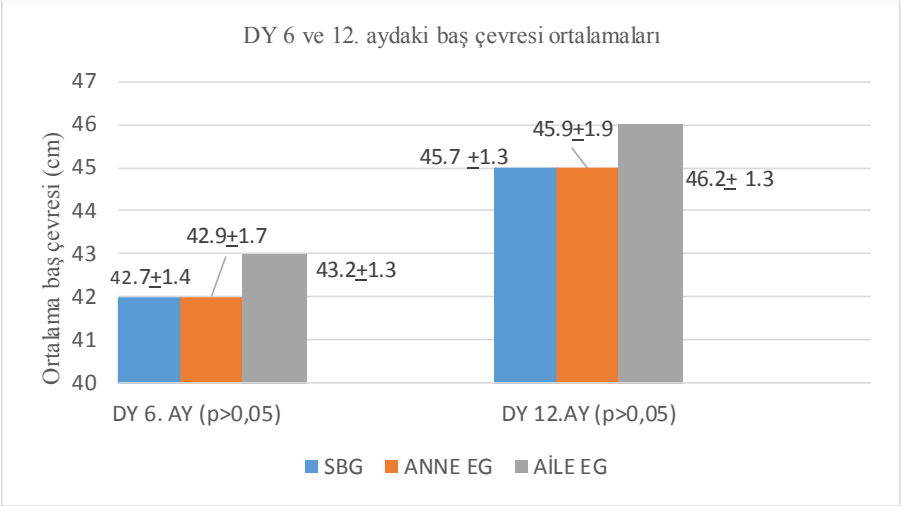
Çizelge 3.14. Düzenli masaj yapılan bebeklerin yaşlara göre oranı

Düzenli masaj uygulaması n(%)	**Standart Bakım Grubu n:22**	**Anne Eğitim Grubu n:22**	**Aile Eğitim Grubu n:22**	**Toplam n:66**	***p değeri****
TS 1. hafta	7 (31,8)	8 (36,4)	6 (27,3)	21 (31,8)	*0,811*
DY 1. ay	19 (86,4)	22 (100)	22 (100)	63 (95,5)	***0,043***
DY 3. ay	18 (81,8)	22 (100)	21 (95,5)	61 (92,4)	*0,060*
DY 6. ay	10 (45,5)	16 (72,7)	21 (95,5)	47 (71,2)	***0,001***
DY 12. ay	3 (13,6)	11 (50,0)	17 (77,3)	31 (47,0)	***0,000***

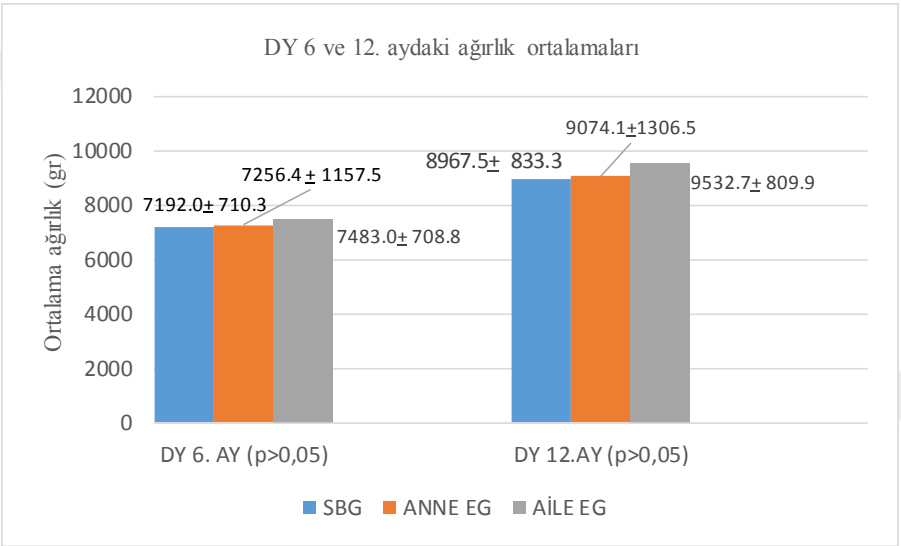
**Ki-Kare testi*

3.9. Bebeklerin Antropometrik Ölçümleri

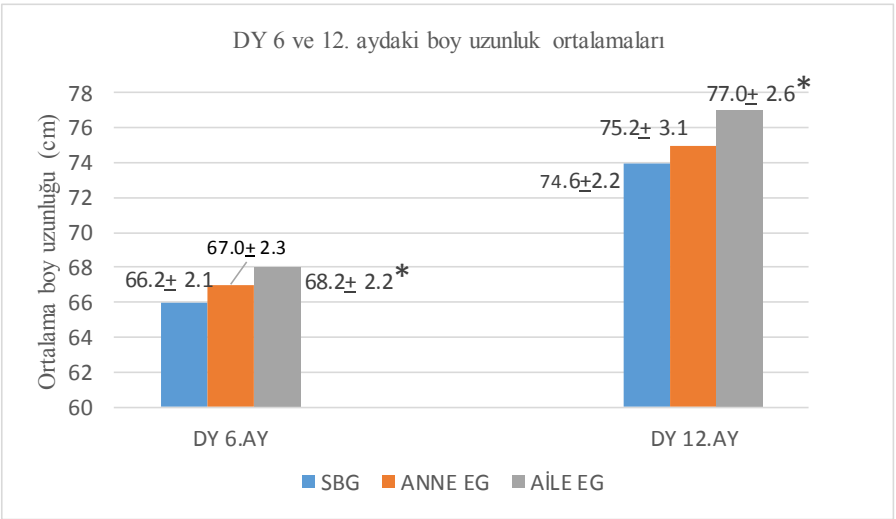
Çalışmamızdaki bebeklerin yaşı DY 6 ve 12 ay olduğunda yapılan ağırlık ve baş çevresi ölçümleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (p>0,05). Ancak hem DY 6. ayda, hem de DY 12. ayda Aile EG'ndaki bebeklerin boy uzunlukları, SBG'ndaki bebeklerin boyundan anlamlı şekilde daha uzun olarak saptanmıştır (p<0,05). Çalışmamızda her üç gruptaki bebeklerin yaşı DY 6 ve 12 ay olduğunda saptanan ağırlık, boy ve baş çevresi ölçümlerinin ortalama değerleri aşağıda gösterilmektedir (Şekil 3.1).



Şekil 3.1a



Şekil 3.1b



Şekil 3.1c

*p<0,05: Aile EG ile SBG karşılaştırıldığında

Şekil 3.1.Bebeklerin DY 6 ve 12. aydaki baş çevresi (a), ağırlık (b) ve boy uzunluk (c) ortalama değerleri

3.10. Bebeklerin Denver II Gelişimsel Tarama Test Sonuçları

Düzeltilmiş yaş 6. ayda uygulanan DGTT II'de her üç gruptaki bebeklerin tamamının yaşına uygun gelişim gösterdikleri saptanmıştır. Standart Bakım Grubu'nda 3 (%13,6) bebek, Anne EG ve Aile EG'nda ise 1 (%4,5)'er bebek için test şüpheli olarak değerlendirilmiş ve tekrarı önerilmiştir. Bir ay sonra tekrarlanan testte bu bebeklerin tümü başarılı bulunmuştur. Denver II gelişim test sonuçları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

3.11. Bebeklerin Postnatal 1 Yıl İçinde Hastaneye Yatış Durumları

Çalışmaya dahil edilen bebeklerin takiplerinde YDYBÜ'nden taburcu edildikten sonra herhangi bir nedenle tekrar hastaneye yatış durumları değerlendirilmiştir. Gruplar arasında DY 1, 3, 6 ve 12. ayda yapılan değerlendirmede; en düşük hastaneye yatış oranlarının Aile EG'nda, en yüksek oranların ise SBG'nda olduğu saptanmakla birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.15).

Çizelge 3.15. Bebeklerin ilk 1 yaşta tekrar hastaneye yatış oranları

Tekrar hastaneye yatış n (%)	**Standart Bakım Grubu n:22**	**Anne Eğitim Grubu n:22**	**Aile Eğitim Grubu n:22**	**Toplam n:66**	***p değeri****
DY 1. ay	3 (13,6)	3 (13,6)	2 (9,1)	8 (12,1)	*0,852*
DY 3. ay	4 (18,2)	1 (4,5)	0 (0)	5 (7,6)	*0,060*
DY 6. ay	5 (22,7)	2 (9,1)	1 (4,5)	8 (12,1)	*0,157*
DY 12. ay	6 (27,3)	2 (9,1)	1 (4,5)	9 (13,6)	*0,067*

**Ki-Kare testi*

3.12. Annelerin Bebekleriyle İlgili Algı Durumları

Çalışmamızda bebekle ilgili anne algısının değerlendirildiği tüm zamanlarda en olumsuz algının SBG'ndaki annelerde olduğu belirlenmiştir. Taburculuktan sonra

1. hafta ile DY 3. ve 12. ayda Anne EG ve Aile EG'ndaki annelerin bebek algılarının birbirine benzer olduğu, buna karşın SBG'ndaki annelerin bebekleriyle ilgili algılarının bu iki gruptaki annelerden daha olumsuz olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Düzeltilmiş yaş 1. ayda ise SBG'ndaki annelerin bebek algısı Aile EG'ndaki annelerden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). DY 6. ayda bebek algısı açısından gruplar arasında bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Anneler tarafından bebeğinin karakter algısını değerlendiren bebek karakterini algılama ölçek puanlarını gösteren çizelge aşağıdadır (Çizelge 3.16).

Çizelge 3.16. Annelerin Bebek Karakterini Algılama Ölçek puanları

BKAÖ Puanları (ortalama±ss) (en az-en çok)	**Standart Bakım Grubu n:22**	**Anne Eğitim Grubu n:22**	**Aile Eğitim Grubu n:22**	***p değeri****
TS 1. hafta	20,31±7,10 (7-32)	13,81±4,52 (7-26)	13,72±4,49 (7-28)	***P[a]:0,003*** ***P[b]:0,002*** *P[c]:0,999*
DY 1. ay	20,36±7,42 (7-31)	16,59±5,74 (9-26)	15,04 ±6,60 (7-32)	*P[a]:0,151* ***P[b]:0,026*** *P[c]:0,721*
DY 3. ay	19,50±6,68 (7-32)	14,31±6,31 (7-24)	13,77±6,06 (7-26)	***P[a]:0,034*** ***P[b]:0,014*** *P[c]:0,988*
DY 6. ay	17,59±7,60 (7-28)	13,13±5,52 (7-27)	13,68±7,23 (7-27)	*P[a]:0,087* *P[b]:0,149* *P[c]:0,962*
DY 12. ay	17,95±6,18 (7-26)	12,59±4,90 (8-24)	12,77±6,23 (7-25)	***P[a]:0,008*** ***P[b]:0,025*** *P[c]:0,999*

** ANOVA test*
a: SBG ile Anne EG, b: SBG ile Aile EG, c: Anne EG ile Aile EG karşılaştırılmıştır.

3.13. Anne- Bebek Bağlanması

Anne bebek bağlanmasının değerlendirilmesi amacıyla DY 1, 2, 3 ve 4. ayda annelere uygulanan Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) puanları her üç grupta karşılaştırılmıştır. Anne EG'ndaki annelerin MBÖ puanları ile Aile EG'ndaki annelerin puanları benzer olup, aralarında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ancak SBG'ndaki annelerin MBÖ puanları hem Anne EG'ndaki annelerden, hem de Aile

EG'ndaki annelerden tüm ölçüm yapılan aylarda anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır ($p<0.05$) (Çizelge 3.17).

Çizelge 3.17. Annelerin Maternal Bağlanma Ölçek Puanları

MBÖ puanları (ortalama±ss) (en az-en çok)	**Standart Bakım Grubu n:22**	**Anne Eğitim Grubu n:22**	**Aile Eğitim Grubu n:22**	***p değeri****
DY 1. ay	93,04±6,01 (81-103)	100,68±3,44 (91-104)	99,95±3,55 (90-104)	***P[a]:0,000*** ***P[b]:0,000*** *P[c]:0,852*
DY 2. ay	92,18±6,55 (82-104)	98,68±4,23 (87-104)	99,50±3,88 (88-104)	***P[a]:0,001*** ***P[b]:0,000*** *P[c]:0,881*
DY 3. ay	90,27±7,07 (80-104)	99,86±4,37 (90-104)	99,86±4,62 (89-104)	***P[a]:0,000*** ***P[b]:0,000*** *P[c]:1,000*
DY 4. ay	89,31±7,21 (80-102)	99,86±4,35 (85-104)	100,09±4,33 (88-104)	***P[a]:0,000*** ***P[b]:0,000*** *P[c]:0,997*

** ANOVA test*
a: SBG ile Anne EG, b: SBG ile Aile EG, c: Anne EG ile Aile EG karşılaştırılmıştır.

3.14. Baba – Bebek Bağlanması

Bebekler DY 6 aylıkken, baba bebek bağlanma ölçek puanlarının tüm alt gruplarında (sabır-hoşgörü, etkileşimde zevk ve sevgi-gurur) en düşük puanlar SBG'nda 76ar e yüksek puanlar Aile EG'ndaki babalarda saptanmıştır. DY 6. ayda baba bebek bağlanma ölçek puanları açısından Anne EG ve Aile EG'nun sonuçları benzer iken, tüm alt gruplarda Aile EG'ndaki babaların puanları SBG'ndaki babalardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). ayrıca Anne EG'ndaki babaların sevgi ve gurur alt başlığındaki puanları da, SGB'ndakilerden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Bebeklerin yaşı DY 12 ay olduğunda ise saptanan tek fark sevgi-gurur alt başlığında SBG ile Aile EG'ndaki babalar arasındadır. Standart Bakım Grubu'ndaki babaların sevgi-gurur puanı, Aile EG'ndaki babalardan anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,05$). Diğer alt başlıklarda, bebekler DY 12 aylık olduklarında gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Baba-bebek bağlanma ölçek puanlarının DY 6 ve 12. aydaki değerleri Çizelge 3.18'de gösterilmektedir.

Çizelge 3.18. Babaların Baba Bebek Bağlanma Ölçek puanları

BBBÖ Puanları (ortalama±ss) (en az-en çok)	**Standart Bakım Grubu n:22**	**Anne Eğitim Grubu n:22**	**Aile Eğitim Grubu n:22**	***p değeri****
DY 6. ay				
Sabır – Hoşgörü	31,96±5,22 (21,60-40)	33,48±4,84 (25-40)	35,90±3,55 (29-40)	*P^a:0,522* ***P^b:0,016*** *P^c:0,196*
Etkileşimde zevk	23,31±4,82 (17-31,30)	25,42±3,86 (19,30-31,60)	27,16±3,95 (20,30-35)	*P^a:0,232* ***P^b:0,010*** *P^c:0,367*
Sevgi – Gurur	12,62±1,86 (8,30-15)	13,98±1,31 (11,30-15)	14,02±1,32 (9,60-15)	***P^a:0,012*** ***P^b:0,009*** *P^c:0,997*
DY 12. ay				
Sabır – Hoşgörü	32,13±5,58 (23,60-40)	32,66±5,18 (24,10-40)	35,15±4,00 (27,40-40)	*0,106*
Etkileşimde zevk	25,05±4,92 (15-31,20)	25,81±4,02 (19-33,60)	26,65±5,67 (11,60-35)	*0,562*
Sevgi – Gurur	13,22±1,59 (10,60-15)	13,83±1,73 (9,30-15)	14,53±0,68 (12,60-15)	*P^a:0,548* ***P^b:0,004*** *P^c:0,247*

**ANOVA test*
a: SBG ile Anne EG, b: SBG ile Aile EG, c: Anne EG ile Aile EG karşılaştırılmıştır.

3.15. Ebeveynlerin Kaygı Düzeyleri

Araştırmada annelerin ve babaların doğum sonrası ve bebek DY 1, 3, 6 ve 12 aylık olduğunda sürekli ve durumluk kaygı düzeyleri değerlendirilmiştir. Gruplar arasında hem anneler hem de babalarda sürekli kaygı düzeyleri açısından bebeğin yaşlarına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Çizelge 3.19).

Çizelge 3.19. Ebeveynlerin Sürekli Kaygı Ölçek puanları

SKÖ Puanları (ortalama±ss) (en az-en çok)	**Standart Bakım Grubu n:22**	**Anne Eğitim Grubu n:22**	**Aile Eğitim Grubu n:22**	***p değeri****
Anneler				
Doğumdan sonra	44,95±9,43 (24-61)	44,09±9,41 (28-62)	43,81±8,14 (32-61)	*0,909*
DY 1. ay	40,81±9,91 (21-55)	40,95±6,69 (28-50)	40,27±8,03 (22-52)	*0,960*
DY 3. ay	40,59±6,27 (26-50)	38,13±7,13 (25-51)	38,77±9,11 (21-53)	*0,542*
DY 6. ay	41,00±5,52 (29-48)	39,27±9,24 (21-59)	37,95±6,20 (27-47)	*0,375*
DY 12. ay	38,13±6,20 (24-48)	37,72±8,15 (21-55)	35,18±7,50 (22-48)	*0,357*

Çizelge 3.19. Ebeveynlerin Sürekli Kaygı Ölçek puanları, devam

SKÖ Puanları (ortalama±ss) (en az-en çok)	Standart Bakım Grubu n:22	Anne Eğitim Grubu n:22	Aile Eğitim Grubu n:22	*p değeri**
Babalar				
Doğumdan sonra	40,63±7,82 (30-57)	38,81±7,67 (29-53)	38,18±8,32 (22-62)	0,571
DY 1. ay	39,09±7,39 (28-57)	37,68±5,82 (26-47)	36,36±6,06 (25-47)	0,382
DY 3. ay	39,45±5,98 (30-55)	36,95±10,01 (20-60)	34,13±9,13 (21-60)	0,127
DY 6. ay	38,31±7,14 (21-52)	35,13±6,72 (25-48)	33,68±7,83 (20-48)	0,104
DY 12. ay	35,22±7,00 (25-48)	35,63±5,69 (25-44)	33,86±7,95 (22-53)	0,677

** ANOVA test*

Ebeveynlerin değerlendirmenin yapıldığı zamanlara göre durumluk kaygı düzeylerini gösteren Çizelge 3.20 aşağıdadır.

Çizelge 3.20. Ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçek puanları

DKÖ Puanları (ortalama±ss) (en az-en çok)	Standart Bakım Grubu n:22	Anne Eğitim Grubu n:22	Aile Eğitim Grubu n:22	*p değeri**
Anneler				
Doğumdan sonra	42,81±11,75 (22-62)	39,81±8,81 (22-54)	42,18±12,18 (27-65)	*0,638*
DY 1. ay	40,04±10,65 (20-54)	33,90±7,64 (22-52)	34,22±10,21 (22-60)	*0,065*
DY 3. ay	38,36±7,61 (20-48)	29,09±7,52 (21-50)	30,86±9,22 (21-53)	***P^a:0,001*** ***P^b:0,009*** *P^c:0,752*
DY 6. ay	38,77±7,30 (22-48)	34,50±9,16 (21-52)	31,59±8,36 (22-46)	*P^a:0,212* ***P^b:0,015*** *P^c:0,481*
DY 12. ay	37,50±6,77 (23-51)	32,40±7,43 (21-48)	32,00±8,54 (20-56)	*0,052*
Babalar				
Doğumdan sonra	39,09±9,63 (21-53)	38,13±10,11 (23-62)	40,18±10,93 (21-58)	*0,803*
DY 1. ay	36,68±8,41 (20-52)	37,45±10,66 (23-57)	35,04±10,25 (22-57)	*0,710*
DY 3. ay	37,40±7,04 (23-48)	34,72±9,73 (23-50)	31,00±9,68 (20-50)	*0,064*
DY 6. ay	34,59±7,16 (21-48)	33,63±9,09 (23-50)	30,68±8,05 (22-50)	*0,260*
DY 12. ay	34,63±7,62 (20-48)	32,45±8,30 (21-48)	30,40±8,60 (20-52)	*0,239*

** ANOVA test*
a: SBG ile Anne EG, b: SBG ile Aile EG, c: Anne EG ile Aile EG karşılaştırılmıştır.

Ebeveynlerin durumluk kaygı düzeyleri kaşılaştırıldığında, doğumdan sonra ve bebeklerin yaşı DY 1 ay ve 12 ay olduğunda annelerin durumluk kaygı düzeyleri arasından gruplar arasında bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Ancak DY 3. ayda Anne EG ve Aile EG'ndaki anneler arasında bir fark bulunmazken, SBG'ndaki annelerin durumluk kaygı düzeyleri her iki eğitim grubundaki anneden anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır (p<0,05). Bebekler DY 6 aylık olduğunda; SBG'ndaki annelerin durumluk kaygı düzeyi Aile EG'ndaki annelerden anlamlı olarak daha yüksektir (p<0,05). Babaların durumluk kaygı düzeyleri arasında ise, bebeklerin yaşlarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). (Çizelge 3.20).

3.16. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeyleri

Çalışmamızda doğumdan sonra ve bebekler DY 1, 6 ve 12 aylık olduklarında anne-babaların umutsuzluk düzeyi Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ile değerlendirilmiştir. Doğumdan sonra annelerin umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark yokken, DY 1. ve 6. ayda SBG'ndaki annelerin umutsuzluk düzeyi Aile EG'ndaki annelerden anlamlı olarak yüksektir (p<0,05). Düzeltilmiş yaş 12. ayda ise Aile EG'ndaki annelerin umutsuzluk düzeyi hem SBG'ndaki annelerden, hem de Anne EG'ndaki annelerden anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (p<0,05). Çalışmamızda babaların umutsuzluk düzeylerinde ise bebeklerin yaşlarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (p>0,05) (Çizelge 3.21).

Çizelge 3.21. Ebeveynlerin Beck Umutsuzluk Ölçek puanları

BUÖ Puanları (ortalama±ss) (en az-en çok)	**Standart Bakım Grubu n:22**	**Anne Eğitim Grubu n:22**	**Aile Eğitim Grubu n:22**	***p değeri****
Anneler				
Doğumdan sonra	6,00± 4,97 (0-15)	5,50±3,51 (0-13)	4,45±3,87 (0-13)	*0,460*
DY 1. ay	5,86±4,09 (0-12)	4,00±3,13 (0-13)	3,22±3,42 (0-13)	*P^a:0,202* ***P^b:0,045*** *P^c:0,754*
DY 6. ay	4,40±2,97 (0-9)	4,45±4,02 (0-14)	2,31±2,43 (0-11)	*P^a:0,999* ***P^b:0,043*** *P^c:0,116*
DY 12. ay	4,40±3,27 (0-10)	4,45±3,56 (0-12)	2,31±2,47 (0-10)	*P^a:0,999* ***P^b:0,049*** ***P^c:0,048***

Çizelge 3.21. Ebeveynlerin Beck Umutsuzluk Ölçek puanları, devam

BUÖ Puanları (ortalama±ss) (en az-en çok)	Standart Bakım Grubu n:22	Anne Eğitim Grubu n:22	Aile Eğitim Grubu n:22	*p değeri**
Babalar				
Doğumdan sonra	5,09±3,97 (0-15)	3,72±2,62 (0-11)	2,90±2,65 (0-10)	*0,750*
DY 1. ay	4,13±3,66 (0-12)	4,63±3,64 (0-13)	2,90±3,23 (0-12)	*0,254*
DY 6. ay	3,68±3,10 (0-11)	4,31±4,05 (0-15)	2,36±1,89 (0-5)	*0,118*
DY 12. ay	3,59±3,33 (0-11)	3,09±2,86 (0-9)	2,04±2,49 (0-8)	*0,208*

** ANOVA test*
a: SBG ile Anne EG, b: SBG ile Aile EG, c: Anne EG ile Aile EG karşılaştırılmıştır.

3.17. Ebeveynlerin Hayat Kalitesi

Çalışmamızda anne ve babaların doğumdan sonra ve bebekler DY 1, 6 ve 12 aylık olduklarında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve ruhsal sağlık alt başlıklarını içeren hayat kalitesi sonuçları değerlendirilmiştir.

3.17.1. Fiziksel Fonksiyon (FF)

Annelerde fiziksel fonksiyon açısından doğumdan sonra ve DY 1. ayda gruplar arasında bir fark yokken, DY 6. ayda en düşük FF puanı SBG'ndaki annelerde saptanmış olup, bu puan Anne EG ve Aile EG'na göre anlamlı olarak düşüktür ($p<0,05$). Düzeltilmiş yaş 12. ayda ise en düşük puan SBG'ndaki annelerdedir ve Aile EG'ndaki annelerden anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$). Babalarda ise FF açısından doğumdan sonra ve DY 1. ayda gruplar arasında bir fark saptanmazken, DY 6.ayda en düşük puan SBG'ndaki babalarda olup, Anne EG'ndaki babalardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0,05$). DY 12. ayda ise SBG'ndaki babaların FF puanları hem Anne EG, hem de Aile EG'ndaki babalardan anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$) Çalışmadaki anne ve babaların fiziksel fonksiyon puanları Çizelge 3.22'de gösterilmiştir (Çizelge 3.22).

3.17.2. Fiziksel Rol Güçlüğü (FRG)

Her üç gruptaki annelerin doğumdan sonra değerlendirilen FRG açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Düzeltilmiş yaş 1. ayda Anne EG'ndaki annelerin FRG puanları en yüksek olup, bu değerler SBG'ndaki annelerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Düzeltilmiş yaş 6. ve 12. ayda ise hem Anne EG hem de Aile EG'ndaki annelerin FRG puanları SBG'ndaki annelerden anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Babalarda ise yaş dönemlerine göre gruplar arasında FRG puanları açısından herhangi bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmadaki ebeveynlerin FRG puanları Çizelge 3.22'de gösterilmiştir.

3.17.3. Ağrı

Çalışmamızda hayat kalitesinin ağrı alt başlığında DY 1. ay dışındaki zamanlarda annelerde gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). DY 1. ayda ise ağrı puanı en yüksek olan anneler Aile EG'ndakiler olup, bu puan SBG'ndaki annelerin ağrı puanından anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Babalarda ise ağrı puanları açısından değerlendirmenin yapıldığı tüm zamanlarda gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0,05$). Değerlendirmenin yapıldığı aylara göre anne ve babaların ağrı puanları Çizelge 3.22'de gösterilmiştir .

3.17.4. Genel Sağlık Algısı (GSA)

Annelerin GSA puanlarında doğumdan sonra ve DY 12. ayda gruplar arasında bir fark bulunmazken, DY 1.ve 6. ayda en yüksek puan Aile EG'ndaki annelerdedir ve bu puanlar SBG'ndaki annelere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Babalarda ise GSA yönünden değerlendirmenin yapıldığı tüm zamanlarda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.22).

3.17.5. Enerji

Çalışmamızda hem anneler hem de babalarda doğumdan sonra ve DY 1, 6 ve 12. ayda bakılan enerji düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Anne ve babaların enerji düzeyleri Çizelge 3.22'de gösterilmiştir (Çizelge 3.22).

3.17.6. Sosyal Fonksiyon (SF)

Hayat kalitesinin SF alt başlığında doğum sonrası ve DY 1. ayda anne ve babalarda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bebekler DY 6 aylıkken, anne ve babalarda en yüksek SF puanı Aile EG'ndaki ebeveynlerdedir ve bu fark SBG'ndakilerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Düzeltilmiş yaş 12 .ayda ise SBG'ndaki annelerin SF puanı en düşük bulunmuş ve Anne EG ile Aile EG'ndaki annelerin SBG'ndaki annelerden anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları gözlenmiştir ($p<0,05$). Babalarda ise DY 12. ayda en yüksek puan Aile EG'ndaki babalarda olup, bu puanlar SBG'ndakilerden anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Anne ve babaların SF puanları Çizelge 3.22'de gösterilmiştir (Çizelge 3.22).

3.17.7. Emosyonel Rol Güçlüğü (ERG)

Çalışmamızda doğumdan sonraki dönemde anne ve babalarda ERG puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p<0,05$). Babalar için de DY 1. ayda ERG açısından gruplar arasında bir fark saptanmazken; annelerde DY 1 ve 6. ayda en yüksek ERG puanı Aile EG'nda tespit edilmiştir ve bu puan SBG'ndaki annelerden anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$). Düzeltilmiş yaş 12. ayda ise SBG'ndaki annelerin puanı hem Anne EG hem de Aile EG'ndaki annelerden anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,05$) . Babalarda ise DY 6 ve 12.ayda SBG'ndaki babaların ERG puanı, Aile EG'ndakilerden anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p<0,05$). Anne ve babalara ait ERG puanları Çizelge 3.22'de gösterilmiştir (Çizelge 3.22).

3.17.8. Ruhsal Sağlık (RS)

Annelerin RS puanları doğum sonrası ve DY 1. ayda her üç grupta da benzer olup aralarında bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Düzeltilmiş yaş 6.ve 12. ayda; RS puanları en düşük olan SBG'ndaki anneler ve en yüksek olanlar ise Aile EG'ndaki anneler olup aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Babaların RS durumları değerlendirildiğinde; doğumdan sonra gruplar arasında bir fark yokken, DY 1. ayda SBG'ndaki babaların RS puanı en düşük ve Aile EG'ndaki babaların RS puanı ise en yüksek olup, aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Düzeltilmiş yaş 6. ayda Anne EG ve Aile EG'ndaki babaların RS puanları benzer olup, SBG'ndaki babalardan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Düzeltilmiş yaş 12. ayda ise en yüksek RS puanı Aile EG'ndaki babalardadır ve SBG'ndaki babalardan anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Değerlendirme zamanlarına göre anne ve babaların RS puanlarını gösteren çizelge aşağıda gösterilmektedir (Çizelge 3.22).

