



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DUDAK DAMAK YARIĞI İLE DOĞAN BEBEKLERİN
BESLENME PROBLEMLERİNE YÖNELİK ONLİNE AİLE
EĞİTİMİ ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ**

ZEHRA SAVAŞ

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ÖZLEM ÜNAL LOGACEV

İSTANBUL, 2021

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program seviyesi : Yüksek Lisans (X). Doktora ()

Anabilim Dalı : Dil ve Konuşma Terapisi

Öğrenci : Zehra SAVAŞ

Tez Başlığı : Dudak Damak Yarığı ile Doğan Bebeklerin Beslenme
Problemlerine Yönelik Online Aile Eğitimi Etkililiğinin
İncelenmesi

Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi

Sınav Tarihi : 30.06.2021

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman İmza

Dr. Öğr. Üyesi Özlem Ü. LOGACEV

Sınav Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Saime Seyhun TOPBAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Aylin Müge TUNÇER

Yedek Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN

Dr. Öğr. Üyesi Evra GÜNHAN ŞENOL

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun /...../..... tarih ve/....., sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK İLKE VE KURULLARINA UYGUNLUK BEYANI

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

Tez Sahibinin
Adı ve Soyadı
İmza

İTHAF

Sevgili aileme ve canım kedim Erşan'a ithaf ediyorum....



TEŞEKKÜR

Üniversite yıllarımın en başından beri hayranlık duyduğum, her konuda fikir ve düşüncelerini severek dinlediğim ve benimsediğim, hem çalışma hayatımda hem akademik yolumda hem de günlük yaşantımın bir çok noktasında kendisini örnek aldığım, hem güler yüzü hem de esprileriyle tez sürecimi neşelendiren, aydınlatan, her adımda bilgisini ve ışığını esirgemeyen, kendime inanmama destek olan ve bana bu yolda güç veren çok sevgili danışman hocam Dr. Öğr. üyesi Özlem Ünal LOGACEV'e,

Mesleğimi severek yaptığım her anım için teşekkürü bir borç bildiğim, öğrencisi olmaktan ve her zaman imrenerek dinlemekten gurur duyduğum, alanımızı ülkemize kazandıran ve dil ve konuşma terapistliğini en doğru şekilde temsil edebilmek için her adımını örnek aldığım, çalışma hayatımın en başında beraber çalışmış ve birçok alanda kendisini tanımış olmaktan onur duyduğum çok saygıdeğer Hocam Prof. Dr. S. Seyhun TOPBAŞ'a

Lisansüstü eğitim hayatımı ve akademik çalışma hayatımın ilk yılını beraber geçirmekten gurur duyduğum Medipol Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölüm hocalarıma, geçtiğim en güzel yolculuklardan birinde yanyana yürüdüğüm MEDKOM iş arkadaşlarım Dkt. Eda UZUNER, Uzm. Dkt. Merve BİÇER, Arş. Gör. Safiye TEKKELİ ve canım Fatma APAYDIN'a,

Lisans hayatımda bilgi ve birikimlerini bizlerden esirgemeyen tüm Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölüm hocalarıma, tez sürecimde vaktini ve bilgisini esirgemeyen ve jürime katılmayı kabul eden sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Aylin Müge TUNÇER'e

Tez sürecimde yardımlarını esirgemeyen, eğitimde yer almayı kabul ederek büyük katkı sağlayan sayın Hocam Prof. Dr. Hakan AĞIR ve sevgili Hemşire Deniz KAHRAMAN'a, çalışmada yer alan ve beni birçok konuda destekleyen, bir iyi haberleriyle mutluluktan havalara uçtuğum, tüm güzel kalpli annelere,

Geçtiğimiz zorlu pandemi sürecinde bana hep iyi gelen, çalışma hayatımı severek paylaştığım, en motivasyonsuz zamanlarımın motivasyon kaynağı olan, desteklerini esirgemeyen ve saat 8:30'u çekilir kılan sevgili iş arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Selin KARALI, Arş. Gör. Elif ESKİOĞLU, Öğr. Gör. Ayşe AKGÜL IŞIK'a ve bölüm başkanımız Prof. Dr. Umran TÜFEKÇİOĞLU'na,

Her zaman yanımda olan, günlerimi güzelleştiren, temiz kalbiyle, pozitifliğiyle en derin karanlığa bile ışık tutabilecek güçte olan çok sevgili Kami'ye,

Lise hayatında yollarımızın kesiştiği ve sonrasında birbirimizden hiç kopmadığımız, kopamadığımız ve baktığımda kendimden bir parça gördüğüm, beraber büyüdüğüm şekillendiğim, hayatın bana minik sürprizleri olan dostlarım Meral Nur ORUÇ ve Sena ÇELEN'e, kalbinin güzelliğini hayatıma yansıtan, azminin ve inancının hiç sönmemesini dilediğim Kübra ERÇETİN'e,

Ve tabi ki en büyük teşekkürü etmem gereken, beni ben yapan, varlıklarından güç ve destek aldığım, her anımı güzelleştiren her düşündüğümde içimde çiçekler açtıran, bu dünyada beni var eden Anne ve Babam'a, biricik ablalarım Ummuhan SAVAŞ TAŞDEMİR ve Gamze ÇENTER'e, kuzularım Yağmur, Ekin ve Toprak'a

TEŞEKKÜR EDERİM...

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI FORMU	i
ETİK İLKE VE KURULLARINA UYGUNLUK BEYANI	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	viii
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	ix
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Dudak Damak Yarığında Karakteristik Beslenme ve Yutma Özellikleri	8
4.1.1. İzole dudak yarığı.....	11
4.1.2. Damak yarığı.....	11
4.1.3. Dudak ve damak yarığı	12
4.2. Dudak Damak Yarığında Beslenme Yöntemleri.....	12
4.3. Dudak Damak Yarığında Beslenme Problemlerine İlişkin Aile Eğitimi	18
5. MATERYAL VE YÖNTEM	20
5.1. Araştırmanın Modeli	20
5.2. Araştırmanın Katılımcıları	20
5.2.1. Katılımcıların dahil edilme kriterleri	21
5.2.2. Katılımcılara ait genel bilgiler	21
5.3. Değerlendirme (Veri Toplama) Araçları.....	23
5.3.1. Dudak Damak Yarığı Değerlendirme Formu.....	23
5.3.2. Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formu	25
5.3.3. Sosyal Geçerlik Formu.....	26
5.3.4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	27
5.3.5. Video Gönüllü Onam Formu	27
5.4. Video Materyali	27
5.5. Prosedür.....	28
5.6. İç Geçerliği Etkileyen Unsurlar	29
5.7. İstatistiksel Analiz.....	30
6. BULGULAR	31

6.1. Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formuna İlişkin Bulgular	31
6.2. Sosyal Geçerlik Formuna İlişkin Bulgular.....	41
7. TARTIŞMA	45
8. SONUÇ.....	51
9. KAYNAKLAR.....	53
10. EKLER.....	61
11. ETİK KURUL ONAYI.....	71
12. ÖZGEÇMİŞ.....	74



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ACPA : American Cleft Palate-Craniofacial Association (Amerikan Yarık Damak-Kroniyofasiyal Derneği)

CLP : Cleft Lip and Palate (Dudak Damak Yarığı)

DDY : Dudak Damak Yarığı

DKT : Dil ve Konuşma Terapisti

kg : Kilogram

max. : Maksimum Değer

min. : Minimum Değer

Ort. : Ortalama Değer

PEG : Perkütan Endoskopik Gastrostomi

SS : Standart Sapma

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 5.2.2.1. Katılımcılara Ait Genel Bilgiler.....	21
Tablo 5.2.2.2. Annelerin Bebeklerini Besleme Şekillerine Göre Frekans Dağılımı..	22
Tablo 5.2.2.3. Annelerin Beslenme Danışmanlığına İlişkin Bilgi Edindiği Kaynakların Frekans Dağılımı.....	22
Tablo 5.2.2.4. Annelerin Beslenme Danışmanlığına İlişkin Bilgi Edinme Zamanı Frekans Tablosu.....	23
Tablo 6.1.1. Annelerin Olumlu Davranış Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	32
Tablo 6.1.1. Annelerin Olumsuz Davranış Düzeyi Puanlarının İlişkili Gruplar T Testi Sonuçları.....	33
Tablo 6.1. 2. Annelerin Doğru Bilgi Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	34
Tablo 6.1.4. Annelerin Yanlış Bilgi Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	35
Tablo 6.1.5. Annelerin Olumlu Duygu Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	36
Tablo 6.1.6. Annelerin Olumsuz Duygu Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	37
Tablo 6.1.7. Annelerin Cevaplarına Göre Bebeğin Olumlu Bulgu Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları	38
Tablo 6.1.8. Annelerin Cevaplarına Göre Bebeğin Olumsuz Bulgu Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları	39
Tablo 6.1.9. Annelerin Olumlu Bulgu Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi.....	40
Tablo 6.1.10. Annelerin Olumsuz Bulgu Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	41

Şekil 6.1.1. Annelerin bebeklerini beslerken yaptığı olumlu ve olumsuz davranışların ön ve son test sonuçları.....	32
Şekil 6.1.2. Annelerin bebeklerini beslemede doğru ve yanlış bilgilerinin ön test ve son test sonuçları	34
Şekil 6.1.3. Annelerin bebeklerini beslerken sahip oldukları olumlu ve olumsuz duyguların ön test ve son test sonuçları	36
Şekil 6.1.4. Beslenme sürecinde bebekte görülen olumlu ve olumsuz bulguların ön test ve son test sonuçları.....	38
Şekil 6.1.5. Beslenme sürecinde annede görülen olumlu ve olumsuz bulguların ön test ve son test sonuçları.....	40



1. ÖZET

DUDAK DAMAK YARIĞI İLE DOĞAN BEBEKLERİN BESLENME PROBLEMLERİNE YÖNELİK ONLINE AİLE EĞİTİMİ ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ

Dudak damak yarığına (DDY) sahip olan bebekler, ağız yapılarında görülen anatomik farklılık sebebiyle beslenmede ciddi problemler yaşayabilmekte ve gelişim geriliği riskiyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Aynı zamanda bebeklerin DDD tanımlı olması ve doğum sonrasında bebeği normal yollarla besleyememenin verdiği zorluklar ebeveynleri olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebepler ile DDD'li bebeklerin beslenmede yaşadığı zorluklar tespit edilerek ailelere mümkün olan en erken dönemde beslenmeye ilişkin eğitimin verilmesi hem bebek hem de aileler için kritik bir role sahiptir. Bu çalışmada, DDD'li bebeklerin beslenmesine yönelik aile eğitimi planlanarak video eğitim kaydı oluşturulmuş ve bu eğitimin annelerin bebeklerini beslemeye ilişkin bilgi düzeyleri, davranışları ve duygu durumları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu parametrelerin incelenmesi ve değerlendirilmesi için "Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formu" oluşturulmuştur. Çalışmaya 0-32 hafta arasında olan 20 DDD'li bebek ve anneleri katılmıştır. Katılımcılara eğitim öncesinde, hazırlanan değerlendirme formu ve "DDY Aile Görüşme Formu" uygulanmıştır. Ardından annelere hazırlanan eğitim videosu gönderilmiş ve izlemeleri istenmiştir. Video eğitimden 7-10 gün sonra "DDY'li Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formu" ve "Sosyal Geçerlik Formu" anneler ile doldurulmuştur. Çalışmanın sonucunda annelerin olumlu davranışlarında, doğru bilgilerinde, bebek ve annedeki olumlu duygularda istatistiksel açıdan anlamlı artış; annelerin yanlış bilgilerinde, olumsuz duygularında ve olumsuz bulgularda azalma görülürken annenin olumsuz davranışları ve olumlu duygularında anlamlı farklılık görülmemiştir ancak bu parametrelerden aldığı toplam skorlar karşılaştırıldığında pozitif yönde değişim olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Aile eğitimi, Beslenme, Beslenme problemleri, Dudak damak yarığı, Yutma

2. ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE EFFECTIVENESS OF ONLINE FAMILY EDUCATION ON NUTRITIONAL PROBLEMS OF BABIES BORN WITH CLEFT LIP AND PALATE

Babies with cleft lip and palate (CLP) may experience serious problems in feeding and face the risk of developmental delay due to the anatomical differences in their oral structures. At the same time, the babies' being diagnosed with CLP and the difficulties of not feeding the baby in normal ways after birth affect parents negatively. For these reasons, it is critical for both infants and families to identify the difficulties experienced by infants with CLP and to provide nutritional education to families as early as possible. In this study, family education regarding feeding babies with CLP was planned and video education recording was created and the effect of this education on mothers' level of knowledge, behaviors and emotional status about feeding their babies were examined. "Evaluation of Feeding Methods in Babies with Cleft Lip and Palate Form" was developed to examine and evaluate these parameters. Twenty infants with CLP and their mothers aged 0-32 weeks participated in the study. Before the training, the prepared evaluation form and the "CLP Family Interview Form" were applied to the participants. Afterwards, the prepared training video was sent to the mothers and they were asked to watch it. 7-10 days after the video training, the "Evaluation Form of Feeding Methods in Babies with CLP" and the "Social Validity Form" were filled out by the mothers. As a result of the study, there was a statistically significant increase in mothers' positive behaviors, correct knowledge, and positive emotions. While there was a decrease in the false knowledge and negative feelings, there was no significant difference in the mother's negative behaviors and positive emotions.

Keywords: Cleft lip and palate, Family education, Feeding, Feeding problems, Swallowing

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya çapında 600 doğumda (Goyal ve ark., 2014), Türkiye’de her 900-1000 doğumda bir görülen (Yiğit ve ark., 2015) dudak damak yarığı (DDY) en sık karşılaşılan konjenital anomaliler arasındadır (Kummer , 2014). Dudak damak yarığı olan bireyler konuşma bozuklukları, ortodontik bozukluklar, diş problemleri, sosyopsikolojik problemler ve beslenmeyle ilgili sorunlar yaşayabilmektedirler (Farronato, 2014). Birden çok alanda görülebilecek olan bu sorunlar, müdahale sürecinde multidisipliner ekip yaklaşımı gerektirmektedir (Dailey, 2013). Dil ve konuşma terapistlerinin (DKT) bu ekip içindeki rolü, DDY’li bireyi dil, konuşma, rezonans, beslenme ve velofarengal fonksiyon açısından değerlendirmek ve müdahale etmektir. DDY’li bebek ve ailesiyle ilk karşılaşma da hemen doğumun arkasından, beslenme ile başlar. DKT’lerin bu süreçteki görevi aileyi beslenmeye ilişkin bilgilendirmek, beslenme yöntemine ilişkin düzenlemeler yapmak ve olası problemlerini erken dönemde tespit etmektir (Miller, 2011).

DDY’de görülen beslenme problemleri, bebeğin doğumundan sonra ailelerin karşılaştığı ilk ve en acil problemler arasında yer almaktadır (Young ve ark., 2001; Bessell ve ark., 2011). Bu problemlerin ciddiyeti yarığın tipine, büyüklüğüne (Mizuno ve ark. 2002; Kummer, 2014) veya genetik sendromlar gibi ek sağlık sorunlarının eşlik ettiği durumlara (Miller, 2011) bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Ancak karakteristik olarak emme güclüğü, aşırı hava alımı (aerofaji), solunum/yutma problemleri, besinlerin burundan gelmesi (nazal regürjitasyon), yorgunluk/aşırı enerji harcama, yetersiz besin alımı, kilo kaybı ve uzamış beslenme süresi gibi zorluklar dudak ve/veya damakta bulunan açıklığa bağlı olarak gözlenmektedir (Trenouth ve Campbell, 1996; Arosarena, 2007; Devi ve ark., 2012). Damakta bulunan yarık beslenme sırasında emme için gerekli olan negatif basıncı üretmeyi ve vakum kuvvetini oluşturmayı engelleyerek beslenme sürecini sekteye uğratmaktadır (Martin, 1983; Burca, 2016). Dudakta bulunan açıklık ise bebeğin emme sırasında meme başını kavramasına engel olabilmektedir (Burca, 2016). Oral anatomik yapılarda bulunan yarık dolayısıyla meydana gelen basınç değişikliği emme becerisinde yetersizliğe yol açtığı gibi yutma fonksiyonunu (Hoover-Fong &

Beck, 2019) da etkileyebilmekte ve DDY'li bebekler aspirasyon veya solunum problemleri (Shetty ve Khan, 2016) yaşayabilmektedir.

Söz konusu bu beslenme problemlerine bağlı olarak gelişim basamaklarında gecikmeler yaşanabilmekte (Bessell ve ark., 2011) ve bu durum hem DDY için planlanan ameliyat zamanlarında aksamaya neden olmakta (Redford-Badwal ve ark., 2003) hem de oral-motor beceri gelişimini olumsuz şekilde etkilemektedir (Kasten ve ark., 2008). Bunun yanında beslenmede yaşanan zorluklar ebeveynler için stres kaynağı haline gelerek anne-bebek bağlanma sürecini aksatmaktadır (Miller 2011; Burca, 2016). Tüm durumlar göz önünde bulundurulduğunda ailelere mümkün olan en erken dönemde beslenmeye ilişkin eğitimin verilmesi önem arz etmektedir (Avedian & Ruberg, 1980).

Ebeveynlerin doğru ve uygun besleme yöntemlerini kullanmaları, DDY'li bebeklerinin tipik gelişim basamaklarını takip etmesini sağlamaktadır (Wijekoon, 2019). Tüm bu sorunlar zincirine rağmen alanyazında DDY'li bebeklerde beslenme müdahalelerine yönelik çalışmalar yetersizdir (Reid, 2004). Ülkemizde de konuya ilişkin eğitimli sağlık personeli azlığı sebebiyle eksiklik yaşanmaktadır (Dadacı, 2015).

Bu çalışmada DDY ile dünyaya gelen bebeklerin beslenmesinde yaşanan zorlukları en aza indirmek ve bebeğin oral yolla besin ve yeterli kilo alımını mümkün olduğunca geliştirmek için ailelere yönelik video eğitim programı hazırlamak, bu programın etkililiğini belirleyerek ileriki dönemde geliştirmeye zemin hazırlamak amaçlanmıştır. Bunun yanında annelerin bebeklerini beslemeye ilişkin bilgi düzeyleri, davranışları, duygu durumları ve anneye-bebeğe ilişkin bulguları değerlendiren soru formu oluşturarak çalışmadan elde edilen veriler sonucunda bu formun standart bir soru formu veya anket oluşturulmasına zemin hazırlamak hedeflenmiştir. Bu tez kapsamında yapılan çalışmalar bir ön çalışma niteliğinde olup çalışmanın amaçları doğrultusunda şu sorulara yanıt aranmaktadır:

- 1- Annelere verilen beslenme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin olumlu davranışları arasında fark var mıdır?
- 2- Annelere verilen beslenme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin olumsuz davranışları arasında fark var mıdır?

- 3- Annelere verilen beslenme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin doğru bilgileri arasında fark var mıdır?
- 4- Annelere verilen beslenme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin yanlış bilgileri arasında fark var mıdır?
- 5- Annelere verilen beslenme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin olumlu duyguları arasında fark var mıdır?
- 6- Annelere verilen beslenme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin olumsuz duyguları arasında fark var mıdır?
- 7- Annelere verilen beslenme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında anneden alınan cevaplara göre bebekteki olumlu bulgular arasında fark var mıdır?
- 8- Annelere verilen beslenme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında anneden alınan cevaplara göre bebekteki olumsuz bulgular arasında fark var mıdır?
- 9- Annelere verilen beslenme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında annedeki olumlu bulgular arasında fark var mıdır?
- 10- Annelere verilen beslenme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında annedeki olumsuz bulgular arasında fark var mıdır?

4. GENEL BİLGİLER

Dudak damak yarığı olan bireyler doğumdan itibaren beslenme, dil ve konuşma, sosyo-psikolojik, ortodonti, ağız ve diş sağlığı, işitme gibi alanlarda birden çok problem yaşayabilmektedirler (Capone ve Sykes, 2007; Farronato, 2014). Müdahale sürecinde tek bir meslek grubunun uzmanlığı yeterli olmamakta ve tedavi multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. DDY'li yenidoğanda karmaşık yutma ve beslenme problemlerinin ayrıntılı değerlendirilmesi de disiplinler arası bir yaklaşımla yapılmaktadır (Dailey, 2013). DDY girişiminde bulunacak olan ekip genellikle; plastik cerrah, ortodontist, dil ve konuşma terapisti, pediatrist, kulak burun boğaz doktoru, odyolog, genetik uzman, psikolog, pedodontist ve sosyal hizmet uzmanından oluşmaktadır (Habel ve ark., 1996).

