

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRETERM BEBEK EMZİRME DAVRANIŞI
ÖLÇEĞİ (PBEDÖ)'NİN TÜRKÇE
VERSİYONUNUN PSİKOMETRİK
ÖZELLİKLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşenur YILDIZ
ORCID: 0009-0005-2607-3253

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Dilek KÜÇÜK ALEMDAR

ORDU-2025

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Ayşenur Yıldız tarafından hazırlanan ve Prof. Dr. Dilek Küçük Alemdar danışmanlığında yürütülen “Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği (PBEDÖ)’nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri” adlı bu tez, jürimiz tarafından ... / ... / 20... tarihinde oybirliği / oyçokluğu ile Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Dilek Küçük Alemdar

Başkan: Ünvanı, Adı ve SOYADI İmza.....

.....Anabilim Dalı

.....Üniversitesi

Jüri Üyesi : Ünvanı, Adı ve SOYADI İmza.....

.....Anabilim Dalı

.....Üniversitesi

Jüri Üyesi : Ünvanı, Adı ve SOYADI İmza.....

.....Anabilim Dalı

.....Üniversitesi

ONAY

... / ... / 20... tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun/...../20... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../20...

İmza

Ünvanı, Adı SOYADI

Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Ayşenur YILDIZ



TEŞEKKÜR

Tüm lisansüstü eğitimim boyunca her konuda bilgi, birikim ve tecrübelerini benden esirgemeyen, sabırlı, üreten, yol gösteren ve paylaşan, her konuda yanımda olduğunu hissettirerek motive eden değerli danışmanım Prof. Dr. Dilek Küçük Alemdar'a; değerli görüş ve katkılarından dolayı kıymetli hocalarım Doç. Dr. Funda Kardaş Özdemir, Dr. Öğr. Üyesi Mehtap Gümüşay ve Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerine;

Uzman görüşlerinde öneri ve değerlendirmeleri ile çalışmaya katkı sağlayan değerli öğretim üyelerine ve hekimlere; araştırmanın yürütülmesi sırasında yardımlarını esirgemeyen Bursa Şehir Hastanesi tüm yenidoğan yoğun bakım hemşirelerine; tez çalışmama katılımlarıyla destek veren tüm annelere;

Beni bugünlere getiren, her zaman yanımda olan ve desteklerini hep hissettiğim annem Aysen Yıldız ve babam Ahmet Yıldız'a, her zaman ve her koşulda yanımda olan Dr. İsmail Güngör'e sonsuz teşekkürler.

Ayşenur YILDIZ

ÖZET

PRETERM BEBEK EMZİRME DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ (PBEDÖ)'NİN TÜRKÇE VERSİYONUNUN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

Amaç: Bu araştırma, 'Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği (PBEDÖ)'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasının yapılması amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik tipteki araştırmanın örneklemi, Bursa Şehir Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde ve Kadın Hastalıkları ve Doğum servislerinde yatan, gebelik haftası 33-37 arasında olan prematüre bebekler ve anneleri oluşturdu. Araştırma verilerinin toplanmasında Demografik/Obstetrik ve Neonatal Özellikler Formu, Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği (PBEDÖ) ve Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği (BEDÖ) kullanıldı. Prematüre bebeğin emzirme davranışı ardışık 2 beslenme seansı sırasında gözlemciler tarafından değerlendirildi. PBEDÖ'nün dil geçerliliği için çeviri-geri çeviri, kapsam geçerliliği için Davis tekniği kullanıldı. Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla bağımsız gruplar t-testi kullanıldı. Gözlemciler arası uyum, ölçeğin her bir maddesi için Cohen'in Kappa Katsayısı, ölçeğin toplam puanları için ise Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. Gözlemciler arası tutarlığın değerlendirilmesinde Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı hesaplandı. Ölçeğin iç tutarlılığının değerlendirilmesinde Cronbach's Alpha Güvenirlik katsayısı ve Omega Güvenirlik Katsayısı hesaplandı. Ayrıca madde-toplam puan güvenirliği için madde-toplam korelasyonu hesaplandı.

Bulgular: Araştırma için yapılan analizler sonucu Madde Düzeyinde Kapsam Geçerliliği İndeksi 0,89- 1 arasında, Ölçek Düzeyinde Kapsam Geçerliliği İndeksi değeri ise 0,963 olarak bulundu. PBEDÖ ve BEDÖ toplam puanı arasında $r=0,868$ ($p<0,001$) düzeyinde pozitif ve yüksek bir korelasyon bulundu. PBEDÖ 1. ölçümü puanı ile tekrar test PBEDÖ 2. ölçümü puanı arasında çok güçlü bir pozitif korelasyon gözlemlendi ($r=0,841$, $p<0,001$). PBEDÖ'nün her bir madde için hesaplanan Kappa değerleri 0,81- 0,93 arasındadır. Yapılan analizlerde Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı 0,893 bulundu.

Sonuçlar: Sonuç olarak PBEDÖ iç tutarlık, yapı geçerliliği ve kapsam geçerliliği hesaplamaları bakımından iyi düzeyde bulundu. Türkçeye uyarlanan PBEDÖ'nin Türk diline ve kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Preterm, bebek, emzirme, geçerlilik, güvenirlik, psikometrik özellik

ABSTRACT

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE TURKISH VERSION OF THE PRETERM INFANT BREASTFEEDING BEHAVIOUR SCALE (PIBBS)

Aim: This research was carried out to conduct the Turkish validity and reliability study of the 'Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale (PBBS)'.

Material and Method: The sample of the methodological study consisted of premature babies and their mothers with a gestational age of 33-37 weeks, hospitalized in the Neonatal Intensive Care Units and Gynecology and Obstetrics wards of Bursa City Hospital. Demographic/Obstetric and Neonatal Characteristics Form, Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale (PIBBS) and Bristol Breastfeeding Assessment Scale (BBAT) were used to collect research data. Breastfeeding behavior of the premature baby was assessed by observers during 2 consecutive feeding sessions. Translation-back translation was used for the linguistic validity of the PIBBS, and Davis technique was used for content validity. Independent Groups T-Test was used to assess construct validity. Interobserver agreement was assessed using Cohen's Kappa Coefficient for each item of the scale, and Pearson correlation analysis for the total scores of the scale. Intraclass Correlation Coefficient was calculated to assess interobserver consistency. Cronbach's Alpha reliability coefficient and Omega reliability coefficient were calculated to evaluate the internal consistency of the scale. In addition, item-total correlation was calculated for item-total score reliability.

Results: As a result of the analyses made for the research, the Content Validity Index at the Item Level was found to be between 0.89 and 1, and the Content Validity Index at the Scale Level was found to be 0.963. A positive and high correlation was found at the level of $r=0.868$ ($p<0.001$) between the total score of PIBBS and BBAT. A very strong positive correlation was observed between the PIBBS 1st measurement score and the retest PIBBS 2nd measurement score ($r=0.841$, $p<0.001$). Kappa values calculated for each item of PIBBS were between 0.81 and 0.93. In the analyses made, Cronbach's Alpha reliability coefficient was found to be 0.893.

Conclusions: As a result, PIBBS was found to be at a good level in terms of internal consistency, construct validity and content validity calculations. It was determined that PBAS, adapted to Turkish, is a valid and reliable measurement tool suitable for the Turkish language and culture.

Keywords: Preterm, infant, breastfeeding, validity, reliability, psychometric properties

İÇİNDEKİLER

TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Prematüre Bebek	4
2.1.1. Prematürelerin Sınıflandırılması	4
2.1.2. Prematüreliliğin Nedenleri	5
2.1.3. Preterm Doğum İçin Belirlenebilir Risk Faktörleri.....	6
2.1.4. Prematüre Bebeğin Fiziksel Özellikleri	7
2.1.5. Prematüreliliğin Prognozu.....	7
2.2. Prematüre Bebeğin Beslenmesi.....	8
2.2.1. Total Parenteral Beslenme	8
2.2.2. Enteral Beslenme.....	9
2.2.3. Oral Beslenme	12
2.3. Prematüre Bebeğin Emzirilmesi.....	14
2.3.1. Anne Sütünün İçeriği	15
2.3.2. Anne Sütü ve Emzirmenin Yararları	17
2.3.3. Emzirmeyi Etkileyen Risk Faktörleri.....	18
2.3.4. Emzirmenin Gözlenmesi	19
2.3.5. Emzirmenin Değerlendirilmesi	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Türü	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	23
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
3.4. Veri Toplama Araçları.....	25
3.4.1. Demografik/Obstetrik ve Neonatal Özellikler Formu (EK 1).....	25

3.4.2. Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği (PBEDÖ) (EK 2)	25
3.4.3. Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği (BEDÖ) (EK 5)	27
3.5. Araştırma Planı.....	27
3.6. Verilerin Toplanması.....	27
3.7. Verilerin Analizi.....	28
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Tanımlayıcı Özellikler.....	31
4.1.1. PBEDÖ ile Tanımlayıcı Özellikler Arasındaki İlişkiler	33
4.2. Gözlem Kategorilerine Göre Dağılım	36
4.2.1. Gözlem Kategorilerine Göre Frekans Dağılımı Değerlendirmesi.....	38
4.3. Güvenirlik ve Geçerlilik.....	40
4.3.1. Kapsam Geçerliliği.....	40
4.3.2. Güvenirlik.....	41
4.3.3. Gözlemciler Arası Uyum	42
4.3.4. Test-Tekrar Test Korelasyonu.....	44
4.3.5. Ayırt Edicilik.....	44
4.3.6. Ölçüt Geçerliliği	45
5. TARTIŞMA	46
5.1. Dil Uyarlamasına İlişkin Bulguların Tartışılması	46
5.2. PBEDÖ Geçerlilik Bulgularının Tartışılması	47
5.2.1. Kapsam Geçerliliği Bulgularının Tartışılması	47
5.2.2. Ölçüt Geçerliliği ile İlgili Bulguların Tartışılması	48
5.2.3. Yapı Geçerliliği ile İlgili Bulguların Tartışılması	49
5.3. PBEDÖ Güvenirlik Bulguların Tartışılması	49
5.3.1. Değişmezlik ile İlgili Bulgularının Tartışılması.....	49
5.3.2. Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum Güvenirliği.....	50
5.3.3. İç Tutarlılık ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	52
5.4. PBEDÖ ile Tanımlayıcı Özellikler Arasındaki İlişkilerin Tartışılması	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
6.1. Sonuçlar.....	55

6.2. Öneriler.....	56
KAYNAKLAR	57
EKLER.....	68
Ek 1. Demografik/Obstetrik ve Neonatal Özellikler Formu	68
Ek 2. Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği (PBEDÖ).....	70
Ek 3. Erken Emzirme Gözlemi Formu.....	71
Ek 4. Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği Kullanım Kılavuzu	72
Ek 5. Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği	73
Ek 6. Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği İzni.....	74
Ek 7. Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı	75
Ek 8. Şehir Hastanesi Başhekimliği Araştırma İzni	76
Ek 9. Bilgilendirilmiş Olur Formu	77
Ek 10. Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Eğitimi Katılım Belgesi	78
EK 11. Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Katılım Belgesi	79
ÖZGEÇMİŞ.....	80

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Sıklıkla Kullanılan Emzirme Pozisyonları, UNICEF 20



TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 2.1. Prematüre Bebeklerde Parenteral Alım Önerileri, TND	9
Tablo 2.2. Prematürelerin Enteral Besin Gereksinimleri, TND.....	11
Tablo 2.3. Term ve Preterm Anne Sütünün Enerji ve Makrobesin Miktarları, TND.....	16
Tablo 3.1. PBEDÖ Geçerlilik ve Güvenirlik Yöntemleri ve Kullanılan İstatistiksel Analizleri.....	29
Tablo 4.1. Anne ve Bebeklere Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	31
Tablo 4.2. PBEDÖ ve BEDÖ Toplam Puan Ortalamaları	33
Tablo 4.3. PBEDÖ ile Anne ve Bebeğe Ait Bazı Değişkenler Arasında Korelasyon Analizi	33
Tablo 4.4. PBEDÖ Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	34
Tablo 4.5. Erken Emzirme Gözlem Formu Frekans Dağılımı	36
Tablo 4.6. PBEDÖ Ölçeği İçin Uzman Görüşlerine Göre Kapsam Geçerliliği İndeksleri (I-CVI ve S-CVI)	40
Tablo 4.7. PBEDÖ Madde Analizi.....	41
Tablo 4.8. PBEDÖ Gözlemciler Arası Uyum Düzeyleri	42
Tablo 4.9. İki Gözlemci Arasında Puanlama Güvenirliği: Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC)	43
Tablo 4.10. İki Gözlemci Arasında Puanlama Korelasyonları.....	44
Tablo 4.11. PBEDÖ Puanlarının Alt %27 ve Üst %27 Gruplara Göre Farklılaşma Durumu.....	44
Tablo 4.12. PBEDÖ ve BEDÖ Puanları Arasındaki Korelasyon.....	45

SİMGELER VE KISALTMALAR

AGA	: Gebelik Haftasına Göre Uygun Bebek
BEDÖ	: Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICC	: Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı
I-CVI	: Madde Düzeyinde Kapsam Geçerliliği İndeksi
LGA	: Gebelik Haftasına Göre İri Bebek
PBEDÖ	: Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği
S-CVI	: Ölçek Düzeyinde Kapsam Geçerliliği İndeksi
SGA	: Gebelik Haftasına Göre Küçük Bebek
TND	: Türk Neonatoloji Derneği
TPB	: Total Parenteral Beslenme
YYBÜ	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
UNICEFF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
HTLV-1	: İnsan T- Hücre Lenfotropik Virüsü
HIV	: Human İmmunodeficiency Virüs
CMV	: Sitomegalovirüs

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), prematüre bebekleri, 36^{6/7} gebelik haftasından önce doğan bebekler olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2023). Preterm doğum oranı dünya çapında yaklaşık %11 oranında gerçekleşmektedir ve bu da yılda toplam 13,4 milyon erken doğum anlamına gelmektedir (DSÖ, 2020). Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nün yayınladığı istatistiğe göre 2022 yılında preterm doğum %12,9 oranındadır.