Çizelge 3.22. Ebeveynlerin hayat kalitesi ölçek puanları

Hayat Kalitesi Ölçeği (SF-36)	Standart Bakım Grubu (n=22)		Anne Eğitim Grubu (n=22)		Aile Eğitim Grubu (n=22)		p1	p2
	Anne	**Baba**	**Anne**	**Baba**	**Anne**	**Baba**		
Fiziksel fonksiyon								
Doğumdan sonra	70,2±19,5	85,7±16,2	77,5±21,1	93,2±10,3	74,5±22,2	82,7±19,8	0,52	0,09
DY 1. ay	69,1±18,1	76,1±22,2	78,6±17,3	89,3±14,3	81,6±19,8	87,0±23,6	0,07	0,08
DY 6. ay	69,5±16,9 [a,b]	77,3±17,2 [a]	81,6±17,4	90,9±7,6	86,1±11,8	89,5±16,4	**0,00**	**0,00**
DY 12. ay	72,5±16,7 [b]	80,2±16,5 [a,b]	82,7±12,6	93,2±9,8	87,5±16,4	90,9±1,8	**0,01**	**0,01**
Fiziksel rol güçlüğü								
Doğumdan sonra	27,3±36,1	67,0±31,2	25,0±26,7	75,9±31,3	26,1±34,9	77,3±28,8	0,97	0,49
DY 1. ay	27,3±27,7 [a]	63,6±27,5	61,4±34,3	67,0±38,1	48,9±41,9	71,6±35,6	**0,01**	0,74
DY 6. ay	34,1±33,2 [a,b]	63,6±27,5	65,9±37,4	68,2±41,7	70,4±35,0	82,9±30,3	**0,00**	0,15
DY 12. ay	43,2±32,9 [a,b]	70,2±27,4	77,3±32,6	84,1±21,2	78,4±35,6	80,7±33,6	**0,00**	0,23
Emosyonel rol güçlüğü								
Doğumdan sonra	21,2±33,4	57,6±35,9	34,8±39,2	65,1±37,8	31,8±37,8	62,6±35,4	0,44	0,79
DY 1. ay	26,7±36,6 [b]	69,8±28,9	54,5±39,3	78,8±33,4	61,7±43,1	72,7±38,0	**0,01**	0,66
DY 6. ay	40,0±35,2 [b]	60,5±34,8 [b]	61,4±34,7	76,4±32,8	73,5±34,4	92,5±14,1	**0,01**	**0,00**
DY 12. ay	40,1±30,4 [a,b]	63,6±30,4 [b]	68,9±37,2	81,9±28,6	81,0±31,0	86,4±28,5	**0,00**	**0,03**
Ağrı								
Doğumdan sonra	44,0±29,2	75,3±21,7	54.1±28,4	80,3±18,6	44,3±28,0	76,3±25,5	0,42	0,73
DY 1. ay	60,8±22,4 [b]	78,7±20,2	72.5±24,9	76,0±24,9	78,7±19,6	80,4±23,4	**0,03**	0,81
DY 6. ay	64,4±22,2	76,2±19,4	70.8±22,5	71,7±18,7	73,6±20,5	85,2±23,1	0,36	0,09
DY 12. ay	68,1±21,1	78,4±17,2	74.2±20,6	84,5±15,4	82,7±20,6	83,3±26,7	0,07	0,57

Çizelge 3.22. Ebeveynlerin hayat kalitesi ölçek puanları, devam

Hayat Kalitesi Ölçeği (SF-36)	Standart Bakım Grubu (n=22)		Anne Eğitim Grubu (n=22)		Aile Eğitim Grubu (n=22)		p1	p2
	Anne	**Baba**	**Anne**	**Baba**	**Anne**	**Baba**		
Genel sağlık algısı								
Doğumdan sonra	62,2±15,7	69,9±15,7	62,4±18,4	70,5±19,4	67,8±17,3	74,9±18,3	0,48	0,60
DY 1. ay	64,9±15,2 [b]	65,3±16,3	72,1±18,2	72,5±17,6	76,8±13,5	75,1±18,8	**0,04**	0,17
DY 6. ay	62,8±14,0 [b]	70,8±20,7	73,9±18,0	74,7±16,8	76,4±14,5	77,0±17,9	**0,01**	0,53
DY 12. ay	69,0±14,4	71,1±18,6	77,1±16,1	74,7±13,2	79,4±15,7	80,3±18,6	0,07	0,20
Enerji								
Doğumdan sonra	42,7±22,3	67,0±11,8	47,9±18,2	68,9±15,5	51,4±20,4	65,4±18,6	0,37	0,77
DY 1. ay	55,4±19,3	72,3±16,9	60,4±16,8	68,9±15,3	60,9±20,5	72,0±20,3	0,57	0,77
DY 6. ay	55,2±15,6	71,4±21,4	65,4±17,6	67,9±16,9	67,5±21,9	77,7±15,0	0,07	0,19
DY 12. ay	59,8±15,1	70,0±16,2	64,8±16,6	70,7±13,0	71,8±18,7	76,6±20,8	0,07	0,37
Ruhsal sağlık								
Doğumdan sonra	61,8±16,5	66,2±10,4	68,2±16,1	68,1±12,9	68,4±16,5	71,8±14,1	0,32	0,32
DY 1. ay	68,9±14,5	67,5±14,8 [b]	72,0±13,8	75,6±11,2	77,9±16,5	78,5±12,8	0,13	**0,02**
DY 6. ay	65,1±14,9 [b]	67,4±12,4 [a,b]	73,0±13,8	74,6±9,0	76,5±12,7	82,4±10,1	**0,02**	**0,00**
DY 12. ay	67,4±13,9 [b]	71,4±13,1 [b]	75,9±12,5	77,4±10,8	80,5±12,5	82,7±10,8	**0,00**	**0,01**
Sosyal fonksiyon								
Doğumdan sonra	46,0±33,0	52,8±26,1	55,2±28,7	64,2±28,4	50,6±26,6	55,9±31,8	0,59	0,41
DY 1. ay	47,7±31,7	72,1±23,7	50,0±26,7	74,4±23,6	65,8±24,3	74,4±25,4	0,07	0,94
DY 6. ay	47,7±29,8 [b]	72,1±18,1 [b]	63,1±23,6	73,3±22,9	70,3±23,8	86,4±13,3	**0,02**	**0,02**
DY 12. Ay	54,5±30,9 [a,b]	57,4±23,7 [b]	74,3±24,3	73,5±22,8	85,7±22,4	77,8±26,4	**0,00**	**0,02**

SF-36: Short form-36
p1: Anneler karşılaştırılmıştır.
p2: Babalar karşılaştırılmıştır.
a: p<0,05; SCG ve Anne EG karşılaştırılmıştır.
b: p<0,05; SCG ve Aile EG karşılaştırılmıştır.
c: p<0,05; Anne EG ve Aile EG karşılaştırılmıştır.

3.18. Babaların Bebek Bakımına Katılımı

Çalışmamızda annelere bebek bakımında eşlerinin yardımcı olup olmadığı da sorulmuştur. Taburculuk sonrası ilk haftada bebek bakımına aktif olarak katılan babalar açısından gruplar arasında bir fark yokken, DY 1, 3, 6 ve 12. ayda Aile EG'ndaki babaların bebek bakımına daha yüksek oranda katıldıkları saptanmıştır. hem Anne EG, hem de Aile EG'ndaki babaların SBG'ndaki babalara göre; DY 1, 3, 6 ve 12. ayda bebek bakımında anlamlı olarak daha aktif rol aldıkları gözlenmiştir ($p<0,05$). Tüm gruplarda, her yaş döneminde gece bebek uyandığı zaman ilk uyanan ve bebeğin ihtiyaçlarını karşılayan kişinin anne olduğu saptanmıştır. Bebeğin gece bakımına aktif olarak katılan babalar Anne EG ve Aile EG'nda daha fazladır. Bu açıdan çalışmamızda saptanan tek anlamlı fark DY 3. ayda olmuştur. Düzeltilmiş yaş 3. ayda Anne EG ve Aile EG'ndaki babaların, SBG'ndaki babalardan daha aktif şekilde bebeklerinin gece bakımına katıldıkları gözlenmiştir ($p<0,05$). Diğer zamanlarda gruplar arasında bebeğin gece bakımına babaların aktif katılımı açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Bebeklerin yaşlarına göre babaların bebek bakımına ve gece bakımına aktif katılım oranlarını gösteren çizelge aşağıda belirtilmiştir (Çizelge 3.23).

Çizelge 3.23. Bebek bakımına ve bebeğin gece bakımına aktif katılan babaların oranı

Babalar n (%)	**Standart Bakım Grubu n:22**	**Anne Eğitim Grubu n:22**	**Aile Eğitim Grubu n:22**	**Toplam n:66**	***p değeri****
Bebek bakımına aktif katılım					
TS 1. hafta	15 (68,2)	14 (63,6)	20 (90,9)	45 (68,2)	*0,086*
DY 1. ay	11 (50,0)	16 (72,7)	21 (95,5)	48 (72,7)	***0,003***
DY 3. ay	10 (45,5)	17 (77,3)	22 (100)	49 (74,2)	***0,000***
DY 6. ay	9 (40,9)	16 (72,7)	21 (95,5)	46 (69,7)	***0,000***
DY 12. ay	8 (36,4)	16 (72,7)	22 (100)	46 (69,7)	***0,000***
Gece bakımına aktif katılım					
TS 1. hafta	5 (22,7)	10 (45,5)	9 (40,9)	19 (28,8)	0,253
DY 1.ay	2 (9,1)	8 (36,4)	7 (31,8)	17 (25,8)	0,086
DY 3. ay	2 (9,1)	11 (50,0)	13 (59,1)	26 (39,4)	**0,001**
DY 6. ay	3 (13,6)	8 (36,4)	10 (45,5)	39 (59,1)	0,066
DY 12. ay	4 (18,2)	11 (50,0)	10 (45,5)	25 (37,9)	0,063

**Ki-kare testi*

4. TARTIŞMA

Tüm dünyada doğan bebeklerin %5-18'ini 37. Gebelik haftasından önce dünyaya gelen prematüre bebekler oluşturmakta olup prematüre bebekler içindeki en büyük grup ise %84'lük oran ile 32-37. Gebelik haftasında doğan orta ve geç prematüre bebeklerdir. Bu grup prematüre bebeklerde özellikle ailelere yönelik eğitim programlarının bebek ve aile üzerinde olumlu etkilerinin olduğu ve bu bebeklerin erken ve uzun dönem takiplerinin yapılması ve ailelerinin desteklenmesi gerekliliği çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (Ravn ve ark., 2012). Ancak prematüreler içinde önemli bir grubu oluşturan ve hem erken hem de uzun dönemde pek çok komplikasyona açık olan bu bebekler ile ilgili yapılan çalışmalar az sayıdadır.

Çalışmamızda orta ve geç prematüre bebeği olan ailelere uygulanan eğitim programının, bebeklerin düzeltilmiş yaşı 1 yıl olana kadar olan dönemde prematüre bebek sağlığı, ebeveynlerin kaygı ve umutsuzluk düzeyleri, hayat kalitesi ile ebeveyn bebek bağlanması üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Literatürde orta ve geç prematüre bebekler ve ailelerini inceleyen çeşitli müdahale çalışmaları olmakla beraber ülkemizde böyle bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız randomize kontrollü prospektif bir müdahale çalışması olup, belirli bir prematüre bebek grubunu ve ebeveynlerini DY 1 yıla kadar düzenli aralıklarla izleyen ve araştırmacılar tarafından düzenlenen eğitim programının bebek sağlığı ve ebeveyn-bebek ilişkisi üzerine etkisini inceleyen ülkemizdeki ilk çalışmadır. Çalışmamıza katılan bebek ve aileleri SBG, Anne EG ve Aile EG şeklinde 3 gruba ayrılmış ve her grupta 22 bebek ve ailesi yer almıştır. Ebeveynlerin ve bebeklerin sosyodemografik özellikleri açısından homojen olan üç grupta eğitim programının etkisi değerlendirilmiştir.

4.1. Bebeklerin Sağlık Durumuna Yönelik Verilerin Değerlendirilmesi

4.1.1. Beslenme

Çalışmamızda amaçlardan biri ailelere verilen eğitimin orta ve geç prematüre bebeklerin yaşı DY 1 yaş olana kadar geçen dönemde bebek sağlığı üzerindeki etkilerini incelemektir. Bebek beslenmesi, özellikle kritik pencere dönemi olarak adlandırılan süt çocukluğu döneminde bebeğin sağlığını ve büyümesini etkileyen en önemli faktör olarak bilinmektedir. Bebek sağlığını değerlendirirken temel aldığımız ve eğitimlerde en çok üzerinde durduğumuz konu bebeklerin anne sütüyle beslenmesidir. hipotezimiz; Anne EG ve Aile EG'ndaki bebeklerin DY 6. ay olana kadar SAS ile beslenme oranlarının daha yüksek olacağı ve daha uzun süre anne sütüyle beslenecekleridir. Önceki çalışmalarda; orta ve geç prematüre bebeklerin doğum sonrası YDYBÜ'nde yatarak izlenmeleri, uzun süre hastane takibi gereksinimleri ve yeniden hastaneye yatış oranlarının yüksekliği nedeniyle anne sütüyle beslenmenin erken dönemde başlatılması ve sürdürülmesinde ciddi sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir (Ayton ve ark., 2012; Goyal ve ark., 2014 ve Hackman ve ark., 2016). ayrıca bu bebeklerin herhangi bir solunum sıkıntısı ya da hipoglisemisi olmasa bile term bebeklere kıyasla daha hipoaktif ve hipotonik olmaları, çabuk yorulmaları, memeyi kavramada daha çok sıkıntı yaşamaları ve emme–yutma koordinasyonunu sağlamadaki yetersizlikleri gibi olumsuz durumları nedeniyle anne sütüyle beslenmelerinin zorlaştığı da ileri sürülmektedir (Eidelman, 2016). Goyal ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada; doğumdan sonra hastanede kaldıkları sürede geç preterm (34-36. Gh), erken term (37-38. Gh) ve term (39-41. Gh) bebeklerde anne sütü alma oranları sırasıyla %87, %88 ve %92 olarak bulunmuş; postpartum 1. haftada ise SAS ile beslenme oranları geç pretermlerde %39,8 iken, term bebeklerde %62,3 olarak bildirilmiştir. Araştırmacılar, geç prematüre bebeklerin anne sütüyle beslenme oranlarının arttırılması için doğum odasından başlayarak hastanede izlendikleri süre boyunca emzirme desteği almaları gerektiğine işaret etmiştir. Diğer bazı çalışmalarda da term bebeklerde %65 olarak bildirilen taburculuk sırasındaki SAS ile beslenme oranları geç pretermlerde %20, %43 ve %59,7 olarak raporlanmıştır (Ayton ve ark., 2012; Gianni ve ark., 2016 ve Zanardo ve ark., 2017). Orta

prematürelerde yapılan bir çalışmada ise taburculuk sırasında SAS ile beslenme oranı %60 olarak bildirilmiştir (Wooldridge ve Hall, 2003). Çalışmamızda taburculuk sırasında bebeklerin tamamının anne sütüyle beslendiği, %83,3'ünün ise SAS ile beslenmekte olduğu tespit edilmiş olup orta ve geç prematüre bebeklerde taburculuk esnasında sadece anne sütü ile beslenme oranları ile ilgili bu sonuçlarımız önceki çalışmalardaki bulgulara göre daha yüksek gözlenmektedir. Bu bulgunun; hastanemiz YDYBÜ'nde izlenen bebeklerin emzirmeyi etkin bir şekilde gerçekleştirmeden taburcu edilmemesi ve bu konuda sağlık personelinin farkındalığının yüksek olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda taburculuk sonrası izlemlerde bebeklerin anne sütü ile beslenme durumları da araştırılmıştır. Çalışmamızdaki orta ve geç prematüre bebeklerin DY 1. ayda sadece %4,5'inin hiç anne sütü almamakta olduğu ve SAS ile beslenme oranının ise bu ayda tüm grupta %65,2 olarak saptandığı gözlenmektedir. Literatürde iki çalışmada doğum sonrası 1. ayda geç pretermlerde emzirme oranı %63,8 ve %52 olarak bildirilmiş ve çalışmamızda DY 1. ayda saptanan SAS ile beslenme ve anne sütü alım oranları bu çalışmalardaki bulgulardan daha yüksek bulunmuştur (Hackman ve ark., 2016 ve Zanardo ve ark., 2017). Diğer yandan; çalışma grupları arasında benzer emzirme oranlarının varlığı eğitimin etkisinin bu ayda henüz ön plana çıkmamış olduğunu gösteren bir bulgu olarak göze çarpmaktadır.

Çalışmamızda bebekler DY 3, 4, 5 ve 6 aylık olduklarında verilen eğitimin etkisinin ortaya çıktığı, annelerin emzirme konusunda istekliliğinin saptandığı ve gruplar arasında anne sütü ile beslenme oranları açısından farklılıkların gözlendiği tespit edilmiştir. DY 3. ayda tüm bebeklerin %53'ünün SAS ile beslenmekte olduğu ve bu grupta hiç anne sütü almayan bebek oranının ise %7,6 olduğu bulunmuştur. DY 4. ayda bebeklerin %47'sinin SAS ile beslenmekte olduğu ve hiç anne sütü almayan bebek oranının ise %12,1 olduğu tespit edilmiştir. DY 5. ayda bebeklerin %43,9'unun SAS ile beslenmekte olduğu ve hiç anne sütü almayan bebek oranının %15,2 olduğu saptanmıştır. DY 6. ayda ise bebeklerin %43,9'unun SAS ile beslenmekte olduğu ve hiç anne sütü almayan bebek oranının %16,7 olduğu gözlenmiştir. Önceki bir çalışmada; postnatal 3. ayda geç pretermlerin %20'sinin SAS ile beslendiği ve

%52'sinin hiç anne sütü almadığı belirlenmiş ve bu bebeklerde 6. ayda anne sütüyle beslenme oranı %24, SAS ile beslenme oranı ise %12 olarak bildirilmiştir (Zanardo ve ark., 2017). İsveç'te yapılan bir çalışmada; preterm bebeklerin DY 2, 4 ve 6. aylarında SAS ile beslenme oranları %51, %37 ve %9 olarak bildirilmiştir (Akerstrom ve ark., 2007). Danimarka'da yapılan bir çalışmada ise preterm bebeklerde 1, 4 ve 6. aydaki SAS ile beslenme oranları %66, %38 ve %13 olarak bildirilmiştir (Maastrup ve ark., 2014). Önceki çalışmalarla karşılaştırıldığında; çalışmamızda izlemlerde tüm grupta SAS ile beslenen orta ve geç prematüre bebeklerin oranı daha yüksek bulunmuş ve düzenli olarak bebek ve annelerin izlenmesinin emzirme konusunda farkındalığın artışına ve böylece emzirme oranlarında artışa neden olduğu düşünülmüştür.

Önceki çalışmalarda; özellikle term bebeklerde emzirme destek programlarının anne sütüyle beslenme oranlarını arttırdığı yönünde çeşitli verilere rastlanmıştır (Bonuck ve ark., 2005; Fu ve ark., 2014; Henderson ve ark., 2001; Howell ve ark., 2014; McDonald ve ark., 2010; Kang ve ark., 2008 ve Üstüner ve Bodur, 2009). Çalışmamızda verilen eğitim programının ve ev ziyaretlerinin anne sütü alımı üzerine olan etkisini belirlemek amacıyla gruplar birbiriyle karşılaştırıldığında; SBG'ndaki bebeklerin DY 3, 4, 5 ve 6. ay SAS ile beslenme oranları diğer iki eğitim grubundan anlamlı olarak daha düşük saptanmış ve bu aylarda gruplar içinde en yüksek SAS ile beslenme oranının aylara göre sırayla %72,7, %72,7, %68,2 ve %68,2 ile Anne EG'nda olduğu gözlenmiştir. Diğer bir deyişle; anneye eğitim verilen grupta SAS ile beslenme oranları izlem boyunca daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgular çalışma grubumuzda emzirme ve anne sütü konusunda yapılan eğitimler ve ev ziyaretlerinin annelerin farkındalığını artırdığını ve emzirme oranlarında iyileşmelere neden olduğunu göstermektedir. Çalışmamızdaki bulguları destekler nitelikte olmak üzere; annelere gebelik döneminden itibaren anne sütü konusunda eğitimlerin verildiği ve ev ziyaretlerinin yapıldığı bir çalışmada; bebekler 3 aylık olduğunda SAS ile beslenme oranlarının 6 kez ev ziyareti yapılan grupta %67, 3 kez ev ziyareti yapılan grupta %50 ve hiç ev ziyareti yapılmayan grupta ise %12 olduğu bulunmuştur (Morrow ve ark., 1999). Benzer şekilde, orta ve geç prematüre bebek ve ailelerine hastanede yattığı sürede ve taburculuktan sonra 3 ay içinde eğitim ve ev ziyaretleri programlarının uygulandığı bir çalışmada; bebekler 6 aylık olduğunda anne sütü ile beslenme

oranlarının eğitim verilen grupta %77,3 ve eğitim verilmeyen grupta ise %63,6 olduğu tespit edilmiştir (Ravn ve ark., 2012).

Altıncı ayda sadece anne sütü ile beslenme oranları ile ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün oluşturduğu sınıflamada; %0-11 kötü, %12-49 orta, %50-89 iyi ve %90-100 ise çok iyi şeklinde derecelendirmiştir (WHO 2003). Dünya Sağlık Asamblesi, 2012 yılında hazırladığı eylem planında ilk altı ayda SAS ile beslenme oranının %55'e ulaştırılmasını hedeflemiş olmasına rağmen dünya ortalamasının %38 olduğu bildirilmektedir (WHO 2014). Çalışmamızda DY 6. ayda SAS ile beslenme oranlarının Aile ve Anne eğitim gruplarında yüksek olduğu ve DSÖ sınıflamasına göre iyi şeklinde derecelendirildiği gözlenmektedir. Buna karşın, çalışmamızda Anne EG'da gözlenen anne sütü ile ilgili verilerin Aile EG'daki verilerden daha iyi olduğunun saptanması; bu konuda verilen eğitimin ana hedefinin anneler olduğunu ve babaların bebeklerin anne sütüyle beslenmesinde etkilerinin daha az olduğunu düşündürmektedir. Yine de anne sütüyle beslenmenin artırılmasına yönelik olarak aileye verilen eğitsel müdahalelerin en etkili uygulamalar olduğu ve emzirmeyi bırakma riskini %10-33 oranında azalttığı önceki çalışmalarda bildirilmiştir (Imdad ve ark., 2011).

Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar doğumda emzirmeye başlama oranlarının yüksek olduğunu, ancak taburculuk sonrası ilerleyen aylarda emzirmeye devam etmede sorunlar yaşandığını göstermektedir (Aksu ve ark., 2011; Fu ve ark., 2014; Meedya ve ark., 2014 ve Üstüner ve Bodur, 2009). Anne sütüyle beslenmede en önemli faktörlerden birisi annenin bebeğini kendi sütüyle beslemeye niyetli ve istekli olmasıdır (Rollins ve ark., 2016). Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalarda annelerin hedeflediği emzirme süresinin büyük oranda 12 ay ve üzerinde olduğu belirlenmiştir (Geçkil ve ark., 2012; Gölbaşı ve Koç, 2008 ve Yanıkkerem ve ark., 2014).Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise ortalama emzirme süresi 11,04 ay olarak bildirilmiştir (Duyan Çamurdan ve ark, 2008). Çalışmamızda annelerin emzirme kararını verme zamanları ve daha önceki emzirme deneyimleri açısından gruplar arasında benzerlik bulunmakla birlikte, SBG'nda annelerin bebeklerini emzirmeyi planladıkları sürenin diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha kısa olduğu bulunmuştur. Diğer yandan, DY 6. ve 12. ayda Anne EG ve Aile EG'ndaki annelerin

SBG'a göre daha sıklıkla emzirmeyi kolay olarak nitelendirdikleri saptanmıştır. Bu sonuçlar doğru bir emzirme desteği verildiğinde annelerin emzirme konusunda yaşadığı sorunların giderildiğini ve bu annelerin sağlıklı bir emzirme davranışı geliştirilebildiğini göstermektedir. Bunu destekler nitelikte olmak üzere; çalışmalarda etkili ve uzun süreli bir anne sütüyle beslenme sağlanabilmesi için emzirme desteğinin önemine dikkat çekilmekte, emzirmenin bırakılmasında en kritik zamanın doğum sonrası ilk 2-3 ay olduğu öne sürülmekte ve özellikle ilk haftalarda annelerde yaşanan emzirme sorunlarının ivedilikle çözülmesi durumunda emzirme oranlarının arttığı bildirilmektedir (Duyan Çamurdan ve ark, 2008; Ekşioğlu, 2016 ve Kingston, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü term bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütüyle ve 6. aydan itibaren anne sütüne ek olarak besin değeri yüksek tamamlayıcı sıvı, yarı katı ve katı gıdalarla beslenmesini önermektedir (WHO 2014). Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Komitesi (ESPGHAN) ise asıl hedef olan ilk 6 ay SAS ile beslenme sağlanamadığı durumlarda ek besinlerin postnatal 17. haftadan önce başlanmaması ve 26. haftadan sonraya da bırakılmaması gerektiğini önermektedir (Agostini ve ark., 2008). Tamamlayıcı beslenmeye erken dönemde geçilmesinin bebeğin büyümesine ek bir katkı getirmediği gibi bebekte özellikle atopik hastalıklar, gastrointestinal enfeksiyonlar ve obezite sıklığının arttığı çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (Greer ve ark., 2008 ve Khadivzadeh ve Parsai, 2004). Diğer taraftan, tamamlayıcı besinlere geçişin geciktirilmesi ise artmış çölyak hastalığı, buğday allerjisi, tip 1 diabet hastalığı, demir eksikliği anemisi, yeme bozukluğu ve iştahsızlık ile ilişkilendirilmiştir (Agostini ve ark., 2008). Önerilere rağmen pek çok ükede term bebeklerin tamamlayıcı besine başlaması tavsiye edilen zamandan önce olmaktadır. Ülkemizde TNSA 2013 verilerine göre; tamamlayıcı beslenmeye başlama zamanı ortalama 4 aydır (TNSA, 2013). Önceki çalışmalarda; 4 aydan önce tamamlayıcı besin verilme oranları %34 ve %51 gibi yüksek oranlarda bulunmuştur (Giovannini ve ark., 2004 ve Bolling ve ark., 2005). Bu veriler term bebeklerle ilgili olup prematüre bebekler için en uygun tamamlayıcı besine geçiş zamanıyla ilgili net bir fikir birliği bulunmamakta ve prematüre bebeklerde tamamlayıcı besine geçiş için kronolojik yaşın mı yoksa düzeltilmiş yaşın mı kullanılacağı da ayrı bir tartışma konusu oluşturmaktadır. Tamamlayıcı beslenme için düzeltilmiş yaşın beklenmesinin bebeğin

daha uzun süre anne sütü ya da formula mamalarla beslenmesi sonucunu doğuracağı ve bebekte besinsel eksikliğe yol açabileceği öne sürülmektedir. Diğer yandan, tamamlayıcı besinlere kronolojik yaşa göre geçişin ise gastrointestinal, renal, endokrinolojik ve nöromotor gelişim açısından term bebeklerden geride olan prematürelerde çeşitli sorunlar oluşturabileceği ve bu besinlerden istenen düzeyde yararın sağlanamayacağı da öne sürülmektedir (Palmer ve Makrides, 2012). Bu konuda bir fikir birliği bulunmamakla birlikte; İngiltere Sağlık Departmanı prematüre bebeklerin tamamlayıcı besinle tanıştırılması için en az 5 kg ağırlığa ulaşmasını önermektedir (DoH, 1994). Norris ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmada; orta ve geç pretermlerin tamamlayıcı besine başlama sürelerinin önerilenden daha erken olduğu, kronolojik yaşa göre ortalama 16,3 haftada, düzeltilmiş yaşa göre ise 11,8 haftada tamamlayıcı besine başladıkları, erken pretermlerin düzeltilmiş yaş hesabı yapıldığında daha erken bir dönemde tamamlayıcı besine başladıkları ve sadece anne sütü alan bebeklerin tamamlayıcı besinle daha geç tanıştırıldıkları saptanmıştır. Önceki bir çalışmada; pretem bebeklerde erken başlanan tamamlayıcı besinlerin anne sütü alımını azalttığı öne sürülmektedir (Fewtrell ve ark., 2003). Çalışmamızda DY 4. aydan önce SBG'ndaki sadece 1 bebeğe tamamlayıcı besin başlanmışken, DY 4. aydan itibaren özellikle SBG'nda tamamlayıcı besine başlama oranlarının hızla arttığı ve DY 4. ve 5. ayda bu grupta tamamlayıcı besin başlama oranlarının diğer iki eğitim grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. DY 4. ayda SBG'nda tamamlayıcı besin başlanan bebeklerin oranının diğer iki gruptan yaklaşık 10 kat ve DY 5. ayda ise 6 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Diğer yandan, SAS ile beslenen bebek oranının izlem boyunca diğer gruplara göre düşük olduğu saptanan SBG'da DY 6. ayda henüz tamamlayıcı besin verilmeyen bebek oranının diğer iki gruptan anlamlı olarak fazla olduğu da tespit edilmiştir. Çalışmamızda tamamlayıcı beslenme ile ilgili bütün sonuçlar değerlendirildiğinde; sadece izlem yapılarak takip edilen bebek annelerinde tamamlayıcı besine daha erken ya da geç başlama yönünde bir eğilim olduğu, buna karşın ailelere verilen beslenme eğitiminin ve ev ziyaretlerinin tamamlayıcı beslenmeye zamanında geçilmesi ile ilgili olumlu sonuçlara neden olabileceği düşünülmektedir.

4.1.2. Büyüme

Büyüme çocukluk döneminin en temel özelliği olup döllenmeden adolesan döneminin sonuna kadar olan bir süreçtir. Büyümeyi etkileyen pek çok faktör bulunmakla birlikte genetik ve beslenme büyümeyi etkileyen en önemli faktörler olarak göze çarpmaktadır (Feigelman, 2016). Preterm bebeklerde büyümeye etki eden etmenlerin de benzer olduğu, fakat yakalamanın gerçekleşmesinde pretermliğin derecesi, SGA olarak doğma, postnatal beslenme ve çevresel faktörlerin etkili olduğu saptanmıştır (Lee ve ark., 2003). Çalışmamızda orta ve geç preterm bebeklerin antropometrik ölçümleri incelendiğinde; bebeklerin ağırlıklarının DY 6. ayda her üç grupta da benzer olduğu gözlenmiştir. Diğer bir deyişle; sadece anne sütü ile beslenme oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu Anne EG ve Aile EG'ndaki bebeklerin ağırlıkları daha erken dönemde tamamlayıcı besinle tanıştırılan SBG'ndaki bebeklerden farklı bulunmamıştır. Çalışma grubundaki bebeklerin düzenli olarak izlenmesi ve herhangi bir sorun ortaya çıktığında müdahale edilmesinin bebeklerin ağırlık artımlarında farklılıkların oluşmasını engellediği düşünülebilir. Diğer yandan, çalışmamızda DY 6 ve 12. ayda Aile EG'ndaki bebeklerin boy ortalamalarının SBG'ndaki bebeklerden anlamlı olarak fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonucun tek başına değerlendirilmemesi gerektiği ve uzun süreli izlemlerle tutarlılığının değerlendirilmesi gerektiği açıktır.

Çalışmamızda bebeklerin beslenme ve büyüme durumları tümüyle değerlendirildiğinde; orta ve geç prematüre bebeği olan ailelere eğitim verilmesinin, ev ziyaretleri yapılmasının ve bebeklerin düzenli aralıklarla izlenmesinin anne sütü ile beslenme, tamamlayıcı besine zamanında geçebilme ve bebeklerin büyümesi üzerine olumlu etkilerinin bulunduğu söylenebilir.

4.1.3. Uyku

Erken çocukluk döneminde uyku ve beslenme fonksiyonları bebeğin biyolojik ve sosyal ritmini düzenleyebilme yeteneklerini gösterdiğinden bebek için kritik önem taşımaktadır (Schmid ve ark., 2011). Prematüre bebeklerin nörolojik matürasyonlarındaki gecikmenin uyku sorunlarını daha çok yaşamalarına yol açtığı düşünülse de bu konuda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmektedir. Bazı araştırmacılar hayatın ilk 1-2 yılında prematüre bebeklerin term yaşıtlarına kıyasla gündüz ve gece uyku sürelerinin daha kısa olduğunu, daha az dinlendirici uyku uyuduklarını ve uyku kalitesinin düşük olduğunu belirtmişlerdir (Anders ve ark., 1985 ve Gössel-Symank ve ark., 2004). Diğer yandan çeşitli çalışmalarda ise prematüre bebeklerin uyku sırasında daha fazla huzursuzluk ve solunumsal problem yaşadığı bildirilse de uyku-uyanıklık düzenleri, uykuya dalma, gece uyanma sıklıkları, tekrar uykuya dalma süreleri açısından term bebeklerle aralarında anlamlı farklar saptanmamıştır (Anders ve ark., 1985; Caravale ve ark., 2017 ve Iglowstein ve ark., 2006). Araştırmacılar pretermlerde yaşanabilen uyku sorunlarının etyolojisinde erken neonatal stress tetikleyicilerinin, fizyolojik olmayan beslenme şekillerinin, hipoksi, tekrarlayan ağrılı uyaranlar, YDYBÜ'ndeki aşırı ışık ve gürültü gibi etmenlerin de etkisinin olduğunu belirtmektedir (Guyer ve ark., 2015; Kennaway 2002 ve Valeri ve ark., 2015). Pierrehumbert ve arkadaşlarının (2003) yaptığı ve 25-33.gebelik haftasında doğan preterm bebekler ve ailelerinin izlendiği bir çalışmada; ailenin sosyoekonomik düzeyi ve bebeğin tıbbi komplikasyonlarının uyku sorunları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmış, post-travmatik stres düzeyleri yüksek bulunan annelerin bebeklerinde anlamlı olarak daha fazla uyku sorunu bildirilmiş ve ailenin bebeği olumsuz algılamasının bebekte bildirilen uyku sorunları ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Benzer olarak önceki çalışmalarda; doğumdan itibaren yaşanan emzirme ve beslenme sorunları, term bebeklere kıyasla daha zor uyarılan ve daha az tepki veren pretermlerin ipuçlarının aile tarafından anlaşılamaması ve bebekle ebeveynler arasındaki bağlanmanın tam olarak gerçekleştirilememesi gibi etkenler nedeniyle preterm bebeklerin ebeveynler tarafından zor bebekler olarak algılandığı da öne sürülmüştür (Caravale ve ark., 2017). Tüm bu nedenlerden dolayı, prematüre bebeği olan ailelere doğumdan itibaren verilecek desteğin bebeklerdeki uyku ve bakım

sorunlarını azaltabileceği önceki çalışmalarda gözlenmiştir (Kaaresen ve ark., 2006; Newnham ve ark., 2009 ve Ravn ve ark., 2012). Ortalama 31-33. Gebelik haftasında doğan preterm bebeği olan ailelere eğitim ve ev ziyaretlerinin yapıldığı bir çalışmada; bebekler DY 3 aylık olduklarında eğitim grubundaki bebeklerin uyku sorunlarının eğitim verilmeyen gruba göre anlamlı düzeyde daha az olduğu saptanmıştır (Newnham ve ark., 2009). Benzer olarak; çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerin gelişimsel ve davranışsal sorunlarını azaltmak amacıyla uygulanan ev ziyareti temelli bir müdahale çalışmasında ise yaşları DY 24 aylık olduğunda, ev ziyareti yapılan gruptaki bebeklerde anlamlı derecede daha az uyku sorunu olduğu gözlenmiştir (Wu ve ark., 2014). Bu çalışmalara benzer olarak çalışmamızda; Anne EG ve Aile EG'nda yapılan ev ziyaretlerinde bebeklerin uyku düzenleri, uyku süreleri, nasıl uykuya dalabilecekleri, nasıl ve nerede uyutulmaları gerektiği, uyku ritüelleri, prematürelerdeki uyku ve uyanıklık özellikleri hakkında ebeveynlere detaylı bir eğitim verilmiş, DY 6. ve 12. ayda SBG'nda uyku sorunu olduğu bildirilen bebek sayısının diğer iki eğitim grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmış ve ayrıca DY 3, 6. ve 12. ayda her iki eğitim grubundaki bebeklerin anlamlı olarak daha düzenli bir uyku alışkanlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Önceki müdahale çalışmalarına benzer şekilde, sonuçlarımız orta ve geç prematüre bebeği olan ailelere verilen eğitimin bebeklerde uyku düzeninin oluşmasında ve annenin bildirdiği bebeğe ait uyku sorunlarının engellenmesinde olumlu etkisinin olduğunu göstermektedir. ayrıca, sonuçlarımız en çok uyku sorunu bildirilen grubun SBG olacağını gösteren hipotezimizle de uyumludur.