DKT'ler DDY'li bireyi dil, konuşma, rezonans, beslenme ve velofarengal fonksiyon açısından değerlendirmektedir (Capone ve Sykes, 2007). DKT'lerin görevi her ne kadar prenatal dönemde aile danışmanlığı ile başlasa da birebir ilişki doğumun hemen arkasından beslenme ile kurulmaktadır. Bu aşamada DKT'lerin temel görevi her bebeğin farklı ihtiyaçları olacağından optimal beslenme yöntemini bulmada anneye yardımcı olmaktır (Shetty ve Khan, 2016). DDY'li bebeklerde neden beslenme ile ilgili sorunlar yaşanabileceğini açıklamadan önce tipik gelişim gösteren bebeklerde beslenme sürecinin ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir.

Yaşamın temelini oluşturan fizyolojik işlevler beslenme ve solunumdur. Nefes alma rahim ortamından hava ortamına geçişe yanıt olarak ortaya çıkan bir reflekstir. Beslenme ise kısmen içgüdüsel kısmen de öğrenilmiş bir tepki olarak gerçekleşmektedir (Arvedson & Lefton-Greif, 2019).

Tipik gelişim gösteren bebeklerde beslenme süreci nörolojik sistem tarafından koordinasyonu sağlanan emme, yutma ve solunum paternlerinin senkronizasyonu ile doğrudan ilişkilidir (Kasten ve ark., 2008; Miller, 2011). Solunum ve yutma arasındaki koordinasyon beslenme sırasında yaşanabilecek aspirasyon, penetrasyon ve boğulma risklerinin önlenmesi için gereklidir (Rudolph ve Link, 2002). Beslenmenin normal anatomisini ve fizyolojisini bilmek, DDY'li bebeklerin beslenme sürecinde yaşayabilecekleri zorlukların yönetimi için oldukça önemlidir (Dadacı, 2015). Bebekler ile yetişkinlerin oral, faringeal ve larengeal anatomisi

birbirlerinden çok farklıdır. Yapıların boyutu ve konumu anatomik açıdan farklılık göstermektedir. Ayrıca bebekler beslenmeyi emerek sağladıkları ve emme-yutma-nefes alma koordinasyonuna (Selley ve ark., 1990) bağlı olarak beslendikleri için fizyolojik yapıları da farklılık göstermektedir (Miller & Kummer, 2014).

Farenkste görülen ilk motor tepkilerden biri farengeal yutmadır ve gebeliğin 10-14. haftaları arasında görülmeye başlamaktadır (De Vries ve ark., 1985; Arvedson & Lefton-Greif, 2019). Dilin aşağı-yukarı hareket etmesi ve dudak hareketlerinden oluşan besleyici olmayan emme (non-nutritive sucking) gebeliğin 15 ve 16. haftaları arası görülmeye başlanırken, aktif emme becerisi 18 ve 24. haftalar arasında ortaya çıkmaktadır (Miller ve ark., 2003; Arvedson ve Lefton-Greif, 2019) Miller ve ark. (2003) doğum öncesi bebeklerin emme, solunum ve yutma aktivitesini ultrason aracılığıyla inceledikleri çalışmada doğum öncesi emme yutma becerilerinin izlenmesinin gelişim sorunu yaşayabilecek bebekler için önemli olabileceğini belirtmişlerdir. Bebeklerde yutma fonksiyonu için önemli üç alt bileşen bulunmaktadır. Bu bileşenlerden ilki yutmanın oral fazında görülen emme refleksidir. Diğer bileşenler yutmanın diğer fazlarında görülen besinin orofarenkse geçiş yapması ve ardından özafagustan ilerlemesidir (Ahn ve Musso, 2018).

Pediyatrik popülasyonun içindeki tipik gelişim gösteren bebekler ve çocuklarda belirtilen oranlar değişiklik gösterse de beslenme problemlerinin (örneğin prematürite kaynaklı beslenme problemleri, beslenmede görülen davranış problemleri, gastroözafageal reflü, besin hassasiyeti) tahmini görülme sıklığı %25-45 (Linscheid, 2006; Arvedson, 2008) olarak bildirilmiştir. Bu popülasyonda görülen beslenme ve yutma problemlerine ilişkin başlıca sebepler ise nörolojik, anatomik-yapısal, genetik, psiko-sosyal, davranışsal problemler ve ek ikincil hastalıklar olarak sıralanmaktadır. Dudak, damak, maksilla, mandibula, yanaklar veya dil gibi anatomik yapılarda bir sorun mevcutsa emme ve yutma becerisi risk altında olabilmektedir (Rudolph ve Link, 2002; Arvedson ve Lefton-Greif, 2019). Nörolojik, genetik ya da anatomik defektlerin neden olduğu beslenme ve yutma sorunları aspirasyon, pnömoni, dehidratasyon, kilo kaybı gibi çok daha ciddi başka sorunlara yol açabilir (Ahn ve Musso, 2018).

Genetik sendromlu bebeklerde anatomik, fizyolojik, nörolojik ve davranışsal farklılıklar sebebiyle beslenme ve yutma problemi görülebilmektedir. Genetik

bozukluğa bağı beslenme problemlerinde boğulma, öksürme, kusma, yemek yerken yorulma gibi semptomlar görülmektedir. Bu gibi sorunlar beslenme sürecini olumsuz etkilemekte, bebeğin beslenmeyi reddetmesine ya da çeşitli sağık problemleri yaşamasına sebep olmaktadır. Hatta ebeveynler için bebeklerini beslemek imkânsız hale gelebilmektedir. Bunun yanında prematüre doğum ya da DDY gibi ek sağık problemleri gibi değişkenlere bağı olarak sınırlı oral beslenme deneyimi bebeklerde oral-motor becerilerin gelişiminde yetersizliğe yol açabilmektedir (Cooper-Brown ve ark., 2008). Bebeklerin oral-motor becerilerde yetersizlik yaşaması ise salya kontrolünde zayıflığa veya beslenme sırasında bolusu kontrol etmede probleme yol açabilmektedir (Fraker & Walbert, 2003).

Beslenme problemlerine yönelik tedavi planı oluşturulurken güvenli, gerçekçi, bebeğin gelişimine uygun ve optimal beslenmeyi destekleyen yöntemler kullanılmalıdır (Glass ve Wolf, 1999; Cooper Brown ve ark., 2008). Bebeğin oral yolla beslenmesini sağılamak ilk hedeflerden biri olsa da şiddetli beslenme problemlerinde bu mümkün olmayabilir. Bu durumda bebek nazogastrik, orogastrik ya da perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) tüpü ile beslenebilir (Glass ve Wolf, 1999). Orogastrik ve nazogastrik beslenme tüpleri kilo alımını desteklese de uzun vadede nazofarengeal veya özafageal iritasyon, pulmoner komplikasyon ve gastroözafageal reflü gibi sağık sorunlarına yol açma riski taşımaktadırlar. Bu sebeple sınırlı bir süre için kullanılmalıdırlar. PEG tüpü ise daha uzun kullanım için uygun bir besleme yöntemidir ancak bu yöntem hijyen problemleri ve ülserasyon gibi çeşitli komplikasyonlar açısından risklidir (Raj, 2018).

Yukarda bahsi geçen sorunlar açısından risk altında bulunan gruptan biri de DDY’li bebeklerdir. İzleyen bölümlerde DDY’li bebeklerin yaşadığı beslenme ve yutma problemlerine yönelik ayrıntılı bilgi verilecektir.

4.1. Dudak Damak Yarığında Beslenme ve Yutma Özellikleri

DDY’den kaynaklanan ve mortaliteyle sonuçlanabilen ciddi beslenme problemleri 1619 yılında Fabricus of Aquapendente tarafından fark edilmiştir (Habel, 1996; Reid ve ark., 2007). Beslenme problemleri, bebekleri dudak veya damak yarığı ile doğan ebeveynlerin karşılaştığı ilk ve en acil sorunlardan biridir (Young ve ark.,

2001; Bessell ve ark., 2011). Bu problem DDY'li bebeklerde gelişim gecikmesine neden olabilmektedir (Bessell ve ark., 2011). Pandya ve Boorman'ın (2001) DDY'li 147 bebek ile yaptıkları çalışmanın sonuçları bebeğin özellikle bir sendrom ya da sekans ile ilişkili sağlık öyküsü var ise gelişim geriliği yaşama riskinin yüksek olduğunu göstermiştir.

Bebeğin herhangi bir cerrahi müdahale geçirmesinden önce büyüme ve gelişiminde bir aksaklık olmaması gerekmektedir çünkü yetersiz kilo alımı, yapılacak ameliyatların ertelenmesine neden olabilmektedir (Redford-Badwal ve ark., 2003). Örneğin, dudak ameliyatı için ön koşullardan biri olan ve 10'lar kuralı olarak da bilinen kriter, 10 haftalık bebeğin 10 pound (4,5 kg) ağırlığında ve kanında 10 gr hemoglobini olmasıdır. Bu kiloya erişemeyen bebeklerin ameliyat zamanlamaları normalden sapmaktadır (Billmire, 2014). Yeterli kilo alımı, cerrahi müdahalelerin zamanlamasının yanı sıra bebeğin oral-motor becerilerinin gelişmesi ve anne-bebek arasındaki iletişimin güçlenmesi için de önemlidir (Kasten ve ark., 2008).

DDY gibi ciddi gelişimsel problemleri olan bebek ve çocuklarda beslenme problemi görülme oranı %33-80 arasında değişmektedir (Lefton-Greif & Arvedson, 2007). DDY'de görülen beslenme problemleri yarığın tipine ve ciddiyetine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Kasten ve ark., 2008; Miller ve Kummer, 2014) ve beslenmede görülen karakteristik problemler; emme güçlüğü, aşırı hava alımı (aerofaji), solunum/yutma problemi, besinlerin burundan gelmesi (nazal regürjitasyon), yorgunluk/aşırı enerji harcama, yetersiz besin alımı, kilo kaybı ve uzamış beslenme süresi olarak sıralanmaktadır (Trenouth ve Campbell, 1996; Arosarena, 2007; Devi ve ark., 2012). Emme güçlüğü bebeğin beslenme sırasında dudak, alveolar sırt ve damağı sıkıca kapayamamasından kaynaklanır (Choi ve ark. 1991). Damağın yarık olması emme için gerekli olan negatif basınç üretmeye ve vakum kuvvetini oluşturmaya engel olmaktadır (Martin, 1983; Arosarena, 2007; Burca, 2016). Yarık dudağın eşlik ettiği durumlarda ise memeyi tam olarak kavramada zorluklar gözlenmektedir (Burca, 2016). Oral anatomik yapılarda görülen açıklıkla ilişkili olarak beslenme esnasında ağız içi ve faringeal basınç değişiklikleri yaşanmakta ve yutma fonksiyonu bu durumdan etkilenebilmektedir (Hoover-Fong ve Beck, 2019). Yutma fonksiyonunun etkilenmesiyle birlikte bebekler aspirasyon veya

solunum problemleri yaşayabilmektedirler (Shetty ve Khan, 2016). Bu sebeple DDY ile dünyaya gelen yenidoğanda beslenme problemlerinin yanı sıra aspirasyon riski, hava yolu darlığı-solunum güçlüğü de gözden kaçırılmaması ve değerlendirme sırasında üzerinde durulması gereken konulardır (Reid ve ark., 2006; Suher & Özgür, 2015).

Küçüküven ve ark. (2020); DDY'li bebeklerin %65'inin emmede başarı sağlayamadıklarını, damak yarığı olan bebeklerin beslenme sırasında boğulma ve aspirasyon riski taşıdıklarını, bu bebeklerin %59,5'inin yoğun bakım ünitelerinde kaldıklarını ve %42'sinin de nazogastrik ve orogastrik tüple beslendiklerini bulmuşlardır. Araştırmacılar bu çalışmanın sonunda, sağlık personelinin hazırlayacağı ek eğitim programlarının, beslenme konusundaki farkındalığı artırabileceğini, yanlış besleme yöntemlerinin önlenebileceğini ve yaşanan beslenme zorluklarının hafifletilebileceğini vurgulamışlardır. Bir başka çalışmada Masarei ve ark. (2007) dudak damak ameliyatı geçirmemiş bebekler ile aynı yaş aralığındaki normal gelişim gösteren bebeklerin beslenme şekillerini karşılaştırmıştır. Çalışmada sendromik olmayan tek taraflı komplet dudak damak yarığı olan veya sekonder komplet damak yarığına sahip 20 bebeğin beslenmesi standart testler aracılığıyla değerlendirilmiştir. Bulgular çalışmaya katılan DDY'li bebeklerin üçte ikisinin normal gelişim gösteren akranlarına oranla ağız içi basınç oluşturma, emme, yutma becerileri arasında anlamlı fark olduğunu ortaya koymuştur.

Beslenme probleminin ciddiyetinin belirlenmesi uygun beslenme planı oluşturmak için önemlidir. DDY'li bebeklerde yarığın tipi ve büyüklüğüne göre beslenme problemlerinin ciddiyeti farklılık gösterdiği gibi beslenme özellikleri de farklılık göstermektedir (Miller ve Kummer, 2014). Buna örnek olarak, Reid ve ark. (2007) 8 dudak yarıklı, 22 damak yarıklı ve 20 dudak damak yarıklı bebek ile yapmış oldukları çalışmada bebeklerin emme ve beslenme parametrelerini karşılaştırmayı amaçlamış ve ağız içi basınçlarının gruplar arası farklılıklarını incelemişlerdir. Çalışmanın sonuçları; daha küçük boyutta yarığı olan bebeklerin büyük açıklığa sahip olan bebeklere kıyasla vakum kuvveti/kompresyon oluşturarak emmeyi sağlayabilme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Yarığın tipine ve büyüklüğüne göre bebeğin beslenme özellikleri ayrıntılı olarak aşağıda anlatıldığı gibidir.

4.1.1. İzole dudak yarığı

İzole bilateral veya unilateral dudak yarığında genel olarak beslenmede ciddi problemler görülmemektedir (Miller ve Kummer, 2014; Hoover-Fong ve Beck, 2019). Bu tip yarıklarda beslenme problemi görülme olasılığı damak yarığının eşlik ettiği durumlara göre daha azdır (Kasten ve ark., 2008). İzole dudak veya alveolar sırt bölgesi (primer damak) yarıklarında emzirme veya biberonla beslenmede gerekli olan negatif basınç kuvveti çoğu zaman oluşturulabilmektedir (Redford-Badwal, 2003). Bu negatif basıncın oluşması için dudakların annenin meme başını sıkıca kavraması gerekmektedir. Bazı durumlarda ise dudak yarığının derecesine bağlı olarak, bu beceride yetersizlik yaşanabilmektedir (Burca, 2016; Miller ve Kummer, 2014). Bu zorluğa rağmen emzirme sırasında meme ucu yarık olan bölgeyi kapama eğilimindedir. Anne bebeği emzirirken üst dudaktaki açıklığı parmaklarıyla birbirine yaklaştırarak kapanmaya yardımcı olabilmektedir (Miller ve Kummer, 2014).

4.1.2. Damak yarığı

Damağın posterior kısmında meydana gelen (örneğin bifid uvula) ve geniş olmayan damak yarıklarında bazen bebekler dilleri ile açıklığı kapatarak negatif basınç oluşturabilmektedir. Bu bebekler emmeyi gerçekleştirebilirler (Miller, 2011; Miller ve Kummer, 2014) ancak emme sırasında yarığı tolere edemeyen bebekler de bulunmaktadır. Bu bebeklerin emme becerisi ve gelişimi risk altında olup besin alımı yavaş ve sınırlı olabilmektedir. Bu sebeple beslenme açısından destek almaları gerekmektedir (Glass ve Wolf, 1999). Daha geniş bir bölgeyi kapsayan, sert ve yumuşak damak yarıklarında bebekler, hem anneyi emmede hem de biberonla beslenmede problem yaşamaktadırlar (Miller, 2011). De Vries ve ark. (2014) damak yarıklı bebeklerde görülen beslenme problemlerinin yaygınlığını tespit etmeyi amaçladıkları çalışmada Hollanda Çocuk Hastanesinde 1995 ve 2008 yılları arasında tedavi görmüş 90 bebeğin ailesine beslenme güçlüklerinin sıklığına ilişkin anket gönderilmiştir. Aynı zamanda katılımcılara ait tıbbi kayıtlar gözden geçirilmiştir. Çalışmada katılımcıların %67'sinin (n=60) beslenme problemi yaşadığı, %32'sinin (n=28) nazogastrik tüp ile beslendiği tespit edilmiştir. Submüköz yarığa sahip bebeklerin %14,4'ünün (n=13), sadece yumuşak damak yarığı olan bebeklerin

%28,9'unun (n=26), yumuşak damak ve sert damağın 1/3'ü yarık olan bebeklerin %24,4'ünün (n=22), komplet damak yarığı olan bebeklerin %32,2'sinin (n=29) beslenme güçlüğü yaşadığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar bu damak yarığı sebebiyle yaşanan beslenme güçlüklerine bağlı olarak kilo alımının da etkilendiğini göstermektedir (Avedian ve Ruberg, 1980; Jones, 1988). Damak yarığına sahip bebekler doğumdan sonraki ilk bir ayda tipik gelişim gösteren yeni doğanlara göre kilo alımı açısından geri kalabilmekte ve altı aylık olana kadar normal gelişim seviyesine ulaşmayabilmektedirler (Avedian ve Ruberg, 1980).

4.1.3. Dudak ve damak yarığı

Hem dudak hem de damak yarığı olan bebekler beslenmenin birçok aşamasında ciddi zorluklar yaşamaktadırlar ve daha şiddetli biçimde yutma ve beslenme güçlüğü çekmektedirler (Dailey, 2013; Topbaş, 2021). Bebeğin anneyi emerek veya normal özelliklere sahip bir biberonla beslenmesi pek mümkün değildir. Bebekler dudaklarıyla meme başını sıkıca kavrayamamakta ve velofarengal yetmezlik yaşamaktadır. Buna bağlı olarak emme için yeterli miktarda negatif basınç oluşturulamamaktadır (Clarren ve ark., 1987; Masarei ve ark., 2007; Devi ve ark., 2012). DDY'li bebeklerde beslenme problemleri yukarıda bahsedilen dudak yarığına ve damak yarığına özgü sorunların kombinasyonu şeklinde görülmektedir.

4.2. Dudak Damak Yarığında Beslenme Yöntemleri

Beslenme, bebeğin büyüme ve gelişmesini sağladığı gibi oral-motor yapıları çalıştırarak güçlendirmeyi ve anne-bebek arasındaki etkileşimi de destekler. Oral yolla beslenmeyi başaran bebekler dil, çene ve diğer ağız kaslarını aktif bir şekilde kullanarak ilerideki yeme, çiğneme (Morris ve Klein, 1987), ses üretimi (Miller ve Kummer, 2014) gibi oral motor beceriler için zemin oluşturur (ACPA, 2009). DDY'li bebeklerin beslenme problemlerine yönelik hedefler bebeğin kilo alımını maksimum seviyeye çıkarmak, bebeğin oral-motor gelişimini desteklemek ve anne-bebek etkileşimini güçlendirmektir (Arvedson, 2006; Kasten ve ark., 2008; Suher & Özgür, 2015).

Bebeğin kilo almasına yönelik hedeflenen beslenme planında ilk tercih bebeğin anne sütüyle beslenmesini sağlamaktır. Birçok pediatrist yenidoğan için en sağlıklı besinin anne sütü olduğunu belirtmektedir. Anne sütü bebeğin bilişsel gelişimine katkı sağlamakta ve ileride oluşabilecek gıda alerjilerini önlemektedir. Bunun yanında bebeğe antikor sağlayarak bebeğin bağışıklığını güçlendirmekte ve olası enfeksiyonlara karşı koruma sağlamaktadır (Biancuzza, 1998; Anniansson ve ark., 2002; Oddy, 2002; Haggkvist ve ark. 2010). Örneğin; Aniansson ve ark. (2002) DDY’li bebeklerin anne sütü ile beslenme sürelerine bağlı otitis media sıklığını incelemiş olup anne sütüyle uzun dönem beslenemeyen çocuklarda otitis media görülme olasılığının daha fazla olduğunu saptamışlardır.