Son 30 yıl içerisinde, teknolojinin ilerlemesi ve bakım yöntemlerindeki gelişmelere bağlı olarak prematüre bebeklerin sağkalım oranları büyük ölçüde artmıştır (Tian vd., 2015). Ancak gelişimlere rağmen ülkemizde prematüre ölüm oranı yaklaşık %26’dır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Prematüre bebeklerin anatomisi, fizyolojisi ve biyokimyasal fonksiyonlarının olgunlaşmamış olması nedeniyle ekstrauterin ortama uyumda sorun yaşamakta, respiratuvar distress sendromu, hiperbilirubinemi, nekrotizan enterokolit, intraventriküler kanama, prematüre apnesi, prematüre retinopatisi, patent duktus arteriosus gibi ek tedavi ve destek gerektiren birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır (Shah ve ark., 2020). Bu sorunların yanı sıra en sık görülen ve en önemlilerinden biri beslenme sorunlarıdır (Güler ve Çiğdem, 2021). Orta ile geç prematüre bebeklerde beslenme sorunlarının en büyük nedeni, oral motor ve beslenme ile ilişkili yapı ve işlevlerin immatüritesidir (Güler ve Çiğdem, 2021). Tam oral beslenmeye geçemeyen preterm bebeğin taburculuğu gecikmekte, hastanede yatış süresi uzamakta, bununla birlikte sindirim sisteminin gelişiminde gecikmeye yol açarak, beslenme sorununun kronikleşmesi ile birlikte büyüme ve gelişmede gecikme riskini ortaya çıkarabilmektedir (Osman vd., 2016).

Anne sütü, bebekler ve anneleri için kanıtlanmış sağlık yararları nedeniyle yenidoğan bebekler için en iyi beslenme ve koruma kaynağıdır. Anne sütü biyolojik olarak zengindir, bebeğine özgüdür ve hem besin kaynağı hem de gelişmekte olan bebek için immünolojik destek görevi görür. İçerisinde tüm beyaz kan hücreleri, immünoglobulinler, proteinler ve bağışıklık düzenleyici faktörler, hormonlar, büyüme faktörleri, enzimler ve kolesterol dahil olmak üzere yüzlerce biyoaktif madde bulunur (Balest vd., 2023). Ticari olarak hazırlanan formül mamalarda bulunmayan bu biyoaktif maddeler, bebeğin olgunlaşmamış bağışıklık sistemini güçlendirir (Balest

vd., 2023). Formül mamalarla karşılaştırıldığında anne sütünün, prematürelerin bağırsak laktaz aktivitesini artırdığı, bağırsak geçirgenliğini azalttığı ve nekrotizan enterokolit gelişme riskini azalttığı tespit edilmiştir (Shulman vd., 1998; Quigley vd., 2019). Anne sütüyle beslenen bebeklerde gastrointestinal enfeksiyon, otitis media, diyare, solunum yolu enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu, sepsis ve ani bebek ölüm sendromu görülme riskinin daha düşük olduğu kanıtlanmıştır (Khan vd., 2015; Li vd., 2022; Mårild vd., 2004; Frank vd., 2019).

Mucizevi özellikleri keşfedilen anne sütü 1990 yılından itibaren dünyada ve ülkemizde teşvik edilmeye başlandı (Türkyılmaz, 2019). T.C Sağlık Bakanlığı'nın Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) işbirliği ile dünyadaki anne sütü ve emzirmenin desteklenmesi uygulamalarına paralel "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı" başlatılmıştır. Bu programın ana hedefi "bebeklerin doğumdan hemen sonra emzirmeye başlatılması, ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi ve 6. aydan sonra uygun besinlerle beraber emzirmenin 2 yaş ve ötesine kadar devam ettirilmesi"dir (Sağlık Bakanlığı, 2024).

Emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve yönetilmesinde işe erken dönme isteği/zorunluluğu, anne sütünün yetmediği düşüncesi, aşırı ve uzun süren meme ucu çatlağı, annenin adolesan/ileri yaş oluşu, düz/içe dönük meme ucu, gecikmiş laktogenez II sekresyon aktivitesi gibi maternal faktörler, intrauterin büyüme geriliği, düşük doğum ağırlığı/prematürite, memeyi kavrama, etkin emme ve yerleşme sorunları, tıbbi sorunlar, yarı damak/dudak, frenulum, mikrogranti gibi neonatal faktörler ve erken taburculuk, anne/bebek ayrılması, taburculukta etkin emzirmenin olmaması gibi çevresel risk faktörleri nedeniyle olumsuz etkilenebilmektedir (Kültürsay vd., 2018).

Genellikle term yenidoğanlar doğumdan sonraki ilk saat içinde annesinin memesine yerleştirildiğinde meme ucunu arayıp emmeye başlar ve yenidoğan sağlıklıysa, emme, yutma ve nefes alma arasındaki koordinasyonu doğumdan sonraki ilk 48 saat boyunca optimize eder (Jamehdar vd., 2022). Ancak doğumdan hemen sonra prematüre bebekler, anatomik ve fizyolojik olarak immatüritelere nedeni ile term yenidoğanlara göre emzirilmek için yeterli beslenme becerisine sahip değildir (Jamehdar vd., 2022). Özellikle geç prematüre bebekler, term bebeklere göre meme

ucunu kavrama becerisi ve emme refleksi daha zayıf olup yutmada daha fazla sorun yaşadığı bilinmektedir (Ahmed vd., 2010).

Prematürenin başarılı oral beslenmesi için, memeden veya biberondan süt çekebilmesi, bolus oluşumu ve üst sindirim kanalından güvenli bir şekilde taşınması ile sonuçlanan emme ve yutmayı başarıyla koordine etmesi gerekir (Jadcherla, 2023). Bu sürecin gelişimsel organizasyonu rahim içinde başlar ve 28. gebelik haftasından itibaren fetüste immatür olarak gelişir (Delaney ve Arvedson, 2008). 28-32 gebelik haftaları arasındaki prematürede arama, emme ve yutma refleksleri gelişir (Jadcherla, 2023). 32. gebelik haftasında emme ve yutma hareketlerini nefes alma ile koordine etmeyi öğrenir (Lau ve Schanler, 1996). 33. gebelik haftasında besleyici emme becerilerini göstermeye başlarlar (Jadcherla ve Shaker, 2012). 34. gebelik haftasında ise emme daha ritmik ve düzenli hale gelir (Jadcherla ve Shaker, 2012). Gebeliğin preterm doğumla sonuçlanmasıyla, prematüre bebekte bu fonksiyonların tam gelişmemişliği görülebilir (Lau ve Kusnierczyk, 2001).

Yeterli beslenme becerilerine sahip olmayan prematüre bebeklerin erken saptanması, bebeğin beslenmesini ve emme becerisi gelişimini optimize etmek için çok önemlidir (Pados vd., 2016). Ancak, bebeklerin beslenme sırasında sıkıntılarını iletme yetenekleri sınırlı olduğundan, sorunlu beslenme davranışları belirsiz olabilir ve heterojen şekillerde ortaya çıkabilir (Berlin vd., 2011). Sağlık profesyonelleri, değerlendirmeyi kimin tamamladığına bakılmaksızın tutarlı bir şekilde bebek oral beslenmesinin nesnel değerlendirmesine rehberlik edecek geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış değerlendirme araçlarına ihtiyaç duyarlar (Pados vd., 2016). Ülkemizde emzirmenin değerlendirilmesine yönelik Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği yapılmış sınırlı sayıda ölçek bulunmaktadır. Bunlar Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT), Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (LATCH) ve Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği (BEDÖ)'dir. Güvenirlik ve geçerlilik çalışması yapılan bu ölçekler prematüre bebekler için özel olarak geliştirilmemiştir. Bu nedenden ötürü çalışma, 1996 yılında Nyqvist ve arkadaşları tarafından prematüre bebeklerin emme davranışını değerlendirmek amacıyla geliştirilen "Preterm Bebek Emzirme Davranış Ölçeği (PBEDÖ)"nin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prematüre Bebek

Geleneksel olarak prematüre, 37. gebelik haftasından önce doğan bebeği tanımlar ve hâlâ çoğu ulusal sağlık istatistiklerinde kullanılan temel tanımdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) prematüre bebekleri, 28 gebelik haftasından önce doğan bebekleri aşırı erken doğmuş bebekler, 28 ila 31 ^{6/7} hafta arasında doğan bebekleri çok erken doğmuş bebekler ve 32 ila 36 ^{6/7} hafta arasında doğan bebekleri orta ila geç preterm bebekler olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2023).

Prematüre oranlarında ülkeler arasında önemli farklılıklar mevcut olup, bu oran dünya çapında yaklaşık %11 oranında gerçekleşmektedir ve bu da yılda toplam 13,4 milyon erken doğum anlamına gelmektedir (DSÖ, 2020). Preterm doğumları önlemek amacıyla yapılan tüm çalışmalara rağmen UNICEF ve DSÖ ‘nün verilerine göre son on yılda değişiklik görülmemiştir (Ohuma vd., 2023). Ülkemizde ise 2022 yılında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nün yayınladığı verilere göre %12,9 oranındadır. Bu prematüre bebeklerin %89,2’ sini sınırda prematüreler (32-36 gebelik haftası), %7,4’sını küçük prematüre (28-31 gebelik haftası), %3,4’ ünü çok küçük prematüre (28 gebelik haftasından küçük) bebekler oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022).

2.1.1. Prematürelerin Sınıflandırılması

Gebelik haftası ve doğum ağırlığı sınıflandırması, neonatoloji uzmanının, hemşirelerin ve ilgili sağlık profesyonellerinin bebekleri sınıflandırmasına, tedaviyi yönlendirmesine ve hastalık ve ölüm risklerini değerlendirmesine yardımcı olur (Gomella ve ark., 2020). Amerikan Pediatri Akademisi, tüm yeni doğanların doğum ağırlığına ve gebelik yaşına göre sınıflandırılmasını önermektedir (Gomella ve ark., 2020).

Prematüre bebekler ise gebelik haftalarına göre 3 grupta sınıflandırılır.

- Orta ila geç preterm: Gebelik haftası 32 hafta ile 37 hafta arasındadır.
- Çok erken doğmuş preterm: Gebelik haftası 28 hafta ile 32 hafta arasındadır.
- Aşırı erken doğmuş preterm: Gebelik haftası 28 haftadan küçüktür (DSÖ, 2023).

Aynı amaçla doğum ağırlığı 2500 gram altında olan yenidoğanlar sınıflandırılmıştır.

- Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (DDA): 2500 gram altında doğan yenidoğanlar için kullanılır.
- Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (ÇDDA): 1500 gram altında doğan yenidoğanlar için kullanılır.
- Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (ADDA): 1000 gramın altında doğan yenidoğanlar için kullanılır (Conk ve ark., 2018).

Gebelik haftası ve doğum ağırlığına göre düzenlenmiş intrauterin büyüme eğrisine göre yenidoğanlar 3 grupta sınıflandırılır.

- Gebelik Haftasına Göre Küçük Bebek (SGA): 10. Persantilin altında doğan bebekler için kullanılır.
- Gebelik Haftasına Göre Uygun Bebek (AGA): 10. ve 90. Persantiller arasında doğan normal tartılı bebekler için kullanılır.
- Gebelik Haftasına Göre İri Bebek (LGA): 90. Persantilin üstünde doğan bebekler için kullanılır (Çavuşoğlu, 2018).