Bebeklerin sağlıklı ve düzenli bir uyku alışkanlığı kazanmasında belirli uyku ritüellerinin tekrarlanması ve ailenin uyku konusunda aynı düzeni korumasının önemli olduğu bildirilmektedir. Bu düzenin korunmasında bebeğin hep aynı yerde uyuması, kendi yatağında uykuya dalması, uyandığı zaman kendi kendine uykuya dalmasına izin verilmesi, uyuduğu odanın ışık, ses ve sıcaklık yönünden bebeğe uygun hale getirilmesi ve bebeğin sallanmaya alıştırılmaması etkilidir (Hauck ve ark., 2008). Fakat sallama gibi alışkanlıklar ülkemizde yaygın olup 0-3 yaş arasında çocukların %45'inin sallanarak uykuya daldığı bildirilmiştir (Tuncer ve Yiğit, 2017). Çalışmamızda DY 6. ve 12. ayda SBG'ndaki bebeklerin eğitim gruplarına göre daha

fazla sallanarak (ayakta, kucakta ya da çarşafta) uyudukları, buna karşın Anne EG ve Aile EG'daki bebeklerin ise daha çok kendi yatağında pışpış yapılarak ya da meme emerek uyudukları saptanmış ve DY 6. ve 12. ayda SBG'ndaki bebeklerin %18,2'sinin, eğitim gruplarındaki bebeklerin ise %4,5'inin ebeveynleri ile aynı yatakta uyumakta olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, prematüre bebeklerin ailelerine uyku ile ilgili ayrıntılı eğitimler verilmediğinde yanlış uyku davranışlarının gelişebileceğini; buna karşın verilen eğitimlerin ve ev ziyaretlerinin ise bebeğin sağlıklı bir uyku alışkanlığı kazanmasında etkili olabileceğini ve ebeveynlerin bebeğin uykusu ile ilgili farkındalığını artırabileceğini göstermektedir.

4.1.4. Ağlama

Bebek bakımında aileleri en çok zorlayan ve çaresiz bırakan durumlardan biri bebeklerin açıklanamayan ve durdurulamayan ağlamalarıdır. Ağlama, bebeklik döneminde düzenleyici bir işlev olup bebeklerin çevre ile iletişimini sağlayan bir yoldur. İnfantil koliğin nörogelişimsel etiyolojisi ile ilgili yapılan çalışmalarda; koliğin bebekte uyku-uyanıklık döngüsü düzenlenene kadar gelişen fizyolojik bir süreç olduğu ve sirkadiyen ritm maturasyonundaki farklılıkların gelişimsel bir süreç içinde infantil kolik oluşumunda rol oynayabileceği öne sürülmüştür (Şimşek Orhon F, 2016). Önceki çalışmalarda; sağlıklı term bebekler ile düşük riskli olarak tanımlanan 28-34. Gebelik haftasında doğan preterm bebeklerin ağlama özellikleri açısından benzer olduğu saptanmış, her iki grup bebeğin de özellikle yaşamın ilk 3 ayında en fazla ağladıkları, ağlamalarının geceleri arttığı ve postnatal 6-8 haftada ağlamaların pik yaptığı bildirilmiştir (Barr ve ark., 1996). Çalışmamızda DY 3. ay dışındaki dönemlerde gruplar arasında bebeklerin ağlama atakları açısından belirgin farklar saptanmamıştır. Ancak DY 3. ayda SBG'ndaki annelerin diğer iki gruba göre bebeklerinde daha fazla sayıda sakinleştirilemeyecek derecede ağlama atağı olduğunu bildirdikleri gözlenmiştir. Sonuçlarımız; DY 3. ayda pretermlerin de term bebeklere benzer ağlama ataklarının varlığını yansıtmakla birlikte, eğitim verilen ve ev ziyaretleri yapılan annelerin ağlama ataklarının sayısını daha az olarak bildirmesi ve

eğitim verilmeyen gruba göre ağlama atakları sırasında daha sakin kaldığını belirtmesi anneye verilen eğitimin etkinliğini göstermektedir. verilen eğitimlerde kolik ağlamaları ile ilgili bilginin ve müdahale biçiminin anlatılması annelerin bebeğinin nedensiz ağlaması ile daha iyi başa çıkmasını sağlamış ve şiddeti daha az olan ağlamaları normal kabul etmesine neden olmuştur.

4.1.5. Bebek Gelişimi

Orta ve geç prematüre bebeklerde nörogelişimsel, davranışsal ve bilişsel sorunların görülebileceği ve bu bebeklerin hastaneden taburcu olduktan sonra özel bir destek programı altında izlenmesi gerekliliği çalışmalarda vurgulanmıştır (Morse ve ark., 2009 ve Moster ve ark., 2008). Bu bulgudan yola çıkarak erken, orta ve geç prematüre bebeklerin ailelerine uygulanan çeşitli eğitim modellerinin bebeğin uzun dönemdeki gelişimsel ve davranışsal özellikleri üzerine olan etkisi önceki çalışmalarda araştırılmıştır. Bu çalışmalardan birinde; prematüre bebeği olan babaların bebekleriyle sağlıklı bir bağlanma modeli geliştirebilirse bu bebeklerin 2 yaşında iken daha fazla kelime ile konuştukları ve dikkat sürelerinin uzadığı gösterilmiştir (Hall ve ark., 2014). Başka bir çalışmada ise anne bebek etkileşim programı uygulanan grupta bebekler 6 aylık olduğunda karşılıklı iletişimlerinin daha fazla olduğu, dikkatlerini daha uzun süre devam ettirebildikleri ve sosyal yeteneklerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Newnham ve ark., 2009). Bir diğer çalışmada ise; ebeveyn ile bebek arasındaki güçlü etkileşimin çocuğun kognitif gelişimi ve dil gelişimi için çok önemli olduğu vurgulanmaktadır (Bornstein ve Tamis-LeMonda, 2001). Çalışmamızda tüm bebeklere DY 6. ayda Denver II Gelişimsel Tarama Testi uygulanmış ve bu teste göre bebeklerin gelişimi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer olarak; Newnham ve arkadaşlarının (2009) prematüre bebek ailelerine anne-bebek etkileşim programı uygulamış oldukları bir çalışmada; bebekler 2 yaşına geldiğinde uygulanan Bayley Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemi Gelişimsel Değerlendirme Ölçeğine göre gelişimsel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızda gelişimsel değerlendirmenin sadece Denver testi ile yapılmış olması bir sınırlılık olup

bu bebeklerin kognitif ve dil gelişimlerinin daha duyarlı bir test ile ve ileri izlemlerde değerlendirilmesinin daha doğru sonuçlar verebileceği düşünülmektedir.

4.1.6. Bebek Masajı

Prematüre bebeklerin çevreye uyum sağlama becerisini geliştirmede ve hatta ağırlık artışlarında günlük masaj uygulamalarının önemli olduğu literatürde çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (Dieter ve ark., 2003). Önceki çalışmalarda YDYBÜ'nde izlenen prematüre bebeklere 5-10 günlük masaj uygulaması yapıldığında daha uzun süre aktif oldukları ve nörolojik değerlendirme skorlarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Field ve ark.,1987 ve Scafidi ve ark., 1990). ayrıca masaj yapılan bebeklerin hastaneden 3-6 gün daha önce taburcu edildikleri de bildirilmiştir (Wheeden ve ark., 1993). Diğer yandan, prematüre bebeklerine düzenli masaj uygulayan annelerin anksiyete düzeylerinin ve depresif durumlarının masaj yapmayan annelere göre anlamlı olarak azaldığı da bir çalışmada bildirilmiştir (Feijo ve ark., 2006). Tüm bu olumlu etkileri nedeniyle çalışmamızda ev ziyaretlerinde bebek masajının önemi ve uygulanması hakkında ailelere bilgi verilmiştir. Taburculuktan sonraki 1. haftada her üç grupta da ebeveynlerin 1/3'ü bebeğine düzenli masaj yaparken, sonraki haftalarda masaj oranlarının arttığı saptanmıştır. Çalışma gruplarının karşılaştırılmasında; SBG'nda DY 3. aydan sonra düzenli masaj oranlarının belirgin olarak azaldığı ve DY 6 ve 12. ayda düzenli masaj oranlarının Anne EG ve Aile EG'nda belirgin olarak yüksek olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızın sonuçları; ailelerin ilk haftalarda muhtemelen bebekleri çok küçük olduğu için masaj yapmaktan çekindiklerini fakat bebekleri büyüdüğünde verilen eğitimlerin etkisi ile daha kolay masaj yapabildiklerini göstermekte olup prematüre bebeği olan ailelere bebek hastanede yatarken masajın faydaları ve uygulanması yönünde bilgilendirmeler yapılırsa bebeklerin düzenli masaj oranlarının da artacağı söylenebilir.

4.1.7. Postnatal 1 Yılda Tekrar Hastaneye Yatış

Prematüre doğan bebeklerin YDYBÜ'nden taburculuk sonrasında ve özellikle ilk 30 gün içinde yeniden hastaneye yatış oranlarının term bebeklerden daha yüksek olduğu; hatta bu oranın term bebeklere göre erken pretermlerde 2 kat, orta pretermlerde 2,5 kat ve geç pretermlerde ise 4 kat fazla olduğu bildirilmiştir (Escobar ve ark., 2006; Shapiro-Mendoza ve ark., 2006 ve Shapiro-Mendoza ve ark., 2008). McLaurin ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada; orta ve geç prematüre bebeklerin taburculuk sonrası ilk 15 günde tekrar hastaneye yatış riskinin yüksek olduğunu ve bu riskin ilk yıl boyunca devam ettiğini bildirmiştir. Çalışmamızda bebeklerin %12,1'inin DY 1 aya kadar olan dönemde yeniden hastaneye yattıkları rapor edilmiştir. Önceki çalışmalarda bu ayda tekrar hastaneye yatış oranı %5,5 ile %15,2 arasında bildirilmiş olup çalışmamızın verileri bu verilerle benzerlik göstermektedir (Kuzniewicz ve ark., 2013 ve Özlü ve ark., 2017),.

Daha önce yapılan çalışmalarda; orta ve geç prematüre bebeklerin yeniden hastaneye yatışlarında annenin yaşı, etnisitesi, eğitim durumu, bebeğin doğum ağırlığı, YDYBÜ'nde kalış süresi, ventilator izlemi ve anne sütü ile beslenme durumu gibi pek çok değişken incelenmiştir (Kuzniewicz ve ark., 2013; Ramanchandrappa ve Jain, 2015; Vachharajani ve Dawson, 2009 ve Wang ve ark., 2004). Ancak orta ve geç prematüre bebeği olan ailelere verilen eğitimin hastaneye yatış oranlarına etkisi ile ilgili bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da Aile EG'ndaki bebeklerin hastaneye yeniden yatış oranlarının en düşük olduğu, buna karşın SBG'ndaki oranların ise en yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda tüm bebeklerin düzenli olarak takiplerinin yapılması ve bir sorun farkedildiğinde hızlıca müdahale edilmesi bebeklerin yeniden hastaneye yatışı ile ilgili eğitimin etkisinin ortaya çıkmamasına neden olmuş olabilir. Bu nedenle, etkiyi göstermek için daha çok sayıda bebeğin dahil edildiği ve term bebeklerle kıyaslandığı çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

4.2. Anne ve Babalarla İlgili Verilerin Değerlendirilmesi

4.2.1. Annelerin Bebekleriyle İlgili Algısı

Prematüre bebeklerin sağlıklı bir gelişim gösterebilmeleri için bebeğin ihtiyaçlarını farkedip uygun şekilde bu ihtiyaçlara yanıt verebilen duyarlı ve hassas ebeveynlere ihtiyacı vardır. Prematüre olarak doğan bebekler için annenin hassasiyeti ve bebeğinin ihtiyaçlarına zamanında yanıt verebilmesi hayati olup annelerin bebeklerine duyarsız ve yanıtsız kalmaları halinde bebeğin kognitif gelişimi olumsuz etkilenmektedir (Ravn ve ark., 2011). Öte yandan, prematüre bebeği olan ailelerde gerek bebeğin doğumu sırasında ve YDYBÜ'nde takip edildiği dönemde gerekse de hastaneden taburculuğu sonrasında bebekleriyle ilgili daha negatif bir algı olduğu önceki çalışmalarda bildirilmiştir (Ahn ve Kim, 2007, Tooten ve ark., 2013). hatta bir çalışmada preterm bebeği olan annelerin çocukları 5-6 yaşına geldiğinde dahi negatif algılarının devam ettiği ve bu algının çocuklarındaki duygusal ve davranışsal sorunlarla bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Latva ve ark., 2008). Erken doğum, bebeğin yaşadığı sağlık sorunları, bebeğin geleceğine dair yaşanan kaygı ve umutsuzluk gibi etkenler dışında, prematüre bebeklerin daha tepkisiz oluşlarının da bu negatif algıda önemli olduğu bildirilmektedir (Ahn ve Kim, 2007). Bu nedenle çalışmamızda eğitim gruplarında yapılan ev ziyaretlerinde bebek bakımıyla ilgili bilgiler verilirken, bebeklerin gösterdiği tepkilerin ve sinyallerin ne anlama gelebileceği yönünde de bilgiler verilerek, ailelerin bebeklerini daha kolay anlamaları sağlanmaya çalışılmıştır. TS 1. hafta, DY 3. ve 12. ayda SBG'ndaki annelerin bebeklerini diğer iki eğitim grubundaki annelerden daha negatif algıladıkları gözlenmiş, DY 1. ayda ise Aile EG'ndaki annelerin bebeklerini SBG'ndakilere göre anlamlı olarak daha pozitif algıladıkları saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarını destekler nitelikte olmak üzere, önceki bir çalışmada müdahale grubundaki preterm bebeklerin, kontrol grubundakilere kıyasla 3 aylıkken anneleri tarafından daha kolay ve yaklaşılabilir, 6. ayda ise daha uyumlu ve mutlu olarak tanımlandıkları belirlenmiştir (Newnham ve ark., 2009). Çalışmamızda eğitim grubundaki annelerin bebekleriyle ilgili gösterdikleri pozitif algının, prematüre bebeklerin düzgün bir şekilde izlenmesi ve bebeğin tepkileri ile ilgili aileye ayrıntılı bilgilerin verilmesinin olumlu bir yansıması olduğu açıktır.

Çocuğun ileri dönemde optimal gelişiminin sağlanması için bu izlemlerin ve eğitimlerin devam etmesi gereklidir. Bu sonuçlara göre çalışmanın başında öngörülen hipotez 1e'nin (bebeğin anne tarafından olumlu algılanma oranlarının; Aile EG > Anne EG > SBG şeklinde olması) de doğrulandığı gözlenmiştir.

4.2.2. Anne-Bebek Bağlanması

Güvenli bir anne-bebek bağlanması çocuğun tüm hayatı boyunca hem kognitif hem de duygusal gelişimini etkilemektedir. Önceki çalışmalarda; preterm doğumun sağlıklı bir anne-bebek bağlanması için risk faktörü olduğu ve bu riski oluşturan özelliklerin; erken doğum nedeniyle annelerin doğumdan itibaren yaşadıkları yoğun stres, bebekleriyle doğru bir iletişime geçmek yerine daha çok bebeğin sağlık durumuna odaklanmaları, daha kontrolcü bir tutum takınmaları ve annenin kişilik yapısı gibi etmenler olduğu bildirilmiştir (Borghini ve ark., 2014; Evans ve ark., 2014 ve Hall ve ark., 2017). Prematüre bebeklerle anneleri arasındaki iletişimi ve bağlanmayı arttırmak için yapılan çeşitli müdahale çalışmalarında en etkili yöntemin bebek henüz hastanede yatarken başlanan ve taburculuk sonrası 2-3 ay boyunca ev ziyaretleri ile devam eden eğitim programları olduğu gösterilmiştir (Evans ve ark., 2014). Anne bebek bağlanmasını artırmanın 3 anahtar adımı aile desteği, aile eğitimi ve çocuk gelişiminin desteklenmesi olarak özetlenmektedir (Benzies ve ark., 2013). Çalışmamızda ev ziyaretleri ile eğitim verilen iki grup ve poliklinik takibi yapılan grup arasında DY 1, 2, 3, ve 4. ayda karşılaştırılan maternal bağlanma değerleri literatür verileriyle uyumlu şekilde hem Anne EG hem de Aile EG'nda SBG'ndan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Başka bir deyişle; eğitim verilen ve ev ziyaretleri yapılan annelerin bebekleriyle daha sağlıklı bir bağlanma gerçekleştirdikleri gözlenmiştir. Çalışmanın başında öngörülen maternal bağlanma ölçek puanlarının Aile EG > Anne EG > SBG şeklinde olması yönündeki hipotez 2a da böylece doğrulanmıştır. Çalışmamızdaki bu sonuçlar literatürdeki çok sayıdaki çalışma ile benzer olup, Bowlby'nin bağlanma teorisiyle örtüşecek şekilde olmak üzere, annelere bebeğin ipuçlarını doğru şekilde algılayıp buna uygun bir yanıt verilmesi konusunda destek olunduğunda daha duyarlı bir annelik yapılacağını göstermektedir (Bowlby, 1988;

Evans ve ark., 2014; Neu ve Robinson, 2010; Newnham ve ark., 2009 ve Schroeder ve Pridham, 2006,).

4.2.3. Baba-Bebek Bağlanması

Prematüre bebeklerin sağlıklı bir kognitif ve duygusal gelişim için anneler kadar babalarıyla da doğru bir iletişime geçmesi ve güvenli bir bağlanma yaşaması önemli olmasına karşın literatürde bu konuda yapılmış az sayıda çalışma vardır. Babaların da preterm doğumdan olumsuz etkilendikleri ve orta ve geç prematüre bebeği olan babaların hem doğumda hem de bebekleri DY 3. aya geldiğinde term bebeği olan babalardan daha yüksek depresyon ve travma skorlarına sahip olduğu önceki çalışmalarda gösterilmiştir (Ahn ve Kim, 2007; Mehler ve ark., 2011 ve Tooten ve ark., 2013). Diğer yandan, preterm doğumun bebek ile baba arasındaki bağlanma üzerine bire bir olumsuz etkisi olduğunu bildiren çalışmalar yanında, bu ilişkinin olmadığını savunan çalışmalar da bulunmaktadır (Hoffenkamp ve ark., 2012 ve Tooten ve ark., 2014). Doğumdan sonraki ilk günlerden itibaren babasıyla etkileşim içinde bulunan ve güvenli bir bağlanma geliştiren bebeklerin ileri yaşlarında gözlenen dikkat süresi, konuşma becerisi ve sosyal iletişiminin daha iyi olduğu bildirilmektedir (Hall ve ark., 2014). Term bebeği ve orta ve geç prematüre bebeği olan babalar arasında bağlanma modelleri açısından belirgin bir fark olmasa da orta ve geç prematüre bebeklerin babalarının bebekleriyle iletişimde anlamlı düzeyde daha geride durdukları ve daha olumsuz bir yaklaşım sergiledikleri saptanmış ve sağlıksız bir bağlanma modeli riskine karşı ebeveynlere bebekle iletişim konusunda bilgi verilmesinin en temel yaklaşım olduğu bildirilmiştir (Tooten ve ark., 2014). Çalışmamızda baba ile bebek arasındaki bağlanma değerlendirildiğinde; sabır, hoşgörü ve etkileşimde zevk başlıklarında DY 6. ayda Aile EG'ndaki puanlar SBG'ndaki puanlardan anlamlı olarak yüksek saptanmış, sevgi-gurur alt başlığında ise hem Anne EG hem de Aile EG'nun puanları SBG'ndan daha yüksek bulunmuştur. DY 12. aydaki baba-bebek bağlanma ölçek puanlarında ise sevgi-gurur alt başlığında Aile EG'ndaki babaların puanı SBG'ndan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu sonuçlar, izlemlerde hem anne hem de babaya eğitim verilmesi ve ev ziyaretleri

yapılmasının ebeveynlerin bebekleriyle doğru bağlanmasını sağlayacağını ve bu nedenle prematüre bebek izleminde babaların da aktif rol alması gerektiğini göstermektedir.

4.2.4. Ebeveynlerin Kaygı ve Umutsuzluk Düzeyleri

Prematüre bebeği olan ebeveynlerin bebeğin doğumu ve YDYBÜ'nde yattığı dönemden itibaren kaygı düzeylerinin term bebeği olan ebeveynlerden yüksek olduğu ve bu durumun aylarca bazen yıllarca devam ettiği önceki çalışmalarda bildirilmiştir (Nordhov ve ark., 2010 ve Nordhov ve ark., 2012). Feeley ve arkadaşları (2011) orta ve geç prematüre bebeği olan annelerin 1/3'ünün, babaların ise ¼'ünün bebeği YDYBÜ'nde yatarken akut stres bozukluğu yaşadığını ve annelerin %24'nda 6 ay sonra bile posttravmatik stres bozukluğunun devam ettiğini saptamıştır. Ebeveynlerdeki yüksek kaygı düzeyleri bebekleriyle doğru bir iletişim kurmalarını engelleyerek çocuğun kognitif ve duygusal gelişiminde olumsuz bir etken olarak ortaya çıkmaktadır (Cheng ve ark., 2016 ve Huhtala ve ark., 2014). Buna karşın, doğumdan itibaren erken dönemde yapılan doğru müdahalelerle ebeveynlerin kaygı düzeylerinin azaldığı birçok çalışmada gösterilmiştir (Melnyk ve Feinstein, 2009 ve Kaaresen ve ark., 2006).

Çalışmamızda eğitim ve ev ziyaretlerinin etkisi değerlendirildiğinde; hem anneler hem de babalarda sürekli kaygı düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir. Diğer yandan, babanın o andaki kaygı durumunu yansıtan durumluk kaygı düzeylerinin gruplar arasında benzer olduğu ve bebek büyüdükçe azaldığı saptanırken, annelerde ise durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, DY 3. ayda SBG'nda bulunan annelerde kaygı düzeylerinin diğer annelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve DY 6. ve 12. ayda ise SBG'ndaki annelerin kaygı düzeylerinin Aile EG'ndan belirgin olarak yüksek olduğu görülmüştür. Umutsuzluk açısından incelendiğinde ise; bebekler büyüdükçe annelerdeki umutsuzluk düzeylerinin azaldığı, DY 1. ve 6. ayda Aile EG'ndaki annelerin SBG'ndakilerden daha umutlu olduğu, DY 12. ayda ise Aile EG'ndaki annelerin diğer iki gruptan

anlamlı olarak umutlu olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlarımızı destekler nitelikte olmak üzere; Kaaresen ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada; prematüre bebeği olan ve müdahale yapılan grupta yer alan annelerin postnatal 6. ve 12. aydaki stres düzeyleri müdahale yapılmayan gruba göre daha düşük bulunmuştur. Buna karşın, önceki bazı çalışmalar, prematüre bebek annelerinin kaygı düzeylerinin aylar geçtikçe düzeldiğini, müdahale yapılan gruplar ile yapılmayan gruplar arasında ebeveynlerin kaygı ve stressdüzeyleri açısından farklılıkların ortadan kalktığını ve ebeveynlerde gelişen kaygı bozukluklarında en önemli belirleyicinin sosyal destek eksikliği olduğunu göstermektedir (Mehler ve ark., 2014 ve Newnham ve ark., 2009).

Çalışmamızın bulgularını değerlendirdiğimizde; çalışma grubumuzda yer alan prematüre bebek ebeveynlerindeki kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin giderek azaldığı, eğitim verilen ve ev ziyaretleri ile izlem yapılan prematüre bebek annelerinde daha az kaygı ve umutsuzluğun olduğu ve ebeveynlerle bebek arasında daha sağlıklı bir ilişki kurulması için hem anne hem de babaya verilen sosyal desteğin gerekli olduğu sonucu ortaya çıkabilir. Bu sonuçlar literatürde prematüre bebeği olan ailelere erken dönemden itibaren verilen destek ve eğitim programlarının ebeveyn kaygısını azaltıcı yöndeki etkisini gösteren birçok çalışma ile örtüşmektedir (Ahlqvist-Björkroth ve ark., 2017 ve Pace ve ark., 2016).

4.2.5. Ebeveynlerin Hayat Kalitesi

Prematüre bebeği olan anne ve babaların term bebeği olan ebeveynlere kıyasla doğumdan kısa süre sonra stres, kaygı ve depresif bulgular geliştirme risklerinin yüksek olmasının yanısıra, bu ebeveynlerde yıllar sonra bile aile fonksiyonlarında zayıflık ve aile içinde ağır sorumluluk yükü bildirilmiştir (Treyvaud ve ark., 2010). Bu durumun farkedilmesiyle beraber prematüre bebeği olan ailelerde özellikle annelerin hayat kalitesini inceleyen çalışmalar yapılmış ve annelerin hayat kalitesini etkileyen faktörler saptanmıştır. hayat kalitesini etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; anneyle ilgili olarak mental sağlığı, uyku düzensizlikleri, yorgunluk durumu ve stress düzeyi; bebekle ilgili olarak ise sağlık durumu, doğum haftası, doğum ağırlığı ve

YDYBÜ'nda kalış süresinin annenin hayat kalitesini en fazla etkileyen faktörler olduğu bildirilmiştir (Amorim ve ark., 2018; Donohue ve ark., 2008; Hill ve Aldag, 2007; Lee ve ark., 2012;, McLean ve ark., 2000 ve Moura ve ark., 2017). Bazı çalışmalarda ise; bebekle ilgili tıbbi bilgi alma durumu, sağlık çalışanlarının davranışları, sosyal destek varlığı ve ailenin maddi durumu gibi etmenlerin de daha az sıklıkla annenin hayat kalitesi üzerinde etkili olabileceği öne sürülmüştür (Rivers ve ark., 1987 ve Moura ve ark., 2017). Çalışmamız bir eğitim programı ve ev ziyaretleri sonrasında orta ve geç prematüre bebeği olan anne ve babaların hayat kalitesinde bu eğitimin etkisinin değerlendirildiği ilk çalışmadır. Literatür gözden geçirildiğinde; prematüre annelerinde hayat kalitesini inceleyen araştırmaların varlığına karşın, sadece bir çalışmada prematüre ailelerine uygulanan bir eğitim modelinin annenin hayat kalitesi üzerindeki etkisinin araştırıldığı belirlenmiştir. Bu çalışmada çok düşük doğum ağırlıklı bebeği olan ailelere verilen bir eğitim programının etkinliği bebekler YDYBÜ'nde yatarken ve 3,5 yaşına geldiğinde değerlendirilmiş, ilk değerlendirmede eğitim verilen gruptaki ebeveynlerin hayat kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmış; çocuk 3,5 yaşında iken yapılan değerlendirmede ise gruplar arasında fark olmadığı, ancak eğitim verilen ebeveynlerin hayat kalitesi alt başlıklarında daha yüksek enerji düzeyi ve daha az uyku bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Nordheim ve ark., 2016). Çalışmamızda hayat kalitesi alt başlıkları değerlendirildiğinde; enerji ve ağrı alt başlıklarında anne ve babalarda zamanlar ve gruplar arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır. Sadece DY 1. ayda SBG'ndaki annelerin ağrı puanları Aile EG'ndaki annelerden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Daha sonraki değerlendirmelerde anlamlı farklılıklar olmasa da özellikle Aile EG'ndaki annelerin fiziksel ağrı puanlarının daha yüksek olduğu farkedilmiştir. Annenin bebek bakımı konusunda daha çok yardım alabilmesinin ve özellikle verilen sosyal desteğin bu sonuç üzerinde etkisinin olduğu düşünülebilir.

Annelerin hayat kalitesi ve fiziksel fonksiyon alt başlığı açısından değerlendirildiği bir çalışmada; evde oksijen tedavisi alan prematüre bebeklerin annelerinin fiziksel fonksiyon puanlarının diğer annelerden belirgin düşük olduğu saptanmıştır (McLean ve ark., 2000). Doğum sonrası ilk 3 günde YDYBÜ'e yatan ve yatmayan geç prematüre bebekler 3 yaşına geldiğinde annelerinin hayat kalite

düzeylerinin araştırıldığı başka bir çalışmada ise, YDYBÜ tecrübesi olan annelerin fiziksel fonksiyon puanlarının diğer gruptan belirgin olarak düşük olduğu belirlenmiştir (McGowan ve ark., 2014). Çalışmamızda annelerin doğum sonrası ve DY 1. aydaki fiziksel fonksiyon puanları gruplar arasında benzer olmakla birlikte, bebek büyüdükçe annelerin fiziksel fonksiyonları arasında anlamlı farkların ortaya çıktığı ve en düşük fiziksel fonksiyon puanlarının SBG'ndaki annelerde olduğu saptanmıştır. Babaların fiziksel fonksiyon durumlarının da annelere benzer şekilde doğum sonrası ve DY 1. ayda gruplar arasında benzer olduğu, bebek büyüdükçe anlamlı farkların ortaya çıktığı ve en düşük fiziksel fonksiyon puanının SBG'ndaki babalarda olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki bu bulgular, bebek bakımı ile ilgili verilen eğitim ve ev ziyaretlerinin ebeveynlerin bebeklerini daha iyi tanıması, bebeklerinden beklentilerinin bebeğin yaşı ile uyumlu olması, bebeğin beslenme ve uyku düzeninin sağlanması ve bebek büyüdükçe anne-babanın bakımla ilgili daha rahat olması sonuçlarını doğurduğunu ve böylece bu olumlu gelişmeler sonucunda eğitimin ebeveynlerin fiziksel fonksiyonları üzerinde olumlu katkılar sağlamakta olduğunu düşündürmektedir.