DDY’li bebeklerin anne sütüyle beslenmesinin çeşitli yolları bulunmaktadır. İzole dudak yarıklı bebeklerde emme için gerekli negatif basınç oluşturma olasılığının yüksek olması sebebi ile emzirme gerçekleşebilir (Clarren ve ark., 1987; Devi ve ark., 2012). Bunu sağlayabilmek için basit bazı destekleyici (facilitation) tekniklerle bulunmaktadır. Örneğin, dudaktaki açıklık sebebiyle meme başını tam kavrayamayan bebeklerde, annenin parmaklarıyla açıklığın olduğu bölgedeki dudak yapılarına hafif şekilde baskı yapıp, bu yapıları birbirine yaklaştırması emmeyi kolaylaştıracaktır (Miller ve Kummer, 2014). Yumuşak damağı kapsayan dar ve küçük yarıklarda ise bazen bebek meme ucunu damağın yarık olmayan kısmıyla stabilize edebilmekte ve kısmen negatif basınç oluşturabilmektedir. Bu sebeple bu tür yarığı olan bebeklerde de emzirme denenebilmektedir (Clarren ve ark., 1987; Devi ve ark., 2012).

Emzirmenin mümkün olmadığı DDY’li bebeklerde anne sütü çeşitli süt pompaları yardımıyla sağılmaktadır (Smedegaard ve ark., 2008; Gil Da Silva Lopes ve ark., 2013). Anne sütü sağım pompalarının birden çok seçeneği bulunmaktadır. Bunlar manual, pille çalışan ve elektronik pompalar olarak ayrılmaktadır. Anneler kendilerine en uygun pompayı kullanarak süt sağabilmekte hatta sonrasında sütünü muhafaza edebilmektedir (Terek ve Yalaz, 2019; Becker ve ark. 2016). Anne sağdığı sütü bebeğin ağızına DDY’li bebeklerin beslenme problemlerine yönelik tasarlanmış özel biberonlar aracılığıyla dışarıdan yönlendirebilmektedir. (Clarren ve ark., 1987; Devi ve ark., 2012). Bu biberonlar yardımcı biberonlar olarak da adlandırılmaktadır ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu biberonlardan birincisi, şişesi (biberonun

gövdesi) yumuşak bir plastikten yapılmış ve sıkılabilen biberon türüdür (Örn.; Mead Johnson). Biberonun şişesine gereğinden fazla baskı uygulandığında sütün akışı da aynı oranda hızlanmaktadır. Bebeğin sütü tolere etmede zorlanmaması için biberona gereğinden fazla baskı uygulanmamalı ve bebeğin öksürme, dinlenme anlarında veya besini yutmaya hazır olmadığı anlarda süt akışı durdurulmalıdır. Bu sebeple beslenme sürecinde annenin bebeğe zaman tanınması oldukça önemlidir (ACPA, 2009).

Yardımlı biberonlardan bir diğeri ise ucunda haznesi bulunan ve gövdesi yerine bu hazne kısmı sıkılabilen biberon türüdür (Örn.; Madela Haberman, Japlo). Bu biberonun haznesinin devamı olan uç kısmı özellikle yenidoğan bebekler için uygun olup diğer biberonlara nazaran daha küçüktür. Beş parçadan oluşmaktadır. Bu parçalar; biberonun uç kısmı ve haznesi, valf, disk, yaka ve şişe olarak sıralanmaktadır. Parçaları doğru birleştirmek oldukça önemlidir çünkü valf doğru yerleştirilmediğinde süt akışında problem yaşanmaktadır. Valfin görevi süt akışını tek yönlü olarak sağlamaktır, yani; şişeden biberonun uç kısmına aktarılan süt bu kısımda muhafaza edilir. Haznenin üzerinde kısıdan uzuna üç çizgi bulunmaktadır ve bu çizgilerden en kısa olanın üzerine baskı yapılarak süt akışı en yavaş şekilde sağlanmaktadır. Çizginin uzunluğu ve süt akışı doğru orantılı şekilde artmaktadır (Chambell ve Tremouth, 1987; ACPA, 2009; Dailey, 2013).

Bebeği beslerken sağlanacak olan süt akışı için yukarıda bahsedilen özel biberonlara uygulanan sıkma kuvvetinin bebeğin emme-yutma ve nefes alma senkronizasyonu ile eş zamanlı olması gerekmektedir. Gereğinden hızlı veya fazla basınç uygulanması bebeğin yutma sıklığının ve hızının artmasına ve bunlara bağlı olarak solunum süresinin azalmasına neden olmaktadır. Bu durum aspirasyona sebebiyet verebilmektedir (Miller ve Kummer, 2014)

DDY'li bebeklerin beslenme sürecinde yardımcı biberonların yanı sıra yardımsız/rijid biberon türleri de kullanılmaktadır. Ancak bu biberonların kullanımı bebeğin ağız yapılarıyla baskı uygulayarak sütü almasını ve bebeğin fazladan enerji harcamasını gerektirmektedir. Bu biberon türleri (Pigeon Biberon gibi) genel olarak dört parçadan oluşmaktadır. Bu parçalar; valf, yaka, biberon ucu ve şişe olarak sıralanmaktadır. Valfin görevi diğer biberonlarda olduğu gibi süt akışının tek yönlü sağlanmasıdır. Biberonun yaka kısmı ile şişe ne kadar sıkı birleştirilirse süt akışı da o

kadar yavaşlamaktadır. Süt akışı bebek için yetersiz geliyorsa yaka kısmı gevşetilebilmektedir (ACPA, 2009).

Literatürde birçok çalışma DDY'li bebeklerin beslenme sürecinde sıkılabilir yardımcı biberonların kullanımını önermektedir. Shaw ve ark. (1999) yaptıkları randomize deneysel bir çalışmada sıkılabilir özel biberonlar ile rijid/sert biberonları karşılaştırmışlardır. Sendromu olmayan 101 DDY'li bebeğin katıldığı çalışmada bebekler randomize olarak iki biberon türünü kullanmış olup çalışma sürecinde rijid biberon kullanan ailelerin %48'i uzman tarafından modifikasyona ihtiyaç duyarken sıkılabilir özel biberon kullanan ailelerin yalnızca %8'i buna ihtiyaç duymuştur. Bunun yanında sert biberonla beslenen bebeklerden %11'i beslenme problemi nedeniyle sıkılabilir şişe kullanmaya geçiş yaparken sıkılabilir şişe ile beslenen bebeklerden hiçbiri sert biberona geçiş yapmamıştır. Çalışmanın sonuçları, her iki beslenme yönteminde de bebeklerin kilo aldığını ve baş çevresinin büyüdüğünü gösterse de iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu ortaya koymuştur. Bu parametreler açısından sıkılabilir biberonların sert biberonlara kıyasla gelişimi daha fazla desteklediği görülmüştür. Ayrıca araştırmacılar kullanım kolaylığını açısından da sıkılabilir biberonları daha fazla önermektedir. Trenouth ve Campbell'in (1996) DDY'li bebeği olan 25 anne ile yaptıkları çalışmada, katılımcılara beslenme yöntemlerine ilişkin anket uygulanmıştır. Anket sonuçları ebeveynlerin %72'sinin sıkılabilir yardımcı biberon kullandığını göstermiştir. Ayrıca bu biberonla beslenen bebeklerin besin alımına ilişkin daha az sorun yaşadıkları saptanmıştır.

Bebeklerin özel biberonlardan fayda sağlayamadığı nadir durumlarda ya da ailelerin özel biberonların maliyetini karşılayamadığı durumlarda kaşık ve tek kullanımlık şırınga gibi araçlar aracılığıyla da beslenme sağlanabilmektedir. Ize-Iyamu ve Saheeb'in (2011) 57 dudak damak yarıklı bebekle yapmış olduğu çalışmada bebekler rasgele seçilerek kaşık, bardak ve şırıngayla beslenmişlerdir ve şırınga kullanımının karşılaştırılan besleme araçlarına nazaran bebeğin kilo almasında daha fazla fayda sağladığı ortaya konmuştur fakat diğer araçların da bebeğin kilo almasında kısmi fayda sağladığı belirtilmiştir.

Özel biberonların kullanımı ile birlikte beslenmeye ilişkin çeşitli modifikasyonları ve fasilasyon tekniklerini de bilmek gerekmektedir. Bunlardan ilki

güvenli pozisyonlama tekniğidir. Annenin bebeği en az 60 derecelik açıyla dik pozisyonda beslemesi gerekmektedir. Bu pozisyonlama aspirasyonu önlemek, yerçekiminin de etkisiyle yutmaya kolaylık sağlamak (Suher & Özgür, 2015) ve nazal regürjitasyonun önüne geçmek (Moore ve Rosenberg, 2018) açısından önemlidir. Aerofaji nedeniyle beslenme süresince sık sık ara verilerek (ortalama her 8 dakikada bir) bebeğin gazının çıkarılması gerekmektedir (Arosarena, 2007; Moore ve Rosenberg, 2018; Suher & Özgür, 2015). Bunun yanında bebek 2-3 saatte bir beslenmeli ve beslenme süresi 20-30 dk'yı (Arosarena, 2007) geçmemelidir (Hoover-Fong ve Beck, 2019). Beslenme süresinin uzaması bebeğin aldığı besinin kalorisinden daha fazla enerji harcamasına sebep olmaktadır (Arosarena, 2007).

DDY'li bebekler damak onarımından önce katı gıdaya geçiş dönemiyle karşılaşmaktadırlar. Pediatristler genel olarak 4 ila 6 ay arasında bebeklerin katı gıda ile tanışmasını uygun görmektedir (Smedegaard ve ark., 2008) ancak DDDY'li bebeklerin yeme becerilerindeki farklılık sebebiyle damak ameliyatından sonraki dönemde katı gıdaya geçişin uygun olabileceğini savunan çalışmalar da mevcuttur (Wu ve ark., 2020). DDDY'li bebekler için katı gıdaya geçildikten sonraki süreç normal gelişim gösteren bebeklerinkiyle benzer şekilde ilerlemektedir. Bebeğin yeterli baş ve boyun kontrolüne sahip olması bir önkoşuldur. İlk olarak yumuşak dokudaki ve bebeğin ağız içinde kolayca çözünebilen yapıdaki katı gıdalar verilmeye başlanmalıdır. Sonrasında bebeğin elle yiyebileceği katı parçalara geçiş yapılmalıdır (Dailey, 2013). Alerjik olabilecek yiyeceklerden kaçınılmalı ve bebeğin ilk defa tüketeceği besinin verileceği hafta sadece o besin verilmelidir. Bu sayede hem alerjik reaksiyonların tespiti kolaylaşmakta hem de bebeğin yiyeceğe alışması için zaman tanınmaktadır (Tokatlı, 2003). Çatal ucu ile ezilip yumuşak püre haline getirilen yiyecekler çay kaşığı yardımıyla bebeğe verilmektedir. Sürecin başlarında bebek kaşığa emme refleksi ile karşılık vermekte ve bu durum yiyeceklerin dil hareketiyle nazal boşluğa kaçmasına sebep olabilmektedir (Miller & Kummer, 2014). Nazal regürjitasyon ve hapşırma bebeğin yeni dokulara alışmasıyla beraber azalmaktadır (Dailey, 2013).

Özellikle katı gıdaya geçiş döneminde ebeveynler için sorun oluşturabilecek başka bir konu ise oral hijyendir. Normal gelişim gösteren bebeklerde olduğu gibi DDDY'li bebeklerde de oral hijyen dikkat edilmesi gereken konular arasındadır.

Bebeklerde ağız içi yapılar kendilerini temizleme eğilimindedir ancak bazen DDY gibi anatomik problemleri olan bebeklerde veya beslenme esnasında yaşanan pozisyonlama hatalarında besin yarık bölgesine kaçabilmekte ve katılarak sert bir plak haline gelebilmektedir. Bu gibi durumlarda ebeveynler dokuları tahriş etmeden temiz bir bez ve ılık su yardımı ile oral yapıları silerek temizliği sağlayabilmektedirler (Miller ve Kummer, 2014).

Oral hijyen problemi yaratabilecek bir diğer konu da cerrahi öncesi kullanımı önerilen bazı palatal obtüratörlerdir. Palatal obtüratörlerin türleri kullanım amacına göre farklılaşmaktadır. Palatal obtüratörler DDY'li bebeklerde beslenmeyi kolaylaştırdığına inanılan bir yöntem olarak geçmişte sıklıkla kullanılmakta idi (Uzel ve Alparslan, 2011). Günümüzde hala bazı ortodontistler palatal obtüratörleri önerebilmektedir ancak son yıllarda özel biberonların da kullanımının yaygınlaşmasıyla bu aparatlara nadiren ihtiyaç duyulmaktadır (Kasten ve ark., 2008). Ayrıca palatal obtüratörlerin etkisinin geçici olması (Prah ve ark., 2001), maksillar büyümeye olumsuz yönde etki etmesi, kullanımının zor ve pahalı olması (Uzel ve Alparslan, 2011) gibi dezavantajlar yapılan çalışmalarda tartışma konusu olmuştur. Bunlara ek olarak alan yazında, DDY'li bebeklerle yapılan bazı çalışmalarda geleneksel palatal obtüratör kullanımının beslenme üzerinde anlamlı bir fayda sağlamadığı da belirtilmektedir. Choi ve ark. (1991), DDY'li ve 0-1 yaş aralığındaki 28 bebeğin palatal obtüratör kullandığı ve kullanmadığı beslenme zamanlarında ağız içi negatif basınçlarını biberon ucu vasıtasıyla ölçmüştür. Çalışmanın sonuçları bebeklerin her iki beslenme yönteminde de ağız içi negatif basınç oluşturamadıklarını göstermiştir. Palatal obtüratörlerin alveolar ve velofangeal bölgelerdeki açıklıkları tam olarak kapatamadığı düşünülmüştür. Bunun yanında Bessell ve ark. (2011) beslenme müdahalelerine yönelik yaptığı randomize kontrollü çalışmada, 0-6 ay arasında 292 bebeğin palatal obtüratör kullanımı incelenmiştir. Çalışmada palatal obtüratör kullanan bebekler ile kullanmayan bebeklerin kilo alım seviyeleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tüm bunların yanında, geleneksel olarak kullanılan palatal obtüratörler ile nazoalveolar molding adı verilen damaklık uygulamaları birbiriyle karıştırılmamalıdır. Nazoalveolar molding aparatlarının amacı oral yapıları birbirine

yaklaştırarak ameliyata kolaylık sağlamaktır (Kasten ve ark., 2008; Uzel ve Alparslan, 2011).

4.3. Dudak Damak Yarığında Beslenme Problemlerine İlişkin Aile Eğitimi

Bebeğin dudak damak yarığı tanısı aldığı andan itibaren ebeveynlerin birçok açıdan stres ve kaygı düzeyleri artmaktadır. Bebeğin dudak ve/veya damağında bir yarıkla doğmuş olması, sosyo-psikolojik pek çok etkilemeye neden olmaktadır. Bunların yanı sıra beslenme problemleri ve özel müdahale yöntemlerinin gerekliliği de aile için bir diğer stres faktörüdür (Devi ve ark., 2012; Lindberg ve Berglund, 2014). Doğum sonrası bebeği normal yoldan besleyememenin verdiği stres anne-bebek bağlanma sürecine etki edebilmekte (Miller 2011; Burca, 2016) ve beslenmede yaşanan başarısızlıklar ebeveynlere kendilerini yetersiz ve başarısız hissettirebilmektedir (Hodgkinson ve ark., 2005). Young ve ark. (2001) yaptığı çalışmada DDY'li bebeği olan ebeveynlerden %95'inin ana endişe kaynağının beslenme olduğu belirtilmiştir.

Beslenme problemleri aileyi psikolojik açıdan etkilerken bebeği de fiziksel açıdan etkilemektedir. DDY' li bebekler doğumdan hemen sonra kilo kaybı yaşayabilmektedirler. Tüm bu faktörler göz önünde bulundurulduğunda mümkün olan en kısa sürede ailelere beslenmeye ilişkin gerekli bilgi ve eğitim verilmesi oldukça önemlidir (Avedian & Ruberg, 1980).

Günümüzde doğum öncesi (prenatal) dönemde dudak damak yarığı tanısı artmış olup ailenin durumu kabullenmesi ve doğum sonrası yaşanabilecek problemlere hazırlıklı olması açısından bu dönemde aile danışmanlığı sağlamak oldukça önemlidir (Mitchell ve Wood, 2000; Suher & Özgür, 2015). Aile danışmanlığı her ne kadar doğum öncesi dönemde yapılsa da ailelerin problemlerine yönelik birebir müdahaleler doğum sonrası dönemde beslenme ile başlamaktadır (Young ve ark., 2001; Bessell ve ark., 2011). Kuttenger ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada DDY'li bebeğe sahip 105 ailenin %63'ünün doğum sonrasında ilk olarak beslenmeye yönelik danışmanlık almak istediği saptanmıştır.

DDY'li bebeklerin beslenme problemlerine yönelik hazırlanan aile eğitimleri annenin stres ve kaygı düzeyini azaltarak anne-bebek arasındaki beslenme

etkileşimini geliştirmekte (Meyer ve ark., 1994), beslenmede yaşanan problemleri en aza indirerek bebeğin kilo alımına katkı sağlamakta ve bebeğin duygusal, fizyolojik ve fonolojik süreçlerindeki genel gelişimini dolaylı olarak desteklemektedir (Miller ve Kummer, 2014). Bunlara ek olarak sağlık personelleri tarafından hazırlanan eğitim programları, beslenme konusundaki farkındalığı arttırmakta ve uygulanan yanlış beslenme yöntemlerini önlemektedir (Küçükgüven ve ark., 2020). Bu eğitimler, multidisipliner ekip yaklaşımı gerektirmesine rağmen ülkemizde yaygın olarak plastik cerrah ve çocuk doktoru gibi belirli sağlık uzmanları tarafından sağlanmaktadır ve hekimlerin yoğun çalışma programı sebebiyle bu eğitim programlarında eksiklik yaşanmaktadır (Dadacı, 2015). Bu sebeplere bağlı olarak DDY’li bebeği olan ebeveynler beslenme müdahalelerine yönelik yetersiz ve eksik bilgi alabilmekte veya bu konuya ilişkin güvenilir olmayan kaynaklardan yanlış bilgiler edinebilmektedirler (Lindberg ve Berglund, 2014; Searle ve ark., 2016). Bu durum ailelerin sağlık uzmanlarına olan güvenlerini kaybetmelerine de sebebiyet verebilmektedir (Hodgkinson ve ark., 2005).

Ebeveynler DDY’li bebeklerinin beslenme problemlerine yönelik yeterince bilgi alamadıklarını düşündükleri durumlarda, çevrimiçi eğitim kaynaklarına yönelmektedirler (Spoyalo ve ark., 2020). Fakat ailelerin ulaşabileceği DDY’ye ilişkin internet içerikleri kalite, anlaşılabilirlik, okunabilirlik, güvenilirlik açısından değişiklik göstermektedir. Bu sebeple DKT’ler veya diğer sağlık uzmanları DDY’ye yönelik çevrimiçi eğitim kaynakları ve içeriklerde de ailelere rehberlik etme sorumluluğunu üstlenmektedirler (Antonarakis ve Kiliaridis, 2009). Sonuç olarak aileler, doğumdan sonra ilk olarak karşılaştıkları ve hayati önem taşıyan beslenme problemlerine yönelik müdahaleleri uygulayarak süreci yönetebilir hale gelene kadar sağlık uzmanlarının desteğine ihtiyaç duymaktadırlar (Lindberg ve Berglund, 2014).

5. MATERYAL VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada DDY'li bebeklerin beslenme yöntemlerini kapsayan annelere yönelik video eğitim programı hazırlanmıştır. DDY'li bebeklerin ve annelerinin beslenme sürecinde değerlendirilmesi amacıyla soru formu oluşturulmuştur. Hazırlanan soru formu aracılığıyla eğitim öncesinde ve sonrasında annelerden elde edilen veriler incelenmiştir. Deneysel yaklaşımla tasarlanmış bu çalışmada randomizasyon yapılmadığı ve kontrol grubu olmadığı için tek grup ön-test son-test deseni kullanılmıştır.

Bu çalışmanın bağımsız değişkeni verilen video eğitimi, bağımlı değişkeni ise dudak damak yarığına sahip bebeklerin beslenme sürecine dair annelerin bilgi, davranış ve duygularının değerlendirildiği soru formundan alınan puanlardır. İlerde geliştirilecek bir anketin veya standart değerlendirme formunun ilk pilot çalışması olarak da kabul edilebilecek bu form için yazım kolaylığı açısından soru formu terimi kullanılacaktır. Bunun nedenlerinden biri de sınırlı bir geçerlik çalışması yapılmış ama güvenilirliğe ilişkin herhangi bir çalışma yapılmamış olmasıdır.

Çalışmanın herhangi bir etik problem teşkil etmediğine dair İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmış olup 07.08.2020 tarihinde yapılan kurul toplantısında 10840098-772.02-E.34278 dosya numarası ile onay alınmıştır. Katılımcılardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek-1) ile onay alınmıştır.