2.1.2. Prematüreliliğin Nedenleri

Erken doğum; membranların sağlam olduğu spontan doğum başlangıcıyla (%40-45), erken membran yırtılmasını takiben (%25-30), tıbbi veya fetal endikasyonlarla (%30-35) görülebilir (Lissauer ve Carroll, 2016). Preterm doğumun etiyojisi multifaktöriyeldir ve fetal, maternal, uterin ve plasental faktörler arasındaki karmaşık etkileşimleri içerir. Erken doğumu tetikleyen maternal veya fetal koşullar ile plasental ve uterin patoloji ortamında, bazen preterm doğum nedenleri tanımlanabilir. Ancak çoğu preterm doğum tanımlanabilir bir neden olmadan kendiliğinden gerçekleşir. İleri anne yaşı, maternal sağlık koşulları, önceki preterm doğum öyküsü, gebelikler arası kısa aralık ve düşük sosyoekonomik düzey preterm doğumla ilişkilendirilmiştir (Brandsma ve ark., 2024). Irklar arası farklılıklar mevcut olup eğitim ve gelir düzeyi faktörü de eklendiğinde preterm doğum yalnızca kısmen öngörülebilir (Brandsma ve ark., 2024). Yapılan çalışmalarda, maternal genetik ve epigenetik ile preterm doğum arasında ilişki bulunmuştur (Zhang vd., 2017). Gebelik süresi ve gerçek preterm

doğum, maternal genomdaki genetik varyantlarla belirtilmiştir (Zhang vd., 2017). Bu genlerin birçoğu östrojen reseptörünün düzenlenmesinde, uterus gelişiminde, maternal beslenmede veya vasküler reaktivitede rol oynar.

2.1.3. Preterm Doğum İçin Belirlenebilir Risk Faktörleri

Fetal

- Fetal distres
- Çoğul gebelik
- Eritroblastozis
- Nonimmün hidrops
- Polihidramnios

Plasental

- Plasental disfonksiyon
- Plasenta previa
- Plasenta dekolmanı

Uterin

- Bikornuat uterus
- Servikal yetmezlik

Maternal

- Prematüre doğum öyküsü
- Preeklampsi
- Irkçılık deneyimi
- Kronik tıbbi hastalık
- İki doğum arası sürenin kısa olması
- Enfeksiyon (İdrar yolu enfeksiyonu, bakteriyel vajinozis, koryoamniyonit)
- Obezite
- Madde kullanım bozukluğu
- İleri anne yaşı

Diğer

- Erken membran rüptürü

- Polihidramnios
- Yukarıda listelenen faktörlere bağlı İatrojenik yardımcı üreme teknolojisi
- Travma (Brandsma ve ark., 2024).

2.1.4. Prematüre Bebeğin Fiziksel Özellikleri

Prematüre bebekler çeşitli karakteristik özellikler gösterir. Bu özellikler gebelik haftasının ve fizyolojik kapasitelerinin belirlenmesinde yardımcı olur.

- Başları gövdelerine oranla büyüktür ve fontanelleri geniştir
- Saçları ince ve seyrek.
- Gözleri küçüktür ve pupil refleksleri zor anlaşılır.
- Kulak kıkırdak yapısı olgunlaşmamıştır. Kıvrım sayısı azdır. Kolayca kıvrılıp bükülebilir.
- Burun kökü basıktır.
- Dil biraz büyüktür.
- Karın büyük, şiş ve gergindir.
- Kızlarda labia majörler minörleri örtmez. Erkeklerde ise testisler skrotuma inmemiştir ve kıvrım sayısı azdır.
- Cilt ince, jelatin görünümündedir. Şeffaf epidermis altından yüzeysel damarları görünür.
- Gebelik haftası azaldıkça lanuga tüyleri artarken, verniks kazeoza oranı azalır.
- Emme refleksleri az ya da hiç olmayabilir.
- Ağlaması zayıf ve kuvvetsizdir (Conk vd., 2018; Törüner ve Büyükgönenç, 2017).

2.1.5. Prematüreliliğin Prognozu

Prematüre bebeklerin anatomisi, fizyolojisi ve biyokimyasal fonksiyonlarının olgunlaşmamış olması, respiratuvar distress sendromu, hiperbilirubinemi, prematüre retinopatisi, nekrotizan enterokolit, intraventriküler kanama, prematüre apnesi, patent duktus arteriosus, pulmoner hipertansiyon, su ve elektrolit dengesizlikleri, asit-baz bozuklukları, anemi ve hipoglisemi gibi çeşitli neonatal komplikasyonlar açısından risk altındadır (Shah vd., 2020).

Mortalite veya morbidite olarak tanımlanan kötü sonuç riski, gebelik haftası ve doğum ağırlığı azaldıkça önemli ölçüde artar (Cnattingius vd., 2020). 2022 yılında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün yayınladığı verilere göre, 28 gebelik haftasının altında doğan çok küçük prematürelerin %60,8'i, 28-31 gebelik haftası arasında doğan küçük prematürelerin %15,2'si ve 32-36 gebelik haftası arasında doğan sınırda prematürelerin ise %1,9'u kaybedilmiştir. Benzer biçimde, 1500 gramın altında doğan çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin %34,1'i kaybedilirken, doğum ağırlığının artmasıyla birlikte bu oran, 1500-2499 gram aralığındaki bebeklerde %2,7'ye düşmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Uzun vadede prematüre bebeklerin bronkopulmoner displazi, reaktif hava yolu disfonksiyonu, büyüme geriliği, serebral palsy, nörogelişimsel gecikme, dikkat eksikliği, konuşma bozukluğu, işitme kaybı, körlük, pulmoner hipertansiyon, erişkin hipertansiyonu ve bozulmuş glikoz regülasyonu gibi olumsuz sonuçlar yaşama olasılığı da daha yüksektir (Eichenwald ve Stark, 2008).

2.2. Prematüre Bebeğin Beslenmesi

Prematüre bebeğin beslenme hedefi, postnatal büyümenin intrauterin büyüme hızına benzer olmasıdır (Ercan ve Vural, 2017). Oral beslenmenin mümkün olmadığı durumlarda, erken enteral ve parenteral beslenmenin fetal hayattaki besin gereksinimlerine uygun olarak başlanması; postnatal tartı kaybını azaltır, doğum tartısına ulaşmayı hızlandırır (Ercan ve Vural, 2017). Prematürelerin postnatal dönemde uygun ve yeterli beslenememesine bağlı olarak ekstrauterin büyüme geriliği riskiyle karşı karşıyadır ve uzun vadede nörogelişim üzerinde olumsuz etkilere neden olur (Kültürsay vd., 2018).

2.2.1. Total Parenteral Beslenme

Total parenteral beslenme (TPB), enteral beslenmenin yapılamadığı veya enteral olarak alınan miktarın besin ve kalori ihtiyacını karşılayamadığı durumlarda başlanır (Kültürsay vd., 2018). Enteral beslenemeyen ağır hasta term bebekler, tam enteral beslenmeyen prematüreler, sıvı kısıtlaması gerektiren kalp hastalığı, beslenmenin riskli olduğu nekrotizan enterokolit ve cerrahi gerektiren gastrointestinal anomaliler TPB endikasyonları arasındadır (Türkyılmaz vd., 2018). 32 haftadan küçük prematüre

bebeklerde, enteral beslenme ile ilk 24 saat içinde TPB başlanılmalıdır (Atay ve Oğuz, 2016). Total parenteral beslenmede amaç, prematürenin intrauterin yaşamına benzer mikro ve makro ihtiyaçlarını karşılayarak en iyi büyüme ve gelişmenin sağlanması, enteral beslenmeye geçişin yeterli ve komplikasyonsuz olarak sağlanması ve prematüriteye bağlı immatür sistemlerin desteklenerek mortalite ve morbiditenin azaltılmasıdır (Kültürsay vd., 2018).

Prematüre bebeğin protein, enerji, karbonhidrat, elektrolit ve sıvı ihtiyacı postnatal haftasına, gebelik haftasına, doğum ağırlığına, intrauterin büyüme geriliği varlığına ve klinik durumuna göre değişmektedir (Türkyılmaz vd., 2018). Türk Neonatoloji Derneği'nin (TND) 2018'de yayınladığı prematüre ve hasta term bebeğin beslenmesi rehberinde bulunan prematüre bebeklerde parenteral alım önerileri Tablo 2.1'deki gibidir.

Tablo 2.1. Prematüre Bebeklerde Parenteral Alım Önerileri, TND

Komponent Günde başına kg	ADDA (<1000 g)			ÇDDA (<1500 g)		
	İlk gün	2-7 gün	Büyüme	İlk gün	2-7 gün	Büyüme
Enerji (Kcal)	40-50	70-80	90-100	40-50	60-70	90-100
Protein (g)	2-3	3,5	3,5-4,0	2-3	3-3,5	3-3,5
Glukoz (g)	7-10	8-15	13-17	7-10	8-15	13-17
Lipid (g)	2	2-3	3-4	2	2-3	3
Na (mEq)	0	2-4	3-7	0	0-4	3
K (meq)	0	0-2	2-3	0	0-2	2
Ca (mg)	20-60	60	60-80	20-60	60	60-80
P (mg)	0	45-60	45-60	0	45-60	45-60
Mg (mg)	0	3-7,2	3-7,2	0	3-7,2	3-7,2

TPB ile başlanan enteral beslenme bebeğin beslenmesini tolere etmesine bağlı olarak kademeli olarak artırılmalı ve TPB desteği azaltılmalıdır (Türkyılmaz vd., 2018). Prematüre bebek, enerji ve protein gereksiniminin %75'ini enteral yolla karşıladığında TPB kesilmeli ve sıvı gereksinimi IV glukoz-elektrotlarla karşılanmalıdır (Kültürsay vd., 2018).

2.2.2. Enteral Beslenme

Oral beslenmesi mümkün olmayan prematürelerin TPB ile birlikte enteral beslenmeye başlanması yaşamsal önem taşır. Kolostrumla besleyici olmayan

miktarlarla yapılan oral immünoterapi ve minimal enteral beslenme prematüre bebekler için çok önemlidir (Kültürsay vd., 2018).

Prematüre bebeklerin gebelik haftasının 32-34' ten küçük olması, emme-yutma-solunum refleksinin gelişmemiş olması, solunum sayısının 60/dk üzerinde olması, hastalık veya medikal sebepler gibi nedenlere bağlı olarak enteral yolla beslenmesi gerekmektedir (Terek ve Yalaz, 2019).

Enteral beslenme tipi gavajla beslenme, transpilorik beslenme, gastrostomi ile beslenme şeklinde olabilir. Gavajla beslenme tipi, bebeğin gebelik haftasına uygun poliüretan orogastrik veya nazogastrik sondalar ile beslenmenin mideye verilmesidir (Çavuşoğlu, 2018). Konjenital anomaliye sahip, emme-yutma-solunum refleksi yeterli olmayan, solunum hızı yüksek oral beslenemeyen bebeklerde uygulanır (Kültürsay vd., 2018). Transpilorik beslenme, intragastrik beslenmeyi tolere edemeyen, üst gastrointestinal sistem anomalilerinde ve gastrik motilite yokluğunda kullanılır (Kültürsay vd., 2018). Beslenme içeriği, mideye uğramadan direkt duodenum ve jejunuma verilir. Gastrostomi ile beslenme, gastrointestinal yolun cerrahi girişimler nedeniyle enteral beslenmeye uygun olmadığı durumlarda, gelişme geriliği ve ağır nörolojik hasarlar gibi durumlarda uygulanır (Çay ve Güleç, 2015). Bu yöntemde mideye karın üzerinden cerrahi yolla beslenme tüpü yerleştirilir ve gastrostomi yoluyla besinler direkt mideye verilir (Çay ve Güleç, 2015).

Besinler aralıklı ya da sürekli olarak verilebilir. Ancak aralıklı beslenmenin gastrointestinal sistemdeki normal sıklık hormon artışını kolaylaştırdığı için daha fizyolojiktir, öncelikli olarak tercih edilmelidir (Ercan ve Vural, 2017). 2500 gramdan küçük prematüre bebeklerin 3 saatte bir, 1500 gramdan küçük prematüre bebeklerin ise 2 saate bir aralıklı beslenmesi önerilmektedir (Terek ve Yalaz, 2019). Aralıklı beslenmeyi tolere edemeyen 1000 gramdan küçük bebeklerde ise devamlı beslenme denenmelidir (Terek ve Yalaz, 2019). Devamlı beslenme ile sindirim ve emilim için gerek enerji miktarı azalabilir ve beslenme intoleransını azaltmaya yardımcı olabilir (Ercan ve Vural, 2017). Ancak beklenenin aksine aralıklı beslenme ile devamlı beslenme karşılaştırıldığında tam enteral beslenmeye geçiş süresi, beslenme intoleransı ve nekrotizan enterokolit sıklığında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Kültürsay vd., 2018).