Hayat kalitesinin diğer bir alt başlığı olan fiziksel rol güçlüğü (FRG), kişinin fiziksel durumunun günlük aktivitelerini ne derece etkilediğini göstermekte olup fiziksel yorgunluk ve uykusuzluğun hayat kalitesini olumsuz etkilediği birçok çalışmada bildirilmiştir (Amorim ve ark., 2018; Lee ve ark., 2012 ve Lee ve Kimble, 2009). Çalışmamızda annelerin doğumdan sonra FRG durumunun gruplar arasında benzer olduğu, ancak SBG'ndaki annelerin FRG puanlarının DY 1. ayda Anne EG'ndaki, DY 6 ve 12. ayda ise hem Anne EG hem de Aile EG'ndaki annelerden anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Babalarda ise FRG açısından ölçeğin yapıldığı tüm zamanlarda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızdaki bu bulgular, annelerin fiziksel fonksiyonlarındaki bulgulara benzer olarak, bebek bakımı ile ilgili verilen eğitim ve ev ziyaretlerinin günlük hayat rutininde olumlu sonuçlar doğurduğu ve böylece annenin günlük aktivitelerini daha kolay yapabilmesine yol açtığı sonucunu düşündürebilir. Diğer yandan, babalarda fiziksel fonksiyonlarla ilgili bir farklılığın tespit edilmemesinin nedeni olarak; babaların toplumdaki erkek rolünden beklenenleri karşılamak konusundaki hassasiyetleri ya da

FRG ile ilgili bir sıkıntı yaşıyorlarsa bile bunu ölçeğe doğru olarak yansıtmıyor olabilecekleri düşünülebilir.

Çalışmamızda hayat kalitesi ölçeğinin çalışılan bir diğer alt başlığı olan emosyonel rol güçlüğü (ERG) kişinin duygusal durumunun günlük aktivitelerini ne kadar etkilediği ile ilgili bir kavramdır. Mc Gowan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; geç pretem bebeği olan ve bebeği doğumdan sonra YDYBÜ'nde izlenen annelerin, YDYBÜ tecrübesi olmayan geç preterm annelerine göre, doğumdan 3 yıl sonra emosyonel fonksiyonlarında bir farklılık olmadığı, ancak kendilerini belirgin olarak daha üzgün ve kederli hissettikleri bildirilmiştir (McGowan ve ark., 2014). Çalışmamızda; SBG'ndaki annelerin ERG puanları DY 1 ve 6. ayda Aile EG'ndaki, DY 12. ayda ise hem Anne EG hem de Aile EG'ndaki annelerden anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Bu sonuç, eğitim verilen ve ev ziyaretleri yapılan gruplarda annelerin emosyonel açıdan daha güçlü olduklarını ve hayatlarını daha rahat idare edebildiklerini gösterebilir. Önceki çalışmalarda preterm doğan bebeklerinin bakımına katılan ve bebekleriyle daha çok zaman geçiren babaların ve sosyal çevre desteğinin annenin ruhsal sağlığına olumlu etkilerinin olduğu rapor edilmiştir. (Amorim ve ark., 2018; Bidzan ve Bieleninik, 2013; Emmanuel ve ark., 2012; Rivers ve ark., 1987 ve Webster ve ark., 2011). Çalışmamızda; DY 1. aydan itibaren Aile EG'ndaki annelerin emosyonel rol güçlüğü puanlarının diğer gruplardan daha yüksek gözlenmesi ve benzer olarak Aile EG'ndaki babaların ERG puanlarının ise DY 6 ve 12. ayda SBG'ndan anlamlı olarak daha yüksek saptanması ebeveynlere birlikte verilen eğitim, aileye yapılan ev ziyaretleri ve farkındalık artışının ebeveynlerin emosyonel durumunu iyileştirdiğini ve prematüre bebeği olan bu ailelere duygusal destek sağlandığını düşündürebilir.

Hayat kalitesi ölçeğinin bir alt bileşeni olan genel sağlık algısı (GSA) ile ilgili veriler çalışmamızda değerlendirildiğinde; her üç gruptaki annelerin GSA puanlarının doğum sonrası dönemde birbirine benzer olduğu belirlenmiştir. Erken dönemde yeni doğum yapmış ve bebeği YDYBÜ'nde takip edilen annelerde genel sağlık algısının bozuk olması beklenen bir bulgu olup bu sonucu destekler nitelikte olmak üzere Donohue ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; preterm bebeği olan annelerin kendi

sağlık durumlarını doğurganlık yaşındaki kadınlara göre 4 kat daha yüksek düzeyde kötü olarak yorumladıkları bildirilmiştir (Donohue ve ark., 2008). İzlemde DY 1. ve 6 ayda ise Aile EG'ndaki annelerin GSA puanlarının SBG'ndaki annelerden daha yüksek bulunması; izlemde verilen eğitim ve ev ziyaretleri ile annelerde genel sağlık algısının nispeten düzeldiğini, buna karşın eğitim verilmeyen grupta anne yeterli bir destek de alamıyorsa kendini daha sağlıksız algılamasına yol açtığını düşündürebilir. Nitekim DY 1. ayda SBG'ndaki annelerde diğer gruplardan düşük saptanan GSA durumu bu aydaki ağrı, FRG ve ERG puanlarındaki düşüklük ile de örtüşmektedir. Diğer yandan; babalarda ölçeğin yapıldığı tüm zamanlarda gruplar arasında GSA açısından anlamlı bir fark saptanmamış olması; bebeğin bakımında annenin birincil kişi olması ve babaların eski günlük hayatlarına hızlıca geri dönüşleri ile açıklanabilir.

Hayat kalitesini değerlendirmede kullanılan bir alt başlık olan ruhsal sağlık ile ilgili olarak genel değerlendirmede; annelerin ruhsal sağlığı hem yaşam kalitesini hem de bebek gelişimini etkileyen bir faktör olarak bilinmektedir (Amorim ve ark., 2018; Donohue ve ark., 2008, Lee ve ark., 2012 ve Moura ve ark., 2017). Önceki çalışmalarda; prematüre bebeği olan annelerin ruhsal sağlığı ile ilgili uygulanan eğitimin annelerin stres ve depresyon durumları üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Bu konuda yapılan bir çalışmada; orta ve geç prematüre bebeği olan annelerde uygulanan anne bebek etkileşim programının özellikle ilk aylarda depresyon skorlarını azalttığı, ancak 6. ve 12. aydaki depresyon durumuna etki etmediği bildirilmiştir (Ravn ve ark., 2012). Benzer olarak bazı çalışmalarda; müdahale grubundaki prematüre bebek annelerinin stres düzeylerinin doğumdan sonraki 6. ve 12. ayda daha düşük olduğu raporlanırken, bazı çalışmalarda ise müdahalenin bu konuda herhangi bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Kaaresen ve ark., 2006 ve Meijssen ve ark., 2011). Çalışmamızda hayat kalitesi indeksinin annelerin ruhsal sağlık durumları ile ilgili değerlendirilmesinde; doğum sonrası ve DY 1. ayda eğitim verilen ve verilmeyen gruplarda ruhsal sağlık puanları birbirine benzer bulunurken, DY 6. ve 12. ayda Aile EG'ndaki annelerin ruhsal sağlık puanlarının SBG'ndakilerden anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, uygun bir izlemin ve ev ziyaretleri ile birlikte gerçekleştirilen eğitim programlarının annelerin ruhsal açıdan rahatlamasına ve stres vb durumların ortadan kalkmasına neden olduğunu gösterebilir. Diğer yandan, Aile

EG'ndaki annelerin ruhsal sağlık puanlarının diğer iki gruptan daha yüksek bulunması annelerin ruhsal sağlığı üzerinde babaların olumlu etkisini gösteren literatür çalışmalarıyla aynı doğrultuda kabul edilebilir (Donohue ve ark., 2008; Miles ve ark., 1999; Misri ve ark., 2000 ve Warfield ve ark., 1999,).

Doğumdan sonra babalardaki ruhsal durum ile ilgili yapılan çalışmaların değerlendirildiği bir metaanalizde; doğumdan sonraki 3-6 aylık sürede babalardaki depresyon oranlarının arttığına dikkat çekilmektedir (Paulson ve Bazemore, 2010). Çalışmamızda ruhsal sağlık puanları açısından babaların sonuçları incelendiğinde; doğumdan sonraki dönemde gruplar arasında bir fark saptanmazken, DY 1., 6. ve 12. ayda Aile EG'ndaki babaların ruhsal sağlık puanlarının SBG'ndakilerden anlamlı olarak yüksek olduğu ve DY 6. ayda Aile EG'ndaki babaların ruhsal sağlık puanlarının da Anne EG'ndaki babalardan anlamlı olarak yüksek bulunduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, orta ve geç prematüre bebeği olan sadece annelerde değil babalarda da izlemde ruhsal sorunların ortaya çıkabileceğini, ancak bebeğin izleminde düzenli ev ziyaretlerini içeren bir eğitim programı ve uygun bir sosyal destek ile bu ruhsal sorunların önlenebileceğini göstermektedir. Babalarda doğum sonrasında ruhsal sorunların ortaya çıkabileceğini gösteren bulgularımızı destekler nitelikte olmak üzere; Mehler ve arkadaşlarının (2014) yaptığı ve term ve preterm bebeklerin babalarını karşılaştırdıkları bir çalışmada; preterm bebeği olan babalarda doğumdan sonra depresyon oranlarının daha yüksek olduğu, bebekler terme ulaştığında depresyonun yarı yarıya azaldığı, fakat devam eden 3 aylık sürede depresyon oranlarında anlamlı bir gerileme olmadığı belirtilmiş, diğer yandan, term bebeklerin babalarında ise doğumda %4 olan depresyon sıklığının 3. ayda %16'a çıktığı bildirilmiştir.

Hayat kalitesi içinde değerlendirilen son alt başlık olan sosyal fonksiyon ile ilgili yapılan çalışmalardan birinde; preterm bebek ailelerinin ilk 2 yıl sosyal destek yönünden yetersiz kaldıkları ve bu durumun ebeveynleri olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Beckman ve Pokomi, 1988). Evde oksijen tedavisi gerektiren prematüre bebeklerle, gerektirmeyen prematüreler ve sağlıklı term bebeğe sahip olan ebeveynlerin doğumdan sonraki 1. ayda sosyal fonksiyonlarının karşılaştırıldığı bir

çalışmada; en düşük değerlerin oksijen tedavisi alan prematüre ebeveynlerinde olduğu bildirilmiştir (McLean ve ark., 2000). Bir başka çalışmada ise; doğduğunda YDYBÜ'nda yatmış olan geç pretermlerin ebeveynlerinde sosyal fonksiyon puanlarının YDYBÜ'nda yatmayan geç preterm ebeveynlerinden çocuk 3 yaşına geldiğinde dahi anlamlı olarak düşük olduğu ve ailelerin çocuklarını daha zayıf ve korunmasız algılamaları nedeniyle daha kısıtlayıcı bir düzen kurdukları bildirilmiştir (McGowan ve ark., 2014). Çalışmamızda, sosyal fonksiyon puanları ile ilgili olarak hem anne hem de babalarda doğumdan sonra ve DY 1. ayda gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Buna karşın, annelerde DY 6. ayda Aile EG'nda, DY 12. ayda ise Anne EG ve Aile EG'ndaki sosyal fonksiyon puanları SBG'ndaki annelerin puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Babalarda ise benzer olarak DY 6. ve 12. ayda Aile EG'ndaki puanlar SBG'ndan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. YDYBÜ'nde yatması gereken prematüre bir bebeğe sahip olan ebeveynlerin doğumdan sonra ve DY 1. ayda sosyal fonksiyonlarının kısıtlı olması literatür bulguları ile benzer olup beklenen bir sonuçtur. Öte yandan, DY 6. ve 12 ay gözönüne alındığında, Aile EG'ndaki ebeveynlerde sosyal fonksiyon durumunun daha iyi olmasının altında yatan nedenlerin; ebeveynlere verilen eğitimlerde bebeğin sağlık algısının doğru yönetilmesi, bebeklerin sosyal gelişimleri için ailelerin de sosyal hayata katılımlarının sağlanması yönünde öneriler verilmesi, bebek bakımında babaların da daha aktif rol alması ile ailenin sosyal hayata daha kolay katılabilmesi ve aileye verilen sosyal destek varlığının olduğu düşünülebilir. Çalışmamıza benzer şekilde sosyal desteğin hayat kalitesinde etkisini gösteren bir çalışmada; çok düşük doğum ağırlıklı bebeği olan ebeveynlerin bebekleri 12-18 aylık olduğunda hayat kalitesi puanlarının term bebek ebeveynlerine benzer olduğu ve sosyal fonksiyon açısından aralarında bir fark bulunmadığı bildirilmiş ve prematüre bebeği olan ailelerin kendilerini mental olarak bu duruma adapte etmeleri ve çalışmaya katılan ailelerin çevreden aldıkları sosyal desteğin bu durumda etkili olduğu öne sürülmüştür (Donohue ve ark., 2008).

4.3. Babaların Bebek Bakımına Katılım Durumu

Babaların bebek bakımında aktif rol üstlenmeleri kültürel ve toplumsal özelliklerden etkilenmektedir. Özellikle prematüre bebeklerin bakımında babaların aktif rol almasının hem bebeğin gelişiminde hem de annenin ruhsal ve bedensel sağlığında olumlu rol oynadığı önceki çalışmalarda bildirilmiştir (Amorim ve ark., 2018; Bidzan & Bieleninik, 2013; Emmanuel ve ark., 2012 ve Webster ve ark., 2011). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda babalara uygulanan eğitimin bebek ve çocuk bakımına katılım oranlarını arttırdığı saptanmıştır (Kocayörük ve Hatipoğlu, 2009; Seçer ve ark., 2007 ve Sevil & Özkan, 2009). Bu bulguyu doğrular nitelikte olmak üzere, çalışmamızda da ev ziyaretlerinin dahil olduğu bir eğitim almış olan babaların bebek bakımında en yüksek oranda aktif rol oynadığı belirlenmiştir. Diğer yandan, ülkemizde yapılan bir çalışmada; babaların %62,3'ünün gece bakımına nadiren katıldığı ve bebeği uyutma işini her zaman üstlenen babaların oranının sadece %1,9 olduğu bildirilmiştir (Kuruçırak 2010). Bu çalışmaya benzer şekilde çalışmamızda da; babaların bebeklerin gece bakımına katkıları konusunda yetersiz oldukları gözlenmiş, buna karşın DY 3. ayda Anne EG ve Aile EG'ndaki babaların daha yüksek oranda gece bakımında rol aldıkları saptanmış ve verilen eğitimin etkisi gözlenmiştir. Çalışmamız babaların bebek bakımına katılımlarının arttırılması için hem anne hem de babaların bu konuda bilgilendirilmesi ve desteklenmesinin önemli olduğunu göstermektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Prematüre bebekler içinde en büyük kısmı oluşturan orta ve geç prematüre bebeklerin ailelerine yönelik planlanan eğitim programının; bebeğin yaşı DY 1 yaş olana kadar geçen dönemde prematüre bebek sağlığı, ebeveynlerin kaygı-umutsuzluk düzeyleri, ebeveyn-bebek bağlanması ve anne babanın hayat kalitesi üzerine etkisinin incelendiği bu çalışmada, uygulanan eğitim programının bebekler ve ebeveynleri üzerinde çeşitli olumlu etkileri olduğu saptanmıştır.

1. Uygulanan eğitim programı bebeklerin SAS ile beslenme oranlarında anlamlı bir artışa yol açmıştır. Bebeklerin yaşı DY 3, 4, 5, ve 6. ay olduğunda SAS ile beslenme oranları Anne EG ve Aile EG'nda, SBG'na göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Anne EG'ndaki annelerin bebeklerini SAS ile besleme oranları SBG'ndaki annelerden DY 3, 4 ve 5. ayda sırasıyla 2,7-3,2 ve 2,7 kat daha yüksektir. Aile EG'ndaki anneler ise SBG'ndaki annelere göre bebeklerini DY 3.ayda 1,8, DY 4. ayda 1,9 ve DY 5. ayda ise 1,7 kat daha fazla SAS ile beslemektedirler.

2. Eğitim programı anne sütü verme süresi üzerinde de etkili olmuştur. Anne EG ve Aile EG'ndaki bebeklerin DY 9 ve 12. ayda anne sütü alma oranları SBG'ndaki bebeklerden daha yüksektir. Bu oran DY 12. ayda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bebek büyüdükçe eğitim gruplarında bebeklere anne sütü vermeye devam edildiği, SBG'nda ise emzirmenin bırakıldığı gözlenmiştir.

3. Tüm gruplarda annelerin emzirme deneyimleri ve emzirme kararını verdikleri zamanlar birbirine benzer iken, eğitim gruplarında SBG'a kıyasla DSÖ önerilerine uygun şekilde bebeğini en az 2 yıl emzirmeyi planlayan anne sayısı anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır.

4. Her iki eğitim grubundaki annelerin bebek büyüdükçe (DY 6. ve 12. ayda) SBG'ndaki annelere kıyasla emzirmeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kolay bir iş olarak değerlendirdikleri saptanmıştır.

5. Bebekler DY 3 aylık olana kadar hiçbir bebeğe, anne sütü ya da formül mama dışında ek besin verilmediği ancak DY 4. ve 5. ayda SBG'nda ek besin verilmeye başlanan bebek sayısının diğer iki eğitim grubuna göre anlamlı olarak fazla olduğu gözlenmiştir. Düzeltilmiş yaş 6. ayda ise Anne EG ve Aile EG'ndaki tüm bebeklere

ek besin başlanmışken, SBG'nda henüz ek besin verilmeyen bebek oranı anlamlı olarak yüksektir. Standart Bakım Grubu'ndaki annelerin bebeklerine daha erken ya da daha geç ek besin başlama eğiliminde olduğu gözlenmiştir.

6. Eğitim programı ile bebeklerin uykusu üzerinde de olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bebekler büyüdükçe, (DY 6. ve 12. ayda) eğitim gruplarındaki bebeklerin daha az uyku sorunu olduğu bildirilmiştir. Düzenli uyku uyuma oranları da DY 3, 6 ve 12. ayda Anne EG ve Aile EG'nda SBG'ndan anlamlı olarak yüksektir. Anne EG ve Aile EG'ndaki bebekler DY 6. ve 12. ayda daha çok meme emerek ya da yataklarında uyurken, SBG'ndaki bebeklerin sallanarak uyudukları tespit edilmiştir.

7. Bebeklerin ağlamasıyla ilgili yapılan değerlendirmede saptanan tek anlamlı sonuç DY 3. ayda elde edilmiştir. Bebekler DY 3 aylık olduğunda SBG'ndaki bebeklerin ağlama ataklarının daha fazla olduğu gözlenmiştir.

8. Uygulanan eğitim programı annelerin bebeklerine karşı tutumları üzerinde de etkili olmuştur. Anne EG ve Aile EG'ndaki anneler bebekleri ağladığında daha rahat ve soğukkanlı davranıp, bebeklerini rahatlatmaya çalışıyorken, SBG'ndaki annelerin daha fazla endişeye kapıldıkları saptanmıştır. Gruplar arasında bu konuda fark olmayan tek zaman DY 12. ay olup, bebek büyüdükçe ağlayan bebekleri karşısında tüm annelerin rahat davranabildikleri gözlenmiştir

9. Bebekleriyle ilgili annelerin sıklıkla belirttiği sorunlar beslenme, uyku ve ağlama ile ilgilidir. Bu açıdan yapılan değerlendirmede sadece DY 3. ayda SBG'ndaki annelerin diğer iki eğitim grubuna kıyasla daha fazla sorun bildirdikleri saptanmıştır. Diğer zamanlarda grupların verileri benzer bulunmuştur.

10. Bebeklere yapılan düzenli masaj uygulamasında DY 1, 6 ve 12. ayda en yüksek oran Aile EG'nda saptanmıştır ve her iki eğitim grubunda bebeklere düzenli masaj uygulanması SBG'ndan anlamlı olarak fazla oranda bulunmuştur.

11. Çalışmamızdaki bebeklerin yaşı DY 6 ve 12 ay olduğunda yapılan ağırlık ve baş çevresi ölçümleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. Ancak hem DY 6.ayda, hem de DY 12. ayda SBG'ndaki bebeklerin boy uzunlukları, Aile EG'ndaki bebeklerin boyundan anlamlı şekilde daha kısa olarak saptanmıştır.

12. Düzeltilmiş yaş 6. ayda uygulanan DGTT II'de her üç gruptaki bebeklerin tamamının yaşına uygun gelişim gösterdikleri saptanmıştır. Bu test sonuçları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

13. Gruplar arasında DY 1, 3, 6 ve 12. ayda yapılan değerlendirmede en düşük hastaneye yatış oranlarının Aile EG'nda, en yüksek oranların ise SBG'nda olduğu saptanmıştır ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

14. Anne EG ve Aile EG'ndaki annelerin bebeklerini daha olumlu algıladıkları ve bu farkın DY 6. ay dışındaki zamanlarda (TS 1.hafta ve DY 1, 3, 12. ay) istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

15. Uygulanan eğitim programı anne bebek bağlanma düzeylerinde anlamlı bir artışa yol açmıştır. Anne EG ve Aile EG'nda annelerin MBÖ puanları ölçümün yapıldığı tüm zamanlarda (DY 1, 2, 3 ve 4. ay) SBG'ndaki annelerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

16. Aile EG'ndaki babaların baba bebek bağlanma puanları DY 6. ayda tüm alt gruplarda SBG'ndaki babalardan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Düzeltilmiş yaş 12. ayda ise tek fark sevgi-gurur alt başlığında Aile EG'nda SBG'a göre saptanan yüksekliktir.

17. Tüm gruplarda anne ve babaların sürekli kaygı düzeyleri ve babaların durumluk kaygı düzeyleri birbirine benzer bulunmuştur. Annelerin durumluk kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde, bebek büyüdükçe eğitim gruplarındaki annelerin kaygı düzeylerinin azaldığı SBG'ndaki annelerin ise aynı düzeyde kalmaya devam ettiği gözlenmiştir. Durumluk kaygı düzeyi en yüksek olan anneler SBG'ndakilerdir ve DY 3. aydan itibaren eğitim grupları ile SBG'ndaki annelerin durumluk kaygı düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

18. Umutsuzluk düzeyi açısından babalarda gruplar arasında bir fark saptanmamıştır. Ancak annelerde doğumdan sonra umutsuzluk düzeyi açısından bir fark yokken, DY 1, 6 ve 12. ayda en yüksek umut düzeyine sahip anneler Aile EG'daki anneler olarak tespit edilmiştir.

19. Ebeveynlerin hayat kalitesi 8 alt başlıkta değerlendirilmiştir.

Babalarda fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı ve enerji açısından grupların sonuçları birbirine benzer bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü açısından ise bebek büyüdükçe (DY 6. ve 12. ayda) en yüksek puanlar eğitim gruplarındaki babalarda ve en düşük puanlar ise SBG'ndaki babalarda tespit edilmiş ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. En dikkat çekici sonuç babaların ruhsal sağlığı ile ilgili olandır. Değerlendirmenin yapıldığı tüm zamanlarda

en yüksek ruhsal sağlık puanı Aile EG'ndaki babalarda ve en düşük puan ise SBG'ndakilerdedir ve DY 1, 6 ve 12. ayda aralarındaki fark anlamlıdır.

Annelerde ise sadece enerji alt başlığında gruplar arasında fark saptanmamıştır. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve ruhsal sağlık açısından en yüksek puan Aile EG'ndaki annelerde, en düşük puan ise SBG'ndaki annelerdedir ve eğitim gruplarındaki puanlar DY 6. ve 12. ayda SBG'na göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Fiziksel rol güçlüğü açısından doğum sonrası dönemde grupların sonuçları benzer iken, bebek büyüdükçe eğitim gruplarındaki annelerde SBG'a kıyasla anlamlı olarak yüksek sonuçlar bulunmuştur. Ağrı açısından saptanan tek fark DY 1. ayda Aile EG'ndaki annelerin SBG'a kıyasla anlamlı yüksek puanlarıdır. Genel sağlık algısı DY 1. ve 6. ayda Aile EG'ndaki annelerde SBG'a göre anlamlı yüksek saptanmıştır. Emosyonel rol güçlüğü açısından doğum sonrası dönemde her üç grupta da annelerin sonuçları benzerdir ancak bebek büyüdükçe (DY 1. ve 6. ay) Aile EG'ndaki annelerin puanları SBG'ndakilerden ve DY 12. ayda ise hem Aile EG hem de Anne EG'ndaki annelerin panları SBG'ndakilerden anlamlı yüksek saptanmıştır.

20. Uygulanan eğitim babaların bebek bakımına katılım oranlarını da arttırmıştır. Babaların bebek bakımına katılımları doğum sonrası tüm gruplarda benzer oranlarda iken, DY 1, 3, 6 ve 12.ayda eğitim gruplarındaki babaların SBG'a kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla bebek bakımında rol aldıkları ve bu konuda daha yüksek bir performans gösterdikleri saptanmıştır.

Sonuç olarak orta ve geç prematüre bebeği olan ailelere uygulanan eğitim ve destek programımız bebeklerin anne sütüyle beslenmesi ve süresi, annelerin emzirmeyi planladıkları süre ve bebeklerin günlük rutinleri içinde uyku, düzenli masaj ve doğru zamanda uygun şekilde ek besine geçiş üzerinde olumlu sonuçlar doğurmuştur. Bu program sayesinde bebek büyüdükçe özellikle annelerin kaygılarının azaldığı, daha umutlu oldukları, bebeklerine karşı daha duyarlı ve anlayışlı davranabildikleri, bebeklerini daha olumlu algıladıkları ve ebeveyn bebek bağlanmasının daha güçlü olduğu gözlenmiştir. Eğitime katılan Anne EG ve Aile EG'nda ebeveynlerin hayat kalitesinin de SBG'a göre bebek büyüdükçe belirgin olarak yükseldiği dikkat çekicidir. Özellikle eğitime babaların da katıldığı Aile

EG'nda babaların ruhsal sağlığındaki yüksek skorlar ve bu gruptaki annelerin umut, kaygı ve hayat kalitesi düzeylerindeki olumlu farklar, babaların bu eğitim programlarına mutlaka dahil edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Orta ve geç prematüre bebek ve ailelerinin yaşadığı sorunların azaltılması için, bu gruba yönelik standart ve ulusal eğitim ve destek programları uygulanmalıdır. Babaların anneler ve bebekler üzerindeki olumlu etkisi dikkate alınarak programa dahil edilmeleri sağlanmalıdır. Anne baba ve bebeğin birbirini sürekli etkilediği ve ayrılmaz bir bütünün parçaları olduğu unutulmamalıdır. Bebek ve toplum sağlığının geliştirilmesi için; bu alanda babaların da dahil edildiği daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

ÖZET

Orta ve Geç Prematüre Bebeği Olan Ailelerde Ebeveyn Eğitimi ve Farkındalık Düzeyi Arttırılmasının Bebeğin Sağlık Durumu, Anne-Bebek Bağlanması ve Ebeveynlerin Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi

Orta ve geç prematüre bebekler, tüm prematüre bebekler içindeki en büyük grubu oluşturmakta olup 32-37. Gebelik haftasında doğan bebekleri kapsamaktadır. Bu bebeklerin erken ve uzun dönemde ayrıntılı izlemlerinin yapılması, ailelerinin uygun şekilde bilgilendirilmesi ve desteklenmesi hem bebeğin sağlığı hem de ebeveynin farkındalığı açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı; orta ve geç prematüre bebeği olan ailelere uygulanan eğitim ve ev ziyaretlerinin, bebeklerin düzeltilmiş yaşı (DY) 1 yaş olana kadar geçen dönemde prematüre bebek sağlığı, bakımı, ebeveynlerin kaygı ve umutsuzluk düzeyleri, hayat kalitesi ve ebeveyn bebek bağlanması üzerine olan etkisinin araştırılmasıdır.

Çalışmamız randomize kontrollü prospektif bir müdahale çalışmasıdır. Örneklem grubunu Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatarak izlenen 32-37 gebelik haftasında ve doğum haftasına uygun ağırlıkta doğmuş, orta ve geç prematüre bebekler ve aileleri oluşturmuştur. Uygulanacak olan tekrarlı ANOVA testine göre: p=0,05, power değeri=0,80 ve önceki benzer çalışmalar değerlendirilerek standart deviasyon=6,0 öngörülerek örneklem büyüklüğü hesaplandığında her 3 grupta en az 22 bebek ve ailesinin bulunmasının gerekli olduğu saptanmıştır. Takipler sırasında %20 oranında bebek ve ailesinin araştırma dışı kalabileceği öngörülerek, toplam 79 bebek-aile çifti çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan aileler randomize olarak; poliklinikte takip edilen Standart Bakım Grubu (SBG), düzenli ev ziyaretleri yapılan ve eğitime sadece annelerin katıldığı Anne Eğitim Grubu (Anne EG) ve eğitimlere anne-babanın katıldığı Aile Eğitim Grubu (Aile EG) olarak 3'e ayrılmıştır. Takip sırasında SBG'dan 6, Anne EG'ndan 4 ve Aile EG'ndan 3 bebek ve ailesi çalışma dışında bırakılmış ve çalışma her grupta 22'şer bebek ve ailesi ile tamamlanmıştır.

Çalışmamızda tüm ailelere taburculuk öncesi hastanede bebek bakımıyla ilgili standart bir bilgi verilmiştir. Bu bilgilendirme araştırmacı ya da bebek hemşiresi tarafından, SBG ve Anne EG'nda sadece anneye, Aile EG'nda ise anne ve babaya yapılmıştır. Anne ve Aile EG'na taburcu olurken prematüre bebeklerin özellikleri ve bakımı ile ilgili, araştırmacı tarafından hazırlanan yazılı broşür verilmiş ve sorumlu pediatristin telefon numarası verilerek danışmak istedikleri konular için arayabilecekleri belirtilmiştir. ayrıca Anne EG ve Aile EG'nda taburculuktan 1 hafta sonra, bebeğin yaşı DY 1, 2 ve 3 ay olduğunda, ailenin evine yapılan 4 ev ziyareti ve ev ziyaretlerinin yapılmadığı haftalarda telefonla aile ve bebek hakkında bilgi alınması şeklinde, DY 3 ay olana kadar eğitime devam edilmiştir. Ev ziyaretlerinde bebeğin yaşına uygun olarak, bebeğin genel sağlığı ve bakımı, anne sütü, emzirme teknikleri, nörolojik, kognitif ve motor gelişim, hastalık belirteçleri, bebeğin uykusu, uyku ritüelleri, bebeğin rutin takipleri, aşılanması, bebek bakımında babaların rolü ve ebeveyn bebek ilişkisi ile ilgili bilgi verilmiştir. Bebeğin beslenmesi gözlenerek, emzirme teknikleri gösterilmiştir. Aile EG'nda bilgilendirmeye baba da dahil edilmiştir. Bebek ve ebeveynler ev ortamlarında izlenmiş, ailenin soruları cevaplandırılmıştır. Standart Bakım Grubu'ndaki bebeklerin takipleri poliklinikten, Anne EG ve Aile EG'ndaki bebeklerin takipleri de ev ziyaretlerinin bitiminden itibaren poliklinikten yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilen tüm bebeklerin taburculuktan 1 hafta sonra ve DY 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 ve 12. ayda sistemik muayenesi yapılmış ve antropometrik ölçümleri alınmıştır. Bebeklerin fiziksel ve nörolojik gelişimleri, DY hesaplanarak, buna göre yorumlanmıştır. Kontroller sırasında bebeğin beslenme durumu, uyku, gaz ya da ağlama sorunları, babanın bebek bakımındaki katkısı, bebeğin hastaneye yatış durumu sorgulanarak kayıt edilmiştir.

Ebeveynlerin kaygı düzeyini ölçmek için durumluk ve sürekli kaygı ölçeği, umut durumunu değerlendirmek için Beck umutsuzluk ölçeği, hayat kalitesini belirlemek için hayat kalitesi ölçeği kısa form-36, ebeveyn bebek bağlanmasını değerlendirmek için ise anne-bebek ve baba-bebek bağlanma ölçeği araştırmacılar tarafından belirlenen zamanlarda, anne ve baba tarafından doldurulmuştur. ayrıca annelere bebek karakterini algılama ölçeği ve bebeklerin tümüne DY 6. ayda Denver Gelişimsel tarama testi uygulanmıştır.

Çalışmadaki 3 grup; bebek sağlığı, ebeveyn bebek bağlanması, ebeveynlerin kaygı, umutsuzluk düzeyleri ve hayat kalitesi açısından karşılaştırılmıştır.