5.2. Araştırmanın Katılımcıları

Çalışmaya DDY ile dünyaya gelmiş ve henüz cerrahi müdahale geçirmemiş 0-8 ay arası 20 bebek ve bu bebeklerin annesi (n=20) dahil edilmiştir.

Katılımcılara sosyal medya, mail grupları, hemşirelerin ve ailelerin içinde bulunduğu Whatsapp grupları ve hekimlerin yönlendirmeleri aracılığıyla ulaşılmıştır. Çalışmaya toplamda 50 anne başvurmuştur.

5.2.1. Katılımcıların dahil edilme kriterleri

Bireylerin çalışmaya dahil edilmesi için gerekli kriterler aşağıdaki gibidir:

- Bebeğin damağında yarık olması,
- Bebeğin damak ameliyatı geçirmemiş olması,
- Bebeğin 0-8 aylık yaş aralığında olması,
- Bebeğin yutma problemi veya şüphesi olmaması,
- Bebeğin beslenmesinde birincil rolün annede olması,
- Annenin Türkçe biliyor olması.

5.2.2. Katılımcılara ait genel bilgiler

Çalışmada toplam 50 anneye ulaşılmıştır. Başvuru yapanlar arasından 5 bebek yutma problemi yaşadığı, 11 bebek yaş aralığı kriterinin dışında kaldığı, 4 bebek damak ameliyatı geçirdiği, 6 bebek sadece dudak yarığına sahip olduğu ve 4 anne son görüşmeye katılmadığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya, dahil edilme kriterlerini karşılayan toplamda 20 anneyle devam edilmiştir.

Çalışmanın katılımcılarına ilişkin bilgiler Tablo 5.2.2.1’de belirtilmiştir.

Tablo 5.2.2.1. Katılımcılara Ait Genel Bilgiler

	Min	Max	Ort	SS
Annenin Yaşı (yıl)	22	36	28,85	4,094
Bebeğin Yaşı (hafta)	1	32	12,15	7,534
	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite ve üstü
Annenin eğitim düzeyi	%5	%0	%30	%65
	Bilateral primer sekonder komplet	Unilateral primer sekonder komplet	Sekonder komplet	Sekonder İnkomples
Yarık Tipi	%30	%20	%30	%20
	Var	Yok	Kısmen	
Beslenme danışmanlığı	%70	%5	%25	
	Kız	Erkek		
Bebeğin cinsiyeti	%65	%35		

Annelerle yapılan ilk görüşmede annelerin bebeklerini nasıl beslediklerine dair edinilen bilgiler Tablo 5.2.2.2’de verilmiştir.

Tablo 5.2.2. 2. Annelerin Bebeklerini Besleme Şekillerine Göre Frekans Dağılımı

Soru		Yanıtlar	
		n	%
Bebeginizi nasıl besliyorsunuz?	Kaşıkla	2	8,3
	Şırıngayla	1	4,2
	Normal biberonla	4	16,7
	Özel biberonla	16	66,7
	Diğer	1	4,2
Toplam		24	100,0

Çalışmaya katılan annelerin DDY’li bebeklerini besleme şekillerine göre frekans dağılımları incelendiğinde annelerin bebeklerini çoğunlukla (n=16, %66,7) özel biberon ile beslediği Tablo 5.2.2.2’de görülmektedir.

Katılımcıların genel bilgilerine ait Tablo 5.2.1’de görülen ve beslenme danışmanlığı ya da beslenme hakkında bilgi alan annelerin aldıkları beslenme danışmanlığını hangi kaynaklardan aldıklarına dair bilgi Tablo 5.2.2.3’te verilmiştir.

Tablo 5.2.2. 3. Annelerin Beslenme Danışmanlığına İlişkin Bilgi Edindiği Kaynakların Frekans Dağılımı

Soru		Yanıtlar	
		n	%
Bebeginizi nasıl besleyeceğiniz konusundaki bilgileri hangi kaynaklardan edindiniz?	İnternet	14	34,1
	Ebe	1	2,4
	Hemşire	10	24,4
	Plastik cerrah	4	9,8
	Ortodontist	4	9,8
	Diğer	8	19,5
Toplam		41	100

Verilen tabloda (Tablo 5.2.2.3) çalışmaya katılan annelerin DDY’li bebeklerini beslemeye ilişkin bilgileri çoğunlukla (n=14, %34,1) internet üzerinden edindikleri tespit edilmiştir. Annelerin edindikleri bu bilgileri veya aldıkları danışmanlıkları hangi zaman dilimi içerisinde aldığı bilgi Tablo 5.2.2.4’te verilmektedir.

Tablo 5.2.2. 4. Annelerin Beslenme Danışmanlığına İlişkin Bilgi Edinme Zamanı Frekans Tablosu

	Frekans	%
Hamileliğim sırasında	8	40,0
Doğum sonrası 0-2 gün arasında	2	10,0
Doğum sonrası 2-4 gün arasında	1	5,0
Doğum sonrası 4-7 gün arasında	3	15,0
Diğer	5	25,0
Toplam	19	95,0

Tablo 5.2.2.4'te görüldüğü gibi çalışmaya katılan annelerin DDY'li bebeklerini nasıl besleyecekleri hakkında bilgileri en çok (n=8, %40) hamilelik sırasında öğrenmektedirler.

5.3. Değerlendirme (Veri Toplama) Araçları

Bu çalışmada katılımcılara Dudak Damak Yarığı Değerlendirme Formu'nun (Ünal Logacev ve ark., 2018) alt testi olan Dudak Damak Yarığı Aile Görüşme Formu uygulanmıştır (Ek-2). İzin ve bilgi almak için Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ve video materyalinde kullanılacak görüntüler için Video Gönüllü Onam Formu (Ek-3) kullanılmıştır. İlk ve son değerlendirmede ise Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formu (Ek-4) kullanılmıştır. Bu formun eğitim sonrasında uygulanan versiyonunda, ilk uygulamada sorulan genel bilgilere ait sorular kaldırılmıştır. Son görüşmede ailelerin katıldığı eğitime dair Sosyal Geçerlik Formu (Ek-5) doldurulmuştur. İzleyen bölümde değerlendirmelerde kullanılan veri toplama araçlarına dair ayrıntılı açıklamalar yer almaktadır.

5.3.1. Dudak Damak Yarığı Değerlendirme Formu

Dudak Damak Yarığı Değerlendirme Formu yaş sınırlaması olmadan uygulanabilen Türkçe bir formdur. Üç alt bölümden oluşan form dudak damak yarığı

ya da kraniyofasiyal anomalisi olan bireyleri ayrıntılı şekilde değerlendirmeyi hedefleyerek oluşturulmuştur. Formun üç alt formunun başlıkları şu şekildedir:

- Dudak Damak Yarığı Aile Görüşme Formu,
- Dudak Damak Yarığı Oral-Periferel Değerlendirme Formu
- Dudak Damak Yarığı Konuşma ve Rezonans Değerlendirme Formu

Çalışmada bu alt formlardan ilki olan Dudak Damak Yarıklığı Aile Görüşme Formu kullanılmıştır.

5.3.1.1. Dudak Damak Yarığı Aile Görüşme Formu

Dudak Damak Yarığı Aile Görüşme Formu, dudak ve/veya damak yarığı olan bireye ait genel bilgilerin aileden alındığı bir soru formudur.

Formun giriş kısmında kişisel bilgiler bölümü bulunmaktadır. Bu bölümde; vakanın adı, soyadı, cinsiyeti, doğum tarihi, yaşı, anne ve babanın adı, anne ve babanın eğitim durumu ve mesleğine ilişkin bilgiler doldurulmaktadır.

Ameliyat bilgilerinin alındığı bölüm; bireyin var ise geçirmiş olduğu ameliyatlara (dudak, damak, burun, fistül, faringoplasti gibi) hakkında bilgileri içerir. Bu ameliyatlara kaç yaşında, hangi kurumda, kim tarafından yapıldığı ya da varsa gecikme nedenleri sorulmaktadır. Değerlendirme sırasında bireyi takip eden kurum bilgisine de yer verilmektedir.

Pre-natal öykü bölümünde; akraba evliliği ve var ise derecesi, ailede DDY öyküsü, hamilelik yaşı, hamilelik süresi, doğum biçimi, doğum kilosu ve düşük/sonlandırılmış gebelik sayısı, hamilelikte maruz kalınan maddeler (sigara, alkol, radyasyon, ilaç, enfeksiyon, stres, toksik maddeler) gibi doğum öncesine ilişkin problemler sorgulanmaktadır.

Peri-natal öykü bölümünde; doğum esnasında yaşanabilecek ters doğum, hipoksi, kordon dolanması, uzun doğum süresi, mekonyum aspirasyonu gibi problemlere ilişkin bilgiler doldurulmaktadır.

Post-natal öykü bölümü doğum sonrası bebeğin yaşayabileceği sağlık problemleri ve müdahaleleri inceler. Sarılık, sepsis, konvülsiyon geçirip geçirmediği, fototerapi alıp almadığı, küvezde kalma süresi, beslenme ve solunum problemi yaşayıp yaşamadığı, nazogastrik yolla beslenip beslenmediği, böbrek, kalp, endokrinolojik ve nörolojik hastalıklar geçirip geçirmediği sorulmaktadır.

Genel sağlık durumu b6lümü, bireyin mevcut sağlık problemlerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Kronik bir hastalık/tanı, nazal stenosis, uyku apnesi, nazal regürjitasyon, yutma sorunu olup olmadığına dair aileden bilgi alınmaktadır.

Genel gelişimsel öykü kısmında, bireyin emekleme, yürüme, konuşma alanlarında gelişim basamaklarını nasıl takip ettiği bilgisi yer almaktadır.

Dil, konuşma, rezonans bölümünde ailenin çocuklarının dil ve konuşmasına ilişkin varsa şikayetleri not edilmektedir.

İşitme bölümünde ise bireyin geçirdiği otit sayısı, işitme problemi, cihaz veya koklear implant kullanıp kullanmadığı not edilmektedir.

Bu çalışmada, katılımcıların yaş sınırlaması ve online görüşme yapılması nedeniyle Dudak Damak Yarığı Aile Görüşme Formu'nun "Oral Periferik Değerlendirme Alt Formu" ile "Konuşma ve Rezonans Alt Formu" uygulanmamıştır.

5.3.2. Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formu

"Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formu" annelere yönelik hazırlanmış bir soru formudur (Ek-4). Bu form annenin bebeğini besleme konusundaki bilgi, davranış ve duygu durumunu incelemektedir.

Soru formunun başında anneden isim-soyisim, doğum tarihi, eğitim derecesi, mesleği, bebeğinin cinsiyeti, sahip olduğu yarığın tipi ve doğum tarihine yönelik demografik bilgilerin yer aldığı bir kısım bulunmaktadır. Bu bilgiler edinildikten sonra sorular üç ana bölüme ayrılmıştır.

Birinci bölüm; üç çoktan seçmeli, bir evet-hayır-kısmen cevaplı sorudan oluşmaktadır. Maddeler annenin bebeklerini nasıl besledikleri, bu konuda daha önce bilgi edinip edinmedikleri, ne zaman ve hangi kaynaklardan bilgi edindiklerine yönelik bilgi toplamayı amaçlamaktadır.

İkinci bölüm iki alt bölümden oluşmaktadır. İlk kısım 13 madde, ikinci kısım ise 11 madde içermektedir. İlk alt kısımda, annenin beslenme konusunda tutum ve davranışlarına yönelik 13 ifade yer almaktadır. Annelerden, söz konusu ifadelerin kendilerine ne derece uygun olduğunu *evet*, *hayır*, *kısmen* seçeneklerinden biriyle cevaplandırmaları istenir. İkinci alt kısımda annelerin bebeklerini beslerken

yaşayabilecekleri durumlar sıralanmaktadır. Bu maddeler 4'lü likert tipi ile ölçeklendirilmiştir. Annelerden, sıralanan durumları ne sıklıkla yaşadıkları (hiçbir zaman, nadiren, sık sık, her zaman) seçmeleri istenmiştir.

Üçüncü bölümde annelerin bebeklerini beslerken hissedebileceği bazı duygular yer almaktadır. 13 duygudan oluşan bu bölüm annelerin bu duyguları ne derece hissettiklerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Anneler bu duyguları *hiç hissetmiyorum*, *biraz hissediyorum*, *çok hissediyorum* seçenekleri ile 3'lü likert şeklinde derecelendirmektedir.

5.3.2.1. Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formu kapsam ve içerik geçerliği

Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formu, video eğitim programının etkililiğini ve ailenin beslenmeye ilişkin hangi alanlarda desteğe ihtiyacı olduğunu belirlemeyi hedeflemektedir. Bu hedefler doğrultusunda soru formunda yer alan sorular/maddeler Dr. Öğr. Üyesi ve dil ve konuşma terapisti tarafından belirlenmiştir. Değerlendirme formunun ölçmek istediği durumları, amacı dışındaki farklı durumlarla ilişkilendirmeden, doğru bir şekilde ölçüp ölçmediğine yönelik üç uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanlardan ikisi Dr. Öğretim Üyesi, biri Uzman Dil ve Konuşma Terapistidir. Uzmanlardan maddelerde yapılmasını uygun gördükleri değişiklikleri not almaları istenmiştir. Bunun yanında içerik ve yapı bakımından ailelerin anlamakta güçlük çekebileceği veya farklı durumlarla ilişkilendirebileceği soruları değerlendirmek amacıyla dudak damak yarıklı bebeği olan iki anneye soru formu uygulanmıştır. Annelerin yöneltilen sorular üzerindeki önerileri birebir görüşmeler esnasında kaydedilmiştir. Annelerden ve uzmanlardan alınan tüm görüşler değerlendirilmiş, sorular çalışmanın amacına ve anlaşılabilirliğe hizmet edecek şekilde yeniden düzenlenmiştir.

5.3.3. Sosyal Geçerlik Formu

Araştırmada Sosyal Geçerlik Formu'nun (Ek-5) kullanılmasındaki amaç ailelerin eğitim videosu hakkındaki düşüncelerini ayrıntılı olarak inceleyebilmektir.

Buna yönelik olarak eğitim videosunun ailelerin bebeklerini beslemelerinde faydası olup olmadığını, annelerin daha önceden DDY’li bebeğin beslenmesine ilişkin video izleyip izlemediğini, video eğitimi almış olmanın anneye olumlu yönden neler kattığını, eğitim öncesinde annelerin sorun olarak görmediği ancak eğitim sonrasında sorun olabileceğini fark ettiği beslenmeye ilişkin durumların neler olduğunu, annelerin video eğitimde eleştirmek istediği yönleri, katılımcıların kendileri bu konuda bir video eğitim hazırlasalar nelerden bahsedeceklerini, video eğitim sonrasında araştırmacıyla birebir görüşme isteği olup olmadıkları ve eğer olduysa bu görüşmelerden fayda sağlayıp sağlamadıklarını ortaya koymaktadır. Toplamda 7 açık uçlu sorudan oluşmaktadır.

5.3.4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Çalışmaya katılan annelere çalışma hakkında bilgi veren ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeleri sonucunda imzalamaları istenen formdur (Ek-1). Bu formda tezin konusu, amacı, araştırmacı ve yürütücü, veri toplama süreci, verilerin gizliliği, katılımcıların hakları hakkında bilgilere yer verilmiştir.

5.3.5. Video Gönüllü Onam Formu

Annelere verilecek olan beslenme eğitim videosunda kullanılmak üzere dudak damak yarığı ile doğmuş bebeklerden video kaydı alınmıştır. Video Gönüllü Onam Formu, ailelere bebeklerinin çalışmada kullanılmak üzere video kaydının alınmasına izin vermeleri sonucunda imzalamaları istenen formdur (Ek-3).

5.4. Video Materyali

Bu çalışmada DDY ile dünyaya gelen bebeklerin beslenmesinde yaşanan zorluklara ilişkin video eğitim programı hazırlanmıştır.

Hazırlanan video eğitim programında DDY’li bebeklerin beslenme yöntemlerine ilişkin güncel bilgiler bulunmaktadır. İlk aşamada video eğitimin konu alacağı başlıklar belirlenmiş ve alanyazın taraması yapılarak içerik oluşturulmuştur.

Bu içerikte hazırlanan ana başlıklar şu şekilde sıralanmaktadır:

- Normal gelişim gösteren bebeklerde beslenme
- Dudak damak yarıklığı olan bebeklerde beslenme gelişimi
- Dudak damak yarıklığı için geliştirilmiş özel biberonlar ve özellikleri
- Besleme esnasında pozisyonlama
- Dudak damak yarıklığı olan bebekleri besleme biçimi
- Beslenme esnasında anne ve bebek etkileşimi
- Biberon bakım ve temizlenme süreci

Videoda yukarıda belirtilen konular hakkında bir dil ve konuşma terapisti, dudak damak yarıklığında uzmanlaşmış bir estetik plastik ve rekonstrüktif cerrah ve hemşire açıklama yapmıştır. Video eğitimde kullanılmak üzere ailelerinin de onayıyla iki damak yarıklı bebekten beslenme esnasında video kaydı alınmıştır. Bu video kaydı alınırken beslenmenin en doğru şekilde gerçekleşmesine dikkat edilmiştir ve beslenme konusunda eğitilmiş bir hemşireden destek alınmıştır. Biberonun kullanımı, pozisyonlama, verilen sütün akışı gibi konularda anlaşılır olmayan ya da hatalı olan video kayıtları programa dahil edilmemiştir. Videolar sessiz ve kısmi akustik yalıtımı sağlanmış odalarda kaydedilmiştir.

Video kayıtlar Canon 500d marka profesyonel video kayıt cihazı ile alınmıştır ve Adobe Premiere video düzenleme programıyla düzenlemiştir.

5.5. Prosedür

Çalışma kapsamında ailelere ulaşmak amacıyla çalışmanın konusunu, amacını ve iletişim bilgilerini içeren broşür hazırlanmıştır. Hazırlanan broşür sosyal medya hesapları, mail grupları, hemşirelerin ve ailelerin içinde bulunduğu Whatsapp grupları ve hekimler ile paylaşılmıştır.

Araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden anneler ile gerçekleştirilmiştir. İlk görüşmede anne ile doldurulan Aile Görüşme Alt Formunda elde edilen bilgiler doğrultusunda çalışma dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılar ile değerlendirmeler yapılmıştır.

Çalışmaya ait veriler, DDY ile dünyaya gelmiş ve henüz cerrahi müdahale geçirmemiş, 0-8 aylık bebeği olan annelerden toplanmıştır. Tüm katılımcılar ile görüntülü arama veya telefon aracılığı ile görüşülmüştür. Değerlendirmelerde

kullanılan formlar birebir olarak uygulanmıştır. Çalışmaya katılan annelere ön değerlendirme esnasında Dudak Damak Yarıklığı Değerlendirme Formu'nun Aile Görüşme Alt Formu uygulanmıştır (EK-2). Bu form uygulandıktan sonra yutma bozukluğu tespit edilen ya da yutma bozukluğundan şüphelenilen bebekler çalışmaya dahil edilmemiş (5 kişi), buldukları şehirdeki bir Kulak Burun Boğaz hekimine ve Dil ve Konuşma Terapistine ayrıntılı yutma değerlendirmesi için yönlendirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen annelerle Aile Görüşme Formunun yanında Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formu doldurulmuştur. Ailelere ilk görüşmenin hemen sonrasında eğitim videosu Youtube sosyal medya platformu aracılığıyla ulaştırılmış ve videoyu izledikleri teyit edilmiştir. 7-10 günlük süreden sonra ailelerden tekrar görüşme talep edilmiştir. Son görüşmede; Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formu'ndan demografik bilgiler içeren bölümü çıkartılarak yeniden uygulanmış ve annelerin video hakkındaki düşünceleriyle ilgili soruların yer aldığı Sosyal Geçerlik Formu doldurulmuştur. 7-10 günlük süre zarfı içerisinde ek danışmanlık talep eden 13 aileyle en az bir tane ara görüşme yapılarak danışmanlık sağlanmıştır.

Eğitim sürecinde ya da süreç sonrasında ailelerin talep etmiş olduğu diyet modifikasyonu, ortodonti gibi ek konulara ilişkin yardım desteği ilgili meslek uzmanlarına yönlendirme yapılarak sağlanmıştır.

5.6. İç Geçerliliği Etkileyen Unsurlar

Randomizasyon sağlanmayan ve kontrol grubu olmayan bu çalışmada iç geçerliliği etkileyebilecek unsurlar mevcuttur ancak bu etkilenimi en aza indirmek adına bazı önlemler alınmıştır. Örneğin olgunlaşma etkisini kontrol altına almak için annelere uygulanan soru formunun ön test ve son testi arasında sadece bir hafta-on gün süre bırakılmıştır.