32 haftadan küçük ve 1500 gramın altında doğan bebeklerde ilk günden itibaren TPB ve minimal enteral beslenme başlanmalıdır (Bilgen, 2016). Minimal enteral beslenme (trofik beslenme) ile verilen çok düşük hacimlerdeki besinin amacı mideyi beslemek değil, bağırsakları beslemektir (Terek ve Yalaz, 2019). Minimal enteral beslenme de ilk tercih anne sütüdür. Anne sütünün yokluğunda ikinci tercih donör anne sütüdür (Yurttutan ve Öncel, 2023). Ancak ülkemiz koşullarında prematüre formüle mamalar başlanır (Yurttutan ve Öncel, 2023). Prematürelerin minimal enteral beslenmesi ile; doğum tartısı daha kısa zamanda yakalaması, beslenme tolerasyonunda artış, TPB ile beslenme süresinde kısalma, gastrointestinal motilitede düzelme ve hormonal yanıtlarda iyileşme gibi avantajları vardır (Kültürsay vd., 2018). Minimal enteral beslenmenin başlangıç miktarı, beslenme sıklığı, beslenmeyi artırma süresi ve miktarı bebeğin ağırlığına, klinik durumuna, beslenme toleransına, kurum bakım standartlarına göre değişmektedir.

32-34 haftadan büyük prematüreler de ilk gün beslenmeye 30-50 ml/kg/gün ve günde 8 kere olacak şekilde beslenme başlanır (Kültürsay vd., 2018). Oral beslenmenin kontrendike olmadığı durumlarda prematürenin istekliliğine göre oral beslenme denenir. Oral alım durumuna bağlı olarak orogastrik sonda veya nazogastrik sonda ile bebeğin beslenmesi desteklenir. TND' nin 2018'de yayınladığı prematüre ve hasta term bebeğin beslenmesi rehberinde bulunan prematürelerin enteral besin gereksinimleri önerisi Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.2 Prematürelerin Enteral Besin Gereksinimleri, TND

Besin Öğeleri	Önerilen miktarlar
Enerji (Kcal/kg/gün)	120-140
Yağ (g/100 Kcal)	4,4-6
Karbonhidrat(g/100 Kcal)	10,5-12
Protein (g/kg/gün)	<1200 g: 3,5-4,5 >1200 g: 3,0-4,0
Protein/Enerji (g/100 Kcal)	<1200 g: 3,0-4,0 >1200 g: 2,5-3,6

2.2.3. Oral Beslenme

Prematürenin başarılı oral beslenmesi için, memeden veya biberondan süt çekebilmesi, bolus oluşumu ve üst sindirim kanalından güvenli bir şekilde taşınması ile sonuçlanan emme ve yutmayı başarıyla koordine etmesi gerekir (Jadcherla, 2023). Bu sürecin gelişimsel organizasyonu rahim içinde başlar ve 28. gebelik haftasından itibaren fetüste immatür olarak gelişir (Delaney ve Arvedson, 2008). Gebeliğin preterm doğumla sonuçlanmasıyla, prematüre bebekte bu fonksiyonların tam gelişmemişliği görülebilir (Lau ve Kusnierczyk, 2001).

28-32 gebelik haftaları arasındaki prematürede arama, emme ve yutma refleksleri gelişir, besleyici olmayan emme görülebilir ve non-nutritif beslenme (anne memesi, emzik) ile desteklenebilir (Jadcherla, 2023). 32. gebelik haftasında emme ve yutma hareketlerini nefes alma ile koordine etmeyi öğrenir (Lau ve Schanler, 1996). 33. gebelik haftasında besleyici emme becerilerini göstermeye başlarlar (Jadcherla ve Shaker, 2012). 34. gebelik haftasında ise emme daha ritmik ve düzenli hale gelir ve bu, bazı prematürelerin oral yoldan tam beslenme ve sıvı ihtiyacını karşılayabilecekleri ve sürdürebilecekleri en erken zamandır (Jadcherla, 2023).

Genellikle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde oral beslenmeyi başlatmak için gebelik haftasına ve ağırlığına bakılarak karar verilir. Ancak oral beslenmenin ne zaman başlatılması gerektiğine dair evrensel olarak belirlenmiş kriterler yoktur (Lubbe, 2018). Prematüre bebeklerin postnatal dönemde emme becerileri daha erken olgunlaşabilir, bu yüzden fizyolojik ve davranışsal tepkileri değerlendirilerek karar verilmedir (Lubbe, 2018; Cormier, 2015).

Oral beslenmeye geçişe hazır olduğunu gösteren bulgular:

- Postnatal yaşının 28-32 gebelik haftasından büyük olması (Ben, 2008).
- Non-nutritif emme çabasının olması ve ağız salgılarını tutabilmesi (Holloway, 2014).
- %40'tan az oksijen takviyesi ile veya takviyesiz tıbbi olarak stabil olması (Pinelli ve Symington, 2005).
- Solunum hızını dakikada 60'dan az olması (White ve Parnell, 2013).
- Kalp atım hızının 120-160 arasında stabil olması (Holloway, 2014).
- Enteral beslenmeyi tolere etmesi (White ve Parnell, 2013).

- Arama ve kavrama reflekslerinin olması (White ve Parnell, 2013).
- Emme, yutma ve solunum fonksiyonunun koordine olması (Ben, 2008).

Oral beslenmeye geçişe hazır olduğu düşünülen prematürenin, beslenmeye açık ve hazır olma durumu değerlendirilir. Prematürede, ağzını açması, diliyle dudaklarını yalaması, ağız çevresindeki uyaranlara yönelmesi, elini ağzına götürmesi, uyanıklık durumunu koruması ve göz teması kurma gibi belirtiler görüldüğünde beslenmeye başlanır (Lubbe, 2018). Beslenme sırasında emme, yutma ve solunum koordinasyon gelişimi, fizyolojik parametrelerini normal sınırlar arasında sürdürme becerileri, beslenmeye aktif katılımı ve stres davranışları değerlendirilir (Jadcherla, 2023).

Prematüre bebekte beslenmeye bağlı görülen stres davranışları;

- Başını çevirmesi
- Biberonu uzaklaştırmaya çalışması
- Vücudunu geriye doğru atması
- Parmakları yelpaze gibi açması
- Yüzünü buruşturması
- Ağız kenarına sütü akıtması
- Solunum çabasının artması
- Siyanotik görünmesi
- Desatürasyon, bradikardi, apne gelişmesidir (White ve Parnell, 2013; Kirk vd., 2007)

Stres belirtilerinin görülme seviyesine göre biberonun eğim açısını küçülterek biberonun akış hızı azaltılarak bebek dinlendirilmeli veya beslenmeye ara verilmelidir. Oral beslenmeyi hiç tolere etmeyen prematürelerde beslenme enteral yoldan verilmelidir.

Emme, yutma ve solunum koordinasyonu 32-34. gebelik haftalarında beklenir. Ancak bazen emme becerileri daha erken olgunlaşabilir ve bu gelişimi hızlandırmak için non-nutritif beslenme, oral stimülasyon ve kanguru bakımı gibi stratejiler uygulanabilir (Kültürsay vd., 2018). Non-nutritif beslenmede prematüreye boşaltılmış anne memesi, eldivenli parmak veya emzik verilir. Gavajla beslenen bebeklerde emme ve yutma koordinasyonun gelişmesini sağlayarak oral beslenmeye geçişi hızlandır, dil kaslarının güçlenmesine yardımcı olur ve emme davranışı üzerinde olumlu etkileri

vardır (Ahmadpour Kacho vd., 2017). Kanguru bakımında prematürenin kıyafetleri çıkarılarak annenin göğsüne yerleştirilir ve ten tene temas sağlanır. Kanguru bakımıyla emzirme olumlu yönde desteklenir, prematürenin sütü alma ve emzirme süresi artar, annede emzirme motivasyonunu artırır ve becerisini geliştirir (Kültürsay vd., 2018). Oral stimülasyon, prematürenin emme becerilerini geliştirme, oral mandibular kasın hareketini ve gücü artırmak için kullanılır (Kim ve Kim, 2018). Uygulama çeşitleri olsa da genel olarak dudaklara, yanaklara, diş etlerine, iç yanağa ve dile masaj yapılarak uyarımlarda bulunur (Sezer ve Küçükoğlu, 2020).

2.3. Prematüre Bebeğin Emzirilmesi

Anne sütü, bebekler ve anneleri için kanıtlanmış sağlık yararları nedeniyle yenidoğan bebekler için en iyi beslenme ve koruma kaynağıdır. Yenidoğan bebekler için en uygun beslenme şekli emzirmedir; bunu takiben bebeğin biyolojik annesinin sütünün kaşık, bardak, biberon gibi yapay bir yolla verilmesi, donör anne sütü ve formül mamaların kullanımı izlemektedir (Büyüktiryaki vd., 2023).

Dünya Sağlık Örgütü, bebeklerde optimum büyüme ve gelişmenin sağlanması için 6. aya kadar su veya ek gıdalar almadan sadece anne sütü almasını, 6. aydan sonra ek gıdalarla birlikte 2 yaşına kadar anne sütü almasını önermektedir. Ülkemizde 6. aya kadar sadece anne sütüyle beslenen bebeklerin oranı %41'dir (TNSA, 2018). Dünya genelinde bu oran %48'dir ve DSÖ'nün 2025 yılı hedefi olan %50 oranının altındadır (UNICEF, 2023).

Prematürite, memeye yerleşme/kavrama/etkin emmede sorun, uykulu bebek, annenin sütünün yetmediği endişesi, yine annenin emzirme tekniklerini bilmemesi, meme başı yaraları, gecikmiş laktogenez, düz/içe göçük meme ucu, aşırı büyük meme, erken taburculuk (<48 saat), taburculukta etkin emzirme olmaması, işe dönme gerekliliği gibi birçok risk faktörü emzirmeyi başlatma, sürdürme ve yönetmede zorluklara sebep olmaktadır (Türkyılmaz, 2019). Başta hemşire ve ebeler olmak üzere ilgili klinisyenler tarafından değerlendirilerek düzeltilebilir emzirme sorunları saptanmalı, bebek ve annenin gereksinimleri doğrultusunda güçlendirilmelidir.

2.3.1. Anne Sütünün İçeriği

Anne sütü, her annenin kendi bebeğinin gereksinimine özel, postnatal yaşına ve gebelik haftasına göre değişen eşsiz bir içeriktir. Term bebeğin olgun anne sütünün %87'si su, %1'i protein, %4'ü yağ ve %7'si karbonhidrattır (Mimouni vd., 2017). Anne sütünün bileşimindeki yüksek Whey protein (Whey/kazein 60:40) oranı, yenidoğanın sindirimini kolaylaştırır ve whey fraksiyonunda bulunan antienfektif maddeler enfeksiyonlara karşı korur (Terek ve Yalaz, 2019). Whey protein ve alfa laktaalbumin içeriği, yenidoğanda yeterli triptofan düzeyini ve uygun amino asit birikimini sağlayarak uygun protein yapısını oluşturur (Terek ve Yalaz, 2019). Yüksek miktarda bulunan ve en önemli enerji kaynağı olan uzun zincirli yağ asitleri ise beyin ve göz gelişimi için önemlidir (Kültürsay vd., 2018). Ana karbonhidrat kaynağı olan laktoz, bağırsakta zararlı mikroorganizmaların çoğalmasını engeller ve kalsiyum emilimini kolaylaştırır (Terek ve Yalaz, 2019).

Prematüre bebeğin anne sütündeki yağ, protein ve sodyum oranı ise term bebeğin anne sütüne göre daha yüksektir (Kültürsay vd., 2018). Kendi anne sütüyle beslenen prematürelerde bu sayede daha hızlı gelişim görülür; ancak ilerleyen haftalarda term bebeğin annenin sütüyle preterm doğum yapan annenin sütü arasında fark kalmamaktadır (Türkyılmaz, 2019). Türk Nenontoloji Derneği'nin 2018'de yayınladığı rehberde, term ve preterm anne sütünün enerji ve makro besin miktarları Tablo 2.3'teki gibidir.

Anne sütü biyolojik olarak karmaşıktır, bebeğine özgüdür ve hem besin kaynağı hem de gelişmekte olan bebek için immünolojik destek görevi görür. İçerisinde tüm beyaz kan hücreleri (örneğin makrofajlar, T hücreleri, B hücreleri ve nötrofiller), immünoglobulinler (IgA, IgD, IgG ve IgM) gibi proteinler ve bağışıklık düzenleyici faktörler (örneğin laktoferrin, lizozim ve laktoperoksidaz), hormonlar (örneğin tirotropin salgılatıcı hormon, tiroksin, kortizol ve insülin benzeri büyüme faktörü), büyüme faktörleri (örneğin epidermal büyüme faktörü ve insan sütü büyüme faktörleri I, II ve III), enzimler ve kolesterol dahil olmak üzere yüzlerce biyoaktif madde bulunur (Balest vd., 2023). Ticari olarak hazırlanan formül mamalarda bulunmayan bu biyoaktif maddeler, bebeğin olgunlaşmamış bağışıklık sistemini güçlendirir (Balest vd., 2023).