Tüm gruplarda bebek ve ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri benzerdir. Düzeltilmiş yaş 3, 4, 5 ve 6. ayda her iki eğitim grubundaki bebeklerin sadece anne sütü (SAS) ile beslenme oranları SBG'ndan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bebeklerin SAS ile beslenme oranı Anne EG'nda SBG'ndan DY 3. ayda 2,7 kat, DY 4.ayda 3,2 kat ve DY 5. ayda 2,7 kat, Aile EG'nda ise DY 3.ayda 1,8 kat, DY 4. ayda 1,9 kat ve DY 5. ayda ise 1,7 kat fazla bulunmuştur. Emzirme oranları da DY 9. ve 12. ayda eğitim gruplarında daha yüksektir. En az 2 yıl boyunca emzirmek isteyen annelerin oranlarının Anne EG ve Aile EG'da SBG'a göre daha fazla olduğu saptanmış ve her iki eğitim grubundaki annelerin DY 6. ve 12. ayda emzirmeyi daha kolay olarak tanımlamış oldukları belirlenmiştir. Anne EG ve Aile EG'nda bebeklere tamamlayıcı besin büyük oranda DY 6. ayda başlanırken, DY 4. ve 5. ayda tamamlayıcı besin başlanan bebek oranı SBG'nda, diğer iki eğitim grubundan anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Gruplar tamamlayıcı besine başlama zamanı açısından karşılaştırıldığında, SBG'ndaki bebeklerde ya erken ya da daha geç tamamlayıcı besine başlandığı gözlenmiştir. Tüm gruplarda DY 6. ve 12. ayda bebeklerin ağırlık ve baş çevresi ölçümleri benzer iken, boy uzunlukları Aile EG'nda SBG'ndaki bebeklerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. DGTT II sonuçları tüm gruplarda benzer saptanmıştır. SBG'ndaki bebeklerde DY 3. ayda ağlama, DY 6. ve 12. ayda ise uyku sorunları anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Yeniden hastaneye yatış açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Eğitim verilen gruplarda annelerin bebeklerini daha olumlu algıladıkları ve anne-bebek bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Baba-bebek bağlanması ise özellikle DY 6. ayda Aile EG'da SBG'ndan belirgin olarak yüksektir. Babaların kaygı düzeyleri gruplar arasında benzer iken, annelerin durumluk kaygısının bebek büyüdükçe eğitim gruplarında azaldığı, ancak SBG'nda aynı düzeyde kalmaya devam ettiği gözlenmiştir. En umutsuz annelerin SBG'ndaki anneler olduğu tespit edilmiş olup eğitim gruplarında ebeveynlerin hayat kalitesi daha yüksek saptanmıştır. Bebek büyüdükçe Anne EG ve Aile EG'ndaki babaların bebek bakımına daha aktif katıldığı tespit edilmiştir.

Uygulanan eğitim programı ve ev ziyaretlerinin orta/geç prematüre bebeklerin bakım, beslenme, uyku ve ağlama atakları gibi parametrelerinde olumlu katkılar sağladığı tespit edilmiştir. Diğer yandan, ev ziyaretleri ile verilen eğitimlerin aynı zamanda ebeveynlerin kaygı düzeyini azalttığı, ebeveyn-bebek bağlanmasını sağladığı, hayat kalitesini artırdığı ve babaların da bebek bakımına aktif katılımını sağladığı gözlenmiştir. hem bebek hem de ebeveynler üzerinde olumlu etkilerin sağlanması ve uzun dönem olumsuz sonuçların ortadan kaldırılması için, orta ve geç prematüre bebeklerin ve ailelerinin ayrıntılı olarak izlemi, ebeveynlerin eğitimi ve sosyal desteğin sağlanması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Anne-baba eğitimi, Orta ve geç prematüre bebekler, Prematüre bebek sağlığı

SUMMARY

The Effect on Baby Health, Mother Infant Bonding, and Parental Anxiety Levels of Parent Education and Increasing The level of Awareness for the Families of Moderate and Late Premature Infants.

Moderate and late premature infants are constitute the largest group among all premature infants and they cover born at the 32-37 gestational weeks. Detailed follow-up of these babies in the early and long term, informing and supporting their families appropriately is important both for the baby's health and the parent's awareness The aim of this study to evaluate the effect of education and home visits on the families of moderate and late premature infants in respect of the health and care of the premature infant, parental anxiety and hopelessness levels, the quality of life and parent-infant attachment in the period up to 1 year corrected age (CA).

This is a randomized controlled prospective intervention study. The sample group consisted of the families and moderate and late premature infants who were born at a birthweight appropriate to 32-37 weeks gestational age and were followed up in the Newborn Intensive Care Unit of the Sivas Cumhuriyet University Faculty of Medicine. According to the repeated ANOVA test, with p=0.05 and power value=0.80, and from the evaluation of previous studies for the calculation of the sample size, it was determined that at least 22 infants and their families should be in each group. When a potential exclusion/withdrawal rate of 20% was considered, a total of 79 infant-family couples were included in the study. The moderate and late premature infants and their families were randomly separated into three groups as the Standard Care Group (SCG); of those who were regularly followed up in the polyclinic, and the Mothers Education Group (MEG); who had regular home visits and only the mothers participated in the education program. however, the Family Education Group (FEG); involved the participation of both mother and father in the education program. During the follow-up period, six babies from the SBG, 4 from the MEG and 3 from the FEG were excluded from the study and the study was completed with 22 infants and their families in each group.

In our study, all the families were given standard information about baby care in the hospital prior to discharge. This information was provided by the researcher or the infants' nurse to the mother in the SBG and the MEG and to the mother and father in the FEG. A written brochure related to the characteristics and care of premature infants was given to the MEG and FEG parents on discharge, and they were given the attending pediatrician's telephone number and told that they could call about any subjects they wished. In addition, in the MEG and FEG, a week after discharge and when the age of baby is CA 1, 2 and 3 months, there were 4 home visits for the family and in the weeks where no home visit was made receiving information about the family and the baby was taken by phone, and the training was continued in the period up to CA 3 months. In the home visit, information was given about the general health and care of the infant according to age, breast milk, breastfeeding techniques, neurological, cognitive and motor development, disease markers, baby's sleep, sleep rituals, routine follow-up of the baby, vaccination, the role of fathers in baby care and the parent-infant relationship. Breast-feeding techniques have been shown by observing the feeding of the baby. In the FEG, the father is also included in the information. The baby and parents were monitored in the home environment and the family questions were answered. The follow-up of the babies in the SCG was made in the pediatric policlinic and the follow-up of the babies in the MEG and FEG was also done in the pediatric policlinic after the end of the home visits. The anthropometric measurements were taken of all the infants in the study in the systemic examinations applied at 1 week after discharge then at 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 and 12 months

CA. The CA was calculated and the physical and neurological development of the infant was interpreted according to the CA. During the controls, the feeding status of the baby, sleep, gas or crying problems, the contribution of the father to the baby care, and the hospitalization status of the baby were questioned and recorded.

The state and trait anxiety inventory was used to measure the anxiety level of the parents, the Beck hopelessness scale was used to assess the hope status, and the quality of life questionnaire-short form-36 was used to evaluate the life quality of the parents and the mother-infant and father-infant attachment inventory was used to assess the parent infant bonding. These forms were filled by the parents at the times determined by the researchers. In addition, the infant character perception scale was used for mothers and all of the infants were subjected to the Denver Developmental Screening Test II (DDST II) at the 6 months CA.

Three groups in the study were compared in respect of the infant health, parental attachment, parental anxiety, hopelessness levels, and quality of life.

The sociodemographic characteristics of infants and parents were similar in all the groups. The rate of exclusive breastfeeding at 3, 4, 5, and 6 months CA was significantly higher in both education groups when compared to the SCG. The rate of exclusive breastfeeding was higher in the MEG compared to the SCG 2.7 fold at 3 months CA, 3.2 fold at 4 months CA and 2.7 fold at 5 months CA. This rate was also found higher in the FEG when compared to the SCG 1.8 fold at 3 months CA, 1.9 fold at 4 months CA and 1.7 fold at 5 months CA. The breastfeeding rates are also higher in the education groups at 9 and 12 months CA. Mothers in the MEG and FEG were found to more likely to breastfeed their babies for at least 2 years than the SCG, and it was found that the mothers in both education groups defined breastfeeding more easily at 6 and 12 months CA. While the complementary food mainly started at the 6 months CA in the MEG and FEG, the rate of infants who took additional food was higher in the SCG than the other two education groups at 4 and 5 months CA. When the time of starting the additional feeding was compared, the infants in SCG were seen to have started the complementary feeding either early or late. While the weight and head circumference measurements of the babies were similar in all the groups at 6 and 12 months CA, their heights were found to be significantly higher in the FEG than in the SCG. The DDST II results were similar in all the groups. Crying at 3 months CA, and sleep problems at 6 and 12 months were reported at a significantly higher rate in the SCG. There was no significant difference between the groups in terms of re-hospitalization.

It was determined that mothers perceived their babies more positively and their mother-infant attachment levels were higher in the education groups. Father infant attachment was found to be significantly higher in the FEG than the SCG 6 months CA. While the fathers' anxiety levels were similar between the groups, it was observed that in the education groups, the mothers' anxiety state decreased as the baby grew, but remained at the same level in the SCG. The most desperate mothers were found to be the mothers in the SCG, and the quality of life of the parents was higher in the education groups. As the baby grows, it was found that the fathers in the MEG and the FEG were more actively involved in baby care.

It was determined that the education program and home visits provided positive contributions to the parameters of care, nutrition, sleep and crying episodes of moderate/late premature babies. On the other hand, it has been observed that the trainings provided with home visits also reduce the anxiety level of the parents, enable the parent-infant attachment, improve the quality of life and enable the fathers to actively participate in baby care. It is important to provide detailed follow-up of middle and late premature babies and their families, parents' education and social support for the positive effects on both infants and parents and the elimination of long-term negative outcomes.

Key words: Moderate-late premature infants, Parent education, The health of premature babies

KAYNAKLAR

ABRAMS SA, SCHANLER RJ, LEE ML AND RECHTMAN DJ (2014). Greater mortality and morbidity in extremely preterm infants fed a diet containing cow milk protein products. *Breastfeed Med,* **9:** 281–285.

AFFLECK G, TENNEN H (1991). The Effect of Newborn Intensive Care on parents' pschological well being. *Children's Health Care*, **20:** 6-14.

AGOSTONI C, DECSI T, FEWTRELL M, GOULET O, KOLACEK S, KOLETZKO B,MICHAELSEN KF, MORENO L, PUNTIS J, RIGO J, SHAMIR R, SZAJEWSKA H, TURCK D, VAN GOUDOEVER J: ESPGHAN Committee on Nutrition (2008). Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*,**46:** 99-110.

AHLQVIST-BJÖRKROTH S, BOUKYDIS Z, AXELIN AM, LEHTONEN L (2017). Close collaboration with parents intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. *Behav Brain Res*, **325:** 303-310.

AHN YM, KIM NH (2007). Parental Perception of Neonates, Parental Stress and Education for NICU Parents. *Asian Nursing Research*, **1:** 199-210.

AINSWORTH MDS, BELL SM, STAYTON DF (1974). Infant-Mother Attachment and Social Development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richards MPM, ed. The Integration of a Child Into a Social World. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 99-135.

AINSWORTH MDS, BLEHAR MC, WATERS E, WALL S (2015). Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. 1st Ed. Erlbaum, Hillsdale, NJ, USA.

AKERSTROM S, ASPLUND I, NORMAN M (2007). Successful breastfeeding after discharge of preterm and sick newborn infants. *Acta Paediatr*, **96:** 1450-1454.

AKSU H, KÜÇÜK M, DÜZGÜN G (2011). The effect of postnatal breastfeeding education /support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial. *J Matern Fetal Neonatal Med*, **4:** 354-361.

AMANKWAA LC, PICKLER RH, BOONMEE J (2007). Maternal responsiveness in mothers of preterm infants. *Newborn Infant Nurs Rev*, **7:** 25-30.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2005). American College of Obstetricians and Gynecologists, *Guidelines for Perinatal Care*, American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, Ill, USA, 5th Ed.

AMORIM M, SILVA S, KELLY‐IRVING M, ALVES E (2018). Quality of life among parents of preterm infants: a scoping review. *Qual Life Res* **27:** 1119–1131.

ANDERS TF, KEENER MA (1985). Developmental course of nighttime sleep-wake patterns in full-term and preterm infants during the first year of life. I. *Sleep* **8:** 173-192.

ANLAR B, YALAZ K (1996). Denver II Gelişimsel Tarama Testi Türk Çocuklarına Uyarlanması ve Standardizasyonu. h*acettepe Çocuk Nörolojisi Gelişimsel Tıp Araştırmaları Grubu,* Ankara.

ARAYICI S, ŞİMŞEK G, SAY B, DİZDAR E, URAŞ N, CANPOLAT FE, OĞUZ ŞS (2015). Geç preterm yenidoğanlar ve yoğun bakım ünitelerine yatış nedenleri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, **177:** 22-26.

ATASAY B, OKULU E, AKIN İM, ÇANDIR O, ARSAN S, TÜRMEN T (2010). Geç prematüre yenidoğanların erken klinik sonuçları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, **4:** 30-35.

AYTON J, HANSEN E, QUINN S, NELSON M (2012). Factors associated with initiation and exclusive breastfeeding at hospital discharge: late preterm compared to 37 week gestation mother and infant cohort. *Int Breastfeed J,* **7:** 16.

BALEST AL, RILEY MM, BOGEN DL (2018). Neonatology. In: *Zitelli and Davis' Atlas of Pediatric Physical Diagnosis*. Editors: Zitelli BJ, McIntire SC, Nowalk AJ. 7th Ed. 2: 44-70.

BARR RG, CHEN S, HOPKINS B, WESTRA T (1996). Crying pattern in preterm infants. *Dev Med Child Neurol,* **38:** 345-355.

BARROS MC, MITSUHIRO S, CHALEM E, LARANJEIRA RR AND GUINSBURG R (2011). Neurobehavior of late preterm infants of adolescent mothers. *Neonatology* **99:** 133-139.

BARTICK M, REINHOLD A (2010). The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics* **125:** 1048-1056.

BAUM N, WEIDBERG Z, OSHER Y, KOHELET D (2012). No longer pregnant, not yet a mother giving birth prematurely to a very low birth weight baby. *Qual Health Res,* **22:** 595-606.

BECK AT, WEISSMAN A, LESTER D, TREXLER L (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol, **42*:** 861-865.

BECK CT (2006). Postpartum depression: it isn't just the blues. *Am J Nurs,* **106:** 40-50.

BECK CT (2008). State of the science on postpartum depression: what nurse researchers have contributed-part 2. A*m J Matern Child Nurs,* **33:** 151-156.

BECKMAN PJ, POKOMI JL (1988). A longitudinal study of families of preterm infants: Changes in stress and support over the first two years. *J Spec Ed*, **23:** 55-65.

BENZIES KM., MAGILL-EVANS JE, HAYDEN KA, BALLANTYNE M. (2013). Key components of early intervention programs for preterm infants and theirparents: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, **13:** S10.

BHUTANI VK, JOHNSON L (2006). Kernicterus in late preterm infants cared for as term healthy infants. *Semin Perinatol* **30:** 89-97.

BIDZAN M, BIELENINIK L (2013). Conditions of the quality of life and life satisfaction of mothers of preterm babies in Poland. *Journal of Socialomics*, **2:** 117.

BİLGİN A, WOLKE D (2015). Maternal sensitivity in parenting preterm children: a meta-analysis. *Pediatrics*, **136:** 177-195.

BILLIARDS SS, PIERSON CR, HAYNES RL, FOLKERTH RD, KINNEY HC (2006) Is the late preterm infant more vulnerable to gray matter injury than the term infant? *Clin Perinatol,* **33:** 915-33.

BLACK RE, ALLEN LH, BHUTTA ZA, CAULFIELD LE, DE ONIS M, EZZATI M, MATHERS C, RIVERA J (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences *Lancet*, **371:** 243-260.

BLAYMORE BIER J, OLIVER T, FERGUSON AE, VOHR BR (2002). human milk improves cognitive and motor development of preterm infants during infancy. *J Hum Lact*, **18:** 361-367.

BOCCA-TJEERTES IF, KERSTJENS JM, REİJNEVELD SA, DE WINTER AF, BOS AF (2011). Growth and predictors of growth restraint in moderately preterm children aged 0 to 4 years. *Pediatrics*, **128:** 1187-1194.

BOLLING K, GRANT C, HAMLYN B, THORNTON A (2007). *Infant Feeding Survey 2005*. PL London: PN The Information Centre, National Health Service. Erişim Adresi [http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/ifs06/2005%20Infant%20Feeding%20Survey%20 28final%20version%29.pdf]. Erişim Tarihi: 20.10.2018.

BONUCK KA, TROMBLEY M, FREEMAN K, MCKEE D (2005). Randomized controlled trial of a prenatal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breastfeeding up to 12 months. *Pediatrics*, **116:** 1413-1425.

BORGHINI A, HABERSAAT S, FORCADA-GUEX M, NESSI J, PIERREHUMBERT B, ANSERMET F, MÜLLER-NIX C (2014). Effects of an early intervention on maternal post-traumatic stress symptoms and the quality of mother–infant interaction: The case of preterm birth. *Infant Behav Dev*, **37:** 624-631.

BORGHINI A, PIERREHUMBERT B, MILJKOVITCH R, MULLER-NIX C, FORCADA-GUEX M, ANSERMET F (2006). Mother's attachment representations of their preterm infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health J*, **27:** 494–508.

BORNSTEIN MH, TAMIS-LEMONDA CS (2001). Mother–infant interaction. In: *Blackwell handbook of infant development*. Ed: Bremner JG, Fogel A,Malden MA, US: Blackwell Publishing.

BOWLBY J (1973). Attachment and loss, vol. II: Separation. Basic Books, New York.

BOWLBY J (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York Basic Books.

BUTTE NF, LOPEZ-ALARCON MG, GARZA C (2002). Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding 124ar efo term infant during the first six months of life. Geneva Switzerland: World Health Organization, p:1-57.

CAI X, WARDLAW T, BROWN DW (2012). Global trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J*, **7:** 12.

CARAVALE B, SETTE S, CANNONI E, MARANO A, RIOLO E, DEVESCOVI A, DE CURTIS M, BRUNI O (2017). Sleep Characteristics and Temperament in Preterm Children at Two Years of Age. *J Clin Sleep Med*, **13:** 1081-1088.

CARSON C, REDSHAW M, GRAY R, QUIGLEY MA (2015). Risk of psychological distress in parents of preterm children in the first year: evidence from the UK Millennium Cohort Study. *BMJ Open*, **5:** e0079422.

CARTER JD, MULDER RT, FRAMPTON CMA, DARLOW BA (2007). Infants admitted to a neonatal intensive care unit: parental psychological status at 9 months. *Acta Paediatr*, **96:** 1286-1289.

CHANG EY, MENARD MK, VERMILLION ST, HULSEY T AND EBELING M (2004). The association between hyaline membrane disease and preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*, **191:** 1414-1417.

CHENG ER, KOTELCHUCK M, GERSTEIN ED, TAVERAS EM, POEHLMANN-TYNAN J (2016). Postnatal depressive symptoms among mothers and fathers of infants born preterm: prevalence and impacts on children's early cognitive function. *J Dev Behav Pediatr*, **37:** 33-42.

CHEONG JL, DOYLE LW, BURNETT AC, LEE KJ, WALSH JM, POTTER CR, TREYVAUD K, THOMPSON DK, OLSEN JE, ANDERSON PJ, SPITTLE AJ (2017). Association Between Moderate and Late Preterm Birth and Neurodevelopment and Social-Emotional Development at Age 2 Years. *JAMA Pediatrics*, **171:** e164805.

CHYI LJ, LEE HC, HINTZ SR, GOULD JB AND SUTCLIFFE TL (2008). School outcomes of late preterm infants: special needs and challenges for infants born at 32 to 36 weeks gestation. *J Pediatr*, **153:** 25-31.

CLARE CA, YEH J (2012). Postpartum depression in special populations: a review. *Obstet Gynecol Surv*, **67:** 313-323.

CLARK RH (2005). The epidemiology of respiratory failure in neonates born at an estimated gestational age of 34 weeks or more. *J Perinatol*, **25:** 251-257.

COLIN AA, MCEVOY C, CASTILE RG (2010). Respiratory morbidity and lung function in preterm infants of 32 to 36 weeks' gestational age. *Pediatrics*, **126:** 115-128.

COMTOIS KA, SCHIFF MA, GROSSMAN DC (2008). Psychiatric risk factors associated with postpartum suicide attempt in Washington State, 1992-2001. *Am J Obstet Gynecol*, **199:** 120-121.

CONDON JT, CORKINDALE CJ, BOYCE P (2008). Assessment of postnatal paternal–infant attachment: development of a questionnaire instrument. *J Reprod Infant Psychol*, **26:** 195–210.

COPPOLA G, CASSIBBA R (2010). Mothers' social behaviours in the NICU during newborns' hospitalisation: an observational approach. *J Reprod Infant Psychol*, **28:** 200-211.

COX JL, HOLDEN JM, SAGOVSKY R (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, **150:** 782-786.

CRUMP C, SUNDQUIST K, SUNDQUIST J AND WINKLEBY MA (2011). Gestational age at birth and mortality in young adulthood. *JAMA*, **306:** 1233-1240.

DEONI SC, DEAN DC 3RD, PIRYATINSKY I, O'MUIRCHEARTAIGH J, WASKIEWICZ N, LEHMAN K, HAN M, DIRKS H (2013). Breastfeeding and early 125ar e matter development: a cross-sectional study. *Neuroimage*, **82:** 77-86.

DEPARTMENT OF HEALTH-DoH (1994). *Weaning and the Weaning Diet*, Report of the Working Group on the Weaning Diet of the Committee on Medical Aspects of Food Policy, Report on Health and Social Subjects 45, HMSO, London.

DIETER JNI, FIELD T, HERNANDEZ-REIF M, EMORY EK, REDZEPI M (2003). Stable preterm infants gain more weight and sleep less after five days of massage therapy. *J Pediatr Psychol*, **28:** 403-411.

DODWELL M, NEWBURN M (2010). Normal birth as a measure of the quality of care: evidence on safety, effectiveness and women's experiences. London: Natural Childbirth Trust.

DONOHUE PK, MAURIN E, KIMZEY L, ALLEN MC, STROBINO D (2008). Quality of life of caregivers of very low birth weight infants. *Birth*, **35:** 212-219.

DOSANI A, HEMRAJ J, PREMJI SS, CURRIE G, REILLY SM, LODHA AK, YOUNG M, HALL M (2017). Breastfeeding the late preterm infant: experiences of mothers and perceptions of public health nurses. *Int Breastfeed J*, **12:** 23.

DREWETT R, BLAIR P, EMMETT P, EMOND A; ALSPAC Study Team (2004). Failure to thrive in the term and preterm infants of mothers depressed in the postnatal period: a population based birth cohort study. *J Child Psychol Psychiatry*, **45:** 359-366.

DUYAN ÇAMURDAN A, İLHAN MN, BEYAZOVA U, ŞAHİN F, VATANDAŞ, EMİNOĞLU S (2008). How to achieve long-term breast-feeding: factors associated with early discontinuation. *Public Health Nutrition*, 11: 1173-1179

DUYAN V, GÜL KAPISIZ S, YAKUT Hİ (2013). The adaptation of fetal attachment inventory to Turkish with a group of pregnant women. *The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology*, **10:** 1609-1614.

EIDELMAN AI (2016). The challenge of breastfeeding the late preterm and the early-term infant. *Breastfeed Med*, **11:** 99.

EKŞİOĞLU A (2016). Postpartum dönemde annelere verilen emzirme destek programının sadece anne sütü ile beslenme suresi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. Ege Üniveritesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.

EMMANUEL E, ST. JOHN W, SUN J (2012). Relationship between social support and quality of life in childbearing women during the perinatal period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs,* **41:** 62-70.

ENGİNDENİZ AN, KÜEY L, KÜLTÜR S (2000). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Formu için Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. İlkbahar Sempozyumu Birinci Kitabı, Ankara. Psikiyatri Derneği Yayını, s:51-52.

ENGLE WA, TOMASHEK KM AND WALLMAN C (2007).Late-preterm infants: a population at risk. *Pediatrics,* **120:** 1390-1401.

ENGLE WA, KOMINIAREK MA (2008). Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries. *Clin Perinatol,* **35:** 325-341.

EPIR S, YALAZ K (1984). Urban Turkish children's performance on the Denver Developmental Screening Test. *Dev Med Child Neurol,* **26:** 632-643.

ESCOBAR GJ, GREENE JD, HULAC P, KINCANNON E, BISCHOFF K, GARDNER MN, ARMSTRONG MA AND FRANCE EK (2005) Rehospitalisation after birth hospitalisation: patterns among infants of all gestations. *Arch Dis Child,* **90:** 125-131.

ESCOBAR GJ, CLARK RH, GREENE JD (2006). Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. *Semin Perinatol,* **30:** 28-33.

EUTROPE J, THIERRY A, LEMPP F, AUPETIT L, SAAD S, DODANE C, BEDNAREK N, DE MARE L, SIBERTIN-BLANC D, NEZELOF S, ROLLAND AC (2014). Emotional reactions of mothers facing premature births: study of 100 mother infant Dyads 32 gestational weeks. *PloS One*, **9:** 104093.

EVANS T, WHITTINGHAM K, SANDERS M, COLDITZ P, BOYD RN (2014). Are parenting interventions effective in improving the relationship between mothers and their preterm infants? *Infant Behav Dev,* **37:** 131–154.

FEELEY N, ZELKOWITZ P, CORMIER C, CHARBONNEAU L, LACROIX A, PAPAGEORGIOU A (2011). Posttraumatic stress among mothers of very low birthweight infants at 6 months after discharge from the neonatal intensive care unit. *Appl Nurs Res,* **24:** 114-117.

FEIGELMAN S (2016). The First Year, Chapter 10, *In: Nelson Textbook of Pediatrics,* 20th ed. Editors: Kliegman RM; Stanton BF, St Geme JW, Schor NF: **p:** 65-70.

FEIJO L, HERNANDEZ-REIF M, FIELD T, BURNS W, VALLEY-GRAY S, SIMCO E (2006). Mothers' depressed mood and anxiety levels are reduced after massaging their preterm infants. *Infant Behav Dev*, **29:** 476-480.

FELDMAN R, EIDELMAN AI (2003). Direct and indirect effects of breast milk on the neurobehavioral and cognitive development of preterm infants. *Dev Psychobiol,* **43:** 109-119.

FENTON RT, KIM JH.(2013). A systematic review and meta-analysis to revişe the Fenton growth chart forpreterm infants BMC *Pediatrics,* **13:** 59.

FEWTRELL MS, LUCAS A, MORGAN JB (2003). Factors associated with weaning in full term and preterminfants. *Arch Dis Child Neonatal Ed,* **88:** 296-301.

FIELD T, SCAFIDI F, SCHANBERG SM (1987). Massage of preterm newborns to improve growth and development. *Pediatric Nursing,* **13:** 385–387.

FRANKENBURG WK, DOBBS JB, FANDAL AW (1970). *Denver development screning test: Manual*. (Rev. Ed.). Denver: University of Colorado Medical Center.

FRANKENBURG WK, DOBBS JB (1990). *Denver developmental screening test II*. Denver, CO: Denver Developmental Materials, Inc.

FU IC, FONG DY, HEYS M, LEE IL, SHAM A, TARRANT M (2014). Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG*, **121:** 1673-1684.

GARG M, DEVASKAR SU (2006). Glucose metabolism in the late preterm infant. *Clin Perinatol*, **33**: 853-870.

GAVIN NI, GAYNES BN, LOHR KN, MELTZER-BRODY S, GARTLEHNER G, SWINSON T (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, **106:** 1071-1183

GEÇKİL E, ŞAHİN T, TUNÇDEMİR A (2012). Aile sağlığı elemanları tarafından uygulanan emzirmeyi destekleme ve izleme programının doğum sonrası ilk altı ayda annelerin etkili emzirme davranışları üzerine etkisi. *TAF Prev Med Bull*, **11:** 273-280.

GIANNI ML, BEZZE E, SANNINO P, STORI E, PLEVANI L, ROGGERO P, AGOSTI M, MOSCA F (2016). Facilitators and barriers of breastfeeding late preterm infants according to mothers' experiences. *BMC Pediatr*, **16:** 179.

GIOVANNINI M, RIVA E, BANDERALI G, SCAGLIONI S, VEEHOF SH, SALA M, RADAELLI G, AGOSTONI C (2004). Feeding practices of infants through the first year of life in Italy. *Acta Paediatr*, **93:** 492-497.

GOLDENBERG RL, CULHANE JF, IAMS JD AND ROMERO R (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, **371:** 75-84.

GOUTAUDIER N, LOPEZ A, SÉJOURNÉ N, DENIS A, CHABROL H (2011). Premature birth: subjective and psychological experiences in the first weeks following childbirth, a mixed methods study. *J Reprod Infant Psychol*, **29:** 364-373.

GOYAL NK, ATTANASIO LB, KOZHIMANNIL KB (2014). hospital care and early breastfeeding outcomes among late preterm, early term and term infants. *Birth*, **41:** 330–338.

GÖLBAŞI Z, KOÇ G (2008). Kadınların postpartum ilk 6 aylık süredeki emzirme davranığları ve prenatal dönemdeki emzirme tutumunun emzirme davranışları üzerindeki etkisi. h*acettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **15:** 16-31.

GÖSSEL-SYMANK R, GRIMMER I, KORTE J, SIEGMUND R (2004). Actigraphic monitoring of the activity rest behavior of preterm and full-term infants at 20 months of age. *Chronobiol Int*, **21:** 661-671.

GRAY PH, EDWARDS DM, O'CALLAGHAN MO, CUSKELLY M (2012). Parenting stress in mothers of preterm infants during early infancy. *Early Hum Dev*, **88**: 45-49.

GREER FR, SICHERER SH, BURKS AW, THE COMMITTEE ON NUTRITION AND SECTION ON ALLERGY AND IMMUNOLOGY (2008). Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in ınfants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas *Pediatrics*, **121:** 183-191.

GUYER C, HUBER R, FONTIJN J, BUCHER HU, NICOLAI H, WERNER H, MOLINARI L, LATAL B, JENNI OG (2015). very preterm infants show earlier emergence of 24-hour sleep–wake rhythms compared to term infants. *Early Hum Dev*, **91:** 37–42.

GÜLEÇ D, KAVLAK O (2013).The study of reliability and validity of paternal–infant attachment scale in Turkish society. *Int J Hum Sci*, **10:** 170-180.

HACKMAN NM, ALLIGOOD-PERCOCO N, MARTIN A, ZHU J, KJERULFF KH (2016). Reduced Breastfeeding Rates in Firstborn Late Preterm and Early Term Infants. *Breastfeed Med,* **11:** 119-125.

HAGAN R, EVANS SF, POPE S (2004). Preventing postnatal depression in mothers of very preterm infants: a randomised controlled trial. *BJOG*, **111:** 641-647.

HALAMEK LP, BENARON DA, STEVENSON DK (1997). Neonatal hypoglycemia, part I: background and definition. *Clin Pediatr (Phila),* **36:** 675-680.

HALLIN AL, BENGTSSON H, FROSTELL AS, STJERNQVIST K (2012). The effect of extremely preterm birth on attachment organization in late adolescence. *Child Care Health Dev*, **38:** 196-203.

HALL RAS, DEWAARD IEM, TOOTEN A, HOFFENKAMP HN, VİNGERHOETS AJJM, VAN BAKEL HJA (2014). From the father's point of view: How father's representations of the infant impact on father–infant interaction and infant development. *Early Hum Dev*, **90:** 877-883.

HALL RAS, HOFFENKAMP HN, BRAEKEN J, TOOTEN A, VİNGERHOETS AJJM, VAN BAKEL HJA (2017). Maternal psychological distress after preterm birth: Disruptive or adaptive? *Infant Behav Dev***, 49:** 272-280.

HAMILTON BE, HOYERT DL, MARTIN JA, STROBINO DM AND GUYER B (2013). Annual summary of vital statistics: 2010-2011. *Pediatrics,* **13:** 548-558.

HAUCK FR, SIGNORE C, FEIN SB, RAJU TNK (2008). Infant sleeping arrangements and practices during the first year of life. *Pediatrics,* **122***:* S2.