Sınanma etkisini azaltmak için soru formundaki beklenen doğru cevapların oranına uygun olarak olumsuz cevaplar da eklenmiş ve annelerin kendilerinden beklenen doğru cevabı sorulardan çıkarsama etkisi azaltılmıştır.

Katılımcı seçilimi sırasında sosyal medya, doktor yönlendirmesi, hemşirelerin Whatsapp gruplarından faydalanılmış ve katılımcı kriterlerini karşılan herkes

çalışmaya dahil edilmiştir. Özellikle de iki grup olmaması nedeniyle de yanlış bir seçim yapılması söz konusu olmamıştır. Tüm bunların yanında annelerden doldurulması istenen soru formu birebir görüşmeler aracılığıyla uygulanmış ve maddelerin anneler tarafından en doğru şekilde anlaşılması sağlanmıştır.

5.7. İstatistiksel Analiz

Nicel verilerin analizinde SPSS 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistik paket programından faydalanılmıştır. Yapılan testlerin anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. Verilerin analizinde katılımcıların toplam puanlarından faydalanılmıştır. Normallik varsayımı için Shapiro-Wilk'in Normallik testi sonuçları kontrol edilerek verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini incelenmiştir. Normallik varsayımını sağlamayan veriler için video eğitim öncesi ve sonrasında annelerden alınan verilerdeki farklılıkların incelenmesi için ilişkili ikili karşılaştırma testlerinden olan "Wilcoxon İşaretli Sıralar" hipotez testi kullanılmıştır. Normallik varsayımı sağlandığında ise "İlişkili Gruplar t Testi" kullanılmıştır. Katılımcıların son görüşmede yanıtladıkları Sosyal Geçerlik Formu'nda bulunan açık uçlu sorulara verilen yanıtlar ayrıntılı olarak incelenmiştir ve olumlu olumsuz bildirimlere göre gruplama yapılarak betimlenmiştir.

6. BULGULAR

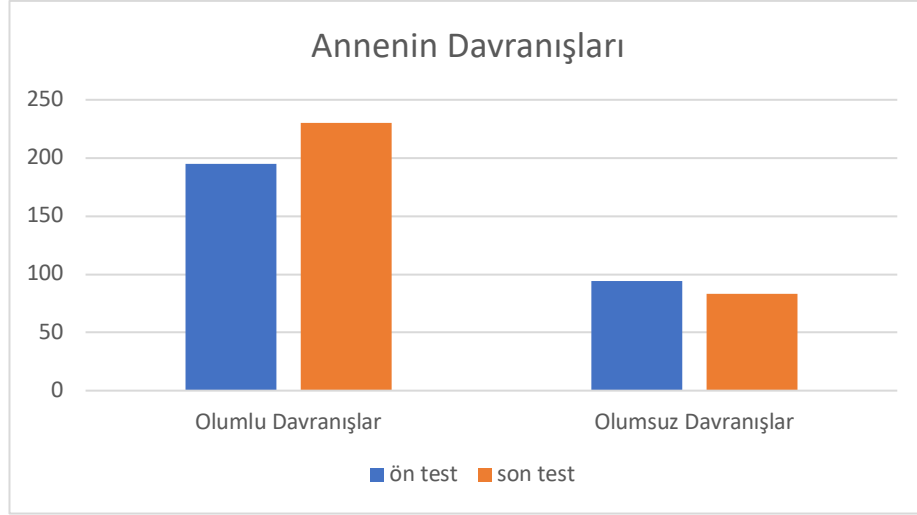
Bu araştırmada DDY’li bebeklerin annelerine beslenme yöntemlerine ilişkin video eğitim verilmiş ve talep eden ailelere ek danışmanlık sağlanmıştır. Annelerin eğitim videosu öncesi ve sonrasında Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formu’na verdikleri cevaplar karşılaştırılarak eğitim videosunun annenin olumlu ve olumsuz davranışları, doğru ve yanlış bilgileri, negatif ve pozitif duyguları, annedeki olumlu ve olumsuz bulgular, bebekteki olumlu ve olumsuz bulgular üzerindeki etkisi incelenmiştir.

6.1. Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formuna İlişkin Bulgular

Eğitim öncesi ve sonrasında toplanan verilerdeki farklılaşmanın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için yapılacak olan analiz öncesinde veriler Shapiro Wilk Normallik Testi ile incelenmiştir. Sonuçlar kontrol edilmiş ve annenin olumlu davranışları, doğru ve yanlış bilgileri, olumlu ve olumsuz duyguları, annedeki olumlu ve olumsuz bulgular, bebekteki olumlu ve olumsuz bulguların normallik varsayımını sağlamadığı saptanmıştır. Bu sebeple eğitim öncesi ve sonrasında bu veriler arasındaki farklılık parametrik olmayan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile analiz edilmiştir.

Normallik analizi sonucunda annelerin olumsuz davranış puanları normallik varsayımını sağladığından eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin olumsuz davranışları arasındaki farklılık İlişkili Gruplar t Testi ile analiz edilmiştir.

Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formu’nda annelerin beslenme sürecindeki olumlu davranışları 3, 6, 8, 19 ve 21 numaralı sorularla, olumsuz davranışları ise 4, 5, 7, 9 ve 20 numaralı sorular ile değerlendirilmiştir. Şekil 6.1.1.’de annelerin eğitim öncesi ve sonrasında bu sorulardan aldığı toplam skorlar görölmektedir. Tüm annelerin olumlu davranışlardan aldıkları toplam skorlarda 195’ten 230 puana artış gözlenirken olumsuz davranışlarında 94’ten 83’e azalma olduğu görölmüştür.



Şekil 6.1.1. Annelerin bebeklerini beslerken yaptığı olumlu ve olumsuz davranışların ön ve son test sonuçları

Normallik analizi sonucunda annelerin olumlu davranış düzeyi puanlarının normallik varsayımını sağlamadığından ($p_{\text{Ön}} = 0,035$, $p_{\text{Son}} = 0,000$) eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin olumlu davranışları arasındaki farklılık parametrik olmayan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile analiz edilmiştir (Tablo 6.1.1).

Tablo 6.1.3. Annelerin Olumlu Davranış Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

	n	Ortalama	S.T	z	p
Eğitim Öncesi	20	9,75	152,0	-2,917	0,004
Eğitim Sonrası	20	11,5	19,0		

ST: Sıralar toplamı

Tablo 6.1.1’de görüldüğü gibi yapılan ilişkili ölçümler için “Wilcoxon İşaretli Sıralar” testi sonucunda eğitim öncesi ve sonrası ölçümler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($z=-2,917$, $p=0,004$). Bu sonuca göre annelere verilen bebeklerini besleme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin olumlu davranışları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olmuştur. Verilen eğitim annelerin bebeklerini beslemeleri konusunda olumlu davranışlarını arttırmıştır.

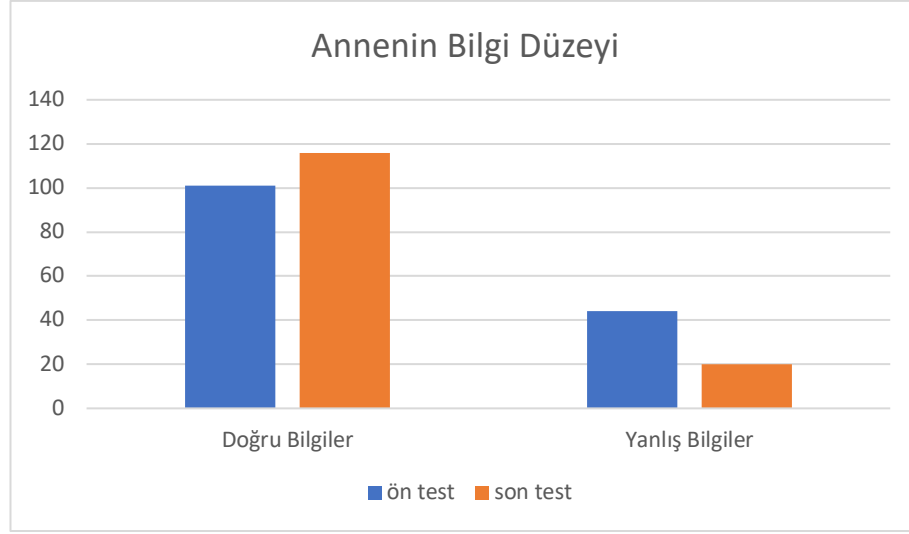
Shapiro Wilk Testi sonucunda annelerin olumsuz davranış puanlarının normallik varsayımını sağladığı görülmüş ($p_{\text{ön}} = 0,056$, $p_{\text{son}} = 0,055$) ve eğitimin öncesi-sonrasında annelerin olumsuz davranışları arasındaki farklılık İlişkili Gruplar t Testi ile analiz edilmiştir (Tablo 6.1.2).

Tablo 6.1.4. Annelerin Olumsuz Davranış Düzeyi Puanlarının İlişkili Gruplar t Testi Sonuçları

	n	Ortalama	<i>t</i>	<i>sd</i>	<i>p</i>
Eğitim Öncesi	20	4,70	1,675	19	0,110
Eğitim Sonrası	20	4,15			

Tablo 6.1.2’de görüldüğü gibi yapılan İlişkili Gruplar t testi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($t_{(19)} = 1,675$; $p = 0,110$). Bu sonuca göre annelere verilen, bebeklerini besleme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin olumsuz davranışları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı görülmektedir.

Anneye ait doğru bilgiler, soru formunun 1, 2, ve 12. maddeleri ile ölçülürken yanlış bilgiler 10. ve 11. madde ile ölçülmüştür. Şekil 6.1.2’de annelerin doğru ve yanlış bilgilerinin ön test ve son test frekans değerleri verilmiştir.



Şekil 6.1.2. Annelerin bebeklerini beslemede doğru ve yanlış bilgilerinin ön test ve son test sonuçları

Şekil 6.1.2’de görüldüğü gibi annelerin doğru bilgilerinin ölçüldüğü sorularda anneler ön test sonuçlarına göre toplamda 101 puan almış bu sonuç son test skorlarında 116’ya yükselmiştir. Tüm annelerin yanlış bilgilerinde ise toplam 44 puandan 20 puana düşüş görülmüştür.

Annelerin doğru bilgi düzeyi puanları normallik varsayımını sağlamamıştır ve eğitimin öncesi-sonrasında annelerin doğru bilgi düzeyleri arasındaki farklılık Tablo 6.1.3’te görülen Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile analiz edilmiştir ($p_1, p_2 = 0,000 < 0,05$).

Tablo 6.1.5. Annelerin Doğru Bilgi Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

	N	Ortalama	S.T	Test İstatistiği	Z	P değeri
Eğitim Öncesi	20	5,05	36,0	36,0	-2,549	0,011
Eğitim Sonrası	20	5,80	0,00			

Tablo 6.1.3’te görüldüğü gibi yapılan ilişkili ölçümler için “Wilcoxon İşaretli Sıralar” testi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($W = 36,0; p=0,011 < 0,05$). Bu sonuca göre annelere verilen bebeklerini besleme yöntemlerine ilişkin

eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin doğru bilgileri arasında anlamlı düzeyde farklılaşma vardır. Annelere verilen bebeğini besleme eğitim videosu annelerin doğru bilgilerinin artmasına fayda sağlamıştır. Yani eğitim videosunun annelerin doğru bilgileri üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

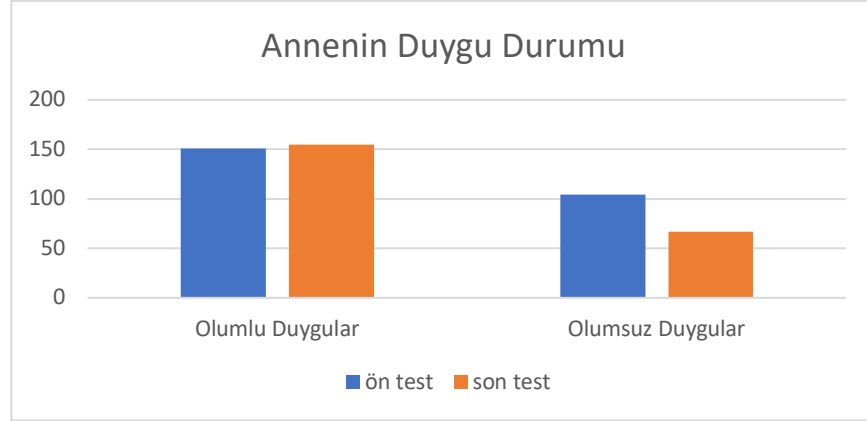
Annelerin yanlış bilgi düzeyi puanlarının normallik varsayımını sağlamamıştır ($p_1 = 0,047$, $p_2 = 0,03 < 0,05$) bu sebeple eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin yanlış bilgileri arasındaki farklılık Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile analiz edilmiştir (Tablo 6.1.4).

Tablo 6.1.4. Annelerin Yanlış Bilgi Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

	N	Ortalama	S.T	Test İstatistiği	Z	P değeri
Eğitim Öncesi	20	2,20	13,5	13,5	-3,034	0,002
Eğitim Sonrası	20	1,00	139,5			

Tablo 6.1.4’te görüldüğü gibi yapılan ilişkili ölçümler için “Wilcoxon İşaretli Sıralar” testi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($W = 13,5$; $p=0,002 < 0,05$). Bu sonuca göre annelere verilen bebeklerini besleme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin yanlış bilgileri arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir. Verilen eğitim sonucunda annelerin bebeklerini beslemeleri konusunda yanlış bilgi düzeyleri azalmıştır.

Annelerin besleme sürecinde hissedebileceği duyguların puanlandığı maddelere ilişkin frekans değerleri Şekil 6. 1.3’te verilmiştir.



Şekil 6.1.3. Annelerin bebeklerini beslerken sahip oldukları olumlu ve olumsuz duyguların ön test ve son test sonuçları

Soru formunun 24, 26, 31 ve 35. maddeleri ile belirlenen annelerin olumlu duygularının ilk görüşmede elde edilen toplam puanı 151'den 155'e çıkmıştır ve minimal düzeyde bir artış görülmüştür. Annelerin beslenme sürecine ilişkin hissettiği olumsuz duygularını ölçtüğümüz soru formunun 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34 numaralı maddelerinin cevapları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırması yapıldığında annelerin aldığı toplam puan 104 iken eğitim süreci sonunda bu puan 67'ye düşmüştür. Annelerin hissettikleri olumsuz duygularda azalma olduğu görülmüştür.

Shapiro Wilk'in normallik testi sonuçlarında annelerin olumlu duygu düzeyi puanları normallik varsayımını sağlamadığından ($p_1, p_2 = 0,000 < 0,05$) eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin olumlu duygu düzeyleri arasındaki farklılık Tablo 6.1.5'te verilen Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçlarında görüldüğü gibidir.

Tablo 6.1.5. Annelerin Olumlu Duygu Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

	N	Ortalama	S.T	Test İstatistiği	Z	P değeri
Eğitim Öncesi	20	7,55	19,5	19,5	-0,954	0,340
Eğitim Sonrası	20	7,75	8,5			

Wilcoxon İşaretli Sıralar testi sonucunda eğitim öncesi ve sonrasında annelerin olumlu duygularında anlamlı bir değişiklik bulunamamıştır ($W = 19,5; p=0,340 > 0,05$).

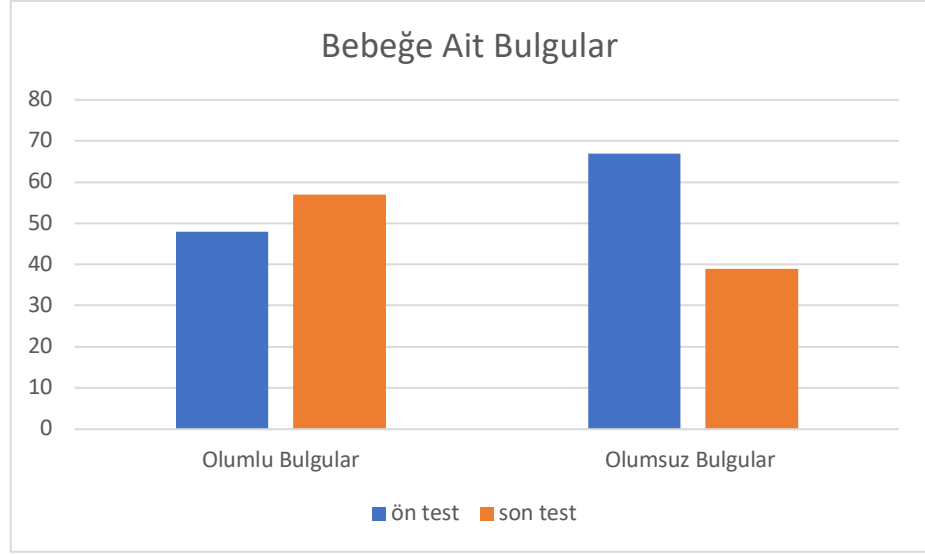
Annelerin olumsuz duygu düzeyi puanları Shapiro Wilk'in normallik varsayımını sağlamadığından eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin olumsuz duygu düzeyleri arasındaki farklılık parametrik olmayan yöntemlerle araştırılmıştır ($p = 0,000 < 0,05$). Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile analiz edilmiştir (Tablo 6.1.6).

Tablo 6.1.6. Annelerin Olumsuz Duygu Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

	N	Ortalama	S.T	Test İstatistiği	Z	P değeri
Eğitim Öncesi	20	5,20	4,00	112,0	-2,989	0,003
Eğitim Sonrası	20	3,35	112,0			

Tablo 6.1.6'da görüldüğü gibi yapılan ilişkili ölçümler için "Wilcoxon İşaretli Sıralar" testi sonucunda anlamlı bir farklılık vardır ($W = 112,0; p=0,003 < 0,05$). Bu sonuca göre annelere verilen bebeklerini besleme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin olumsuz duygu düzeyi puanları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir. Verilen eğitimden sonra annelerin olumsuz duyguları daha da azalmıştır. Yani eğitim videosunun annelerin olumsuz duyguları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Beslenme sürecinde bebekteki olumlu ve olumsuz bulguların belirlendiği maddelerin ön test ve son test sonuçları Şekil 6.1.4'te görüldüğü gibidir.



Şekil 6.1.4. Beslenme sürecinde bebekte görülen olumlu ve olumsuz bulguların ön test ve son test sonuçları

Bebeğe ait olumlu bulgu soru formununun 23 numaralı maddesi ile, olumsuz bulgular ise 14, 15, 16, 17, 18 numaralı maddeleri ile belirlenmiştir. Annelerin verdiği cevaplara göre bebekteki olumlu bulgularda artış gözlenirken (eğitim öncesi toplam skor: 48, eğitim sonrasında toplam skor: 57) olumsuz bulguların skorlarında düşüş olmuştur (Eğitim öncesi toplam skor: 67, Eğitim sonrasında toplam skor: 39).

Bebeklerin yaşadığı sorunların düzey puanları normallik varsayımını sağlamamıştır ($p_1 = 0,000$, $p_2 = 0,000 < 0,05$) ve eğitimin öncesi-sonrasında bebeklerin olumlu bulgu düzeyi arasındaki farklılık parametrik olmayan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile analiz edilmiştir (Tablo 6.1.7).