Tablo 2.3. Term ve Preterm Anne Sütünün Enerji ve Makrobesin Miktarları, TND

	Enerji Kcal/dl	Protein g/dl	Yağ g/dl	Laktoz Kcal/dl	Oligosakkarit g/dl
Preterm					
1. Hafta	60 (45-75)	2,2 (0,3-4,1)	2,6 (0,5-4,7)	5,7 (3,9-7,5)	2,1 (1,3-2,9)
2. Hafta	71 (49-94)	1,5 (0,8-2,3)	3,5 (1,2-5,7)	5,7 (4,1-7,3)	2,1 (1,1-3,1)
3.-4. Hafta	77 (61-92)	1,4 (0,6-2,2)	3,5 (1,6-5,5)	6,0 (5-7)	1,7 (1,1-2,3)
Term					
1. Hafta	60 (44-77)	1,8 (0,4-3,2)	2,2(0,7-3,7)	5,8 (4,2-7,4)	1,9 (1,1-2,7)
2. Hafta	67 (47-86)	1,3 (0,8-1,8)	3,0 (1,2-4,8)	6,2 (5-7,3)	1,9 (1,1-2,7)
3.-4. Hafta	66 (48-85)	1,2(0,8-1,6)	3,3, (1,6-5,1)	6,7 (5,3-8,1)	1,6 (1-2,2)

Anne sütü, bebeklerin değişen beslenme ve immünolojik ihtiyaçlarını karşılamak için beslenme sırasında ve zaman içinde değişir. Kolostrum, doğumdan hemen sonraki ilk beş gün içerisinde sarı renkli ve az miktarda salgılanan, laktoz ve yağ oranı düşük ancak antienfektif özellikteki proteinlerden zengin anne sütüdür (Büyüktiryaki vd., 2023). İmmüminanolojik ve trofik içeriği besinsel içeriğinden daha ön plandadır (Türkyılmaz, 2019). Kolostrumdan sonra geçiş sütü salgılanır ve doğum sonrası ikinci haftaya kadar devam eder (Ballard ve Morrow, 2013). Kolostruma göre yağ ve laktoz oranı daha fazladır, salgılanan miktar artar ve protein immünoglobülin oranı azdır (Ballard ve Morrow, 2013). Daha açık renkli ve yoğunluğu az olan olgun süt, doğumdan iki hafta sonra salgılanmaya başlar ve emzirme dönemi boyunca devam eder (Büyüktiryaki vd., 2023). Salgılanan olgun sütün içeriği emzirme seansı sırasında değişiklik gösterir. Ön sütünde karbonhidrattan zengin, son sütünde ise yağdan zengin içerik bulunur (Conk vd., 2018). Yenidoğanın tüm gereksinimlerinin sağlanması için memeyi tam olarak boşaltıp kendiliğinden bırakması gerekmektedir (Terek ve Yalaz, 2019).

Anne sütünün içeriği, vitamin ve minerallerden zengindir. Ancak yenidoğanın ihtiyacı olan demir, D ve K vitaminden yetersiz olup erken dönemde ve uygun miktarda desteklenmesi gerekmektedir (Uygun vd., 2018). Amerikan Pediatri

Akademisi özellikle anne sütü alan prematürelerde D vitamini ve demir takviyesini önermektedir.

2.3.2. Anne Sütü ve Emzirmenin Yararları

Emzirmenin hem anne hem de bebek için, başta beslenme olmak üzere, sağlık, bağışıklık, gelişimsel, sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden çok sayıda yararı vardır. Yenidoğanın emzirilmesiyle kısa ve uzun vadelerde fayda görülmektedir. Emzirmeyle birlikte sağlanan ten tene temas ile yenidoğanda görülen ağlamaları azalttığı, kan şekeri seviyelerini artırdığı ve geç preterm bebeklerde daha fazla kardiyovasküler stabiliteyi desteklediği görülmektedir (Moore vd., 2015). Ayrıca emzirmenin analjezik etkisinin olduğu bilinmektedir (Johnston vd., 2017). Formül mamalarla karşılaştırıldığında anne sütünün, prematürelerin bağırsak laktaz aktivitesini artırdığını, bağırsak geçirgenliğini azalttığını ve nekrotizan enterokolit gelişme riskini azalttığı tespit edilmiştir (Shulman vd., 1998); Quigley vd., 2019). Anne sütüyle beslenen bebeklerde gastrointestinal enfeksiyon, otitis media, diyare, solunum enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu, sepsis, ani bebek ölüm sendromu görülme riski daha düşüktür (Khan vd., 2015; Li vd., 2022; Mårild vd., 2004; Frank vd., 2019). Ayrıca emzirme ile yenidoğanların mortalite ve morbidite oranını düşmektedir (Victoria vd., 2016). Uzun dönemde tip1 diyabet, inflamatuvar bağırsak hastalığı, hırıltı, maloklüzyon, diş çürükleri görülme sıklığının azalması bildirilmiştir (Meek ve Noble, 2022; Binns vd., 2016; Victoria vd., 2016).

Emzirmenin anne açısından yararları, emzirme dönemi ve emzirme döneminden sonra olarak ikiye ayrılmaktadır. Erken dönemde emzirme ile salgılanan oksitosin hormonu, uterusun kasılmasını sağlayarak gebelik öncesi boyutuna ulaşmasına yardımcı olur ve kanama riskini azaltır (Sobhy ve Mohame, 2004). 6. aya kadar ek gıda vermeden sık sık emziren annelerde laktasyonel amenore görülür ve kontraseptif yöntem olarak kullanılabilir (Chowdhury vd., 2015). Kısa süre emziren ya da hiç emzirmeyen annelerde postpartum depresyonu daha fazla görülmektedir (Alimi vd., 2022). Ancak emzirme ile postpartum depresyon arasında ilişki tam olarak açıklanamamaktadır (Alimi vd., 2022). Emzirme dönemi sonrasında ise annede meme kanseri, epitel over kanseri, hipertansiyon ve tip 2 diyabet görülme riskini azaltmaktadır (Feltner vd., 2018)

Emzirmenin, toplum ve ailenin ekonomisine de faydaları bulunmaktadır. Emzirmemenin ekonomik maliyeti, anne ve bebekte görülen hastalıkların tedavisi için harcanan sağlık hizmeti maliyeti, anne ve bebek ölümleri nedeniyle kaybedilen ekonomik üretkenlik ve bebeğin bilişsel gelişimindeki azalmayla ilişkili maliyetler dahil olmak üzere çeşitli sebeplerdir (Abrams ve Daniels, 2019). Emzirme ile sağlık hizmeti maliyetinden yapılan tasarruflar, nihayetinde aile için ekonomik faydaya dönüşür. Ek olarak, aile bebek maması maliyetinden tasarruf eder ve bu maliyet Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık olarak yaklaşık 1200 ila 2000 dolar olarak hesaplanmıştır (Abrams ve Daniels, 2019).

Anne sütü 1990 yılından itibaren dünyada ve ülkemizde hızla teşvik edilmeye başladı (Türkyılmaz, 2019). Sağlık Bakanlığı'nın UNICEF işbirliği ile dünyadaki anne sütü ve emzirmenin desteklenmesi uygulamalarına paralel “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı” başlatılmıştır. Bu programın ana hedefi “bebeklerin doğumdan hemen sonra emzirmeye başlatılması, ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi ve 6. aydan sonra uygun besinlerle beraber emzirmenin 2 yaş ve ötesine kadar devam ettirilmesi”dir (Sağlık Bakanlığı, 2024). Bu amaçla başarılı emzirmede 10 adım stratejisini tüm sağlık kurum ve kuruluşları uygulamaktadır.

2.3.3. Emzirmeyi Etkileyen Risk Faktörleri

Emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve yönetilmesi maternal, neonatal ve çevresel risk faktörleri nedeniyle olumsuz etkilenebilmektedir. Düzeltilebilir faktörlerin belirlenerek çözüm önerilerinin oluşturulması için bu faktörlerin sağlık profesyonellerinin ve yasa koyucuları tarafından bilinmesi önemlidir.

Maternal Risk Faktörleri:

- İlk gebelik
- Biberon, mama ve emzik kullanma niyeti
- İşe erken dönme isteği/zorunluluğu
- Anne sütünün yetmediği düşüncesi
- Annenin adolesan/ileri yaş oluşu
- Düz/içe dönük meme ucu
- Aşırı ve uzun süren meme ucu çatlağı
- Obezite

- Gecikmiş laktogenez II sekresyon aktivitesi (Türkyılmaz, 2019).

Neonatal Risk Faktörleri:

- İntrauterin büyüme geriliği
- Düşük doğum ağırlığı/prematürite
- Çoğul gebelik
- Memeyi kavrama, etkin emme ve yerleşme sorunları
- Uykulu bebek
- Tıbbi sorunlar
- Yarık damak/dudak, frenilum, mikrogranti gibi oral anatomik sorunlar

Çevresel Risk Faktörleri:

- Erken taburculuk (<48 saat)
- Anne/bebek ayrılması
- Taburculukta etkin emzirmenin olmaması (Kültürsay vd., 2018).

2.3.4. Emzirmenin Gözlenmesi

Bebek ve annenin genel durumu, meme ve meme uçlarının durumu, bebeğin ve annenin pozisyonu, bebeğin memeye yerleşmesi, emme etkinliği izlenir (Terek ve Yalaz, 2019). Annenin pozisyonu rahat olmalı; eğer oturuyorsa ayaklarının altı desteklenmeli, bebeğin üzerine eğilmemeli, memesini C şeklinde tutarak desteklemelidir (Türkyılmaz, 2019). Bebeğin pozisyonu, annenin tutuş pozisyonlarına göre değişse de, boynu bükülmeden, kulak, omuz ve kalçası düz bir hat oluşturmalıdır (Kültürsay vd., 2018). Annesiyle göbekleri karşılıklı gelecek şekilde yakın tutulmalı, baş omuz ve poposundan desteklenmelidir (Türkyılmaz, 2019). Yüzü memeye bakarken burnu meme başına yönlendirilmelidir (Büyüktiryaki vd., 2023).

Anneler bebeklerini emzirirken, koltuk altı tutuşu, yan yatarak emzirme, karşı taraftaki kol ile çapraz tutuş ve klasik tutuş gibi farklı emzirme pozisyonlarını kullanmaktadır. Tüm pozisyonların anne ve bebek için avantajları bulunmaktadır. Sezaryen doğumlarda özellikle yan yatarak emzirme, koltuk altı tutuşu memenin tamamının boşaltılmasında veya ikizlerde, çapraz tutuş prematüre, hasta ve kavrama sorunu olan bebeklerde yararlıdır (Kültürsay vd., 2018). Anne, bebeğin en rahat

emdiği ve kendisini de yormayan en uygun pozisyonu tercih etmelidir (Türkyılmaz, 2019).



Şekil 2.1. Sıklıkla Kullanılan Emzirme Pozisyonları, UNICEF

(Soldan sağa doğru; klasik tutuş, çapraz tutuş, koltuk altı tutuşu, yan yatarak emzirme)

Memeyi doğru kavrayan bebeğin ağzı geniş açık, çenesi memeye dayanmış, alt dudağı dışa dönük ve alttan areolanın çok azı görünür (Türkyılmaz, 2019). Çenesinin memeden uzakta olması, ağzın küçük olarak açık olması, alt dudağın içe dönük veya ileri uzanmış olması ve areolanın alt ve üst kısmının eşit olarak görünmesi memeye iyi yerleşemediğini göstermektedir (Büyüktiryaki vd., 2023).

Etkin emen bebek, emme sırasında sakindir, yanakları dolgundur, yavaş ritimde derin emme hareketleri yapar ve yutkunma sesi duyulur (Kültürsay vd., 2018). Bebek emerken anne memede ağrı hissetmez ve bebek memeyi tatmin olmuş şekilde kendiliğinden bırakır (Terek ve Yalaz, 2019). Etkin ememeyen bebekte yüzeysel ve hızlı emme hareketleri görülür, yanakları içe çöker, yutma sesi duyulmaz; daha çok şapırtı sesi duyulur (Türkyılmaz, 2019). Bebek emme sırasında memeyi sık sık bırakıp kavga eder ve anne memede ağrı hisseder (Büyüktiryaki vd., 2023). Sık sık ve uzun süre emer ancak memeden ayrılmak istemez, tatmin olmamış görünür (Kültürsay vd., 2018).

Bazı bebekler çok sakindir ve erken açlık belirtileri fark edilmezse tekrar uyuyabilir; bu da beslenme yetersizliklerine, hipoglisemiye neden olabilir (Terek ve Yalaz, 2019). Bu yüzden bebekteki erken açlık belirtilerinin bilinmesi önemlidir. Aç olan bebeğin gözleri kapalıyken göz hareketleri artar ve daha sonrasında gözlerini açar (Türkyılmaz, 2019). Ağzını açar ve dilini çıkarır, memeyi aramaya başlar (Kültürsay vd., 2018). Huysuzlanıp, mırıldanır, elini ağzına götürüp emer (Büyüktiryaki vd., 2023). En son ağlamaya başlar ancak ağlama geç bir belirtidir (Kültürsay vd., 2018).