HAWES K, MCGOWAN E, O'DONNELL M, TUCKER R, VOHR B (2016). Social emotional factors increase risk of postpartum depression in mothers of preterm infants. *J Pediatr,* **179:** 61-67.

HELLE N, BARKMANN C, BARTZ SEEL J, DIEHL T, EHRHARDT S, HENDEL A NESTORIUC Y, SCHULTE-MARKWORT M, VON DER WENSE A, BINDT C (2015). very low birth weight as a risk factor for postpartum depression four 128ar ef weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *J Affect Disord,* **180:** 154-161.

HENDERSON A, STAMP G, PINCOMBE J (2001). Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth*, **28:** 236-242.

HIBBARD JU, WILKINS I, SUN L, GREGORY K, HABERMAN S, HOFFMAN M, KOMINIAREK MA, REDDY U, BAILIT J, BRANCH DW, BURKMAN R, QUINTERO VHG, HATJIS CG, LANDY H, RAMIREZ M, VELDHUISEN PV, TROENDLE J, ZHANG J (2011). Consortium on Safe Labor: Respiratory morbidity in late preterm births. *JAMA,* **304:** 419-425.

HILL PD, ALDAG JC (2007). Maternal perceived quality of life following childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, **36:** 328-334.

HOFFENKAMP HN, TOOTEN A, HALL RAS, CROON MA, BRAEKEN J, WINKEL FW, VINGERHOETS AJJM, VAN BAKEL HJA (2012). The Impact of Premature Childbirth on Parental Bonding. *Evol Psychol*, **10:** 542-561.

HOLDITCH-DAVIS D, BARTLETT TR, BLICKMAN AL, MILES MS (2003). Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs,* **32:** 161–71.

HORWITZ, SM, LEIBOVITZ A, LILO E, JO B, DEBATTISTA A, ST JOHN N, SHAW RJ (2015). Does an intervention to reduce maternal anxiety, depression and trauma also improve mothers'perceptions of their preterm infants'vulnerability? *Infant Ment Health J*, **36:** 42-52.

HOWELL EA, BODNAR-DEREN S, BALBIERZ A, PARIDES M, BICKEL N (2014). An intervention to extend breastfeeding among black and Latina mothers after delivery. *Am J Obstet Gynecol*, **210:** 239.

HUDDY CL, JOHNSON A AND HOPE PL (2001). Educational and behavioural problems in babies of 32-35 weeks gestation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, **85:** 23 – 28.

HUHTALA M, KORJA R, LEHTONEN L, HAATAJA L, LAPINLEIMU H, RAUTAVA P, PIPARI STUDY GROUP (2014). Associations between parental psychological well-being and socio-emotional development in 5-year-old preterm children. *Early Hum Dev*, **90:** 119-124.

HURST NM (2007). Recognizing and treating delayed or failed lactogenesis II. *J Midwifery Womens Health*, **52:** 588–594.

IGLOWSTEIN I, LATAL HAJNAL B, MOLINARI L, LARGO RH, JENNI OG (2006). Sleep behaviour in preterm children from birth to age 10 years: a longitudinal study. *Acta Paediatr*, **95:** 1691-1693.

IMDAD A, YAKOOB MY, BHUTTA ZA (2011). Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. *BMC Public Health*, **11:** 1-8.

ISAACS EB, FISCHL BR, QUINN BT, CHONG WK, GADIAN DG, LUCAS A (2010). Impact of breast milk on intelligence quotient, brain size, and 129ar e matter development. *Pediatr Res*, **67:** 357-362.

JAEKEL J, PLUESS M, BELSKY J, WOLKE D (2014). Effects of maternal sensitivity on low birth weight children's academic achievement: a test of differential susceptibility versus diathesis stress. *J Child Psychol Psychiatry*, **56:** 693-701.

JAIN L (2008). Respiratory morbidity in late-preterm infants: prevention is better than cure! *Am J Perinatol*, **25:** 75-78.

JOTZO M, POETS C (2005). helping parents cope with trauma of premature birth: an evaluation of trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics*, **115:** 915-919.

KAARESEN PI, RØNNING JA, ULVUND SE, DAHL LB (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, **118:** 9-19.

KAFOURI S, KRAMER M, LEONARD G, PERRON M, PIKE B, RICHER L, TORO R, VEILLETTE S, PAUSOVA Z, PAUS T (2013). Breastfeeding and brain structure in adolescence. *Int J Epidemiol*, **42:** 150-159.

KAIR LR, COLAIZY TT (2016). Breastfeeding continuation among late preterm ınfants: barriers, facilitators, and any association with NICU admission? *Hosp Pediatr*, **6:** 261-268.

KALLIOINEN M, EADON H, MURPHY MS, BAIRD G, GUIDELINE COMMITTEE (2017). Developmental follow-up of children and young people born preterm: summary of NICE guidance. *BMJ*, **358: 3514.**

KALYONCU Ö, AYGÜN C, ÇETİNOĞLU E, AND KÜÇÜKÖDÜK Ş (2010). Neonatal morbidity and mortality of late-preterm. *J Matern Fetal Neonatal Med*, **23:** 607-612.

KANG JS, CHOI SY, RYU EJ (2008). Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*, **45:** 14-23.

KARATZIAS T, CHOULIARA Z, MAXTON F, FREER Y, POWER K (2007). Post traumatic symptomatology in parents with premature infants: a systematic review of the literatüre. *J Prenat Perinat Psychol Health*, **21:** 249-261.

KAVLAK O, ŞIRIN A (2009). The Turkish version of Maternal Attachment Inventory. *Int J Hum Sci*, **6:** 188-202.

KENNAWAY DJ (2002). Programming of the fetal suprachiasmatic nucleus and subsequent adult rhythmicity. *Trends Endocrinol Metab*, **13:** 398-402.

KERSTING A, KROKER K, STEINHARD J, HOERNIG-FRANZ I, WESSELMANN U, LUEDORFF K, OHRMANN P, AROLT V, SUSLOW T (2009). Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth a 14-month follow up study. *Arch Womens Ment Health*, **12:** 193-201.

KHADIVZADEH T, PARSAI S (2004). Effect of exclusive breastfeeding and complementary feding on infant growth and morbidity. *Eastern Mediterranean Health Journal,* 10: 289-294

KHASHU M, NARAYANAN M, BHARGAVA S AND OSIOVICH H (2009). Perinatal outcomes associated with preterm birth at 33 to 36 weeks' gestation: a population-based cohort study. *Pediatrics*, **123:** 109-113.

KINGMA PS (2018). Care of the High-Risk Neonate. In: Conn's Current Therapy, Editors: Kellerman RD, Bope ET.p:1163-1169.

KINGSTON F (2012). Feeding practices of infants in the Kingston, Frontenac, and Lennox & Addington area for the first year of life. Kingston, Frontenac, and Lennox & Addington Public Health. Erişim adresi: http://www.southeasthealthline.ca/displayservice.aspx?id=72571. Erişim tarihi: 20.10.2018.

KINNEY HC (2006). The near-term (late preterm) human brain and risk for periventricular leukomalacia: a review. *Semin Perinatol*, **30:** 81-88.

KOCAYÖRÜK, E, SÜMER HATİPOĞLU, Z. (2009). Baba katılım eğitiminin aile işlevlerine ve ergenin akran ilişkilerine etkisi. *Eğitimde Kuram ve Uygulama Dergisi,* **5:** 3-17.

KOÇYİĞİT H, AYDEMİR O, FİŞEK G (1999). Reliability and validity of the Turkish version of short form-36 (SF-36): a study in a group of patients will rheumatic diseases. *Turk J Drugs Ther*, **12:** 102-106

KORJA R, MAUNU J, KIRJAVAINEN J, SAVONLAHTI E, HAATAJA L, LAPINLEIMU H, MANNINEN H, PIHA J, LEHTONEN L; PIPARI Study Group (2008). Mother–infant interaction is influenced by the amount of holding in preterm infants. *Early Hum Dev*, **84:** 257-267.

KORJA R, SAVONLAHTI E, HAATAJA L, LAPINLEIMU H, MANNINENH, PIHA J, LEHTONEN L; PIPARI Study Group (2009). Attachment Representations in Mothers of Preterm Infants. *Infant Behav Dev*, **32:** 305-311.

KORJA R, LATVA R, LEHTONEN L (2012). The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstet Gynecol Scand*, **91:** 164-173

KRAMER MS, DEMISSIE K, YANG H, PLATT RW, SAUVÉ R AND LISTON R (2000). The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. *JAMA*, **284:** 843-849.

KUKREJA B, DATTA V, BHAKHRI BK, SINGH P, KHAN S (2012). Persistent postnatal depression after preterm delivery. *Arch Womens Ment Health*, **15:** 73-74.

KURUÇIRAK Ş (2010). 4-12 aylık bebeği olan babaların, babalık rolü algısı ile bebek bakımına katılımı arasındaki ilişki. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. *Yüksek Lisans Tezi,* Antalya.

KUZNIEWICZ MW, PARKER SJ, SCHNAKE-MAHL A, ESCOBAR GJ (2013). hospital readmissions and emergency department visits in moderate preterm, late preterm and early term infants. *Clin Perinatol*, **40:** 753–775.

LANDRY SH, SMİTH KE, SWANK PR (2006). Responsive parenting: establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Dev Psychol*, **42:** 627–642.

LAPTOOK A, JACKSON GL (2006). Cold stress and hypoglycemia in the late preterm ("near-term") infant: impact on nursery of admission. *Semin Perinatol*, **30:** 24-27.

LASIUK GC, COMEAU T, NEWBURN-COOK C (2013). Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, **13:** S13.

LATVA R, KORJA R, SALMELIN LL, TAMMINEN T (2008). how is maternal recollection of the birth experience related to the behavioral and emotional outcome of preterm infants? *Early Hum Dev*, **84:** 587-594.

LECHNER BE, VOHR BR (2017). Neurodevelopmental Outcomes of Preterm Infants Fed Human Milk A Systematic Review. *Clin Perinatol,* **44:** 69-83.

LEE PA, CHERNAUSEK SD, HOKKEN-KOELEGA AC, CZERNICHOW P (2003). International Small for Gestational Age Advisory Board consensus development conference statement: management of short children born small for gestational age, April 24-October 1, 2001. *Pediatrics,* **111:** 1253-1261.

LEE SY, KIMBLE LP (2009). Impaired sleep and well-beingin mothers with low-birth-weight infants. *J Obstet. Gynecol Neonatal Nurs,* **38:** 676–685.

LEE SY, GRANTHAM CH, SHELTON S, MEANEY-DELMAN D (2012). Does activity matter: An exploratory study among mothers with preterm infants? *Arch Womens Ment Health,* **15:** 185–192.

LEWIS DF, FUTAYYEH S, TOWERS CV, TAMEROU A, EDWARDS MS, BROOKS GG (1996). Preterm delivery from 34 to 37 weeks of gestation: Is respiratory distress syndrome a problem? *Am J Obstet Gynecol,* **174:** 525-528.

LINDSTROM K, LINDBLAD F, HJERN A (2009). Psychiatric morbidity in adolescents and young adults born preterm: a Swedish national cohort study. *Pediatrics,* **123:** 47–53.

LIPKIND HS, SLOPEN ME, PFEIFFER MR AND MCVEIGH KH (2012). School-age outcomes of late preterm infants in New York City. *Am J Obstet Gynecol,* **206:** 1-6.

LIU S, YAN Y, GAO X, XIANG S, SHA T, ZENG G, HE Q (2017). Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. *BMC Pregnancy Childbirth,* **17:** 133.

LUBCHENCO LO, HANSMAN C, DRESSLER M, BOYD E (1963). Intrauterin growth as estimated from liveborn birtweight data at 24-42 weeks of gestation. *Pediatrics,* **32:** 793-800.

LYONS-RUTH K, BUREAU JF, HOLMES B, EASTERBROOKS A, BROOKS NH (2013). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Res,* **206:** 273–281.

MAASTRUP R, HANSEN BM, KRONBORG H, BOJESEN SN, HALLUM K, FRANDSEN A, KYHNAEB A, SVARER I, HALLSTRÖM I (2014). Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: the results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. *PloS One,* **9:** e108208.

MANAV G, YILDIRIM F (2010). Perception of term and preterm babies by their mothers. *Cumhuriyet Med J,* **32:** 149-157.

M¨ANTYMAA M (2006). *Early mother–infant interaction: Determinants and Predictivity*. Printed Dissertation, Acta Universitatis Tamperensis.

MARTENS PJ, DERKSEN S, GUPTA S (2004). Predictors of hospital readmission of Manitoba newborns within six weeks postbirth discharge: a population-based study. *Pediatrics,* **114:** 708-713.

MARTIN JA, HAMILTON BE, SUTTON PD, VENTURA SJ, MATHEWS TJ, KIRMEYER S, OSTERMAN MJ (2010). Births: final data for 2007. *Natl Vital Stat Rep,* **58:** 1-85.

MARTIN JA, HAMILTON BE, VENTURA SJ, OSTERMAN MJ, WILSON EC, MATHEWS TJ (2012). Births: Final data for 2010. *Nat Vital Stat Rep,* **61:** 1-72.

MATHEWS TJ &MACDORMAN MF (2008). Infant mortality statistics from the 2005 period linked birth/infant death data set. *Natl Vital Stat Rep*, **57:** 1-32.

MCDONALD SJ, HENDERSON JJ, FAULKNER S, EVANS SF, HAGAN R(2010). Effect of an extended midwifery postnatal support programme on the duration of breast feeding: a randomised controlled trial. *Midwifery*, **26:** 88-100.

MCINTIRE DD, LEVENO KJ (2008). Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births compared with births at term. *Obstet Gynecol*, **111:** 35-41.

MCGOWAN JE, ALDERDICE FA, BOYLAN J, HOLMES VA, JENKINS J, CRAIG S, PERRA O, JOHNSTON L (2014). Neonatal intensive care and late preterm infants: Health and family functioning at three years. *Early Hum Dev,* **90:** 201-205.

MCLAURIN KK, HALL CB, JACKSON EA, OWENS OV, MAHADEVİA PJ (2009). Persistence of morbidity and cost differences between late-preterm and term infants during the first year of life. *Pediatrics,* **123:** 653-659.

MCLEAN A, TOWNSEND A, CLARK J, SAWYER MG, BAGHURST P, HASLAM R, WHAITES L (2000). Quality of life of mothers and families caring for preterm infants requiring home oxygen therapy: A brief report. *J Paediatr Child Health,* **36:** 440-444.

MEDOFF COOPER B, HOLDITCH-DAVIS D, VERKLAN MT, FRASER-ASKIN D, LAMP J, SANTA-DONATO A, ONOKPISE B, SOEKEN KL, BINGHAM D (2012). Newborn clinical outcomes of the AWHONN late preterm infant research-based practice project. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs,* **41:** 774-85.

MEEDYA S, FAHY K, YOXALL J, PARRATT J (2014). Increasing breastfeeding rates to six months among nulliparous women: A quasi-experimental study. *Midwifery*, **30:** 137-144.

MEHLER K, WENDRICH D, ISSGEN R, ROTH B, OBERTHUER A, PILLEKAMP F, KRIBS A (2011). Mothers seeing their VLBW infants within 3 h after birth are more likely to establish a secure attachment behavior: evidence of a sensitive period with preterm infants? *J Perinatol*, **31:** 404-410.

MEHLER K, MAINUSCH A, HUCKLENBRUCH-ROTHER E, HAHN M, HUNSELER C, KRIBS A (2014). Increased rate of parental postpartum depression and traumatization in moderate and late preterm infants is independent of the infant motor repertoire. *Early Hum Dev*, **90:** 797–801.

MEIER P, PATEL AL, WRIGHT K, ENGSTROM JL (2013). Management of breastfeeding during and after the maternity hospitalization for late preterm infants. *Clin Perinatol,* **40:** 689-705.

MEIJSSEN DE, WOLF MJ, KOLDEWİJN K, VAN WASSENAER AG, KOK JH, VAN BAAR AL (2011). Parenting stress in mothers after very preterm birth and the effect of the Infant Behavioural Assessment and Intervention Program. *Child Care Health Dev,* **37:** 195-202.

MELNYK BM, FEINSTEIN NF (2009). Reducing hospital expenditures with the COPE program for parents and premature infants. An analysis of direct health care neonatal intensive care unit costs and savings. *Nurs Adm Q*, **33:** 32-37.

MILES MS, FUNK SG, KASPER MA (1992). The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Res Nurs Health*, **15:** 261 269.

MILES MS, HOLDITCH-DAVIS D, BURCHINAL P, NELSON D (1999). Distress and growth outcomes in mothers of medically fragile infants. *Nurs Res*, **48:** 129-140.

MILES MS, HOLDITCH-DAVIS D, SCHWARTZ TA, SCHER M (2007). Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatr*, **28:** 36-44.

MILLER RL, PALLANT JF, NEGRI LM (2006). Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression? *BMC Psychiatry*, **6:** 12.

MISRI S, KOSTARAS X, FOX D, KOSTARAS D (2000). The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry*, 45: 554-558.

MORROW AL, GUERRERO ML, SHULTS J, CALVA JJ, LUTTER C, BRAVO J, RUİZ-PALACIOS G, MORROW RC, BUTTERFOSS FD (1999). Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, **353:** 1226-1231.

MORSE SB, ZHENG H, TANG Y AND ROTH J (2009). Early school-age outcomes of late preterm infants. *Pediatrics*, **123:** e622-629.

MOSTER D, LIE RT, MARKESTAD T (2008). Long-term medical and social consequences of preterm birth. *N Engl J Med*, **359:** 262-273.

MOURA MR, ARAUJO CG, PRADO MM, PARO HB, PINTO RM, ABDALLAH VO, MENDONCA TM, SILVA CH (2017). Factors associated with the quality of life of mothers of preterm infants with very low birth weight: A 3-year follow-up study. *Qual Life Res*, **26:** 1349-1360.

MUELLER DJ (1986.). The semantic differantial. In: *Measuring Social Attitudes*. New York: Teachers College Press; p.52-56.

MULLER ME (1994). A questionnare to measure mother-to-infant attachment. *J Nurs Meas*, **2:** 129-141.

NEU M, ROBINSON J (2010). Maternal holding of preterm infants during the early weeks after birth and dyad interaction at six months. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, **39:** 401-414.

NEYZİ O, GÜNÖZ H, FURMAN A, BUNDAK R, GÖKÇAY G, DARENDELİLER F, BAŞ F (2008). Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi,* **51:** 1-14.

NEWNHAM CA, MİLGROM J, SKOUTERİS H (2009). Effectiveness of a modified Mother- Infant Transaction Program on outcomes for preterm infants from 3 to 24 months of age. *Infant Behav Dev*, **32:** 17-26.

NOMMSEN-RIVERS LA, DOLAN LM, HUANG B (2012). Timing of stage II lactogenesis is predicted by antenatal metabolic health in a cohort of primiparas. *Breastfeed Med*, **7:** 43-49.

NORDHEIM T, RUSTOEN T, IVERSEN PO, NAKSTAD B (2016). Quality of life in parents of preterm infants in a randomized nutritional intervention trial. *Food Nutr Res*, **60:** 32162.

NORDHOV SM, RONNING JA, DAHL LB, ULVUND SE, TUNBY J, KAARESEN PI (2010). Early intervention improves cognitive outcomes for preterm infants: randomized controlled study. *Pediatrics*, **126:** 1088–1094.

NORDHOV SM, RONNING JA, ULVUND SE, DAHL LB, KAARESEN PI (2012). Early intervention improves behavioral outcomes for preterm infants: randomized controlled trial. *Pediatrics*, 129: 9-16.

NORHAYATI MN, HAZLINA NH, ASRENEE AR, EMILIN WM (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literatüre review. *J Affect Disord*, **175:** 34-52.

NORRIS FJ, LARKIN MS, WILLIAMS CM, HAMPTON SM, MORGAN JB (2002). Factors affecting the introduction of complementary foods in the preterm infant. *Eur J Clin Nutr*, **56:** 448-454.

O'CONNOR DL, JACOBS J, HALL R, ADAMKIN D, AUESTAD N, CASTILLO M, CONNOR WE, CONNOR SL, FITZGERALD K, GROH-WARGO S, HARTMANN EE, JANOWSKY J, LUCAS A, MARGESON D, MENA P, NEURINGER M, ROSS G, SINGER L, STEPHENSON T, SZABO J, ZEMON V (2003). Growth and development of premature infants fed predominantly human milk, predominantly premature infant formula, or a combination of human milk and premature formula. *J Pediatr Gastroenterol Nutr,* **37:** 437-446.

O'HARA MW, MCCABE JE (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*, **9:** 379-407.

OLDE E, VAN DER HART O, KLEBER R, VAN SON M (2006). Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clin Psychol Rev,* **26:** 1-16.

ÖNER N, LECOMPTE A (1985). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 1.Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, s:1-26.

ÖZLÜ F, TUNÇ A, YAPICIOĞLU YILDIZDAŞ H, BÜYÜKKURT S (2017). Geç prematüre doğan bebeklerin postnatal ilk 15 günde karşılaştıkları sorunların değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **60:** 39-45.

ÖZTÜRK R, SARUHAN A (2013). 1-4 aylık premature bebeği hastanede tedavi gören annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisinin incelenmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, **15:** 32-47.

PACE CC, SPITTLE AJ, MOLESWORTH CML, LEE KJ, NORTHAM EA, CHEONG JLY, DAVIS PG, DOYLE LW, TREYVAUD K, ANDERSON PJ (2016). Evolution of depression and anxiety symptoms in parents of very preterm infants during the newborn period. *JAMA Pediatr,* **170:** 772-779.

PALMER DJ, MAKRIDES M (2012). Introducing solid foods to preterm infants in developed countries. *Ann Nutr Metab*, **60:** 31-38.

PAULSON JF, BAZEMORE SD (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA,* **303:** 1961-1969.

PECHTEL P, WOODMAN A, LYONS-RUTH K (2012). Early maternal withdrawal and nonverbal childhood IQ as precursors for substance use disorder in young adulthood: results of a 20-year prospective study. *Int J Cogn Ther*, **5:** 316–329.

PIERREHUMBERT B, NICOLE A, MULLER-NIX C, FORCADA-GUEX M, ANSERMET F (2003). Parental post-traumatic reactions after prematüre birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, **88:** 400-404.

PUTNICK DL, BORNSTEIN MH, ERYIGIT-MADZWAMUSE S, WOLKE D (2017). Long-term stability of language performance in very preterm, moderate-late preterm and term children. *J Pediatr,* **181:** 74-79.

RAJU TN, HIGGINS RD, STARK AR AND LEVENO KJ (2006). Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) infants: a summary of the workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatrics,* **118:** 1207-1214.

RAMANCHANDRAPPA A, JAIN L (2015). The late preterm infants. In: *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine*. Editors: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, 10th Ed., **42:** 577-591.

RAVN IH, SMITH L, LINDEMANN R, SMEBY NA, KYNO NM, BUNCH EH, SANDVIK L (2011). Effect of early intervention on social interaction between mothers and preterm infants at 12 months of age: a randomized controlled trial. *Infant Behav Dev,* **34:** 215–225.

RAVN IH, SMITH L, SMEBY NA, KYNOE NM, SANDVIK L, BUNCH EH, LINDEMANN R (2012). Effects of early mother–infant intervention on outcomes in mothers and moderately and late preterm infants at age 1 year: A randomized controlled trial. *Infant Behav Dev*, **35:** 36-47.

RIVERS A, CARON B, HACK M (1987). Experience of families with very low birthweight children with neurologic sequelae. *Clin Pediatr (Phila)*, **26:** 223–230.

ROLLINS NC, BHANDARI N, HAJEEBHOY N, HORTON S, LUTTER CK, MARTINES JC, PIWOZ EG, RICHTER LM, VICTORA CG (2016). Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, **387:** 491-504.

ROMEO DM, DI STEFANO A, CONVERSANO M, RICCI D, MAZZONE D, ROMEO MG AND MERCURI E (2010). Neurodevelopmental outcome at 12 and 18 months in late preterm infants. *Eur J Paediatr Neurol*, **14:** 503–507.

ROSS LE, MCLEAN LM (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J Clin Psychiatry*, **67:** 1285-1298.

SAHNI R (2017). Temperature control in newborn infants. In: *Fetal and Neonatal Physiology*, Editors: Polin RA, Abman SH, Rowitch DH, Benitz WE, Fox WW, 5th Ed., 46: 459-482.

SAIGAL S, FEENY D, ROSENBAUM P, FURLONG W, BURROWS E, STOSKOPF B (1996). Self perceived health status and health related quality of life of extremely low birthweight infants at adolescence. *JAMA*, **276:** 453-459.

SANTOS IS, MATIJASEVICH A, DOMINGUES MR, BARROS AJ, VICTORA CG AND BARROS FC (2009). Late preterm birth is a risk factor for growth faltering inearly childhood: a cohort study. *BMC Pediatr*, **9:** 71.

SARICI SU, SERDAR MA, KORKMAZ A, ERDEM G, ORAN O, TEKINALP G, YURDAKÖK M, YIGIT S (2004). Incidence, course, and prediction of hyperbilirubinemia in near-term and term newborns. *Pediatrics*, **113:** 775-780.

SCAFIDI F, FIELD TM, SCHANBERG SM, BAUER CR, TUCCI K, ROBERTS J, MORROW C, KUHN CM (1990). Massage stimulates growth in preterm infants: a replication. *Infant Behav Dev*, **13:** 167-188.

SCHMID G, SCHREIER A, MEYER R, WOLKE D (2011). Predictors of crying, feding and sleeping problems:a prospective study. *Child Care Health Dev*, 37: 493-502.

SCHMÜCKER G, BRİSCH KH, KÖHNTOP B, BETZLER S ÖSTERLE M, POHLANDT F, POKORNY D, LAUCHT M, KACHELE H, BUCHEİM A (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neyrobiological risk on mother –infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26:5.

SCHROEDER M, PRIDHAM K (2006). Development of relationship competencies through guided participation for mothers of preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, **35:** 358-368.

SEBER G, DİLBAZ N, KAPTANOĞLU C. Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenirliği (1993). *Kriz Dergisi*, 139-142.

SECCO ML, ASKIN D, YU CT, GARINGER J, MULAIRE-CLOUTIER C, SCHARF L, SCHWARTZMAN L, KONYK D, FELDMAN MA (2006). Factors affecting parenting stress among biologically vulnerable toddlers. *Issues Compr Pediatr Nurs*, **29:** 131-156.

SEÇER Z, ÇELİKÖZ N, YAŞA S (2007). Bazı kişisel özelliklerine göre okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden çocukların babalarının babalığa yönelik tutumları. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18. 425-438.

SEVİL Ü, ÖZKAN S (2009). Fathers' functional status during pregnancy and the early postnatal period. *Midwifery*, **25:** 665-672.

SHAPIRO-MENDOZA CK, TOMASHEK KM, KOTELCHUCK M, BARFIELD W, WEISS J AND EVANS S (2006). Risk factors for neonatal morbidity and mortality among "healthy," late preterm newborns. *Semin Perinatol*, **30:** 54-60.

SHAPIRO-MENDOZA CK, TOMASHEK KM, KOTELCHUCK M, BARFIELD W, NANNINI A, WEISS J, AND DECLERCQ E (2008). Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. *Pediatrics*, **121:** 223-232.

SHAPIRO-MENDOZA CK, LACKRITZ EM (2012). Epidemiology of late and moderate preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med*, **17:** 120–125.

SOYSAL AŞ, BODUR Ş, İŞERİ E, ŞENOL S (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, **8:** 88-99.

SPIELBERGER CD, GORSUCH RL, LUSHENE RE. (1970). *The State Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

STAMS GJ, JUFFER F, VAN IJZENDOORN MH (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: the case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Dev Psychol*, **38:** 806–821.

SULLIVAN S, SCHANLER RJ, KİM JH, PATEL AL, TRAWÖGER R, KIECHL-KOHLENDORFER U, CHAN GM, BLANCO CL, ABRAMS S, COTTEN CM, LAROIA N, EHRENKRANZ RA, DUDELL G, CRISTOFALO EA, MEIER P, LEE ML, RECHTMAN DJ, LUCAS A (2010). An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *J Pediatr*, **156**: 562-567

SWARTZ MH (2014). The Patient's Responses. In: *Textbook of Physical Diagnosis*, 7th Ed. Chapter **2:** 40-58.

ŞİMŞEK ORHON F (2016). İnfantil kolik tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,* **69:** 159-166.

ŞIMŞEK ORHON F, ULUKOL B, SOYKAN ATİLLA (2007). Postpartum mood disorder and maternal perceptions of infant patterns in well-child follow-up visits. *Acta Paedatrica*, **96:** 12.

ŞİMŞEK ORHON F, ULUKOL B, BAŞKAN S, USUBÜTÜN S (2011). The evaluation of two different parental training methods on maternal awareness and home safety behaviors for childhood injury prevention. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,* 64: 111-118.

TAYLOR SN, BASILE LA, EBELING M, WAHNER CL (2009). Intestinal permeability in preterm infants by feeding type: mother's milk versus formula. *Breastfeed Med*, **4:** 11-15.

TEUNE MJ, BAKHUIZEN S, GYAMFI BANNERMAN C, OPMEER BC, VAN KAAM AH, VAN WASSENAER AG, MORRIS JM, MOL BW (2011). A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. *Am J Obstet Gynecol*, **205:** 374.

TOMASHEK KM, SHAPIRO-MENDOZA CK, WEISS J, KOTELCHUCK M, BARFIELD W, EVANS S, NANINNI A, DECLERCQ E (2006). Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal morbidity. *Semin Perinatol*, **30:** 61-68.

TOMASHEK KM, SHAPIRO-MENDOZA CK, DAVIDOFF MJ AND PETRINI JR (2007). Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States, 1995-2002. *J Pediatr*, **151:** 450-456.

TOOTEN A, HOFFENKAMP HN, HALL RA, WINKEL FW, ELIËNS M., VINGERHOETS AJ VAN BAKEL HJ (2012). The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: A multicenter randomised controlled trial. *BMC Pediatr*, **12:** 76.

TOOTEN A, HOFFENKAMP HN, HALL RAS, BRAEKEN J, VINGERHOETS AD JJM, HEDWIG JA, BAKEL V (2013). Parental perceptions and experiences after childbirth: A comparison between mothers and fathers of term and preterm infants. *Birth*, **40:** 164-169.

TOOTEN A, HALL RAS, HOFFENKAMP HN, BRAEKEN J, VINGERHOETS AJJM, VAN BAKEL HJA (2014). Maternal and paternal infant representations: A comparison between parents of term and preterm infants. *Infant Behav Dev*, **37:** 366-379.

TREYVAUD K, ANDERSON VA, LEE KJ, WOODWARD LJ, NEWNHAM C, INDER TE, DOYLE LW, ANDERSON PJ (2010). Parental mental health and early social-emotional development of children born very preterm. *J Pediatr Psychol*, **35:** 768–777

TUNCER F, YİĞİT Ö (2017). Erken çocukluk döneminde uyku alışkanlıkları prevalansı ve uyku hijyeninin sağlanmasına yönelik yöntemler. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği. Tez çalışması, İstanbul.

TÜRKİYE NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI (2013). hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye

ÜSTÜNER F, BODUR S (2009). Bebeklerde aylık izlem ve hemşire tarafından annenin pekiştirici emzirme eğitimi ile ilk altı ay yalnızca anne sütü verme arasındaki ilişki. *Genel Tıp Derg*, **19:** 25-32.

VACHHARAJANI AJ, DAWSON JG (2009). Short-term outcomes of late preterms: an institutional experience. *Clin Pediatr*, **48:** 383-388.

VALERI BO, HOLSTI L, LINHARES MBM (2015). Neonatal pain and developmental outcomes in children born preterm: a systematic review. *Clin J Pain*, **31:** 355-362.

VENTOLINI G, NEIGER R, MATHEWS L, ADRAGNA N AND BELCASTRO M (2008). Incidence of respiratory disorders in neonates born between 34 and 36 weeks of gestation following exposure to antenatal corticosteroids between 24 and 34 weeks of gestation. *Am J Perinatol*, **25:** 79-83.

VICTORA CG, ADAIR L, FALL C, HALLAL PC, MARTORELL R, RICHTER L AND SACHDEV HS: Maternal and Child Undernutrition Study Group (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*, **371:** 340-357.