Tablo 6.1.7. Annelerin Cevaplarına Göre Bebeğin Olumlu Bulgu Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

	N	Ortalama	S.T	Test İstatistiği	Z	P değeri
Eğitim Öncesi	20	2,40	28,0	28,0	-2,460	0,014
Eğitim Sonrası	20	2,85	0,00			

Tablo 6.1.7’de görüldüğü gibi yapılan ilişkili ölçümler için “Wilcoxon İşaretli Sıralar” testi sonucunda anlamlı bir farklılık vardır. ($W = 28,0$; $p=0,014 < 0,05$). Bu sonuca göre annelere verilen bebeklerini besleme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında bebeklerin olumlu bulguları anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Verilen eğitimden sonra bebeklerin olumlu bulguları daha da artmıştır. Yani eğitim videosunun bebeklerin olumlu bulguları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

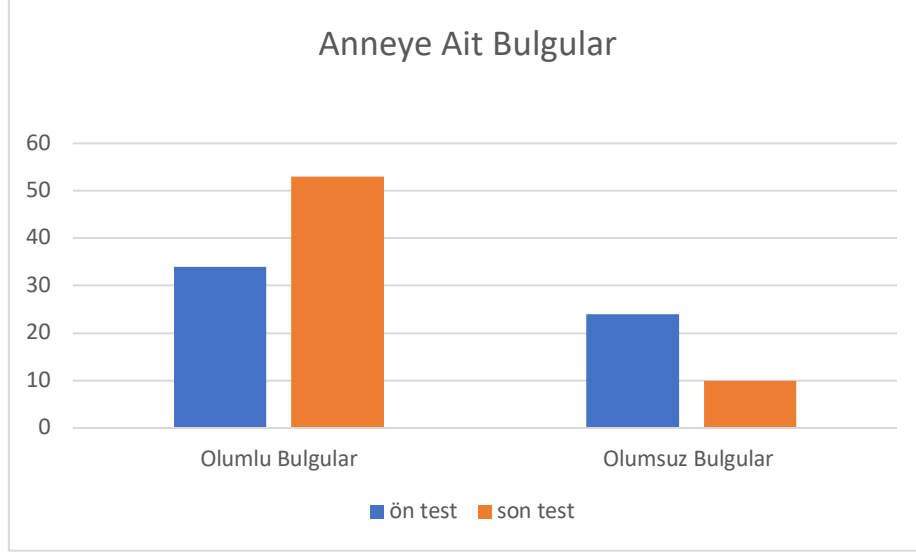
Normallik testi sonuçlarında bebeklerin olumsuz bulgu düzey puanları normallik varsayımını sağlamadığından eğitimin öncesi ve sonrasında bebeklerin yaşadığı sorunlar arasındaki farklılık parametrik olmayan yöntemlerle araştırılmıştır ($p_1 = 0,0206$, $p_2 = 0,003 < 0,05$). Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile analiz edilmiştir (Tablo 6.1.8).

Tablo 6.1.8. Annelerin Cevaplarına Göre Bebeğin Olumsuz Bulgu Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

	N	Ortalama	S.T	Test İstatistiği	Z	P değeri
Eğitim Öncesi	20	3,35	18,0	18,0	-3,140	0,002
Eğitim Sonrası	20	1,95	172,0			

Tablo 6.1.8’de görüldüğü gibi yapılan ilişkili ölçümler için “Wilcoxon İşaretli Sıralar” testi sonucunda anlamlı bir farklılık vardır ($W = 18,0$; $p=0,002 < 0,05$). Bu sonuca göre annelere verilen bebeklerini besleme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında bebeklerin olumsuz bulgularının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Verilen eğitimden sonra bebeklerin sorunları daha da azalmıştır.

Beslenme sürecinde annedeki olumlu ve olumsuz bulguların belirlendiği maddelerin ön test ve son test sonuçları Şekil 6.1.5’te görüldüğü gibidir.



Şekil 6.1.5. Beslenme sürecinde annede görülen olumlu ve olumsuz bulguların ön test ve son test sonuçları

Soru formunun 22. sorusu annenin olumlu bulgularını, 13. sorusu ise olumsuz bulgularını temsil etmektedir. Şekil 6.1.5'te görüldüğü gibi eğitim öncesinde annelerin olumlu bulgularının toplam puanı 34 iken eğitim sonrasında bu puan 53'e ulaşmıştır ve artış gözlenmektedir. Olumsuz bulgulardaki toplam puan ise 24 iken bu puan 10'a düşerek azalmıştır.

Normallik varsayımını sağlamayan annelerin olumlu bulgu düzeyi puanlarının eğitimin öncesi ve sonrasındaki karşılaştırması Tablo 6.1.9'da verilen Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile analiz edilmiştir ($p_1 = 0,010$, $p_2 = 0,000 < 0,05$).

Tablo 6.1.9. Annelerin Olumlu Bulgu Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

	N	Ortalama	S.T	Test İstatistiği	Z	P değeri
Eğitim Öncesi	20	1,70	91,00	91,0	-3,275	0,001
Eğitim Sonrası	20	2,65	0,00			

Tablo 6.1.9’da görüldüğü gibi yapılan ilişkili ölçümler için “Wilcoxon İşaretli Sıralar” testi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($W = 91,0$; $p=0,001 <0,05$). Bu sonuca göre annelere verilen bebeklerini besleme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin olumlu bulgu düzeyi puanları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir.

Annelerin olumsuz bulgu düzeyi puanlarının normallik varsayımını sağlamadığı görülmüştür ve eğitimin öncesi-sonrasında annelerin olumsuz bulgu düzeyleri arasındaki farklılık parametrik olmayan yöntemlerle araştırılmıştır ($p_1 = 0,000$, $p_2 = 0,000 <0,05$). Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile analiz edilmiştir (Tablo 6.1.10).

Tablo 6.1.10. Annelerin Olumsuz Bulgu Düzeyi Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

	N	Ortalama	S.T	Test İstatistiği	Z	P değeri
Eğitim Öncesi	20	1,20	6,50	6,50	-3,116	0,002
Eğitim Sonrası	20	0,50	98,50			

Tablo 6.1.10’da görüldüğü gibi yapılan ilişkili ölçümler için “Wilcoxon İşaretli Sıralar” testi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur. ($W = 6,50$; $p=0,002 <0,05$). Bu sonuca göre annelere verilen bebeklerini besleme yöntemlerine ilişkin eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin olumsuz bulgu düzeyi puanları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir. Eğitim videosunun annelerin olumsuz bulguları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

6.2. Sosyal Geçerlik Formuna İlişkin Bulgular

Veri toplama sürecinde yapılan son görüşmede annelerin video hakkındaki düşüncelerini belirlemek üzere “Sosyal Geçerlik Formu” uygulanmıştır. Annelerin sorulara verdiği yanıtlar aşağıda sunulduğu gibidir.

Birinci soruda annelere, beslenme problemlerine yönelik hazırlanan video eğitiminin bebeklerini beslemelerine fayda sağlayıp sağlamadığı sorulmuş ve

çalışmaya katılan 20 anneden 18'i video eğitim içeriğinden fayda sağladığını, 2 anne ise eğitimin içerdiği bilgilerin büyük bir kısmını önceden edindiğini bu sebeple eğitimden kısmen fayda sağladığını bildirmiştir. Çalışmadan fayda sağlamadığını bildiren anne olmamıştır.

İkinci soruda annelerin daha önce DDY'li bir bebeğin beslenmesine ilişkin video izleyip izlemedikleri sorulmuş ve annelerin %50'si (n=10) beslenmeye yönelik video izlediğini belirtmiştir. Bu annelerin %50'si (n=5) ise izledikleri videoya Türkçe olmayan yabancı kaynaklardan erişebildiklerini dile getirmiştir.

Üçüncü soru video eğitimi izlemiş olmanın annelere olumlu yönden neler kattığını belirlemek amacıyla sorulmuştur. Video eğitim sonrasında 20 anneden 14'ü beslenmede yaşanan zorluklarda azalma olduğunu, bu annelerden 7'si özellikle bebeğin gaz problemlerine yönelik fayda gördüklerini, 11'i yardımcı sıkılabilir biberonların kullanımı ve parçaları hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olduklarını, 9'u beslenmede yaşadığı korku ve endişenin azaldığını, 6'sı beslenme zaman aralıklarını, süresini ve ara verme sıklığına ilişkin bilgileri video aracılığı ile öğrendiğini, 5'i katı beslenmeye geçiş dönemine yönelik bilgiler doğrultusunda bu konuda kaygılarının azaldığını, 5'i doğum sonrasında sağlık uzmanları tarafından biberon ve damaklık kullanımına yönelik yanlış bilgilendirildiklerini ve video eğitim sayesinde bu konuda yaşadıkları zorluğun ortadan kalktığını, 4'ü eğitim videosunun beslenme konusunda daha dikkatli olmalarına katkı sağladığını, 2'si pozisyonlama hatası yaptıklarını tespit ederek hatalarını düzelttiklerini, 2'si ise beslenmeye yönelik sahip oldukları bilgileri pekiştirdiklerini bildirmiştir. Annelerden biri bebeğini sadece normal biberonla besleyebilirken video eğitim sonrasında tamamen sıkılabilir biberon kullanmaya geçtiğini ve bebeğin beslenme süresinin 1,5 saatten yarım saate indiğini belirtmiştir. Bunun yanında eğitim videosu öncesinde orogastrik tüp ile beslenen ve sıkılabilir biberon yardımıyla çok az besin alabilen bir bebek video eğitim sonrasında tamamen oral beslenmeye geçerek sıkılabilir biberon kullanmaya başlamıştır.

Dördüncü soru annelerin beslenme sürecinde sorun olarak görmediği ancak eğitim videosu sonrasında sorun olabileceğini fark ettikleri durumları içermektedir. Bu soruya annelerin 5'i beslenme esnasında 8 dk'da bir mola vererek gaz çıkarma işlemini yapmaları gerektiğini bilmediklerini ve video eğitim sonrasında bu uygulamaya başladıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların 5'i biberonun akış hızını

ayarlanabileceğinden haberdar olmadıklarını bu sebeple bebeklerine uygun akış hızını ayarlamakta farkındalık kazandıklarını, 3'ü video eğitim öncesi beslenme süresinde 30 dk'yı aştıklarını ve bunun bebeklerine olan olumsuz etkisini daha önceden bilmediklerini, 2'si bebeklerini beslerken pozisyonlamaya dikkat etmediklerini ve bunun bir hata olduğunu eğitim sonrasında ancak anlayabildiklerini, 2'si bebeğini kaç saate bir beslediğinin bir önemi olmadığını düşüncesinin eğitim sonrasında değiştiğini, 1'i ise sıkılabilir yardımcı biberon kullanmak yerine sert biberon kullanmanın bir sorun olduğunu video eğitim aracılığı ile öğrendiğini ifade etmişlerdir.

Beşinci soru annelerin video eğitimin içeriğine yönelik eleştirileri olup olmadığını ve var ise hangi yönlerden eleştirmek istediklerini sorgulamaktadır. 20 anneden 13'ü video eğitimde eleştirmek istedikleri bir yön bulunmadığını bildirmiştir. Video eğitimi eleştiren 7 anneden 3'ü videonun genel olarak daha kapsamlı ve ayrıntılı bilgi içerebileceğini, 2'si damaklık kullanımından daha fazla bahsedilebileceğini, 2'si benzer problemleri yaşayan ailelerin video eğitim içerisinde bulunmasının beslenmeye yönelik kaygıları azaltabileceğini ifade etmiştir.

Altıncı soruda annelere kendileri DDY'li bebeklerde beslenme problemlerine yönelik bir video hazırlasalar nelerden bahsedecekleri sorulmaktadır. Annelerin %60'ı (n=12) izledikleri video eğitimin birebir aynısını yapmak istediklerini belirtmiştir. Annelerin %40'ı (n=8) ise spesifik cevaplar vermiş olup bu annelerin verdiği cevaplar aşağıda maddelendiği gibidir.

- "Videonun içeriğine hamilelerin fayda sağlayacağı bilgilere yer verirdim."
- "Oral hijyenden bahsederdim."
- "Sıkılabilir yardımcı biberonların muadil markalarından bahsederdim."
- "Bebegin diyet programı ve günlük alması gereken besin miktarlarını video aracılığı ile ailelere aktarırdım."
- "Gaz problemlerine yönelik yardımcı olabilecek ekstra bilgilere yer vermeye çalışırdım."
- "DDY'li bebeği olan ailelere videoda yer vererek yaşadıkları sorunlardan bahsetmelerini isterdim bunun izleyici ailelerin stres ve kaygı düzeylerini azaltmada yardımcı olacağımı düşünüyorum."

Yedinci soru video eğitim sonrası ailelerin araştırmacıdan ek bir görüşme/danışmanlık talep edip etmediği, talep ettiler ise bu görüşmelerden fayda sağlayıp sağlamadıklarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Annelerden 13'ü ek görüşme talep etmiştir ve bu annelerin tamamı görüşmelerden fayda sağladıklarını belirtmiştir. 7 anne ise ek görüşme talep etmemiştir.



7. TARTIŞMA

Ülkemizde DKT sayısının yeterli olmaması pek çok DDY’li bireyin verilen hizmetlere ulaşamamasına neden olmaktadır. Ulaşılsa bile DDY’li bireylere verilecek hizmetlere ilişkin bilgi ve yeterlilik düzeylerinde eksiklikler vardır (Şahan, 2021) Verilen hizmetler içinde belki de en hayati ve önemlileri beslenme ve yutmaya ilişkin bilgilendirme, terapi ve yönlendirmedir ancak pek çok şehirde bu hizmetleri verebilecek DKT bulunmamaktadır. Bu nedenle aileler yeni doğan DDY’li bebeklerini nasıl besleyecekleri konusunda temel bilgilere ulaşmakta ciddi sorunlar yaşamaktadırlar.

Söz konusu çalışmanın motivasyonunu oluşturan bu büyük sorun DDY’li bebeklerin beslenmesi ile ilgili ailelere bir video eğitimi verilip verilemeyeceği, verilebilirse bunun aileler için yeterli olup olmadığını test etmek amacıyla pilot bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

Bu motivasyonla 0-8 ay aralığındaki DDY’li bebeği olan annelerin beslenme sürecinde yaşadığı güçlükler, bebeğin yaşadığı beslenme sorunları, annenin beslenmeye yönelik bilgi, davranış ve duygu durumu arasında farklılaşma olup olmadığı incelenmiştir. Online aile eğitiminin etkililiği değerlendirilmiştir. İlk ve son değerlendirme verileri ayrıntılı olarak incelendiğinde, online video eğitim programının annelerin olumlu davranışlarını, doğru bilgilerini, olumlu duygularını artırdığı ve annelerin olumsuz davranışlarını, yanlış bilgilerini, olumsuz duygularını, bebeğin ve annenin yaşadığı sorunları azalttığı bulunmuştur.

Bu çalışmada, annelere verilen beslenme yöntemlerine ilişkin eğitim öncesi ve sonrasında annelerin olumlu davranışlarını değerlendiren maddelerin (bebeği; 30 dk’dan fazla beslememe, genelde 2-3 saatte bir besleme, beslerken ara vererek gazını çıkarma, en az 60 derecelik açı ile dikey pozisyonda besleme, beslerken nefes alma ve yutma döngüsüne dikkat etme) skorları karşılaştırıldığında bu maddelerin toplam skorlarında eğitim sonrası artış olduğu gözlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonuçlarında da anlamlı düzeyde farklılaşma tespit edilmiştir. Son görüşmede uygulanan Sosyal Geçerlik Formu’nda anneler, bebeklerini beslerken sorun olduğunu düşünmediği ancak video eğitim sonrasında sorun olabileceğini fark ettiği davranışlar olduğunu belirtmişlerdir. Örneğin anneler, bebeklerini beslerken ara vererek gaz çıkarma işlemini yapmadıkları, beslenme süresini aştıkları,

pozisyonlamaya ve besleme aralıklarına dikkat etmedikleri dile getirmişlerdir. Annelerin dikkat edilmesi gerektiğini düşünmedikleri olumlu davranışları video eğitim sonrasında dikkat ederek uyguladıkları düşünülmektedir. Bu konuda, hem soru formundan hem de Sosyal Geçerlik Formu'ndan alınan veriler birbirini destekler niteliktedir. Video eğitimin annelerin olumlu davranışlarına fayda sağlaması annelerin doğru besleme yöntemlerine yönelik farkındalığının artmış olduğunu düşündürmüştür. Bunun yanında video eğitim içerisinde DDY'li bebeğin sağlık personeli tarafından beslendiği anın video görüntüsünün yer alması, bahsedilen olumlu davranışların uygulanabilirliğini arttırmış olabilir. Son dönemde, Küçükgüven ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada sağlık personelleri tarafından DDY'li bebeklerin beslenmesine yönelik hazırlanan eğitim programlarının annelerin doğru beslenme yöntemlerini uygulamalarına olanak sağladığı vurgulanmıştır.

Annelerin olumsuz davranışlarını değerlendiren maddelerin (bebeği her saat başı besleme, bebeği doyduğundan emin oluncaya kadar besleme, bebeği yaklaşık olarak 4-5 saatte bir besleme, bebekten yalnızca beslenme sonrası gaz çıkarma, bebeği yatay pozisyonda besleme) skorlarında eğitim sonrası azalma görülmüştür yani annelerin olumsuz davranışlarında düşüş yaşanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel analizde bu fark anlamlı bulunmamıştır. Bu parametrede istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmemesinin nedenlerinden birinin olumsuz davranışları ölçen soruların (4, 5, 7, 9, 20 numaralı sorular) annelerin cevaplarını etkilemiş olabileceği düşünülmüştür (Örneğin: Bebeğini doyduğundan emin oluncaya kadar besleyen anne aslında 30 dk'lık süre zarfını geçmeden bebeğini besliyor olabilir). Bunun yanında eğitim videosundan kısa bir süre sonra değerlendirme formunun anneye tekrar uygulanması sebebiyle annelerin olumsuz davranış değişikliğine yeterli zaman tanınmamış olabileceği de düşünülmüştür.

Video eğitim sonrası toplanan veriler ile ilk değerlendirme verileri karşılaştırıldığında annenin doğru bilgi düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşma görülmüştür. Annelerin bebeklerini beslemeye yardımcı olabilecek biberonlardan haberdar olmaları, bu biberonların kullanımları hakkında bilgi sahibi olmaları ve bebeklerini damak ameliyatı öncesinde damaklık aparatı olmadan nasıl besleyecekleri hakkında bilgiyi video eğitim aracılığıyla edinebildikleri görülmüştür.

Annelerin doğru bilgi düzeyinde artış olmasının sebebi, bahsedilen konularda annelerin daha önce yanlış veya eksik bilgilendirilmeleri ve ardından video eğitim aracılığı ile bu bilgileri doğru şekilde edinmeleri olabilir. Dadacı (2015), ülkemizde DDY’de beslenmeye ilişkin yapılan aile bilgilendirmelerinin sınırlı sağlık uzmanı tarafından yapıldığını ve bu uzmanların yoğunluğu sebebiyle bilgilendirmede eksiklik yaşandığını bildirmiştir.

Video eğitim öncesi ve sonrası annelerin yanlış bilgi düzeyinde (damak açıklığına bağlı olarak bebeklerinin katı beslenmeye geçiş döneminde zorlanacağı ve yapay damaklık kullanımının beslenme için bir ön koşul olmasına ilişkin bilgi) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmiştir. Annelerin eğitim öncesinde başvurdukları kaynaklardan yanlış bilgiler edindikleri düşünülmektedir. Bu düşünceyi Sosyal Geçerlik Formu’nda yer alan ve annelerin eğitimden sağladığı faydaları inceleyen soruya verilen cevaplar desteklemektedir. Cevaplar arasında annelerin sağlık uzmanları tarafından biberon ve damaklık kullanımıyla ilgili yanlış bilgilendirildiklerini ve video eğitim sonrasında bu bilgilerin doğrusunu öğrenebildikleri yer almaktadır. Tüm bunlara paralel olarak Lindberg ve Berglung (2014) da DDY’li bebeği olan ebeveynlerin beslenme yöntemlerine ilişkin yetersiz ve eksik bilgi alabildiklerini ya da güvenilir olmayan bilgi kaynaklarına başvurabildiklerini belirtmişlerdir.

Annelerin bebeklerini beslerken hissedebilecekleri duyguların puanlandığı sorulara eğitim sonrasında verdikleri cevaplar ayrıntılı olarak incelendiğinde annelerin olumlu duygulardan (mutluluk, keyif, şefkat, sevgi) aldığı toplam puanda çok sınırlı da olsa artış gözlenmektedir ancak bu artış yapılan istatistiksel analizde karşımıza çıkmamıştır. Annelerin olumlu duygu durumlarına yönelik yapılan ilk ve son verilerde istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma görülmemesinin nedeni annelerin doğum sonrası yaşayabilecekleri anne-bebek bağlanma sürecine ilişkin problemleri ileriki aylara kadar aşmış olmaları olabilir. Ya da çalışmaya katılan bebeklerin yutma-solunum problemi gibi hayati fonksiyonları etkileyen problemlere sahip olmamaları sebebiyle annelerin bebeklerini çeşitli yöntemlerle besleyebiliyor olmaları olabilir. Bunun yanında, yapılan çalışmalar arasında Meyer ve ark. (1994) eğitim sürecinin annenin olumlu duygularını desteklediğini vurgulamışlardır. Bu çalışmada toplam skorlar incelenirken annelerin olumlu duygularında sınırlı olarak

artış gözlenmesi Meyer ve ark. (1994) destekler niteliktedir ancak katılımcı sayısı azlığı sebebiyle de istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşma görülmediği düşünülmektedir.