Emziren annelerde meme başı çatlağı, memede dolgunluk, süt kanalı tıkanıklığı, memede tıkanıklık ve birikme, mastit ve meme apsesi, düz veya içe çökük meme başı gibi meme sorunlarıyla karşılaşabilir. Meme başı çatlağı bu sorunlar arasında en sık görülenidir (Kültürsay vd., 2018). Bebeğin doğru pozisyonda tutulmaması ve memeyi yanlış kavraması ana nedenidir (Çerçer ve Nazik, 2023). Bu sorunların düzeltilip emzirme sonundaki anne sütünü meme başına yaymak genellikle yeterli olur (Türkyılmaz, 2019). Düz veya içe çökük meme başları için göğüs kalkanı, meme ucu kalkanı, meme pompası, piston girişi değiştirilmiş enjektör kullanılabilir (Nabulsi vd., 2022). Süt kanalı tıkanmış ve dolgun memelerde ise sıcak uygulamalar ve masajla süt akışına yardımcı olunmalı; göğüsteki süt boşaltılmalı, emzirmeye devam edilmelidir (Çerçer ve Nazik, 2023).

2.3.5. Emzirmenin Değerlendirilmesi

Bir şeyin iyi, kötü, yetersiz veya yeterli olduğunu değerlendirebilmek için geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarıyla o şeyin ölçümü yapılmalıdır. Başta hemşireler ve ebeler olmak üzere ilgili sağlık profesyonelleri tarafından emzirmeyi etkin olarak değerlendirmek için geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış, kullanımı kolay değerlendirme araçları oldukça yararlıdır (Dolgun vd., 2019). Emzirmenin değerlendirilmesine yönelik Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış ve geçerliliği güvenilirliği kanıtlanmış sınırlı sayıda ölçek bulunmaktadır. Bunlar Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (LATCH), Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği (BEDÖ), Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT)'dir. Emzirme yeterliliğinin güvenilir ve geçerli ölçüm araçları kullanılarak değerlendirilmesi, emzirmeyi başlatma, sürdürme ve yönetiminde yardımcı olacak eğitimlerin planlanmasında oldukça önemlidir (Dolgun vd., 2019).

Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (LATCH), Jensen ve Wallace tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yenal ve Okumuş tarafından 2003 yılında yapılmıştır (Yenal ve Okumuş, 2003). Ölçek, anne ve bebeğin emzirme seansı boyunca ebe/hemşire tarafından izlenerek kriterler doğrultusunda değerlendirilerek uygulanmaktadır. Uygulama süresi 5-10 dakikadır. Ölçeğin 5 değerlendirme maddesi/kriteri bulunmaktadır. Bunlar “memeyi tutma”, “bebeğin yutma hareketinin görülmesi”, “meme ucunun tipi”,

“annenine meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı”, “bebeği tutuş pozisyonu”dur. Her madde/kriter 0-2 puan arasında değerlendirmekte olup alınabilecek toplam maksimum puan 10’dur. Ölçüm aracının Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach’s Alpha değeri 0.95 bulunurken, orijinal aracın Cronbach’s Alpha değeri 0.93’tür (Jensen vd., 1994; Yenal ve Okumuş, 2003).

Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği (BEDÖ) Jenny Ingram tarafından 2014 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dolgun ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır (Ingram, 2014; Dolgun vd., 2018). Ölçek, anne ve bebeğin emzirme seansı boyunca ebe/hemşire tarafından izlenerek kriterler doğrultusunda değerlendirilerek uygulanmaktadır. Uygulama süresi 5-10 dakikadır. Ölçüm aracı “pozisyon verme”, “tutma”, “emme” ve “yutma” olmak üzere 4 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0-2 puan arasında değerlendirmekte olup alınabilecek toplam maksimum puan 8’dir. Ölçüm aracın Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach’s Alpha değeri 0.77 bulunurken, orijinal aracın Cronbach’s Alpha değeri 0.68’dir (Ingram, 2014; Dolgun vd., 2018).

Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT), Mary Kay Matthews tarafından 1988 yılında geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çelik ve Demirci tarafından 2017 yılında yapılmıştır (Matthews, 1988; Çelik ve Demirci, 2017). Ölçüm aracın Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach’s Alpha değeri 0.92 olarak hesaplanmıştır (Çelik ve Demirci, 2017). Ölçek, ebe/hemşire tarafından annelere yöneltilen sorulara yanıtı temel almaktadır. Ölçeğin 6 maddesi bulunmakta olup 2 tanesi puanlama dışında tutulmaktadır. Puanlamaya dahil edilen maddeler uyandırabilirlik, arama, yakalama ve bebeğin emme davranışları ile ilgilidir. Bu maddeler 0-3 puan arasında değerlendirilmekte olup toplam maksimum puan 12’dir. Etkili beslenen bebeklerde puan aralığı 10–12 puan; Teşvik edildiğinde oldukça başarılı emen bebeklere puan aralığı 7–9 puan; Uyarı ile beslenmeye başlamayan, aramayan veya kısa periyotlar ile emen bebeklere ise 0–6 puan aralığında değerlendirilmektedir (Dolgun vd., 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, 1996 yılında Nyqvist ve arkadaşları tarafından geliştirilen Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği (PBEDÖ)'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenirlik çalışmasının yapılması amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma, Ocak 2024- Ekim 2024 tarihleri arasında Bursa Şehir Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünite (YYBÜ)'leri ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Servislerinde yürütüldü. Üç klinikten oluşan Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisleri, toplamda 60 yatak kapasiteli olup, 18 hemşire ve ebe personeliyle hizmet vermektedir. Çalışmanın yapıldığı hastanede ayda ortalama olarak 800-900 doğum gerçekleşmektedir. YYBÜ'leri 1. ve 3. basamaktan oluşmakta olup, 43 hemşire ve ebe personeliyle hizmet vermektedir. YYBÜ'lerinde toplamda 31 küvöz kapasitesi mevcut olup, aylık yatış ortalamaları 70- 80 arasında değişmektedir. Ayrıca, çalışmanın yapıldığı hastanede anne ve bebek politikaları ile tüm bebekler için emzirmeyi ve anne sütüyle beslenmeyi destekleyen uygulamalar bulunmakta olup, hastane anne ve bebek dostu hastane belgesine sahiptir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışma, 20 Ocak 2024- 30 Ekim 2024 tarihleri arasında Bursa Şehir Hastanesi YYBÜ'lerinde ve Kadın Hastalıkları ve Doğum servislerinde yatan, gebelik haftası 33-37 arasında olan prematüre bebekler ve anneleriyle yapıldı. Çalışmaya alınan prematüre bebeklerin, gebelik haftası orijinal ölçeğe ve literatürde güvenli oral beslenmenin başlanabileceği haftalara uygun olarak seçildi. Literatürde güvenirlik ve geçerlilik çalışmalarında örneklem hacminin belirlenmesinde farklı açıklamalar bulunmaktadır. Birincisi, örneklem hacmi madde sayısı dikkate alınarak belirlenir. Bu yöntemle toplam madde sayısının 5-10 katı bir örneklem hacmi oluşturulması önerilir (Esin, 2014). İkincisi, korelasyon analizine dayalı istatistiksel yöntemler kullanıldığı için madde sayısının 10 katı örneklem hacminin oluşturulmasıyla daha doğru sonuçların elde edilmesi sağlanabilir (Akgül, 2003). Üçüncüsü, örneklem sayısı belirlenirken Uluslararası Test Komisyonu (2018) bir ölçeğin psikometrik yapısını

yeterli biçimde ortaya çıkarabilecek örneklem hacminin en az 200, faktör yapısını ortaya çıkarmak için 300 ve ideal olarak da 500'ün üzerinde olması gerektiğini bildirmektedir. Bu nedenle, 6 maddeden oluşan 'PBEDÖ' ölçeğine uygun olarak çalışmanın örneklemine, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 201 anne ve prematüre bebeği oluşturdu.

Araştırmaya alınan anne kriterleri:

- Annenin araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Annenin 18 yaş ve üzeri olması,
- Araştırmaya katılmayı kabul edildikten sonra annenin bebeğini emzirme niyetini ifade etmesi,
- Annenin Türkçe konuşabilen ve okur-yazar olmasıdır.

Araştırmaya alınan bebek kriterleri:

- Gebelik haftası 33 hafta 0 gün ile 37 hafta arasında olması,
- Beş dakikalık Apgar skoru yedi veya daha yüksek olan tekil doğması,
- Gebelik haftasına uygun doğum ağırlığında olmasıdır.

Araştırmadan dışlanan anne kriterleri:

- Annede yasadışı uyuşturucu ve tütün kullanması,
- Annenin gebelikte ve doğum sonrasında alkol kullanıyor olması,
- Annede İnsan T- hücre lenfotropik virüsü (HTLV-1) veya human immunodeficiency virüs (HIV) enfeksiyonlarının bulunması,
- Annede aktif tüberküloz varlığı,
- Annenin memesinde herpes simpleks virüsüne bağlı lezyonun görülmesi,
- Annede sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonunun bulunması,
- Maternal psikiyatrik hastalığının olmasıdır.

Araştırmadan dışlanan bebek kriterleri:

- Konjenital anomalili yenidoğan olması,
- Yarık-damak dudak hastalığına sahip olması,
- Mekanik ventilasyon tedavisi alması,
- Yenidoğan sepsisi, intraventriküler kanama, periventriküler lökomalazi tanısı alması

- Bebekte ankyloglossia (dil bağı) bulunmasıdır.

Dışlama kriterleri, etkili emzirmeyi engellediği ve bebek için emzirmenin kontrendike olduğu durumlardır (Alonso ve ark., 2018; Hellmeyer et al., 2012; Horgan, 2015; Gür, 2019; Çaka ve ark., 2017).

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Demografik/Obstetrik ve Neonatal Özellikler Formu (Ek 1), Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği (PBEDÖ) (Ek 2) ve Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği (Ek 5) kullanıldı.

3.4.1. Demografik/Obstetrik ve Neonatal Özellikler Formu (EK 1)

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan form 23 sorudan oluşmaktadır (İnce vd., 2017; Akça ve Yıldız 2024; Cangöl ve Şahin 2014). Annenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşinin çalışma durumu, aile tipi, ekonomik durumu, sağlık güvencesi, yaşadığı yerleşim yeri, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, doğum şekli, önceki doğumlarda prematüre bebeğin varlığı, emzirme ve beslenme eğitimi bilgisi, emzirme deneyimi; Bebeğin cinsiyeti, gebelik haftası, Apgar skoru, antropometrik ölçümleri, tıbbi tanısı, eğer yoğun bakımda yatıyorsa yattığı gün sayısı, beslenme şekli sorularından oluşmaktadır.

3.4.2. Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği (PBEDÖ) (EK 2)

Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği (PBEDÖ) 1996 yılında Nyqvist ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 37 gebelik haftasından küçük doğan prematüre bebeklerin emzirme davranışlarını değerlendirmektedir. Bu ölçek, arama, kavrama, kavramada kalma, emme, uzun emme hamleleri ve yutma dahil olmak üzere altı madden oluşmakta olup, bu kriterlerin olgunlaşma adımlarını değerlendirilmektedir. Ölçek maddeleri bağımsız olarak puanlanır. Uygulanan ölçekten en az 1 puan, en fazla 20 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar olgunlaşmamış emzirme davranışlarını gösterirken, yüksek puanlar olgunlaşmış emme davranışını gösterir. Ayrıca yazar tarafından paylaşılan, “Erken Emzirme Gözlemi (Ek 3)” formunda bebeğin memeye yerleştirildiğindeki genel durumu, arama davranışı memeyi kavrama şekli, pozisyonu ve yutması; annenin emzirme sonrasında meme

uçlarının durumu ve emzirme pozisyonu kriterlerinin gözlenerek saptanmasını sağlayan gözlem formu düzenlenerek kullanılmıştır. Bu gözlem formu, PBEDÖ puanlarını etkilemeyip, orijinal çalışmadan bağımsız olarak araştırmacılar tarafından eklenmiştir. Ölçeğin uygulanma süresi, gözlem formuyla birlikte yaklaşık 15 dakikadır. Bu süre zarfında emziren anne hemşire tarafından gözlenir ve kriterler doğrultusunda değerlendirilir. Nyqvist ve arkadaşları (1996) PBEDÖ için iki gözlemci arasındaki Kappa değerlerini 0.68-0.84 olarak hesaplamıştır. Ölçeği kullanacak olan gözlemcilerin objektif ve doğru bir değerlendirme yapabilmesi için, ölçeğin maddelerini açıklayan bir kullanım kılavuzu oluşturulmuştur (Ek 4).

Ölçeğin Türk toplumuna uyarlamasını yapmak ve dil geçerliliği sağlamak amacıyla, öncelikle Prof. Christine Rubertsson'dan e-posta aracılığıyla yazılı izin alındı (Ek 6). Her iki dili ve kültürü iyi bilen birbirinden bağımsız çalışan birisi konu hakkında bilgi sahibi, diğeri bilgilendirilmemiş iki uzman tarafından İngilizceden Türkçeye çevirisi yapıldı. Daha sonrasında araştırmacılar tarafından incelenerek her maddenin en uygun çevirisi için fikir birliğine varılarak Türkçesi yeniden düzenlendi. Oluşturulan Türkçe ölçek formu daha sonrasında her iki dili ve kültürü iyi bilen iki uzman tarafından Türkçeden İngilizceye çevrildi. Çeviri- geri çeviri yöntemiyle oluşturulan Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği'nin dil geçerliliği açısından uygun olduğu görüldü.