VIGOD S, VILLEGAS L, DENNIS CL, ROSS L (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low birth weight infants: A systematic review. *BJOG*, **117:** 540–550.

VOHR BR (2013). Long-term outcomes of moderately preterm, late preterm, and early term infants. *Clin Perinatol*, **40:** 739-751.

VOHR BR, POINDEXTER BB, DUSICK AM, MCKINLEY LT, WRIGHT LL, LANGER JC, POOLE WK; NICHD Neonatal Research Network (2006). Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. *Pediatrics*, **118:** 115-123.

WANG ML, DORER DJ, FLEMING MP AND CATLIN EA (2004). Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics*, **114:** 372-376.

WARE JE (1993). SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. The Health Institute, New England Medical Centre, Boston, 1993.

WARFIELD MJ, KRAUSS MW, HAUSER-CRAM P, UPSHUR CC, SHANKOFF JP (1999). Adaptation during early childhood among mothers of children with disabilities. *J Dev Behav Pediatr*, **20:** 9-16.

WEBSTER J, NİCHOLAS C, VELACOTT C, CRİDLAND N, FAWCETT L (2011). Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery*, **27:** 745-749.

WHEEDEN A, SCAFIDI F, FIELD T, IRONSON G, VALDEON C, BANDSTRA E (1993). Massage effects on cocaine-exposed preterm neonates. *J Dev Behav Pediatr*, **14:** 318-322.

WINNICOTT DW. (1987). Babies and their mothers. New York: Addison Wesley.

WOOLDRIDGE J, HALL WA (2003). Posthospitalization breastfeeding patterns of moderately preterm infants. *J Perinat Neonatal Nurs*, **17:** 50-64.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1995). The World Health Organization QoL assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, **41:** 1403–1409.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes. Erişim adresi: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562544.pdf]. Erişim tarihi: 20.10.2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/United Nations Children's Fund (2003): Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization; p:1-30.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006). Malawi mortality country fact sheet 2006. Erişim Adresi: [https://www.researchgate.net/profile/Smisha_Agarwal2/publication/281678181]. Erişim Tarihi:20.10.2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). Sexual and Reproductive Health. Erişim Adresi: [http://www.who.int/reproductivehealth/en/]. Erişim Tarihi:20.10.2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Editors: Howson CP, Kinney M, Lawn JE, March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Geneva: World Health Organization; 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2014). Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief. Geneva: World Health Organization. Erişim adresi: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149018/WHO_NMH_NHD_14.2_eng.pdf]. Erişim tarihi: 20.10.2018.

WOYTHALER MA, MCCORMICK MC, SMITH VC (2011). Late preterm infants have worse 24-month neurodevelopmental outcomes than term infants. *Pediatrics*, **127:** 622-629.

WU YC, LENG CH, HSIEH WS, HSU CH, CHEN WJ, GAU SSF, CHIU NC, YANG MC, FANG LJ , HSU HC , YU YT, WU YT, CHEN LC, JENG SF (2014). A randomized controlled trial of clinic-based and home-based interventions in comparison with usual preterm infants: Effects and mediators. *Res Dev Disabil*, **35:** 2384-2393.

YANIKKEREM E, AY S, GÖKER A (2014). Primipar ve multipar gebelerin emzirme tutumu ve yaşadıkları endişeler. *van Tıp Dergisi*, **21:** 6-16.

ZANARDO V, GABRIELI C, STRAFACE G, SAVIO F, SOLDERA G (2017). The interaction of personality profile and lactation differs between mothers of late preterm and term neonates. *J Matern Fetal Neonatal Med*, **30:** 927-932.

EKLER

Ek-1: Etik Raporu

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Orta ve Geç Prematüre Bebeği Olan Ailelerde Ebeveyn Eğitimi ve Farkındalık Düzeyi Arttırılmasının Bebeğin Sağlık Durumu, Anne-Bebek Bağlanması ve Ebeveynlerin Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başhekimlik Girişi Kampüs, TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Filiz Şimşek Orhon
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ / ÇOK MERKEZLİ ☐ / ULUSAL ☐ / ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Zeynep Sümer
İmza:

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Orta ve Geç Prematüre Bebeği Olan Ailelerde Ebeveyn Eğitimi ve Farkındalık Düzeyi Arttırılmasının Bebeğin Sağlık Durumu, Anne-Bebek Bağlanması ve Ebeveynlerin Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	DİĞER:	☐	
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 2015-05/07**	**Tarih: 15.05.2015**	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	**Prof. Dr. Zeynep Sümer**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Zeynep Sümer	Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Doç. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Doç. Dr. Diğdem Eren	Diş Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Doç. Dr. Hatice Ulusoy	Sağlık Yönetimi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Doç. Dr. Sulhattin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Yrd. Doç. Dr. Pakize Cantürk Kılıçkaya	Eczacılık Farmasötik Biyoteknoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczalık Fakültesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Zeynep Sümer
İmza:

Ek-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın veli;

Bebeğiniz normal doğum haftasına göre erken doğduğu için Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde takip edilmektedir. 37.gebelik haftasından erken doğan bebekler 'prematüre bebek' olarak tanımlanır. Bebeğin doğum haftası ne kadar erken olursa bebekte gelişebilecek sağlık sorunları da o oranda artar. Tüm erken doğumlar içinde en büyük kısmı sizin bebeğiniz gibi 32-37. Gebelik haftası arasında doğan bebekler oluşturmaktadır. Bu bebeklerin sağlıklı büyüyebilmeleri için düzenli takip altında olmaları çok önemlidir.

Bir bebeğin erken dünyaya gelmesi anne ve baba için ciddi bir stres nedenidir. Ebeveynlerde gelişebilecek stres bebeğin bakımını ve gelişimini de etkilemektedir. 32-37. Gebelik haftaları arasında doğup, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde izlenen bebekler ve aileleri ile bir çalışma yapmayı planlıyoruz. Bu çalışmanın adı '**Orta ve Geç Prematüre Bebeği Olan Ailelerde Ebeveyn Eğitimi ve Farkındalık Düzeyi Arttırılmasının Bebeğin Sağlık Durumu, Anne-Bebek Bağlanması ve Ebeveynlerin Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi** 'dir. Bu çalışmadaki amaç erken doğan bebeği olan ailelerde ebeveynlere verilen eğitim ile farkındalık düzeyinin artırılmasının prematüre bebek sağlığı, ebeveyn bebek bağlanması ve anne-babanın yaşadığı kaygı düzeyi üzerine etkisini araştırmaktır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Çalışmamız ailelere verilen eğitimin bebek sağlığı ve ailenin kaygı durumları üzerindeki etkisini inceleyen bilimsel bir eğitim çalışmasıdır. Çalışmaya katılmak tamamıyla gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, çalışma kapsamında sizden ve bebeğinizden, kan ve/veya idrar gibi herhangi bir materyal alınmayacaktır.

Çalışmaya kapsamında, bebeğiniz hastaneden taburcu edilmeden önce bir çocuk doktoru veya bebek hemşiresi tarafından yaklaşık 30 dakika boyunca erken doğan bebek bakımıyla ilgili olarak bilgilendirileceksiniz. Bu bilgilendirme hastanemizin Yenidoğan Ünitesi'nde sakin bir ortamda yüz yüze olarak gerçekleştirilecektir. Bu bilgilendirme genel olarak prematüre bebek bakımıyla ilgili olup, prematüre bebeğin özellikleri, beslenmesi, emzirme teknikleri, vücut ısısının korunması, giydirilmesi, uykusu, banyosu, altının değiştirilmesi, rutin takipleri, aşılanması, hastalık belirteçlerinin fark edilmesi başlıklarını içermektedir. Bebeğinizi takip ederken prematüre doğduğu için bebeğinizin doğduğu günden eksik doğduğu gün sayısı çıkartılarak hesaplanan 'düzeltilmiş yaş' kullanılacaktır.

Çalışmadaki tüm bebeklerin muayenesi taburculuktan 1 hafta sonra, bebeğin düzeltilmiş yaşı 1 ay, 2 ay, 3 ay, 4 ay, 6 ay, 9 ay ve 12 ay olduğunda, Yrd. Doç. Dr. Elif ÜNVER KORĞALI veya onun görevlendirdiği bir hekim tarafından yapılacak, boy, kilo ve baş çevresi ölçümleri yapılarak, büyüme eğrileri üzerinde

değerlendirilecek ve kayıt edilecektir. Bebeğinizin ayına uygun olarak gelişimi ve beslenmesi ile ilgili bilgi verilecektir.

Çalışmamızda prematüre bebek aileleri rastgele olarak 3 gruba ayrılacaklardır.

1.grup; Standart Bakım Grubu, bebeğin takiplerinin yukarda belirtilen zamanlarda poliklinik üzerinden yapıldığı grup,

2. grup; Anne Eğitim Grubu; Çalışma kapsamında bebeğin düzeltilmiş yaşı 3 ay olana kadar aşağıda detayları ayrıntılı olarak anlatılan eğitimin ev ziyaretleri ile sadece anneye verildiği grup. (bebeğin 3. ayından sonraki takipler poliklinikten yapılacaktır)

3.grup; Aile Eğitim Grubu; Çalışma kapsamında bebeğin düzeltilmiş yaşı 3 ay olana kadar aşağıda detayları ayrıntılı olarak anlatılan eğitimin ev ziyaretleri anne ve babaya birlikte verildiği grup. (bebeğin 3. ayından sonraki takipler poliklinikten yapılacaktır)

Çalışmada standart bakım grubunda yer alıyorsanız bebeğinizin muayenesi ve takipleri bahsedilen zamanlarda pediatri polikliniğinde yapılacaktır. Çalışma dahilindeki formları da bu sırada doldurmanız istenecektir.

Çalışmada eğitim uygulanan grupta iseniz taburculuktan 1 hafta sonra, bebeğinizin düzeltilmiş yaşı 1 ay, 2ay, 3 ay olduğunda toplamda 4 kez bir çocuk hekimi (Yrd. Doç.Dr. Elif Ünver Korğalı) ve bir bebek hemşiresi ekibi tarafından evinize ziyaret yapılacak ve yaklaşık 1,5 saat süren bu ziyaretlerde size bebeğinizin bakımı ve gelişimi ile ilgili bilgi verilecektir. Uygun ölçekleri ve formları doldurmanız istenecektir. Çalışma kapsamında bebeğiniz 3 aylık olana kadarki dönemde ev ziyaretleri yapılmayan haftalarda araştırmacı doktorunuz tarafından telefonla aranarak aile ve bebek hakkında bilgi alınacaktır. Bebeğinizin düzeltilmiş yaşı 3 ay olduktan sonra ev ziyaretleri yapılmayacak, rutin poliklinik takipleri ile takibine devam edilecektir.

Çalışma kapsamında her üç grupta da bebeğinizin gelişimini değerlendirmek için bebeğinizin düzeltilmiş yaşı 6 ay olduğunda, yaklaşık 15 dakika süren Denver II Gelişim Testi ve bebeğinizin düzeltilmiş yaşı 9 ay olduğunda ise yine bebeğinizin ayına uygun gelişip gelişmediğini ölçmek için yaklaşık 60 dakika süren Bayley III Gelişim Testi uygulanacaktır. Bu çalışma kapsamında bebeğiniz en az 1 yıl süreyle takip edilecek, ebeveynlerin bilgilendirilmesinin aile ve bebek sağlığı üzerine olan etkileri araştırılacaktır. Planlanan zamanlar dışında bebekle ilgili herhangi bir sıkıntı olursa aynı hekim tarafından hastane koşullarının elverdiği ölçüde bebeğin sağlık takibi yapılacaktır.

Çalışmada ailelerin kaygı ve umutsuzluk durumlarını, hayat kalite düzeylerini, anne ve babanın bebekle bağlanma durumlarını ölçmek için çeşitli zamanlarda bazı ölçekleri doldurmanız istenecektir. Kaygı ve umutsuzluk durumuna yönelik olarak, bebek hastanede yatarken ve bebeğin düzeltilmiş yaşı 1 ay, 3 ay, 6 ay ve 12 ay olduğunda 20'şer sorudan oluşan Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeğini doldurmanız istenecektir. Bebek hastanede yatarken ve bebeğin düzeltilmiş yaşı 1 ay, 6 ay ve 12 ay olduğunda ise 20 soruluk Beck Umutsuzluk Ölçeği ve 11 sorudan oluşan Hayat Kalitesi Ölçeğini doldurmanız istenecektir.

Sadece annelerin hastanede yatış sırasında 15 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formunu, bebeğin düzeltilmiş yaşı 1, 2, 3 ve 4 ay olduğunda anne ile bebeğin bağlanma durumunu ölçen 26 soruluk Maternal Bağlanma Ölçeğini, bebeğin taburculuğundan 1 hafta sonra ve bebeğin düzeltilmiş yaşı 1, 3, 6 ve 12 ay olduğunda bebeğin anne tarafından algılanmasını değerlendirmek için 7 maddeden oluşan Bebek Karakterini Algılama Ölçeğini doldurması istenecektir. Taburculuktan 1 hafta sonra, bebeğin düzeltilmiş yaşı 1, 2, 3, 4, 6 ve 12 ay olduğunda ise bebeğin beslenme, uyku ve ağlama ataklarına yönelik 21 soruluk Bebek İyilik Hali Formunu doldurması istenecektir.

Çalışma kapsamında babaların ise bebek hastanede yatarken 6 soruluk Kişisel Bilgi Formunu, bebeğin düzeltilmiş yaşı 6 ve 12 ay olduğunda ise babayla bebeğin bağlanma durumunu ölçen 19 soruluk Baba Bebek Bağlanma Formunu doldurması istenecektir. Bu ölçeklerin doldurulması yaklaşık 10-20 dakika sürmektedir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen bebeğinizi hastaneden taburcu olduktan 1 hafta sonra, düzeltilmiş yaşı 1 ay, 2 ay, 3 ay, 4 ay, 6 ay, 9 ay ve 12 ay olduğunda düzenli olarak kontrole getirmenizdir. Belirtilen bu zamanlar tüm bebeklerin sağlıklı büyümelerini takip edebilmek için tıbbi olarak belirtilen takip zamanlarıdır. Yani bu çalışma için bebeğinizi rutin takip zamanları dışında hastaneye getirmeniz gerekmeyecektir. Takiplere geldiğinizde çalışma kapsamında o zamana ait form ve ölçekleri eksiksiz ve doğru olarak doldurmanızı beklemekteyiz. Bu çalışmada sizin gibi prematüre bebeği olan gönüllü aile sayısı 79 olup, çalışma bebeğinizin düzeltilmiş yaşı 12 ay olana kadar devam edecektir.

Bu araştırmada siz ve bebeğiniz için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar bebeğiniz sürekli aynı hekim tarafından değerlendirilecektir. Bebeğiniz prematüre doğduğundan, bebeğinizin doğumundan itibaren aynı hekim tarafından izlenmesi siz ve çocuğunuz için daha olumlu sonuçlar doğuracaktır. ayrıca bebeğinize 6. ve 9. ayında uygulanacak olan gelişimsel tarama testleri ile olası herhangi bir gelişim geriliği daha erken fark edilebilecektir. Böyle bir gelişim geriliği saptanırsa bebeğiniz Pediatrik Nöroloji ve gerekli görülürse Gelişimsel Pediatri Bölümlerine yönlendirilecektir. Yapılması planlanan çalışma bilimsel bir çalışma olup, prematüre bebek gelişiminde anne ve babanın eğitiminin rolünü de araştıracaktır. Bilindiği kadarıyla ülkemizde daha önce buna benzer bir çalışma yapılmadığından ülkemiz için daha sonraki bilimsel çalışmalara da örnek olabilir. Bu çalışma için sizden herhangi bir ödeme talep edilmeyeceği gibi, çalışmaya katılmanız durumunda size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 258 00 00 – 1171 numaralı telefondan araştırmacı doktorunuz Elif Ünver Korğalı'ya başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma kapsamındaki bütün muayene ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırıcı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan eğitim programının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya düzenli takiplere gelmemeniz gibi nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Takiplerde çocuğunuzda kronik bir hastalık saptanırsa çalışmadan çıkartılacaksınız. Ancak ailenin isteği doğrultusunda bebeğin takipleri aynı hekim tarafından yapılabilecektir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,	**Açıklamaları yapan araştırmacının;**
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
Adresi:	Görevi:
Tel.-Faks	Adresi:
Tarih ve İmza	Tel-Faks:
	Tarih ve imza:

Olur alma işlemine baştan sona tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının;

Adı-Soyadı:
Görevi:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

Ek-3: Taburculuk Öncesi Bilgi Formu

Doğumu 37. Gebelik haftasından önce olan bebekler prematüre olarak tanımlanır. Prematüre bebekler anne karnındaki gelişimlerini tamamlamadan dünyaya geldikleri için zamanında doğan bebeklere oranla daha çok sağlık problemleri yaşarlar. Bu sorunlar arasında sıklıkla, solunum sorunları, kalp sorunları, beslenememe, çevre ısısına adapte olamama, mide.barsak sistem problemleri, beyin içinde kanama, kolay enfeksiyona yakalanma, görme ve işitme ile ilgilidir. Prematüre bebekte bu tip sıkıntıların gelişmesi doğum haftası ne kadar küçükse o oranda daha fazla olmaktadır. Özellikle de doğumdan sonraki ilk günler daha riskli dönemlerdir. Dolayısıyla prematüre doğan bebeklerin tam donanımlı ve tecrübeli ekiplerin olduğu ünitelerde takibi çok önemlidir.

İlk günlerdeki sıkıntılar giderildikten sonra bebeğin evde bakımının tam sağlanabilmesi için taburculuk öncesi annenin de bilgilendirilmesi gerekir. Prematüre bebeklerin evde de özel bir bakım ve ilgi alması gerektiği unutulmamalıdır. Prematüre bir bebeğin taburculuğu sırasında aile aşağıda yazılan konularda bilgi sahibi olmalıdır.

1)BEBEĞİN BESLENMESİ; Bebeğinizin taburculuğu düşünüldüğüne göre artık bebeğinizin beslenmesini tamamen sağlayabiliyorsunuz demektir. Evdeki takiplerinde bebeğinizi 2 saatlik aralarla öncelikle göğsünüzden emzirmenizi, bebeğiniz 2500 gramın altında ise emzirdikten sonra sağdığınız sütü; .anne sütü zenginleştirici mamanızı da 30 cc anne sütüne 1 ölçek olacak şekilde ekledikten sonra. Kaşıkla veya enjektörle, bebeğinize vermenizi öneriyoruz. Eğer anne sütünüz yeterli değilse bebeğinizin doğum haftasına uygun olan ve size önerilen mamalarla, emzirdikten sonra takviye yapabilirsiniz. Beslenme sırasında erken doğan bebeklerin çene kasları tam gelişmediği için alt çeneden ufak hareketlerle yutma işlevini destekleyebilirsiniz. Bebeğinizin beslenme süresi en fazla 30 dakika olmalıdır. Bu süre uzadıkça, bebek uyumaya başlayabilir, beslenme düzeni aksayabilir ve kilo alımı yavaşlayabilir.

Bebek için hazırlanan mama kaynatılmış ve ılıtılmış temiz su ile hazırlanmalı ve hazırlandıktan hemen sonra bebeğe verilmeli, bekletilmemelidir. Mamanın ısısını bir damla el üstünüze damlatarak test edebilirsiniz. Teninize sıcak ya da soğuk gelen mamalar bebeğe verilmemelidir. hazırlandıktan sonra kalan mamalar dökülmelidir. Anne sütü sağıldıktan sonra 3 saat oda ısısında, 3 gün buzdolabında ve 3 ay derin dondurucuda saklanabilir.

Bebeğinizi beslerken mutlaka başı yüksekte olacak şekilde(düz zeminle aradaki açı 45 derece olacak şekilde) pozisyon vermeniz, bebeğinizin aspirasyon (beslenirken sütü solunum sistemine kaçışı) riskini en aza indirecektir.

Beslenme sonrası mutlaka bebeğinizi dik bir biçimde, yüzü size dönek olacak şekilde omzunuza yaslayarak ve hafifçe sırtını sıvazlayarak gazının çıktığından emin olmalısınız.

Eğer bebeğiniz biberonla besleniyorsa özellikle cam biberonları ve prematüre bebekler için olan akışkanlığı daha yavaş olan biberon başlıklarını tercih etmelisiniz.

Bebeğin beslenmesi sadece karnının doyurulması olarak düşünülmemelidir. Beslenme saatleri anne ve bebeğin birlikte olduğu, birbirlerini tanıdıkları, birbirlerine alıştıkları çok özel zamanlardır. Anne ve bebek arasında duygusal bağların oluşmasında çok büyük bir rolü vardır. Bu nedenle bebek beslenirken, bütün dikkatin bebekte ve tepkilerinde toplanması önemlidir. Mümkünse anne ile bebeğin baş başa olduğu, sakin, sessiz bir ortamda beslenme yapılmalıdır. Televizyon, başka çocuk, kalabalık ortam gibi dikkati dağıtacak faktörlerden uzak durulmalıdır.

2) BEBEĞİN UYKUSU; prematüre bebekler özellikle doğum sonrası ilk günlerde günde 14.16 saat uyurlar. Bebeğinizin uyku düzeni genellikle 3.4. aydan itibaren oturacaktır. Ancak doğru bir uyku düzeni oluşturmak için ilk günlerde doğru adımlar atılmalıdır. Bunun için öncelikle bebeğinizin ayrı bir yatağı olmalıdır. İlk zamanlarda bebek beşiğinin annenin yattığı odada olması hem anne hem de bebek için faydalıdır. hem bebeğin ihtiyaçlarına hemen cevap vermek anne bebek arasındaki güven bağının oluşmasını sağlayacak, hem de annenin daha az yorulmasına neden olacaktır. Bebek mutlaka kendi yatağında uyutulmalıdır. Anne ile bebek aynı yatakta uyumamalıdır. (bebek ölüm riski!!) Anne bebeğini besledikten ve gazını çıkarttıktan sonra bebeği kendi beşiğine koymalıdır. Özellikle ilk günlerde uyuma süreleri uzun olan bebekler hafifçe sırtlarına veya göğüslerine dokunularak, pışş pışş yapılarak kolayca uykuya dalabilirler. Bebeği uyutmak için ayrıca sallamaya gerek yoktur.

Bebeğin yatağı düz ve sert olmalıdır. Bebeğin içine gömülmesine neden olacak kadar yumuşak olmamalıdır. Yatakta bebek 1 yaşına gelene kadar yastık, ayıcık oyuncak gibi yumuşak nesneler bulundurulmamalıdır. Yatağın kenarları yumuşak ve sıkıca bağlanmış korumalarla çevrilmelidir. Bebeğin üzeri tercihen delikli ve hafif battaniye ile örtülmeli, ağır yorganlardan kaçınılmalıdır. Bebek yatırılırken tercih edilen sırtüstü yatırılmasıdır. Ancak sırta bir destek konularak hafif yan da yatırılabilirler. Özellikle prematüre bebeklerin kulak kıkırdakları çok yumuşak olduğundan, kolayca kıvrılabilir, hep aynı tarafa yatırılırsa kafa kemiklerinde şekil bozuklukları olabilir Bu nedenle 2.3 saat aralarla pozisyonu değiştirilmelidir. Kesinlikle yüzüstü yatırılmamalıdırlar. Bebeğin gece ve gündüz ayrımını yapabilmesi için, özellikle geceleri daha loş ve sessiz bir ortam sağlanmalıdır.

3) BEBEĞİN VÜCUT ISISI, GİYDİRİLMESİ; Bebekler özellikle de prematüre bebekler cilt altı yağ dokularının az olması nedeniyle vücut ısılarını koruyamazlar bu nedenle bebeğin bulunduğu çevre ısısı 24.25 Cº arasında tutulmalıdır. Bir oda termometresi ile çevre ısısı takip edilebilir. Bebeğin vücut ısısı ise 36,5. 37 Cº arasında olmalıdır. Ancak prematüre bebekler kolayca üşürler diye düşünerek gereğinden fazla da giydirilmemelidir. Genellikle içine giydirilen bir zıbın, üzerine bir penye takım ve evin ısısına göre bir yelek giydirilebilir. Koltuk altından ölçülen vücut ısısı 37C'nin üstünde ise üzeri inceltilmeli, 36,5C'nin altında ise bir kat daha giydirilmelidir. Uyurken de ince bir battaniye ve yine çevre ısısına göre bir kat battaniye daha örtülebilir. Derece ile ölçüm yapılamıyorsa bebeğin ense kısmı elle dokunulduğunda sıcak ise o bebeğin üşümediği düşünülür. Çok fazla giydirilen bebeklerde ateş olabileceği gibi, terleme ve isilik, döküntü gibi cilt problemleri de gözlenebilir.

Bebeğin kıyafetleri mutlaka ayrı olarak, bebek deterjanı ya da toz sabunla yıkanmalı ve mutlaka ütülenmelidir. Bebeğe çok renkli, boyalı kıyafetler içeriğindeki kimyasallardan emin olunamayacağı için tercih edilmemelidir. Kalitesine güvenilen, daha az renkli, pamuklu, bebeği terletmeyen kıyafetler tercih edilmelidir.Bebekler kafalarından ısı kaybedeceklerinden başlık ile ısı kaybı azaltılmalıdır. Özellikle prematüre bebekler doğum haftalarına gelinceye kadar el ve ayaklardan ısı kaybını önlemek için eldiven ve patik kullanılmalıdır.

4) BEBEĞİN ALT TEMİZLİĞİ; Bebeklerin alt temizliğine de çok dikkat edilmelidir. İlk günlerde bebekler sık sık altlarını kirletirler. Özellikle idrar çıkışı aslında bebeğin beslenmesi konusunda da uyarıcıdır. Günde en az 5.6 kez, açık sarı renkte idrar çıkışı bebeğin iyi beslendiğinin işareti sayılır. Özellikle anne sütü ile beslenen bebeklerin kakası da altın sarı renkte, sulu, köpüklü, olabilir. (anne sütü kakası) İlk günlerde bebeklerde günde 8.10 kezi bulabilen gayta çıkışı olabilir. Bebeğin gelişimi ve kilo alımında sıkıntı yoksa normal kabul edilir. Bebek altını kirlettikçe bezi değiştirilmeli ve bezden taşacak noktaya gelinmemelidir.

Özelikle kız bebeklerin altı temizlenirken, yukardan aşağıya doğru silinmesi, idrar yolu enfeksiyonlarından koruyucudur. Bebeğin altını mümkünse ılık suya batırılmış pamukla temizlemek, cildi hassas olan prematüreler için daha önemlidir. Pişik oluşumunu önlemek için altının sık sık değiştirilmesi ve günde 3.4 kez koruyucu krem sürülmesi yeterlidir.

5) BEBEĞİN YIKANMASI; Bebekler haftada en az 2 kez yıkanmalıdırlar. Banyoları kısa süreli olmalıdır. Bebek yıkanmadan önce bebeğin tüm kıyafetleri ve banyo malzemeleri hazır olmalıdır. Ortam ısısı 25.26 Cº olmalı, suyun ısısı ise 36.37 Cº ayarlanmalıdır.(termometre ile ölçülebilir) Eğer suyun ısısını ölçemiyorsanız, dirseğinize suya değdirerek, ılık hissettiğiniz derecede suyu kullanabilirsiniz. Banyo yaptırılacağı sırada bebeğinizin tok olması ya da çok aç olması önerilmez. Tercihen beslenmeden sonra en az 1 saat geçmiş olmalıdır.

Bebek küvetinde, bebek filesi takıldıktan sonra, bebeğin başı alttan desteklenerek önce vücudu en son başı olacak şekilde bebek şampuanı ve eliniz veya yumuşak bir bebek lifi ile hafif dairesel hareketlerle bebek yıkanmalı ardından durulanmalı ve ısıtılmış havlu ile alınmalıdır. Bebeğin ağzına ve burnuna su kaçmamasına dikkat edilmelidir. Islak havlu bebekten uzaklaştırıldıktan sonra, ayrı bir havlu ile başından başlayarak ritmik hareketlerle kurulanmalıdır. Bebek yağı ile yağlanıp, yumuşak hareketlerle giydirilmelidir. Banyo sonrası emzirilip uyutulması bebeği rahatlatacaktır.

6) ENFEKSİYONLARDAN KORUNMA; Prematüre bebekler enfeksiyonlara daha hassas olduklarından, bebek emzirilmeden önce, altı değiştirilmeden önce ve sonra, dışardan eve gelindiğinde, bebek kucağa alınmadan önce mutlaka eller sabunla güzelce yıkanmalıdır. Evde gribal enfeksiyon geçiren kimse varsa olabildiğince bebekle teması kesilmeli ve maske ile dolaşması sağlanmalıdır. Özellikle term doğum vaktini yakalayana kadar enfeksiyon riskini artırabilecek kalabalık ortamlardan uzak

tutulmalıdır. Bebeğin odası sabah akşam (bebek başka bir odadayken) 15 dakika havalandırılmalı, ortam tozlardan olabildiğince arındırılmalı, bebeğin bulunduğu ortamlarda sigara içilmemeli, mümkünse sigara içen kişilerle teması engellenmelidir.

Bebeğinizi beslerken kullandığınız kaşık, biberon gibi malzemeler mutlaka kullanıldıktan sonra sabunlu su ile yıkanmalı ve kaynayan suda 10 dakika sterilize edilmelidir.

7) GÖBEK BAKIMI; Eğer bebeğinizin göbeği düşmemişse, göbek bakımına özel dikkat etmek gerekir. Çünkü bebeklerde göbek bağı bakterilerin kolayca üreyebildiği ve ciddi enfeksiyon kaynağı olabilecek bir bölgedir. Bebeğinizin göbeğinde kötü bir koku, kanama veya akıntı yoksa temizlemek için özel bir solüsyon kullanmanız gerekmez. Göbek bağının bezin dışında tutulması, ıslak bırakılmaması, yabancı materyallerle temas ettirilmemesi yeterli olacaktır. Yukarda saydıklarımızdan biri veya birkaçı varsa mutlaka doktora başvurmalısınız.

8)BEBEĞİNİZİN AŞILANMASI; Prematüre bir bebeğin aşılanması zamanında doğan bir bebekten farklı değildir. Bebeğiniz doğduğunda doğduğu hastanede Hepatit B aşısı ve K vitamini rutin olarak uygulanmıştır. Eğer bebeğiniz 2000 gramın altında doğmuşsa Hepatit B aşısı doğum sonrası yapılmamış olabilir. Bu durum aşı bebeğinize bir zarar vereceğinden değil, düşük kilosu nedeniyle aşının etkisinin az olacağındandır. Bebeğiniz 2000 grama ulaştığında Hepatit B aşısının ilk dozu uygulanacaktır. Eğer bebeğiniz 2000 gramdan küçük doğduğu halde Hepatit B aşısı uygulanmış ise, bu doz yapılamamış sayılıp takibinde 3 doz daha aşı uygulanacaktır. Taburculuk sırasında bebeğinizin aşı karnesini hastaneden istemeyi unutmayınız.

9) Bebeğinizde evde aşağıdaki durumları fark ederseniz mutlaka bir sağlık kuruluşuna başvurunuz;

- Morarma, solukluk
- Nefes almakta zorluk, hızlı nefes alıp verme
- İnleme, iç çeker tarzda ağlama
- Ateşin 37,5 Cº üstünde veya 36,5 Cº altında olması ve sebat etmesi
- Emmeme, hareketlerinde azalma, çok uyuma, uyandırılamama
- İdrar ve gayta çıkışında azalma
- Karında gerginlik, şişlik, kanlı kaka yapma
- Durdurulamayan ağlamalar, huzursuzluk,
- Göbek bağının olduğu yerde kanama, akıntı, kötü koku,
- Cildinde kızarık, giderek genişleyen, içi su toplamış döküntüler,
- Giydirmekle ya da banyo yapılmasıyla bağlantılı olmayan cilt döküntüleri
- Tekrarlayan ağız şapırdatma, göz açıp kapama, vücudun belli bir kısmında seyirme şeklinde kasılmalar ya da 10 saniyeden uzun süren solunum durması

10) Evde bebeğinizin bakımını sağlarken aşağıdaki kurallara özellikle dikkat etmenizi öneriyoruz.

- Bebeğinizi küçük bir çocukla aynı yerde tek başına bırakmayınız.