Annelerin hissettiği olumsuz duygularda (öfke, korku, üzüntü, başarısızlık, kaygı, utanç, hayal kırıklığı, suçluluk) eğitim sonrasında istatistiksel açıdan anlamlı bir düşüş görülmüştür. Annelerin olumsuz duygularının ölçüldüğü maddelerden alınan ilk verilerin eğitim sonrasına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Annelerin ilk değerlendirmede aldıkları puan toplamının yüksek olması Young ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmanın sonucuyla benzerlik göstermiştir. Young ve ark. (2001) yaptığı çalışmada DDY’li bebeği olan annelerin doğum sonrasında hissettiği olumsuz duygulardaki ana nedenlerden birinin beslenme problemleri olduğu belirtmişlerdir. Eğitim süreci sonunda yapılan değerlendirmede bebeklerin yaşadığı problemlerde görülen düşüğe bağlı olarak annelerin olumsuz duygularında da azalma yaşanmış olabileceği düşünülmüştür. Meyer ve ark. (1994) DDY’li bebeklerin beslenme problemlerine yönelik düzenlenen eğitimlerin, annenin hissettiği olumsuz duygularda azalma yaşanmasına olanak sağladığını belirtmişlerdir. Ayrıca annelerin olumlu davranış kazanımlarının özgüvenlerini artırarak stres ve endişe gibi olumsuz duygularında azalma yarattığı söylenebilir. Öyle ki, Hodgkinson ve ark. (2005) da annelerin besleme sürecindeki başarısızlıkları annenin olumsuz duygular hissetmesine sebep olacağını söylemektedirler. Ayrıca son görüşmede uygulanan sosyal geçerlik formunda annelerin %55’i beslenme konusunda daha fazla bilgi ve deneyim kazanarak yaşadıkları korku ve endişenin azaldığını, %20’si ise gelecek aylardaki katı beslenmeye başlama dönemine yönelik bilgiler doğrultusunda kaygılarında azalma olduğunu söylemiştir.

Bebeğe ait olumlu bulgunun (solunum fonksiyonunun normal olması) saptandığı maddenin ön test ve son test verileri karşılaştırıldığında anlamlı olarak farklılık görülmüştür. Bebeğin beslenirken solunum fonksiyonunun iyileşmesinin nedeni annenin besleme sürecinde olumlu davranışlarının ve farkındalığının artması olabilir. Küçükgüven ve ark. (2020) da yaptıkları çalışmada eğitim programlarının beslenme konusunda anneye farkındalık kazandırdığını söylemişlerdir. Ayrıca yapılan Sosyal Geçerlik Formu’nda da annelerin %20’si eğitim videosunun beslenme konusunda daha dikkatli olmalarını sağladığını söylemiştir.

Bebeğin beslenirken burnundan besin gelmesi, kusması, öksürmesi, morarması ve nefes almada problem yaşaması, değerlendirme sürecinde bebekte gözlenen olumsuz bulgulardır ve eğitim sonrasında bu bulgularda anlamlı olarak düşüş gözlenmiştir. Bu bulgular DDY’li bebeklerde gözlenen problemler arasındadır (Trenouth ve Campbell, 1996; Arosarena, 2007; Devi ve ark., 2012). Annelerin eğitim sonrası doğru besleme yöntemlerini öğrenerek bebeğin yaşadığı bu problemlerin azalmasına katkı sağladıkları düşünülmüştür. Yani anneler eğitim sonrası beslenme sürecini daha iyi yönetebilir hale gelmiş ve bu durum bebeğin yaşadığı beslenme problemlerini azaltmıştır. Linberg ve Berglund (2013) de annelerin süreci yönetebilir hale gelene kadar sağlık uzmanlarından destek almasının bebeğin yaşadığı beslenme problemleri için önemli olduğunu söylemişlerdir.

Annenin bebeğini hiçbir sorun yaşamadan besleyip besleyemediğini sorduğumuz maddeden alınan ilk ve son bulgu (anneye ilişkin olumlu bulgu) arasında anlamlı düzeyde ve pozitif yönde bir artış gözlenmiştir. Bunun yanında annelere ait olumsuz bulgu incelenirken anneye bebeğini beslerken zorluk yaşayıp yaşamadığı sorulmuştur ve eğitim öncesinde yapılan değerlendirmede annelerin daha fazla zorluk çektiği, eğitim sonrasında ise anlamlı düzeyde bu zorluğun azaldığı tespit edilmiştir. Sosyal geçerlik formundan alınan veriler de bu sonuçları desteklemektedir. Annelerin %70’i beslenmede yaşadıkları zorluklarda azalma olduğunu bildirmiştir. Annelerin beslenme sürecinde genel olarak yaşadığı sorunlarda azalma olmasının diğer bulgularla ilişkili olduğu ve annenin olumlu davranışlarının, doğru bilgi düzeylerinin, olumlu duygularının artarak yanlış bilgi düzeylerinin ve olumsuz duygularının azalmış olmasının etkisi olduğu düşünülmüştür. Yani annenin eğitim videosu sonrasındaki kazanımlarının yaşadığı zorluk düzeyinde azalmaya ve sorun yaşamadan besleyebilme sebebiyet verdiği söylenebilir. Bu düşünceye paralel olarak Miller ve Kummer (2014) da DDY’li bebeklerin beslenmesine yönelik hazırlanan eğitim programlarının, beslenme sürecindeki problemlerin maksimum düzeyde azalmasına katkı sağladığını vurgulamışlardır.

Sosyal Geçerlik Formu'ndan alınan veriler doğrultusunda katılımcıların tamamı video eğitim programından memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Erken dönemde yaşanan beslenme zorluklarının önlenmesi ve anne-bebek bağlanma sürecinin aksamaması için annelere verilecek olan beslenme eğitiminin önemli olduğu düşünölmektedir.



8. SONUÇ

0-8 ay aralığındaki DDY'li bebeklerin ve annelerinin katıldığı ve beslenme yöntemlerine ilişkin hazırlanan video eğitimin etkililiğinin incelendiği bu çalışmanın sonuçları aşağıdaki gibidir.

- 1- Annelere verilen beslenme yöntemlerine ilişkin eğitim annelerin olumlu davranışlarını artırarak fayda sağlamıştır.
- 2- Video eğitim süreci sonunda annelerin olumsuz davranışlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşma görülmesi de annelerin olumsuz davranışları ayrıntılı incelendiğinde sınırlı da olsa bir azalma gözlenmiştir.
- 3- Video eğitimin öncesi ve sonrasında annelerin doğru bilgileri arasında pozitif yönde farklılaşma olmuş ve fayda sağlanmıştır.
- 4- Video eğitimin sonrasında annelerin yanlış bilgilerinde anlamlı bir düşüş gözlenmiştir.
- 5- Annelere verilen beslenme yöntemlerine ilişkin eğitimin sonrasında annelerin olumlu duyguları arasında anlamlı bir farklılaşma saptanmamış ancak annelerin verdiği cevaplar ayrıntılı şekilde incelendiğinde olumlu duygularının artma eğiliminde olduğu belirlenmiştir.
- 6- Annelerin bebeklerini beslerken hissettiği öfke, korku, üzüntü ve başarısızlık gibi olumsuz duygular video eğitim sonrasında anlamlı olarak azalmıştır ve annelerin duygu durumuna katkı sağlanmıştır.
- 7- Video eğitim, çalışmaya katılan DDY'li bebeklerin olumlu bulgularını artırarak olumsuz bulgularını azaltmış ve bebeğin beslenmesine fayda sağlamıştır.
- 8- Video eğitim, çalışmaya katılan DDY'li bebeklerin annelerdeki olumlu bulguları artırarak olumsuz bulguları azaltmış ve annenin bebeğini beslemesine katkıda bulunmuştur.
- 9- Bu çalışma, hazırlanan video eğitimin ileride geliştirilmesine ve anneleri değerlendirmek için hazırlanan soru formunun standart hale getirilmesine olanak sağlamaktadır. Eğitim süreci sonunda elde edilen veriler ile hem video eğitim prosedürünün hem de DDY'li bebekleri besleme yöntemlerine ilişkin

oluřturulan deęerlendirme aracının farklı çalıřmalarla standart hale getirilmesinin DDY’de beslenme alanına fayda saęlayacaęı dūřunūlmektedir.

Sınırlılıklar

- 1- Bu alışma 20 katılımcı ile tamamlanmıştır ancak sonuçların genellenebilmesi için daha fazla katılımcıya ihtiyaç vardır.
- 2- Video eğitim programı genel olarak DDY’li bebeklerin beslenme özelliklerine uygun hazırlanmış olup bebeğin her ay gelişim gösterdiği beslenme sıklığı gibi konularda ayrıntılı bilgi içermemektedir. Bu durum çalışmanın bazı sonuçlarını etkilemiş olabilir.
- 3- Video eğitimde iki DDY’li bebeğin beslenme esnasında sınırlı sūrede alınan video kayıtları yer almaktadır. Uygulanabilirlięin artması açısından bu kayıtlar daha ayrıntılı alınabilir ve görsel içerik zenginleştirilebilir.

neriler

- 1- Çalışmada kullanılan Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Deęerlendirme Formu’nun geçerliliği ve gūvenilirlięi yapılarak DDY’li bebeklerin beslenmesine yönelik standart bir değerlendirme aracı haline getirilebilir.
- 2- DDY’li bebeklerin beslenmesine yönelik hazırlanan video eğitim programı geliştirilebilir ve çeşitlendirilerek daha kapsamlı hale getirilebilir.
- 3- Katılımcı sayısının arttırılması araştırmanın genellenebilirliğini ve gūvenilirlięini arttıracaktır.
- 4- Deęerlendirme ve eęitim sūresi hamile anneler de göz nūnde bulundurularak tasarlanabilir. Böylece doęum öncesi erken mūdahale ile annenin ve bebeęin doęum sonrasında yařayabilecekleri zorluklara fayda saęlanabilir.

9. KAYNAKLAR

Ahn, A. K., & Musso, M. F. (2018). Embryology and Anatomy. In *Pediatric Dysphagia* (pp. 3-16). Springer, Cham.

American Cleft Palate-Craniofacial Association (ACPA), Feeding Your Baby, Chapel Hill. The Craniofacial Center at the University of North Carolina, 2009.

Aniansson, G., Svensson, H., Becker, M., & Ingvarsson, L. (2002). Otitis media and feeding with breast milk of children with cleft palate. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 36(1):9–15.

Antonarakis, G. S., & Kiliaridis, S. (2009). Internet-derived information on cleft lip and palate for families with affected children. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 46(1), 75-80.

Arosarena, O. A. (2007). Cleft lip and palate. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 40(1), 27-60.

Arvedson, J. C. (2006). Swallowing and feeding in infants and young children. *GI Motility* online, <https://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo17.html> (Erişim, 20.04.2021)

Arvedson, J. C. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: Clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 118–127.

Arvedson, J., & Lefton-Greif, M. (2019). Anatomy, Embryology, Physiology, and Normal Development. J. Arvedson, L. Brodsky, & M. Lefton-Greif içinde, *Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management* (s. 11-75). San Diego: Plural Publishing.

Arvedson, J., & Lefton-Greif, M. (2019). Overview of Diagnosis and Treatment. J. Arvedson, L. Brodsky, & M. Lefton-Greif içinde, *Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management* (s. 1-10). San Diego: Plural Publishing.

Avedian, L. V., & Ruberg, R. L. (1980). Impaired weight gain in cleft palate infants. *The Cleft palate journal*, 17(1), 24-26.

Becker, G. E., Smith, H. A., & Cooney, F. (2016). Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane database of systematic reviews*, (9).

Bessell, A., Hooper, L., Shaw, W. C., Reilly, S., Reid, J., & Glenny, A. M. (2011). Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

Biancuzza, M. (1998). Yes! Infants with clefts can breastfeed. Association of Women's Health, *Obstetric and Neonatal Nurses Lifelines*, 2:5–49.

Billmire, D.A. (2014). Surgical Management of Clefts and Velopharyngeal Insufficiency/ Incompetence (VPI). A. Kummer içinde, *Cleft palate & craniofacial anomalies: Effects on speech and resonance* (s. 530-568). Delmar: Cengage Learning.

Burca, N. D. L., Gephart, S. M., & Miller, C. (2016). A nurse's guide to promoting breast milk nutrition in infants with cleft lip and/or palate. *Advances in Neonatal Care*, 16(5), 345-346.

Campbell, A. N., & Tremouth, M. J. (1987). New feeder for infants with cleft palate. *Archives of Disease in Childhood*, 62(12), 1292–1292.

Capone, R. B., & Sykes, J. M. (2007). The cleft and craniofacial team: the whole is greater than the sum of its parts. *Facial Plastic Surgery*, 23(02), 083-086.

Choi, B. H., Kleinheinz, J., Joos, U., & Komposch, G. (1991). Sucking efficiency of early orthopaedic plate and teats in infants with cleft lip and palate. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 20(3), 167-169.

Clarren, S. K., Anderson, B., & Wolf, L. S. (1987). Feeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. *The Cleft palate journal*, 24(3), 244-249.

Cooper-Brown, L., Copeland, S., Dailey, S., Downey, D., Petersen, M. C., Stimson, C., & Van Dyke, D. C. (2008). Feeding and swallowing dysfunction in genetic syndromes. *Developmental disabilities research reviews*, 14(2), 147-157.

Dadaç1, M. (2015). Dudak ve/veya Damak Yarıklı Hastalarda Beslenme. F. Özgür içinde, *Dudak Damak Yarıkları* (s. 27-37). Atlas Kitapçılık

Dailey, S. (2013). Feeding and swallowing management in infants with cleft and craniofacial anomalies. *Perspectives on Speech Science and Orofacial Disorders*, 23(2), 62-72.

De Vries, I. A. C., Breugem, C. C., Van der Heul, A. M. B., Eijkemans, M. J. C., Kon, M., & van der Molen, A. M. (2014). Prevalence of feeding disorders in

children with cleft palate only: a retrospective study. *Clinical Oral investigations*, 18(5), 1507-1515

De Vries, J. I. P., Visser, G. H. A., & Prechtl, H. F. R. (1985). The emergence of fetal behaviour. II. Quantitative aspects. *Early Human Development*, 12(2), 99–120.

Devi, E. S., Sankar, A. S., Kumar, M. M., & Sujatha, B. (2012). Maiden morsel-feeding in cleft lip and palate infants. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 2(2), 31.

Farronato, G., Cannalire, P., Martinelli, G., Tubertini, I., Giannini, L., Galbiati, G., & Maspero, C. (2014). Cleft lip and/or palate. *Minerva Stomatol*, 63(4), 111-26.

Fraker, C., & Walbert, L. (2003). Evaluation and Treatment of the Newborn: Typical Oral-Motor Development of the Term Infant. C. Fraker, & L. Walbert içinde, *Evaluation and treatment of pediatric feeding disorders: From NICU to childhood*. (s. 62-76). Speech Dynamics.

Gil-Da-Silva-Lopes, V. L., Xavier, A. C., Klein-Antunes, D., Ferreira, A. C. R. G., Tonocchi, R., Fett-Conte, A. C., Amstalden-Mendes, L. G. (2013). Feeding Infants with Cleft Lip and/or Palate in Brazil: Suggestions to Improve Health Policy and Research. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 50(5):577–590.

Glass, R. P., & Wolf, L. S. (1999). Feeding management of infants with cleft lip and palate and micrognathia. *Infants and Young Children*, 12(1), 70–81.

Goyal, M., Chopra, R., Bansal, K., & Marwaha, M. (2014). Role of obturators and other feeding interventions in patients with cleft lip and palate: a review. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 15(1), 1-9.

Habel, A., Sell, D., & Mars, M. (1996). *Management of cleft lip and palate*. *Archives of Disease in Childhood*, 74(4), 360–366.

Häggkvist, A. P., Brantsæter, A. L., Grjibovski, A. M., Helsing, E., Meltzer, H. M., & Haugen, M. (2010). Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public health nutrition*, 13(12), 2076-2086.

Hodgkinson, P. D., Brown, S., Duncan, D., Grant, C., McNaughton, A., Thomas, P., & Mattick, C. R. (2005). Management of children with cleft lip and palate: a review describing the application of multidisciplinary team working in this

condition based upon the experiences of a regional cleft lip and palate centre in the United Kingdom. *Fetal and maternal medicine review*, 16(1), 1-27.

Hoover-Fong, J., & Beck, N. (2019). Clinical Genetics: Evaluation and Management of Patients With Craniofacial Anomalies Associated With Feeding Disorders. J. Arvedson, L. Brodsky, & M. Lefton-Greif içinde, *Pediatric Swallowing and Feeding Assessment and Management* (s. 517-550). San Diego: Plural Publishing.

Ize-Iyamu, I. N., & Saheeb, B. D. (2011). Feeding intervention in cleft lip and palate babies: a practical approach to feeding efficiency and weight gain. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 40(9), 916-919.

Jones, W. B. (1988). Weight gain and feeding in the neonate with cleft: a three-center study. *The Cleft palate journal*, 25(4), 379-384.

Kasten, E. F., Schmidt, S. P., Zickler, C. F., Berner, E., Damian, L. A., Christian, G. M. & Hicks, T. L. (2008). Team care of the patient with cleft lip and palate. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 38(5), 138-158.

Kummer, A. (2014). Clefts Of The Lip and Palate. A. Kummer içinde, *Cleft palate & craniofacial anomalies: Effects on speech and resonance* (s. 39-69). Delmar: Cengage Learning.

Kuttenberger, J., Ohmer, J. N., & Polska, E. (2010). Initial counselling for cleft lip and palate: Parents' evaluation, needs and expectations. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 39(3), 214-220.

Küçükgüven, A., Çalıs, M., & Özgür, F. (2020). Assessment of nutrition and feeding interventions in Turkish infants with cleft lip and/or palate. *Journal of pediatric nursing*, 51, e39-e44.

Lefton-Greif, M., & Arvedson, J. (2007). Pediatric Feeding and Swallowing Disorders: State of Health, Population Trends, and Application of the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Seminars in Speech and Language*, 28(3), 161-165.

Lindberg, N., & Berglund, A. L. (2014). Mothers' experiences of feeding babies born with cleft lip and palate. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(1), 66-73.

Linscheid, T. R. (2006). Behavioral Treatments for Pediatric Feeding Disorders. *Behavior Modification*, 30(1), 6–23.

Martin, L. W. (1983). A new ‘Gravity-Flow’ nipple for feeding infants with congenital cleft palate. *Pediatrics*, 72(2), 244-244.

Masarei, A. G., Sell, D., Habel, A., Mars, M., Sommerlad, B. C., & Wade, A. (2007). The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared with healthy noncleft infants. *The cleft palate-craniofacial Journal*, 44(3), 321-328.

Meyer, E. C., Coll, C. T. G., Lester, B. M., Boukydis, C. Z., McDonough, S. M., & Oh, W. (1994). Family-based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. *Pediatrics*, 93(2), 241-246.

Miller, C. (2011). Feeding Issues and Interventions in Infants and Children with Clefts and Craniofacial Syndromes. *Seminars in Speech and Language*, 32(02), 115–126.

Miller, C., & Kummer, A. (2014). Feeding Problems of Infants with Clefts or Craniofacial Anomalies. A. Kummer içinde, *Cleft palate & craniofacial anomalies: Effects on speech and resonance* (s. 132-163). Delmar: Cengage Learning.

Miller, J. L., Sonies, B. C., & Macedonia, C. (2003). Emergence of oropharyngeal, laryngeal, and swallowing activity in the developing fetal upper aerodigestive tract: An ultrasound evaluation. *Early Human Development*, 71, 61–87.

Mitchell, J. C., & Wood, R. J. (2000). Management of cleft lip and palate in primary care. *Journal of Pediatric Health Care*, 14(1):13–19.

Mizuno, K., Ueda, A., Kani, K., & Kawamura, H. (2002). Feeding behaviour of infants with cleft lip and palate. *Acta Paediatrica*, 91(11), 1227-1232.

Moore, E. E., & Rosenberg, T. L. (2018). *Dysphagia in Patients with Craniofacial Anomalies*. *Pediatric Dysphagia*, 271–279.

Morris, S. E., & Klein, M. D. (1987). Prefeeding skills: A comprehensive resource for feeding development. Tucson, AZ: Therapy Skill Builders.

Oddy, W. H. (2002). The impact of breastmilk on infant and child health. *Breastfeeding Review*, 10(3), 5.

Pandya, A. N., & Boorman, J. G. (2001). Failure to thrive in babies with cleft lip and palate. *British journal of plastic surgery*, 54(6):471-475.

Prahl, C., Kuijpers-Jagtman, A. M., Van'T Hof, M. A., & Prahl-Andersen, B. (2001). A randomised prospective clinical trial into the effect of infant orthopaedics on maxillary arch dimensions in unilateral cleft lip and palate (Dutchcleft). *European Journal of Oral Sciences*, 109(5), 297-305.

Raj, P. (2018). Impact of Non-oral Feeding Methods on Feeding Development. *Pediatric Dysphagia*, 239–254.