PBEDÖ'ye geçerlilik ve güvenilirliği kazandıracak olan kapsam geçerliliğini sağlamak için Türkçeye çevrilen ölçek için Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında 5 öğretim üyesinden, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında 2 öğretim üyesinden; 1 Pediatri Uzmanı ve 1 Yenidoğan Uzmanından görüş alındı. Uzmanlara, ölçeğin özgün ve çeviri formu birlikte gönderilerek, ölçeğin maddelerinin uygunluğunu değerlendirmeleri için 1-4 arasında (1= Uygun değil, 2 = Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir, 3= Uygun, ancak küçük değişiklik gerekir, 4= Çok uygun) bir puan vermeleri istenmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda kapsam geçerliliği sağlanan PBEDÖ'ye düzenlemeler yapılarak son şekli verildi. Maddelerin anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini ölçmek amacıyla, örnekleme dâhil edilme ve dışlanma kriterlerine uygun 30 anne ve prematüre bebeği ile pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulama sonucuna göre ölçekte değişiklik yapılmadı ve pilot uygulama katılımcıları ana çalışmaya dahil edilmedi.

3.4.3. Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği (BEDÖ) (EK 5)

2014 yılında Jenny Ingram tarafından geliştirilen Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği (BEDÖ), Dolgun ve arkadaşları tarafından 2018 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapıldı. Ölçek emzirme yeterliliğini ve sorunlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçek; yutma, emme, tutma ve pozisyon verme olmak üzere 4 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin uygulanma süresi yaklaşık 5-10 dakikadır. Bu süre zarfında emziren anne, hemşire tarafından gözlenir ve kriterler doğrultusunda değerlendirilir. Aracın orijinal şeklinin Cronbach's Alpha değeri 0.68'dir. Türkçeye uyarlanmış ölçüm aracının Cronbach's Alpha değeri ise 0.77 bulunmuştur.

3.5. Araştırma Planı



3.6. Verilerin Toplanması

Öncelikle araştırmanın uygulanması için gerekli etik kurul izni (Ek 7) ve araştırmanın yapıldığı hastaneden kurum izni (Ek 8) alındı. Örnekleme dahil edilme kriterlerine uygun olan prematüre bebek ve annelerine, araştırmanın amacı ve kapsamı

anlatıldı. Katılımda gönüllü olan annelerden sözlü ve yazılı onam alındı (Ek 8). Araştırmaya dahil edilen prematüre bebeğin emzirme davranışının değerlendirmesi araştırmacı ve bir yenidoğan yoğun bakım hemşiresi tarafından eş zamanlı olarak gerçekleştirilmiştir. İlk değerlendirme için bebeğin son beslenmesinin üzerinden 2 saat geçmiş olması beklendi ve değerlendirme iki gözlemci tarafından yapıldı. İkinci değerlendirme için ilk değerlendirmenin yapıldığı beslenme seansından sonra 2 saat beklendikten sonra tekrar değerlendirme yapıldı. İki gözlemcinin, eş zamanlı olarak iki ardışık beslenme seansında, prematüre bebeğin emzirme davranışını değerlendirirken PBEDÖ ve paralel form olan BEDÖ kullanıldı.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programı aracılığıyla değerlendirildi. Bu çalışmada PBEDÖ ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlik analizleri yapıldı. Ölçeğin kapsam geçerliliğini değerlendirmek amacıyla Davis tekniği kullanıldı ve dokuz uzmanın görüşleri doğrultusunda Madde Düzeyinde Kapsam Geçerliliği İndeksi (I-CVI) ve Ölçek Düzeyinde Kapsam Geçerliliği İndeksi (S-CVI) hesaplandı.

Güvenirlik analizinde, ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla Cronbach's Alpha ve McDonald's Omega katsayıları hesaplandı. Madde analizinde, her bir maddenin madde-toplam korelasyon katsayıları incelendi.

İki bağımsız gözlemci arasındaki değerlendirme tutarlılığını incelemek amacıyla, her bir davranış kategorisi için Cohen'in Kappa katsayıları ve Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) hesaplandı. Ölçeğin zamana karşı kararlılığını değerlendirmek amacıyla test-tekrar test korelasyonu analiz edildi. Ayırt edicilik analizinde ise PBEDÖ puanlarının alt %27 ve üst %27 gruplara göre farklılaşma durumu bağımsız gruplar t-testi ile incelendi.

PBEDÖ ölçeğinin ölçüt geçerliliğini değerlendirmek amacıyla, aynı yapıyı ölçtüğü varsayılan BEDÖ ile PBEDÖ arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak analiz edildi.

Araştırmaya katılan anne ve bebeklere ait tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanıldı. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanıldı.

PBEDÖ puanları ile bazı sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizleri aracılığıyla incelendi. Katılanların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

Tablo 3.1. PBEDÖ Geçerlilik ve Güvenirlik Yöntemleri ve Kullanılan İstatistiksel Analizleri

Güvenirlik		Geçerlilik	
	İstatistiksel Analiz		İstatistiksel Analiz
Gözlemciler Arası Tutarlılık	- Pearson Korelasyon	Dil Geçerliliği	-Çeviri -Geri çeviri
		Kapsam/İçerik Geçerliliği	-Uzman görüşü -Davis tekniği -Pilot uygulama
Gözlemciler Arası Uyum	-Kappa analizi		- Madde Düzeyinde Kapsam Geçerlilik İndeksi (I-CVI) -Ölçek Düzeyinde Kapsam Geçerlilik İndeksi (S-CVI)
Gözlemciler İçi Tutarlılık	-Sınıf içi korelasyon katsayısı -Ölçümler arası tutarlılık yüzdesi	Yapı Geçerliliği /Ölçüt Geçerliliği	-Sperman Korelasyon -Bağımsız Gruplar T-Testi tekniği

Tablo 3.1. (Devam) PBEDÖ Geçerlilik ve Güvenirlik Yöntemleri ve Kullanılan İstatistiksel Analizleri

Güvenirlik	Geçerlilik
İç Tutarlılık	İstatistiksel Analiz -Maddeler arası korelasyonları -Cronbach Alfa Katsayısı -Madde istatistikleri -McDonald's Omega Katsayısı -Madde toplam korelasyonları

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.12.2023 tarihli 2023/329 karar nolu etik kurul izni alındı (Ek 7). Bursa Şehir Hastanesi Başhekimliği tarafından 17.01.2024 tarihli E-13012450-799-234357619 sayılı izin alındı (Ek 8). PBEDÖ'nin Türkçeye uyarlanması ve Türkçe formunun kullanımına ilişkin Prof. Christine Rubertsson'dan e-posta aracılığıyla yazılı izin alındı (EK 6). Araştırmaya dahil edilen prematüre bebek ve annelerine, araştırmanın amacı ve kapsamını açıklayan Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek 9) ile yazılı izinleri alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma sırasında gözlemcilerin, annelerin ve bebeklerin emzirme seansları için belirlenen saatlere uyum sağlamada sorun yaşamaları, araştırmanın koordinasyonunu güçleştirmiştir. Anne veya bebeğin anlık sağlık durumunun emzirme için uygun olmaması, emzirme gözlemi için belirlenen randevuların ertelenmesine neden olmuştur. Hastanede gerçekleşen doğum sayısının yüksek olmasına rağmen, emzirme için uygun sağlıklı prematüre bebek oranının düşük olması veri toplama sürecinde zorluklara yol açmıştır. Ayrıca, örneklem grubu yalnızca bir şehirdeki anne ve bebeklerle sınırlı kalmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Özellikler

Tablo 4.1. Anne ve Bebeklere Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Anne Eğitim Durumu		
İlkokul	41	20,4
Ortaokul	48	23,9
Lise	68	33,8
Üniversite	44	21,9
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	47	23,4
Çalışmıyor	154	76,6
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	186	92,5
Çalışmıyor	15	7,5
Sağlık Güvencesi		
Evet	185	92,0
Hayır	16	8,0
Ailenin Ekonomik Durumu		
Gelirim Giderimden Az	64	31,8
Gelirim Giderime Denk	118	58,7
Gelirim Giderimden Fazla	19	9,5
Yaşanılan Yer		
Köy ve Kasaba	31	15,4
İlçe	56	27,9
İl	114	56,7
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	160	79,6
Geniş Aile	41	20,4
Doğum Şekli		
Vajinal Doğum	31	15,4
Sezaryen Doğum	170	84,6
Daha Öncesinde Prematüre Bebek Varlığı		
Evet	55	27,4
Hayır	146	72,6
Daha Öncesinde Emzirme Deneyimi Varlığı		
Evet	128	63,7
Hayır	73	36,3
Emzirme Eğitimi Alma Durumu		
Evet	132	65,7
Hayır	69	34,3
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	113	56,2
Erkek	88	43,8

Tablo 4.1. (Devam) Anne ve Bebeklere Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Bebeğin Tıbbi Tanısı		
Prematüre ve Solunum Sıkıntısı	126	62,7
Prematüre	75	37,3
Bebeğin Yoğun Bakımda Kalma Durumu		
Evet	129	64,2
Hayır	72	35,8
Beslenme Şekli		
Emzirme	50	24,9
Emzirme ve OG/NG Destekli	71	35,3
Emzirme ve Biberon/Kap/Kaşık Destekli	80	39,8
	Ort	Ss
Anne Yaşı	30,190	5,149
Toplam Gebelik Sayısı	2,780	1,305
Yaşayan Çocuk Sayısı	2,270	1,049
Bebeğin Gestasyon Yaşı	34,660	1,075
Bebeğin Ağırlığı	2278,710	586,334
Bebeğin Boyu	45,010	3,805
Bebeğin Baş Çevresi	31,540	2,328
Bebeğin Apgar Skoru 1. Dk	8,000	1,042
Bebeğin Apgar Skoru 5. Dk	9,020	1,017
Bebeğin Yoğun Bakımda Yatış Süresi	15,280	13,252

Anne ve bebeklerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur. Çalışmaya katılan annelerin %20,4’ünün ilkokul, %23,9’unun ortaokul, %33,8’inin lise, %21,9’unun ise üniversite mezunu olduğu görüldü. Annelerin %76,6’sı çalışmamaktadır. Babaların %92,5’i çalışmaktadır. Annelerin %92,0’sinin sağlık güvencesi olup, %58,7’si "gelirim giderime denk" yanıtını verdi. Annelerin %56,7’sinin ise il merkezinde yaşadığı, %79,6’sının çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptandı. Annelerin % 84,6’sının sezaryen doğum yaptığı ve %27,4’ü daha önce prematüre bebeği olduğu belirlendi. Emzirme deneyimi açısından bakıldığında, %63,7’sinin daha önce emzirme deneyimi olduğu, %65,7’sinin emzirme eğitim aldığı tespit edildi.

Bebeklerin %56,2’sinin kız ve %43,8’inin erkek olup, %62,7’sinin prematüre ve solunum sıkıntısı tanısı, %37,3’ünün ise sadece prematüre tanısı bulunmaktadır. Bebeklerin %64,2’sinin yoğun bakımda kaldığı, %24,9’unda yalnızca emzirme, %35,3’ü emzirme ve OG/NG destekli beslenme, %39,8’ine ise emzirme ve biberon/kap/kaşık destekli beslenme uygulandığı tespit edilmiştir.

Ayrıca, annelerin yaş ortalaması $30,19 \pm 5,15$ (Min=18; Maks=43), toplam gebelik sayısı $2,78 \pm 1,31$ (Min=1; Maks=7), yaşayan çocuk sayısı $2,27 \pm 1,05$ (Min=1; Maks=6), bebeğin gestasyon yaşı ortalaması $34,66 \pm 1,08$ (Min=33; Maks=36), bebeğin ağırlık ortalaması $2278,71 \pm 586,33$ gram (Min=1010; Maks=3950), bebeğin boy ortalaması $45,01 \pm 3,81$ cm (Min=34; Maks=52), bebeğin baş çevresi ortalaması $31,54 \pm 2,33$ cm (Min=23; Maks=36), bebeğin Apgar skoru 1. dakika ortalaması $8,00 \pm 1,04$ (Min=1; Maks=9), Apgar skoru 5. dakika ortalaması $9,02 \pm 1,02$ (Min=1; Maks=10) ve bebeğin yoğun bakımda yatış süresi ortalaması $15,28 \pm 13,25$ gün (Min=1; Maks=56) olarak bulundu.