- Bebeğinizle ilgilenirken elinizde ya da yakınınızda sıcak kahve.çay gibi içecekler bulundurmayınız.
- Bebeğinizle birlikte, aynı yatakta uyumayınız.
- Bebeğinizi puset, bebek arabası, araba koltuğu gibi yerlere koyuyorsanız mutlaka emniyet kemerini bağlayınız.
- Bebeğinizi beslerken başının 45 derecelik bir açıyla yerden yukarda olmasına dikkat ediniz.
- Bebeğinizi yatırmadan önce mutlaka gazını çıkardığından emin olunuz.
- Bebeğinizi kesinlikle yüzüstü yatırmayınız.
- Bebek bakımında kendinizi yetersiz hissettiğinizde ya da çok yorgun hissettiğinizde yakınlarınızdan destek isteyiniz.
- Bebek bakımı özellikle ilk günlerde denge kurulana kadar sizi zorlayabilir. Bu nedenle bebeğinizin rutinine ayak uydurup, bebeğiniz uyurken siz de yatar dinlenirseniz hem daha az yorulmuş olursunuz, hem de bebeğiniz için hayati önemi olan anne sütü salınımını arttırmış olursunuz.

10) PREMATÜRE BEBEKLERİN TAKİBİ; prematüre bebeklerin, erken doğum nedeniyle taşıdıkları riskler dolayısıyla, term bebeklere oranla daha fazla takipleri olacaktır. Bu nedenle taburculuk sırasında size anlatılan takiplere özen gösterip zamanı geldiğinde tetkiklerinizi yaptırmanız çok önemlidir. (bebeğinizin doğum haftası ve sağlık durumuna göre, göz muayenesi, ayrıntılı işitme testi, pediatrik nöroloji takibi, kalça ultrasonu gibi) Ayrıca taburculuk sırasında önerilen vitamin ve mineral desteklerini mutlaka gerektiği dozda ve önerilen zamana kadar düzenli kullanmalısınız.

BEBEĞİNİZİ SAĞLIKLI GÜNLERDE BÜYÜTMENİZ DİLEĞİYLE….

Ek-4: Anne Kişisel Bilgi Formu

Tarih; / / Dosya no; Kayıt no;
Adres; Telefon no:
ANNENİN BİLGİLERİ;
1)Ad Soyad: 2) Yaşınız:
3) Gebelik sayısı: 4)Yaşayan çocuk sayısı;

5) Eğitim durumunuz;
a) Okur.yazar değil b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu

d) Lise mezunu e) 2 yıllık üniversite mezunu f) 4 yıllık üniversite mezunu
6) İşiniz, çalışma durumunuz?
a)Ev hanımı b)memur c)işçi d)serbest e)diğer
7)Ne tip bir evde oturuyorsunuz?
a) gecekondu b) apartman dairesi c) müstakil ev
8)Oturduğunuz ev size mi ait? A) Evet b) Hayır
9)Otomobiliniz var mı? A) Evet b)Hayır
10)Eşiniz ve çocuklarınız dışında evinizde sizinle yaşayan kimse var mı?
A) Hayır B) Evet (kimler:)
11)Sağlık güvenceniz nedir?
a) yok b) yeşil kart c) Sosyal GüvenlikKurumu (SGK) d) özel sigorta
12) Gebeliğiniz planlı mıydı? A) Evet B)Hayır
13) Aylık gelir düzeyiniz nedir?
a) gelir giderden fazla b) gelir giderden az c) gelir gidere eşit
14) En son bebeğinizi nasıl dünyaya getirdiniz?
a) Normal doğum b) planlı sezaryen c) acil sezaryen
15) Kaç yıllık evlisiniz?

Ek-5: Baba Kişisel Bilgi Formu

Tarih; / / Dosya no; Kayıt no;
Adres: Telefon no:

BABANIN BİLGİLERİ;
1) Ad Soyad; 2) Yaşınız;

3)Eğitim durumunuz;
a) Okur.yazar değil b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu
d) Lise mezunu e) 2 yıllık üniversite mezunu f) 4 yıllık üniversite mezunu
4) İşiniz, çalışma durumunuz?
a)memur b)işçi c) çiftçi d) serbest e) işsiz
f) diğer ( )
5)Sağlık güvenceniz nedir?
a) yok b)yeşil kart c) Sosyal GüvenlikKurumu (SGK) d) özel sigorta
6) Aylık gelir düzeyiniz nedir?
a) gelir giderden fazla
b) gelir giderden az
c) gelir gidere eşit

Ek-6: Bebek Bilgi Formu

Dosya no: Kayıt no;

1) Bebek adı soyadı:
2) Doğum tarihi; ……/……./……
3) Cinsiyeti; a) erkek b)kız
4) Hastaneye yatış tarihi: ……/……./……
5) Taburculuk tarihi; ……/……./……
6) Doğum haftası; hafta / gün
7) Doğum Ağırlığı; gr (p)
8) Doğum boyu; cm (p)
9) Doğum baş çevresi; cm (p)
10) Doğum şekli; a)NSVY b) planlı C/s c) acil C/s
11) Erken doğum sebebi?
12) Annenin son adet tarihi……/……./……
13) APGAR 1. Dakika skoru;
14) APGAR 5. Dakika skoru;
15) Kaç gün küvözde kaldı?
16) Kaç gün YDYBÜ bölümünde kaldı?:
17) Mekanik ventilatör desteği aldı mı?: A) Evet B) Hayır
18) Nazal CPAP uygulandı mı?: A) Evet B) Hayır
19)Oksijen desteği aldı mı? A) hayır
B) evet (kaç gün?)
20) Surfaktan uygulandı mı? A) hayır
B) evet (kaç kez?)
21) TPN uygulandı mı? A) hayır
B) evet (kaç gün?)
22)Taburculuk kilosu?.....gram

Ek-7: Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği

İsim: Tarih:…../…..../….....

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum
- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum
- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum
- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum
- Hayır, hiçbir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum
- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. herşey giderek sırtıma yükleniyor

□ Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum
□ Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
□ Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum
□ Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

□ Evet, çoğu zaman
□ Evet, bazen
□ Çok sık değil
□ Hayır, hiçbir zaman

8.Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

□ Evet, çoğu zaman
□ Evet, bazen
□ Çok sık değil
□ Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

□ Evet, çoğu zaman
□ Evet, oldukça sık
□ Çok seyrek
□ Hayır, asla

10.Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

□ Evet, oldukça sık
□ Bazen
□ Hemen hemen hiç
□ Asla

Ek-8: Durumluk Kaygı Ölçeği

İsim: Tarih:…../…..../….....

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. her ifadeyi okuyun, sonra da, **O ANDA NASIL HİSSETTİĞİNİZİ** ifadelerin şağ tarafindaki parantezlerden uygun olanını (X) işareti koyarak belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren ifadeyi işaretleyiniz.

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

Ek-9: Sürekli Kaygı Ölçeği

İsim: Tarih:…../…../….....

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. her ifadeyi okuyun, sonra da **GENEL OLARAK NASIL HİSSETTİĞİNİZİ** ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanına (x) işareti koyarak belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir	**Bazen**	**Çok zaman**	**Hemen her**
1.	Genellikle keyfim yerindedir				
2.	Genellikle çabuk yorulurum				
3.	Genellikle kolay ağlarım				
4.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
5.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım				
6.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
7.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım				
8.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim				
9.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
10	Genellikle mutluyum				
11	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
12	Genellikle kendime güvenim yoktur				
13	Genellikle kendimi emniyette hissederim				
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
15	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim				
16	Genellikle hayatımdan memnunum				
17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
18	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam				
19	Aklı başında ve kararlı bir insanım				
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor				

Ek-10: Beck Umutsuzluk Ölçeği

İsim: Tarih:…../…..../….....

Aşağıda geleceğe dair planlarla ilgili bir takım ifadeler yer almaktadır. her bir ifadeyi okuyarak, sizin için ne ifade ettiğini 'evet' ya da 'hayır' şeklinde, kutucukların içine 'X' işareti oyarak belirtiniz. Cümlelerin tek bir doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Sizden beklenen kendi görüşlerinizi samimiyetle işaretlemenizdir.

	Evet	Hayır
1.Geleceğe coşku ve umut ile bakıyorum.		
2.Kendimle ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3.İşler kötü giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4.Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5.Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6.Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7.Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8.Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9.İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte bu fırsatları bir daha yakalayacağıma da inanmıyorum.		
10.Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11.Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12.Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi sanmıyorum.		
13.Geleceğe baktığımda şimdiye oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14.İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15.Geleceğe büyük inancım var.		
16.İstediğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
18.Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19.Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum.		
20.İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

Ek-11: Hayat Kalitesi Ölçeği, Kısa Form.36 (SF.36)

İsim: Tarih:…../…...../….....

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacındadır. her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin.

1.Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta (fena değil)	4
Kötü	5

2.Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

3.Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar? Bir tanesini işaretleyiniz.

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf oynamak	1	2	3
c. Sebze meyveleri kaldırmak taşımak	1	2	3
d. Pek çok kat merdiven çıkmak.	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek, ayakkabı giymek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden diğerine (sokak) yürüyebilmek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET **HAYIR**

a. İş ya da diğer aktiviteleriniz için harcadığınız zamanda kesinti 1 2

b. İstediğinizden daha az miktar işin tamamlanması 1 2

c. İşin ya da diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama 1 2

d. İş veya diğer aktiviteleri yaparkenk zorluk olması 1 2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek.üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini işaretleyiniz

EVET **HAYIR**

a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu? 1 2

b. İstediğinizden daha az kısım tamamlanması 1 2

c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama 1 2

6.Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya sınıfta olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini işaretleyiniz.

Hiç 1
Çok az 2
Orta derecede 3
Biraz 4
Oldukça 5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz? Bir tanesini işaretleyiniz.

Hiç 1
Çok az 2
Orta derecede 3
Biraz 4
Oldukça 5

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini işaretleyiniz.

Hiç 1
Çok az 2
Orta 3
Çok 4
İleri derecede 5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap işaretleyiniz.

	Her Zaman	**Çoğu Zaman**	**Bir Kısım**	**Bazen**	**Çok Nadir**	**Hiçbir Zaman**
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insanmıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içende, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Bir tanesini işaretleyiniz.

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmi-yorum	Çoğunlukla yanlış	Tamamen yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum.	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Ek-12: Maternal Bağlanma Ölçeği

Aşağıda yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duyguları tanımlanmaktadır. Lütfen her ifadede tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi işaretleyiniz.

İsim: Tarih:	**Her zaman**	**Sık sık**	**Bazen**	**Hiçbir zaman**
1.Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum				
2. Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde sıcaklık hissediyorum.				
3. Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum.				
4. Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum.				
5. Sadece bebeğimi görmek bile beni mutlu ediyor.				
6. Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum.				
7. Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum.				
8. Bu bebek benim olduğu için çok memnunum.				
9. Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum.				
10. Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum.				
11. Bebeğimi kucağımda tutmaktan hoşlanıyorum.				
12. Bebeğimi uyurken seyrediyorum.				
13. Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum.				
14. Başkalarına bebeğim anlatıyorum.				
15. Bebeğimin gönlünü almak zevklidir.				
16. Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum.				
17. Bebeğimle gurur duyuyorum.				
18.Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum				
19. Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu.				
20. Bebeğimin karakterini biliyorum.				
21. Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum.				
22. Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum.				
23. Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum.				
24. Bebeğime özel ilgi gösteriyorum.				
25. Bebeğim ağladığında onu rahatlatıyorum.				
26. Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum.				

Ek-13: Bebek Karakterini Algılama Ölçeği

Çocuğun adı soyadı:
Annenin adı:
Tarih:

Aşağıda çocukları tanımlamak için kullandığımız bazı sıfatlar yer almaktadır. Siz çocuğunuzu bu zıt anlamlı sıfat çiftlerinden hangisine daha yakın bulduğunuzu sıfatlar arasındaki çizgilerden en uygun uzaklıkta olanına X işareti koyarak belirtir misiniz?

Zor	□□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□	Kolay
Mutlu	□□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□	Mutsuz
Rahat	□□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□	Mızmız
Az ağlıyor	□□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□	Çok ağlıyor
Dikkatsiz	□□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□	Dikkatli
Pasif	□□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□	Aktif
Bakımı kolay	□□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□	Bakımı zor

Ek-14: Bebek İyilik Hali Formu

İsim: Tarih:…../…...../….....

Aşağıdaki sorularla bebeğinizin beslenme, uyku ve ağlamasına yönelik olarak genel iyilik halinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Lütfen soruları yanıtlarken bebeğinizin **son 15 günlük durumunu** göz önüne alarak en uygun yanıtı işaretleyiniz.

1)Bebeğinizi nasıl besliyorsunuz?

A) Sadece anne sütü ile (anne sütü dışında doktorun önerdiği vitamin ilaçlarını ve/veya anne sütü zenginleştirici veriyorum. Su dahi vermiyorum)

B) Anne sütü ve önerilen vitaminleri veriyorum.

C)Anne sütüyle ve hazır mama veya yarı katı yiyecekler veya inek /keçi sütü vb veriyorum.

D) Hiç anne sütü vermiyorum.

2)Bebeğinizin beslenme düzeni aşağıdakilerden hangisine uyuyor?

A) Sadece anne sütü veriyorum.

B) Çoğunlukla anne sütü ancak günde 3 defadan az olmak üzere hazır mama veriyorum.

C) Anne sütü ile eşit miktarda hazır mama veriyorum.

D) Bebeğim günlük beslenmesinde hazır mamaları anne sütünden daha fazla tüketiyor.

E) Hiç anne sütü vermiyorum.

3) Bebeğinizi emziriyor musunuz? A) Evet B)Hayır

4) Bebeğinizi emzirme kararını ne zaman aldınız?

A) Gebelikten önce B) Gebelikte C) Gebelikten sonra

D) Bebeğimi emzirmeyi hiç istemedim.

5)Bebeğinizi kaç yaşına kadar emzirmeyi planlıyorsunuz?

A) 3 aydan az B) 3-6 ay C) 6-12 ay

D)12-18 ay E) 2 yaşına kadar F) 2 yaşından sonraya kadar

6) Daha önceki bebeğinizi emzirdiniz mi? A) Evet B)Hayır

7)Bebek emzirmeyi nasıl bir iş olarak tanımlarsınız?

A)kolay B)zor C)çok zor D) imkansız

8)Bebek emzirmeyi duygu olarak nasıl tanımlarsınız?

A) Çok güzel B) güzel C) bir anlam ifade etmiyor D) kötü E)çok kötü

9) Bebeğinizi emzirmeyle ilgili sorun yaşıyor musunuz? A) Evet B)Hayır

10)Bebeğinize anne sütü veya hazır mama dışında ek besin veriyor musunuz?

A) Evet (neler?.....) B)Hayır

11) Bebeğinizde uyku sorunu var mı? A) Evet B)Hayır

12) Bebeğiniz nerede uyuyor?

A) Kendi yatağı, kendi odası

B) Kendi yatağı, ebeveynin odası

C) Ebeveynin yatağı

13) Bebeğiniz nasıl uyuyor?

A) Ayakta ya da çarşafta sallanarak

B) Meme emerek

C) Kendi yatağında pış pış yaparak

D)Kucakta dolaştırılarak

E) Kendi kendine uykusu gelince uyuyor

14) Bebeğinizin bir uyku düzeni var mı? A) Evet B)Hayır

15) Bebeğiniz gece uyandığında kim cevap veriyor?

A)Anne B) Genellikle anne bazen baba C) Çoğunlukla baba

16) Bebeğinizin dayanılmaz ağlama atakları son 15 günde kaç defa olmuştur?

A) Hiç olmadı B) 1-2 defa E) sayamadığım kadar çok

17) Bebeğinizin nedensiz ağlamaları olunca ne hissediyorsunuz?

A) Çok endişeleniyorum, panik yaşıyorum.

B) Sakin kalabiliyorum, çok endişelenmiyorum, bebeğimi rahatlatmaya çalışıyorum.

18) Sizce bebeğinizin en büyük sorunu nedir?

A)Beslenme B)Uyku C)Ağlama

D) yaşına göre normal, bir sorunu yok E) Diğer (nedir?…….)

19) Eşiniz bebek bakımında size yardım ediyor mu? A) Evet B) Hayır

20) Bebeğiniz son kontrolden bu yana hastanede yatarak tedavi gördü mü?

A)Evet B)Hayır

21) Bebeğinize hangi sıklıkta masaj yapıyorsunuz?

A) Her gün B) Günaşırı E) Hiç masaj yapmıyoruz.

Ek-15: Baba - Bebek Bağlanma Ölçeği

İsim: – Tarih:...../...../.....

1. Bebekle ilgilendiğim zamanlar kızgınlık veya öfke hissediyorum;

a. her zaman b. Sık sık c. Ara sıra d Çok nadir e. hiçbir zaman

2. Bebekle ilgilendiğim zamanlar, onun huysuzlaştığını ve beni üzmeye çalıştığını hissediyorum;

a. her zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. Çok nadir e. hiçbir zaman

3. Son iki hafta içinde bebek ile ilgili duygularımı şöyle tanımlıyorum;

a. hoşlanmama

b. Bebeğe karşı güçlü duygularım yok

c. Zayıf sevgi

d. Orta düzeyde sevgi

e. Yoğun sevgi

4. Bebeğimin neye ihtiyacı olduğunu ya da ne istediğini anlayabiliyorum;

a. her zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. Çok nadir e. hiçbir zaman

5. Bebeğimle olan etkileşim seviyemi göz önüne alırsak şöyle olduğuma inanıyorum;

a. Benimle aynı durumdaki çoğu babadan çok daha fazla ilgiliyim.

b. Benimle aynı durumdaki çoğu babadan biraz daha fazla ilgiliyim.

c. Benimle aynı durumdaki çoğu babayla aynı seviyede ilgiliyim.

d. Benimle aynı durumdaki çoğu babadan biraz daha az ilgiliyim.

e. Benimle aynı durumdaki çoğu babadan çok daha az ilgiliyim.

6. Bebeğimle birlikteyken sıkıldığımı hissediyorum;

a. her zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. hiçbir zaman

7. Bebeğimle birlikte diğer insanların yanındayken onunla gurur duyduğumu hissediyorum;

a. her zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. hiçbir zaman

8. Bebekle ilgilenmeye ve onun bakımına mümkün olduğu kadar katılmaya çalışıyorum;

a. Doğru b. Doğru değil

9. Kendimi(eşim dışında) çevremdeki insanlarla bebek hakkında konuşurken buluyorum;

a. her gün birçok kez b. her gün birkaç kez

c. Günde bir kez d. Nadiren

10. Bebekten ayrılmam gerektiği zamanlar kendimi;

a. her zaman üzgün hissederim (ya da ondan ayrılmak her zaman zor gelir)

b. Sık sık üzgün hissederim (ya da ondan ayrılmak sık sık zor gelir)

c. hem üzüntü hem de rahatlama duygularını birlikte hissederim.

d. Sık sık rahatlamış hissederim (ve ayrılmak sık sık kolay gelir).

e. her zaman rahatlamış hissederim (ve ayrılmak her zaman kolay gelir).

11. Bebekle birlikteyken;

a. her zaman çok doyum alıyorum.

b. Sık sık doyum alıyorum.

c. Ara sıra doyum alıyorum.

d. Çok nadir doyum alıyorum.

12. Bebekle birlikte olmadığım zamanlar, kendimi onu düşünürken buluyorum;

a. her Zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. Çok nadir e.Hiçbir zaman

13. Bebekle birlikteyken;

a. Genellikle onunla geçirdiğim zamanı uzatmaya çalışırım.

b. hiçbiri

c. Genellikle onunla geçirdiğim zamanı kısa tutmaya çalışırım.

14. Bebekten bir süre uzak kaldığımda, onunla tekrar birlikte olmak için genellikle şöyle hissederim;

a. Bu düşünceden yoğun bir keyif alırım

b. Bu düşünceden orta düzeyde keyif alırım

c. Bu düşünceden çok az keyif alırım

d. Bu düşünce hakkında hiçbir şey hissetmem.

e. Bu düşünce hakkında olumsuz hislerim olur.

15. Geçen üç ay süresince, beş dakika ya da daha fazla süreyle kendimi uyuyan bebeği izlerken buluyorum;

a. her zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. hiçbir zaman

16. Artık bebek hakkında şöyle düşünüyorum*;**

a. Tam olarak benim bebeğim gibi.

b. Biraz benim bebeğim gibi.

c. henüz gerçekten benim bebeğim gibi değil.

17. Bebek nedeniyle vazgeçmek zorunda kaldığımız şeyleri düşününce;

a. Ona çok fazla kızdığımı görüyorum

b. Ona orta düzeyde kızdığımı görüyorum

c. Ona çok az kızdığımı görüyorum

d. Ona hiç kızmıyorum

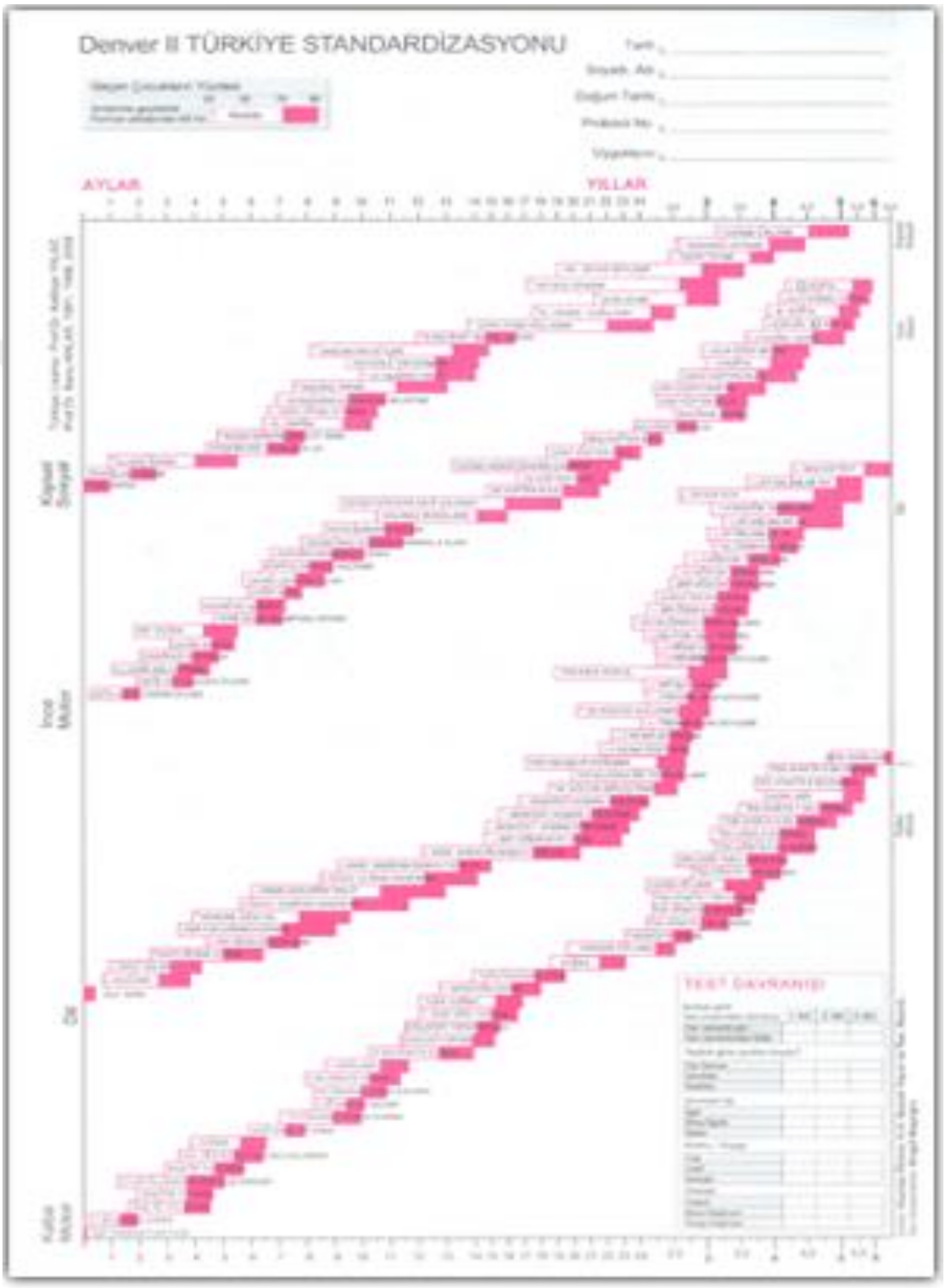
18. Geçen üç ay süresince, kendime zaman ayıramadığımı ve kendi uğraşlarımı sürdüremediği hissediyorum;

a. her zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. hiçbir zaman

19. Bebeğimle birlikte olduğum zaman genellikle;

a. Çok sabırsızım b. Biraz sabırsızım c. Biraz sabırlıyım d. Çok sabırlıyım

Ek-16: Denver Gelişimsel Tarama Testi II



Ek-17: Bebek Takip Formu

Bebek Adı Soyadı: Doğum tarihi: Topuk tarama:
Göz muayenesi: İşitme testi: Kalça USG:

Tarih	**Fizik Muayene**	**Ağırlık (gram) (…..p)**	**Boy (cm) (….p)**	**Baş Çev. (cm) (….p)**	**Vit D**	**Demir**	**Aşılar**

Düzeltilmiş yaş	**1.ay**	**2.ay**	**3.ay**	**4.ay**	**5.ay**	**6.ay**	**9.ay**	**12.ay**
Göz teması								
Obje takibi								
Baş tutma								
Agulama, gülümseme								
Sese tepki								
Elleri keşif								
Ayak keşfi								
Destekli oturma								
Desteksiz oturma								
Emekleme								
Yabancılama								
Baş baş yapma								
Yürüme								
Taklit etme								
Konuşma								

ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Elif Ünver Korğalı

Doğum yeri ve tarihi: Gelibolu / 24 Ağustos 1977

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı / Sivas. 0532-771-37-92.

II-Eğitim

Derece	**Bölüm/Program**	**Üniversite**	**Yıl**
Yüksek Lisans	Sosyal Pediatri	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2013-
Tıpta Uzmanlık	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bezm-i Alem Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2002-2006
Lisans	CerrahpaşaTıp Fakültesi	İstanbul Üniversitesi	1994-2000

Yabancı dil: İngilizce

III-Ünvanlar, IV-Mesleki Deneyim

Görev Unvanı	**Görev Yeri**	**Yıl**
Araştırma Görevlisi.	Bezm-i Alem Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2002-2006
Uzman Dr.	Van Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi (Devlet hizmet yükümlülüğü)	2007-2009
Uzman Dr.	Sivas Devlet Hastanesi	2009-2014
Dr. Öğr. Üyesi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	2014-

V. Üye Olduğu Blimsel Kuruluşlar:

Sosyal Pediatri Derneği

VI. Bilimsel İlgi Alanları:

Ulusararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

1. Is There An Association Between Vitamin D Level and Iron Deficieny In Children?, Archivos Argentinos de Pediatrica, 2018. (yayın no:4372175)

2. The Impact of Transfusion and Chelation on Oxidative Stress in Immigrant Syrian Children with ß-Thalassemia. Indian Journal of Hematology and Blood Transfusion, 2017; 33(4), 552-558.

3. Hypernatremic Dehydration in Breastfed Term Infants. Retrospective Evaluation of 159 Cases. Breastfeeding Medicine, 2017; 12(1), 5-11.

4. Nasocomial Infections in the Newborn Intensive Care Unit of a Maternity and Childrens' Hospital in Van, Turkey. Journal of Pediatric Infectious Diseases, 2015; 6(03), 167-171.

Vaka takdimi, teknik not, araştırma notu gibi diğer yayınlar:

1. Megacystis Microcolon Intestinal Hypoperistalsis Syndrome in Which a Different De Novo Actg2 Gene Mutation was Detected: A Case Report. Fetal and Pediatric Pathology, 2018; 37(2), 109-116.

2. Pediatric Primary Anaplastic Ganglioglioma with Malignant Neuronal Component. The Turkish Journal of Pediatrics, 2018; 60(1), 102.

3. Ruptured Pulmonary Cystic Echinococcosis Mimicking Tuberculosis in Childhood: A Case Report. Turkish Journal of Parasitology, 2017; 41(2), 126-129.

4. Emzirme ve Kadın Cinsel Sağlığı. Androloji Bülteni, 2016; 18(66), 198-201.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

1. 3-7 yaş grubundaki çocukların bilgi iletişim teknolojisini kullanımları ve bunu etkileyen faktörler. Dijital Oyunlar 2018.

2. Yenidoğanda beslenme yetersizliğine bağlı hipofosfatemi ve hiperkalsemi olgu sunumu. 6th International Congress First 1000 Days.

Yazılan Ulusal/Uluslararası kitaplardaki bölümler:

1. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi, Bölüm Adı: Anne Sütü ile Beslenme (2017). Editör: Gülbin Gökçay, Ufuk Beyazova. Nobel Tıp. Basım sayısı:1, sayfa sayısı:586.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

1. Jones 2015 ölçütleri eşliğinde artrit/artralji ile başvuran akut romatizmal ateş tanılı çocuk hastalarımızın retrospektif değerlendirilmesi. 5. Sivas Romatoloji Günleri, 2018 (sözlü sunum).

2. Bir yıl içinde Henoch Schönlein purpurası ile izlenen çocuk hastaların retrospektif analizi. 8. Ulusal Prof. Dr. Ümit Uksal Pediatrik Dermatoloji Günleri, 2018 (sözlü sunum).

3. Son bir yılda Pediari Acil Servisimize yabancı cisim aspirayonu şüphesiyle başvuran hastaların retrospektif analizi. 14. Ulusal Acil Tıp Kongresi, 2018 (sözlü sunum).

4. 6 ay- 5 yaş arasındaki çocuklarda vitamin D düzeylerinin demir eksikliği üzerine etkisi. 11. Ulusal Pediatrik Hematoloji Kongresi, 2017 (poster).

5. Pediatric primary anaplastic ganglioglioma with malignant neuronal component. 22. Ulusal Kanser Kongresi, 2017 (poster).

6. Neonatal case with panhypopıtuıtarism related to congenital arachnoid cyst. 3. Ulusal Erciyes Pediatri Akademisi Kış Kongresi, 2017 (poster).

7. Relationship between the traditional neonatal care practices and baby health and the socioeconomic-sociocultural levels of families. 3. Ulusal Erciyes Pediatri Akademisi Kış Kongresi, 2017 (sözlü sunum).

8. Berdon Syndrome: Megacystis-microcolon-intestinal hypoperistalsis case report. 3. Ulusal Erciyes Pediatri Akademisi Kış Kongresi, 2017 (poster).

9. Spontanıus pneumomediastenium after severe coughing cae report. 3. Ulusal Erciyes Pediatri Akademisi Kış Kongresi, 2017 (poster).

10. Foreign object recognized randomly in the leg: a case report. 3. Ulusal Erciyes Pediatri Akademisi Kış Kongresi, 2017 (poster).

11. Our pediatric tularemia cases. 3. Ulusal Erciyes Pediatri Akademisi Kış Kongresi, 2017 (poster).

12. Newborn with extensive mongolian spots: a case report. 3. Ulusal Erciyes Pediatri Akademisi Kış Kongresi, 2017 (poster).

Tıpta Uzmanlık Tezi ve Danışmanı:

Yenidoğan Bebek Bakımındaki Geleneksel Uygulamaların Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri ve Bu Uygulamalarla Ailelerin Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzeyleri Arasındaki İlişki (2006) (Danışman: Prof. Dr. Nedim Samancı).

VII-Bilimsel Etkinlikleri

Yönetilen tezler:

1. Pediatri kliniğimize akut bakteriyel enfeksiyon tanısı ile yatırılan 2-7 yaş arası çocuklarda, enfeksiyonun D vitamini düzeyine etkisi (2017).

Ödüller:

1. Sivas İli Yılın Doktoru (2010)

Verdiği konferans ya da seminerler:

1. Anne sütü ve tamamlayıcı beslenme kursu (Özel durumlarda anne sütü ile beslenme) (2017, 2018)

2. Nonatal tarama programı (2017, 2018)

3. Neonatal Resüsitasyon Programı

VII-Diğer Bilgiler

Katıldığı eğitim ve kurslar:

Neonatal resüsitasyon kursu eğitimci eğitimi (2016)

Aşı kursu (4. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi, 2016)

Yenidoğan Yoğun Bakım Sertifika Programı (2010)