Redford-Badwal, D., Mabry, K., & Frassinelli, J. (2003). Impact of cleft lip and/or palate on nutritional health and oral-motor development. *The Dental Clinics of North America*, 305-317

Reid, J. (2004). A review of feeding interventions for infants with cleft palate. *The Cleft palate-craniofacial journal*, 41(3), 268-278.

Reid, J., Kilpatrick, N., & Reilly, S. (2006). A prospective, longitudinal study of feeding skills in a cohort of babies with cleft conditions. *The Cleft palate-craniofacial journal*, 43(6):702-709.

Reid, J., Reilly, S., & Kilpatrick, N. (2007). Sucking Performance of Babies with Cleft Conditions. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 44(3):312–320.

Rudolph, C. D., & Thompson Link, D. (2002). Feeding disorders in infants and children. *Pediatric Clinics of North America*, 49(1):97–112.

Searle, A., Ryan, S., & Waylen, A. (2016). Health professional communication and the diagnosis and care of infants born with cleft lip and palate in the UK. *Journal of Neonatal Nursing*, 22(5):236-243.

Selley, W. G., Ellis, R. E., Flack, F. C., & Brooks, W. A. (1990). Coordination of sucking, swallowing and breathing in the newborn: Its relationship to infant feeding and normal development. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 25(3), 311–327.

Shaw, W. C., Bannister, R. P., & Roberts, C. T. (1999). Assisted feeding is more reliable for infants with clefts—A randomized trial. *The Cleft palate-craniofacial journal*, 36(3), 262-268.

Shetty, M., & Khan, M. (2016). Feeding considerations in infants born with cleft lip and palate. *APOS Trends in Orthodontics*, 6(1), 49-49.

Smedegaard, L. H. V., Marxen, D. R. N., Moes, J. H. V., Glassou, E. N., & Sciensan, C. (2008). Hospitalization, Breast-Milk Feeding, and Growth in Infants

with Cleft Palate and Cleft Lip and Palate Born in Denmark. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 45(6), 628–632.

Spoynalo, K., Courtemanche, R. J., & Henkelman, E. (2020). Online Cleft Educational Videos: Parent Preferences. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 58(4), 525-532.

Suher, İ., & Özgür, F. (2015). Yarık Damak ve Dudaklı Çocuklara Yaklaşım. F. Özgür içinde, *Dudak Damak Yarıkları* (s. 23-27). Atlas Kitapçılık.

Şahan, G., Türkiye’deki dil ve konuşma terapistlerinin dudak damak yarığına ilişkin özyeterlik düzeylerinin incelenmesi. A. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2021.

Terek, D., & Yalaz, M. Yenidoğan Bebeğın Beslenmesinde Temel Prensipler. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 11(5), 233-244.

Tokatlı, A. (2003). Bebeklerde ek besinlere geçiş;“Weaning” dönemi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12(4), 134-136.

Topbaş, S.S. (Ed.). (2021), İletişim Bozukluklarına Giriş Yaşam Boyu Kanıta Dayalı Yaklaşım, s. 300-308, İstanbul, Mirket Yayınları

Trenouth, M. J., & Campbell, A. N. (1996). Questionnaire evaluation of feeding methods for cleft lip and palate neonates. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 6(4), 241-244.

Uzel, A., & Alparslan, Z. N. (2011). Long-term effects of presurgical infant orthopedics in patients with cleft lip and palate: a systematic review. *The Cleft palate-craniofacial journal*, 48(5), 587-595.

Ünal Logacev, Ö., Kazanoğlu, D., Balo, E., & Nemutlu, A. (2018). Cleft lip and palate assessment form: Medical history, oral-periphery characteristics, speech problems. 26:156-68.

Wijekoon, P., Herath, T., & Mahendran, R. (2019). Awareness of feeding, growth and development among mothers of infants with cleft lip and/or palate. *Heliyon*, 5(12).

Wu, W., Sun, J., Liu, H., Chen, B., Gao, Z., Chen, Y. & Wang, H. (2020). Physical Growth Status and Feeding Methods of Chinese Infants With Cleft Lip With or Without Cleft Palate Under 1 Year of Age. *Frontiers in pediatrics*, 8.

Yiğit, A., Oğuz, Ş., & Dilmen , U. (2015). Dudak ve damak yarıkları olan vakaların derlenmesi ve büyümelerinin izlemi. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(2):80-82.

Young, J. L., O’Riordan, M., Goldstein, J. A., & Robin, N. H. (2001). What Information Do Parents of Newborns with Cleft Lip, Palate, or Both Want to Know? *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 38(1), 55–58.



10. EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın Ebeveyn,

Dudak Damak Yarığı'nda (DDY)Beslenme problemlerine bağlı olarak; DDY'li çocuklar ile normal gelişim gösteren çocuklar kıyaslandığında, DDY'li çocukların gelişim basamaklarında gecikme yaşadıkları bulunmuştur.

Bu araştırmanın amacı, DDY ile dünyaya gelen bebeklerin beslenmesinde yaşanan zorlukları en aza indirmek ve bebeğin oral yolla yeterli besin ve kilo alımını mümkün olduğunca geliştirmek için aile eğitim programları hazırlamak ve bu programların etkililiğini belirlemektir. Çalışma İstanbul Medipol Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğretim görevli Dr. Öğr. Üyesi Özlem Ünal Logacev ve yüksek lisans öğrencisi Zehra Savaş tarafından yürütülmektedir. Ayrıca öykü alma, oral periferik muayene ve konuşma değerlendirmesi Dudak Damak Yarıklığı Değerlendirme Formu ile yapılacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda DDY ile dünyaya gelen bebeklerin beslenmesinde yaşanan zorlukları en aza indirmek ve bebeğin oral yolla yeterli besin ve kilo alımını mümkün olduğunca geliştirmek için aile eğitim programları hazırlamaya ve bu programların etkililiğini belirlemeye yardımcı olmuş olacaksınız. Ayrıca değerlendirmelerde elde edilen bilgiler ışığında sendrom şüphesi, DDY dışında ek bozukluklar ya da yutma bozukluğu gibi durumlar belirlenirse, bu durum sizlere rapor edilecek ve gerekli yerlere yönlendirmeler sağlanacaktır.

Bu araştırmadan elde edilecek tüm bilgiler toplanıp, analiz edilerek Zehra Savaş'ın yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Kamera kayıtları paylaşılmayacak olup testin doğru uygulanıp uygulanmadığını teyit ettirmek amacıyla çocuğunuz ismi kullanılmadan, kişisel bilgileri gizli tutularak arşivlenecektir. Çalışmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi isteme hakkınız vardır. Formu imzalamadan önce araştırmaya dair herhangi bir sorunuz varsa veya ilgili ek bilgiye gereksinim olması durumunda araştırma yürütücülerden Zehra Savaş'a 05443805027 numaralı telefon ile ulaşabilirsiniz.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı açıklama yukarıda adı verilen araştırmacı tarafından yapıldı. Çocuğumun çalışmaya katılması konusunda herhangi bir zorlayıcı davranış ile karşılaşmadım ve çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı, çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çocuğumu araştırmadan çekebileceğimi biliyorum.”

“**Dudak Damak Yarığı ile Doğan Bebeklerin Beslenme Problemlerine Yönelik Aile Eğitimi**” araştırması kapsamında bana yapılan açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla, çocuğumu/kendimin mevcut çalışmaya katılmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının Velisinin;

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

Ek-2: Dudak Damak Yarığı Aile Görüşme Formu

Dudak Damak Yarığı Değerlendirme Formu

Hazırlayan: Özlem Ünal Logacev & Eren Balo & Ayşe Nemutlu

👤 Uygulayıcının Adı :

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı :	
Cinsiyet :	
Bilgiyi Veren :	
Anne Adı :	
Annenin Eğitim Durumu :	
Annenin Mesleği :	

Görüşme Tarihi :	
Doğum Tarihi :	
Yaş :	
Baba Adı :	
Babanın Eğitim Durumu :	
Babanın Mesleği :	

📞 İletişim :

Diğer Test Sonuçları	
TEDİL :	
SST :	
AGTE :	
Nazometre :	

Nazoendoskopik Muayene		
Kapanma Paterni	Açıklığın Yeri	Açıklığın Büyüklüğü

🗨️ Yorum ve Öneriler :

Dudak Damak Yarığı Aile Görüşme Formu

Hazırlayan: Özlem Ünal Logacev & Eren Balo & Ayşe Nemutlu

Ameliyat	Yas	Hastane	Doktor	Varsa Gecikme Nedeni
Dudak 1				
Dudak 2				
Damak 1				
Damak 2				
Damak 3				
Burun				
Fistül				
Faringoplasti				
Alv. Bone Grafting				
Ventilasyon Tüpü				
Maksiler ilerletme (distraksiyon, ...)				
Diğer				
Terapi Öyküsü				

Suan Takip Eden Kurum :

Pre-Natal Öykü

Akraba Evliliği : Evet Hayır

Ailede DDY Öyküsü(Yakın ve Uzak Akrabalarda) : Evet Hayır

Akrabalık Derecesi :

Hamilelik Yaşı : Hamilelik Süresi : 38-40 hf

Doğum Biçimi : Normal Sezaryen Epidural

Doğum Kilosu : Düşük / Sonlandırılmış Gebelik Sayısı :

Dudak Damak Yarığı Aile Görüşme Formu

Hazırlayan: Özlem Ünal Logacev & Eren Balo & Ayşe Nemutlu

Maruz Kalınan Maddeler :

Sigara : Evet Hayır Radyasyon : Evet Hayır Alkol : Evet Hayır
İlaç : Evet Hayır Enfeksiyon : Evet Hayır Stres : Evet Hayır
Toksik : Evet Hayır Hamilelikte Geçirilen Hastalık (diyabet vs) :
Diğer :

Peri-Natal Öykü

Ters Doğum : Evet Hayır Hipoksi : Evet Hayır Kordon Dolanması : Evet Hayır
Uzun Doğum Süresi : Evet Hayır Mekonyum Aspirasyonu : Evet Hayır

Post-Natal Öykü

Sarılık : Evet Hayır Kuvözde Kalma Süresi : Hiç
Fototerapi : Evet Hayır Nazogastrik Beslenme Süresi : Hiç
Sepsis : Evet Hayır Kalp ve Damar : Evet Hayır
Konvulsiyon : Evet Hayır Böbrek : Evet Hayır
Epilepsi : Evet Hayır Endokrinolojik : Evet Hayır
Beslenme Problemi : Evet Hayır Inguinal Hernia / Kriptorsidizm : Evet Hayır
Nazogastrik Beslenme : Evet Hayır Nörolojik : Evet Hayır
Solunum Güçlüğü : Evet Hayır Diğer Sorunlar :

Genel Sağlık Durumu (Şu Anda)

Kronik Bir Hastalık / Tanı : Evet Hayır Evet ise, Nedir? : Sesli Nefes Alma : Evet Hayır
Uyku Apnesi : Evet Hayır Horlama : Evet Hayır
Diğer Sorunlar :

Genel Sağlık Durumu (Şu Anda)

Çiğneme Sorunu : Evet Hayır Nazal Regürjitasyon : Evet Hayır Yutma Sorunu : Evet Hayır
Neleri Çiğneyemez? : Neleri İçemez? :

02

Dudak Damak Yarığı Aile Görüşme Formu

Hazırlayan: Özlem Ünal Logacev & Eren Balo & Ayşe Nemutlu

Gelişimsel Öyküsü

Emeklemeye Başlama : Boy ve Kilo Gelişimi : Normal Akranlarından Geri
Yürümeye Başlama : Psiko-Sosyal Gelişimi : Dışadönük İçedönük
Konuşmaya Başlama : Akademik Gelişimi : Normal Akranlarından Geri

Dil, Konuşma ve Rezonans

Dil:

Konuşmuyor Tek Sözcük 2-3 Sözcüklü Cümle Ekleri Atıyor Normal

Tanımadığı Kişiler Konuşmasını:

Her Zaman Anlar Bazen Anlamaz Hiç Anlamaz En İyi Anlayan

Rezonans:

Genizsi Normal Boğuk

İşitme

Otit Sayısı : Hiç 1-3 Defa 4-6 Defa 7-10 Defa >10
İşitme Problemi : Normal Çok Hafif Hafif Orta İleri Çok İleri
Cihaz : Evet Hayır
Koklear İmplant : Evet Hayır

Ek-3: Video Gönüllü Onam Formu

VIDEO GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Doğumsal anamoliler arasında en sık karşılaşılan dudak damak yarıklığı; konuşma problemleri, ortodontik bozukluklar, diş problemleri ve sosyo-psikolojik problemlerin yanı sıra beslenmeyle ilgili ciddi problemler de doğurabilmektedir. Dudak Damak Yarıklığı ile dünyaya gelen bebeklerin beslenmesinde yaşanan zorlukları en aza indirmek ve bebeğin oral yolla yeterli besin ve kilo alımını mümkün olduğunca geliştirmek için aile eğitim programları hazırlamayı ve bu programların etkililiğini belirlemeyi amaçlayan bir çalışma yapılacaktır.

Bu çalışmada elde edilecek tüm bilgiler toplanıp, analiz edilerek Zehra Savaş'ın yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Çalışma kapsamında aile/bebeğin video kaydı alınarak eğitim programı içerisinde kullanılacaktır. Video kaydı eğitim amacıyla internet ortamı üzerinde hem ailelerle hem de öğrencilerle paylaşılacaktır.

Etik kurul numarası 10840098-772.02-E.34278 olan “Dudak Damak Yarığı ile Doğan Bebeklerin Beslenme Problemlerine Yönelik Online Aile Eğitimi Etkililiğinin İncelenmesi” isimli çalışma kapsamında bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarda kendimin/çocuğumun mevcut çalışmaya katılmasını, alınan video kayıt örneğinin eğitim amacıyla internet üzerinden öğrencilerle ve ailelerle paylaşılmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının Velisinin;

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

Ek-4: Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Beslenme Yöntemlerini Değerlendirme Formu

DUDAK DAMAK YARIKLI BEBEKLERDE BESLENME YÖNTEMLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

Bu form dudak damak yarığı ile dünyaya gelen bebeklerin ailelerinin beslenme konusundaki yaklaşımları hakkında bilgi edinmeyi ve video eğitim programının etkililiğini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Bu amaç doğrultusunda size çeşitli sorular sorulacaktır. Soru formumuzda 4 bölüm bulunmaktadır ve soru formunun tamamını doldurmak en fazla 20 dakikanızı alacaktır. Lütfen tüm sorulara cevap verdiğinizden emin olunuz.

Tamamen gönüllülük esasına dayalı olarak yapılan bu formu istediğiniz zaman doldurmayı bırakabilirsiniz.

Gönüllü katılımcı formunu okudum. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Evet

Hayır

Tarih:

Annenin		Bebegin	
Adı- Soyadı:		Adı- Soyadı:	
Doğum tarihi:		Doğum tarihi:	
Eğitim Düzeyi:		Cinsiyeti:	
Mesleği:		Yarık tipi:	

BÖLÜM 1: Genel Bilgiler

1. Bebeğinizi nasıl besliyorsunuz?

Emzirerek

Kaşıkla

Şırıngayla

Normal Biberonla

Özel Biberonla

Diğer:

2. Bebeğinizin dudak ve/veya damağında yarık olduğunu öğrendikten sonra bebeğinizi nasıl besleyeceğiniz konusunda bilgi edindiniz mi?

Evet

Hayır

Kısmen

İkinci soruya cevabınız Evet veya Kısmen ise 1.3. ve 1.4. soruları cevaplayınız. Hayır dediyseniz bu soruları atlayabilirsiniz.

3. Bebeğinizi nasıl besleyeceğiniz konusundaki bu bilgiyi ne zaman edindiniz?

Hamileliğim sırasında

Doğum sonrası 0-2 gün arasında

Doğumdan 2-4 gün arasında

Doğumdan 4-7 gün arasında

Diğer:

4. Bebeğinizi nasıl besleyeceğiniz konusundaki bu bilgiyi hangi kaynaklardan edindiniz? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

İnternet

Kadın doğum doktoru

Dil ve Konuşma Terapisti

Ebe

Hemşire

Plastik cerrah

Ortodontist

Diğer:

BÖLÜM 2:

2.1.Aşağıdaki ifadeleri okuyarak söz konusu ifadelerin size ne derece uygun olduğunu lütfen ilgili kutucuğa işaretleyiniz.

	Ev	Hayır	Kısmen
1. Bebeğimi beslememe yardımcı olabilecek biberonlardan haberdarım.			
2. Bu biberonları nasıl kullanabileceğimi biliyorum.			
3. Bebeğimi 30 dk'dan fazla beslemem.			
4. Bebeğimi doyduğundan emin oluncaya kadar beslerim.			
5. Bebeğimi genelde her saat başı beslerim.			
6. Bebeğimi genelde 2-3 saatte bir beslerim.			
7. Bebeğimi genelde 4-5 saatte bir beslerim.			
8. Bebeğimi beslerken ara vererek gazını çıkarırım.			
9. Bebeğimi beslemeyi tamamladıktan sonra gazını çıkartırım.			
10. Bebeğimin, damak ameliyatı olmadığı için katı beslenmeye geçiş döneminde zorlanacağını düşünüyorum.			
11. Yapay damaklık kullanımı beslenme için şarttır.			
12. Bebeğimi, damak ameliyatı olmadan önce herhangi bir aparata ihtiyaç duymadan besleyebilirim.			

	Hiçbir zaman	Nadiren	Sık sık	Her zaman
13. Bebeğimi beslerken zorluk yaşarım.				
14. Bebeğimi beslerken burnundan besin gelir.				
15. Bebeğimi beslerken kusar.				
16. Bebeğimi beslerken nefes almada problem yaşar.				
17. Bebeğimi beslerken öksürür.				
18. Bebeğimi beslerken morarır.				
19. Bebeğimi en az 60 derecelik açıyla, dikey pozisyonda beslerim.				
20. Bebeğimi yatay pozisyonda beslerim.				
21. Bebeğimi beslerken nefes alma ve yutma döngüsüne(sırasına) dikkat ederim.				
22. Bebeğimi hiçbir sorun yaşamadan besleyebilirim.				
23. Bebeğim beslenirken nefes alması normaldir.				

BÖLÜM 3:

Aşağıda annelerin bebeklerini beslerken hissedebileceği bazı duygular yer almaktadır. Siz de bebeğinizi beslerken bu duyguları ne kadar hissettiğinizi lütfen ilgili kutuya işaretleyiniz.

	Hiç hissetmiyorum.	Biraz hissediyorum	Çok hissediyorum.
24. Mutluluk			
25. Öfke			
26. Keyif			
27. Korku			
28. Üzüntü			
29. Başarısızlık			
30. Kaygı			
31. Şefkat			
32. Utanç			
33. Hayal kırıklığı			
34. Suçluluk			
35. Sevgi			

Ek-5: Sosyal Geçerlik Formu

SOSYAL GEÇERLİK FORMU

Eğitim videosu hakkındaki düşüncelerinizle ilgili sorular yer almaktadır.

1. Bu video bebeğinizi beslemenize yardımcı oldu mu?

Evet

Hayır

2. Daha önce dudak damak yarıklı bir bebeğin beslenme videosunu izlediniz mi ya da size izletildi mi?

Evet

Hayır

3. Bu videoyu izlemek size olumlu yönden neler kattı?

.....
.....

4. Daha önce sorun olmadığını düşündüğünüz ancak bu videoyu izledikten sonra sorun olabileceğini fark ettiğiniz bir şey oldu mu?

.....
.....

5. Bu videoda eleştirmek istediğiniz yönler nelerdir?

.....
.....

6. Böyle bir video hazırlamak isteseydiniz siz nelerden bahsederdiniz?

.....
.....

7. Video sonrasında birebir bir görüşme isteğiniz oldu mu? Olduysa bu görüşmelerin faydasını gördünüz mü?

.....
.....

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-772.02-E.34278
Konu : Etik Kurulu Kararı

07/08/2020

Sayın Arş. Gör. Zehra SAVAŞ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Dudak Damak Yarığı ile Doğan Bebeklerin Beslenme Problemlerine Yönelik Online Aile Eğitimi Etkililiğinin İncelenmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 07.08.2020 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden E7BD5D5BX3 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dudak Damak Yarığı ile Doğan Bebeklerin Beslenme Problemlerine Yönelik Online Aile Eğitimi Etkililiğinin İncelenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Arş. Gör. Zehra SAVAŞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Dil ve Konuşma Terapisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 564	Tarih: 06/08/2020			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosya belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.				

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. İlkur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACIHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>

* :Toplantıda Bulunma