Tablo 4.2. PBEDÖ ve BEDÖ Toplam Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Ölçek Min-Maks.
PBEDÖ	201	8,492	5,04	1,000	20,000	1-20
BEDÖ	201	2,865	2,162	0,00	8,00	0-8

Tablo 4.2’de, PBEDÖ ve BEDÖ için hesaplanan puan ortalamaları sunulmaktadır. Çalışmaya katılan bebeklerin PBEDÖ puanlarının ortalaması 8,492 (Ss=5,04) olarak bulundu. PBEDÖ puanları 1 ile 20 arasında değişmekte olup, ölçeğin minimum ve maksimum değer aralığı 1 ile 20’dir. Bu sonuç, katılımcıların PBEDÖ ölçeğinde genel olarak orta seviyede bir dağılım sergilediğini göstermektedir.

4.1.1. PBEDÖ ile Tanımlayıcı Özellikler Arasındaki İlişkiler

PBEDÖ ölçeği puanları ile bazı demografik ve bebekle ilgili özellikler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Tablo 4.3’te sunulan bulgulara göre, PBEDÖ puanları ile değişkenler arasında anlamlı korelasyonlar gözlemlendi.

Tablo 4.3. PBEDÖ ile Anne ve Bebeğe Ait Bazı Değişkenler Arasında Korelasyon Analizi

Özellikler	PBEDÖ	
	r	p
Anne Yaşı	0,209**	0,003
Toplam Gebelik Sayısı	0,239**	0,001
Yaşayan Çocuk Sayısı	0,288**	0,000
Bebeğin Gestasyon Yaşı	0,302**	0,000
Bebeğin Ağırlığı	0,268**	0,000
Bebeğin Boyu	0,285**	0,000
Bebeğin Baş Çevresi	0,327**	0,000

Tablo 4.3. (Devam) PBEDÖ ile Anne ve Bebeğe Ait Bazı Değişkenler Arasında Korelasyon Analizi

Özellikler	PBEDÖ	
	r	p
Anne Yaşı	0,209**	0,003
Toplam Gebelik Sayısı	0,239**	0,001
Yaşayan Çocuk Sayısı	0,288**	0,000
Bebeğin Gestasyon Yaşı	0,302**	0,000
Bebeğin Ağırlığı	0,268**	0,000
Bebeğin Boyu	0,285**	0,000
Bebeğin Baş Çevresi	0,327**	0,000
Bebeğin Apgar Skoru 1. Dk	0,155*	0,028
Bebeğin Apgar Skoru 5. Dk	0,195**	0,006
Bebeğin Yoğun Bakımda Yatış Süresi	-0,181*	0,041

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

PBEDÖ puanları ile anne yaşı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulundu ($r=0,209$, $p<0,01$). Benzer şekilde, toplam gebelik sayısı ($r=0,239$, $p<0,01$) ve yaşayan çocuk sayısı ($r=0,288$, $p<0,01$) ile PBEDÖ puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler saptandı. Bebeğin gestasyon yaşı ($r=0,302$, $p<0,01$), ağırlığı ($r=0,268$, $p<0,01$), boyu ($r=0,285$, $p<0,01$) ve baş çevresi ($r=0,327$, $p<0,01$) ile PBEDÖ puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler bulundu. Ayrıca, bebeğin Apgar skoru hem 1. dakika ($r=0,155$, $p<0,05$) hem de 5. dakika ($r=0,195$, $p<0,01$) ölçümlerinde PBEDÖ puanları ile pozitif yönlü anlamlı ilişkiler göstermektedir. Öte yandan, bebeğin yoğun bakımda yatış süresi ile PBEDÖ puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulundu ($r=-0,181$, $p<0,05$).

Tablo 4.4. PBEDÖ Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	PBEDÖ Ort ± SS	Test ve p değeri
Anne Eğitim Durumu			
İlkokul	41	10,122±5,639	F= 2,768
Ortaokul	48	8,208±5,222	p= 0,043
Lise	68	8,515±4,960	PostHoc= 1>4 ($p<0,05$)
Üniversite	44	7,023±4,082	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	47	8,457±5,091	t= 0,023
Çalışmıyor	154	8,438±5,070	p= 0,982
Eşin Çalışma Durumu			
Çalışıyor	186	8,540±5,049	t= 0,962

Tablo 4.4. (Devam) PBEDÖ Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	PBEDÖ Ort ± SS	Test ve p değeri
Çalışmıyor	15	7,233±5,240	p= 0,337
Sağlık Güvence			
Evet	185	8,492±5,091	t=0,467
Hayır	16	7,875±4,836	p= 0,641
Ailenin Ekonomik Durumu			
Gelirim Giderimden Az	64	7,977±4,503	F=0,439
Gelirim Giderime Denk	118	8,712±5,376	p= 0,645
Gelirim Giderimden Fazla	19	8,342±4,964	
Yaşanılan Yer			
Köy ve Kasaba	31	9,032±5,679	F=0,723
İlçe	56	7,795±5,208	p=0,487
İl	114	8,601±4,823	
Aile Tipi			
Çekirdek Aile	160	8,678±5,134	t=1,304
Geniş Aile	41	7,524±4,718	p=0,194
Doğum Şekli			
Vajinal Doğum	31	7,387±5,628	t=-1,264
Sezaryen Doğum	170	8,635±4,946	p=0,208
Emzirme Deneyimi Varlığı			
Evet	128	9,570±5,403	t=4,366
Hayır	73	6,466±3,669	p=0,000
Emzirme ve Beslenme Eğitimi Alma Durumu			
Evet	132	8,481±4,583	t=0,148
Hayır	69	8,370±5,907	p=0,891
Bebeğin Cinsiyeti			
Kız	113	8,885±4,877	t=1,407
Erkek	88	7,875±5,264	p=0,161
Bebeğin Tıbbi Tanısı			
Prematüre ve Solunum Sıkıntısı	126	6,941±4,145	t=-5,896
Prematüre	75	10,967±5,471	p=0,000
Bebeğin Yoğun Bakımda Kalma Durumu			
Evet	129	6,946±4,097	t=-6,099
Hayır	72	11,125±5,528	p=0,000
Daha Öncesinde Prematüre Bebek Varlığı			
Evet	55	9,891±5,463	t=2,522
Hayır	146	7,897±4,810	p=0,019

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.4'te sunulan sonuçlar, PBEDÖ puanlarının belirli değişkenler açısından anlamlı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. PBEDÖ puanları anne eğitim durumu açısından anlamlı farklılık gösterdi ($F=2,768$; $p=0,043$). Post-hoc analiz bulguları, ilkokul mezunu annelerin PBEDÖ puan ortalamalarının ($10,122 \pm 5,639$), üniversite mezunu annelerden ($7,023 \pm 4,082$) daha yüksek olduğunu göstermektedir ($p<0,05$). Daha önce prematüre bebeği olan annelerin PBEDÖ puan ortalaması ($9,891 \pm 5,463$), prematüre bebek sahibi olmayan annelere göre ($7,897 \pm 4,810$) anlamlı derecede yüksektir ($t=2,522$; $p=0,019$). Benzer şekilde daha önce emzirme deneyimi olan annelerin PBEDÖ puan ortalamalarının ($9,570 \pm 5,403$), emzirme deneyimi olmayanlardan ($6,466 \pm 3,669$) anlamlı olarak yüksek olduğu gözlemlendi ($t=4,366$; $p<0,001$). Prematüre ve solunum sıkıntısı tanısı olan bebeklerin annelerinin PBEDÖ puan ortalaması ($6,941 \pm 4,145$), yalnızca prematüre olan bebeklerin annelerinin puan ortalamasından ($10,967 \pm 5,471$) anlamlı olarak daha düşüktür ($t=-5,896$; $p<0,001$). Ayrıca, yoğun bakımda kalan bebeklerin annelerinin PBEDÖ puan ortalaması ($6,946 \pm 4,097$), yoğun bakımda kalmayanlarınkine göre ($11,125 \pm 5,528$) anlamlı derecede daha düşüktür ($t=-6,099$; $p<0,001$). Diğer demografik özellikler (çalışma durumu, eşin çalışma durumu, sağlık güvencesi, ekonomik durum, yaşanılan yer, aile tipi, doğum şekli, emzirme ve beslenme eğitimi alma durumu, bebeğin cinsiyeti) açısından PBEDÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0,05$).

4.2. Gözlem Kategorilerine Göre Dağılım

Tablo 4.5. Erken Emzirme Gözlem Formu Frekans Dağılımı

		1. Gözlemci		2. Gözlemci	
		n	%	n	%
Memeye Yerleştirildiğinde	Uyanık/tetikte	106	%52,7	98	%48,8
	Ağlıyor	30	%14,9	34	%16,9
	Uykulu/bitkin	65	%32,3	69	%34,3
Arama Davranışı	Oral Hareketler/arama Davranışı Var	63	%31,3	72	%35,8
	El veya Başka Bir Nesneyi Emiyor	6	%3,0	0	%0,0
	Esniyor, Ağzı Tam Açık Değil	15	%7,5	12	%6,0
	Ağzı Tam Açık Bir Şekilde Esniyor	12	%6,0	12	%6,0

Tablo 4.5. (Devam) Erken Emzirme Gözlem Formu Frekans Dağılımı

		1. Gözlemci		2. Gözlemci	
		n	%	n	%
Kavrama: Sağ Meme	Dil, Yalama Hareketleri Var	23	%11,4	18	%9,0
	Emme Hareketleri Var	8	%4,0	12	%6,0
	Arama Davranışı Yok	74	%36,8	75	%37,3
	Gözlenmedi	22	%10,9	26	%12,9
	Büzülmüş Dudak	24	%11,9	24	%11,9
	Ağız Geniş ve Açık, Etkili Kavrama	60	%29,9	64	%31,8
	Yüzeysel Kavrama	95	%47,3	87	%43,3
Kavrama: Sol Meme	Gözlenmedi	26	%12,9	32	%15,9
	Büzülmüş Dudak	26	%12,9	26	%12,9
	Ağız Geniş ve Açık, Etkili Kavrama	64	%31,8	62	%30,8
	Yüzeysel Kavrama	85	%42,3	81	%40,3
Anneyle Tam Ön Temas	Hayır	115	%57,2	115	%57,2
	Evet	86	%42,8	86	%42,8
Anneye Yan Dönük	Hayır	88	%43,8	90	%44,8
	Evet	113	%56,2	111	%55,2
Anneye Yakın	Hayır	102	%50,7	102	%50,7
	Evet	99	%49,3	99	%49,3
Anneden Çok Uzakta	Hayır	141	%70,1	145	%72,1
	Evet	60	%29,9	56	%27,9
Yutma	Görünür Yutkunmalar	52	%25,9	54	%26,9
	Duyulamayan/fark Edilebilir Yutkunmalar	6	%3,0	4	%2,0
	Görünmeyen Yutkunmalar	75	%37,3	81	%40,3
Sağ Meme Ucu Yuvarlak	Hayır	49	%24,4	49	%24,4
	Evet	152	%75,6	152	%75,6
Sağ Meme Ucu Düz/içe Çökük	Hayır	156	%77,6	156	%77,6
	Evet	45	%22,4	45	%22,4
Sağ Meme Ucu Meme İle Aynı Yönü Gösterir	Hayır	171	%85,1	171	%85,1
	Evet	30	%14,9	30	%14,9
Sağ Meme Ucu Sağa İşaret Ediyor	Hayır	197	%98,0	197	%98,0
	Evet	4	%2,0	4	%2,0
Sağ Meme Ucu Aşağı Doğru İşaret Ediyor	Hayır	173	%86,1	175	%87,1
	Evet	28	%13,9	26	%12,9
Sağ Meme Ucu Yukarı Doğru İşaret Ediyor	Hayır	197	%98,0	199	%99,0
	Evet	4	%2,0	2	%1,0
Sol Meme Ucu Yuvarlak	Hayır	49	%24,4	51	%25,4
	Evet	152	%75,6	150	%74,6

Tablo 4.5. (Devam) Erken Emzirme Gözlem Formu Frekans Dağılımı

			1. Gözlemci		2. Gözlemci	
			n	%	n	%
Sol Meme Ucu						
Düz/içe Çökük	Hayır		154	%76,6	156	%77,6
	Evet		47	%23,4	45	%22,4
Sol Meme Ucu	Hayır		171	%85,1	171	%85,1
Meme ile Aynı Yönü	Evet		30	%14,9	30	%14,9
Gösterir						
Sol Meme Ucu Sağa	Hayır		199	%99,0	195	%98,0
İşaret Ediyor	Evet		2	%1,0	4	%2,0
Sol Meme Ucu Sola	Hayır		199	%99,0	199	%99,0
İşaret Ediyor	Evet		2	%1,0	2	%1,0
Sol Meme Ucu Aşağı	Hayır		173	%86,1	173	%86,1
Doğru İşaret Ediyor	Evet		28	%13,9	28	%13,9
Sol Meme Ucu	Hayır		199	%99,0	201	%100,0
Yukarı Doğru İşaret	Evet		2	%1,0	0	%0,0
Ediyor						
Yarı Oturur	Hayır		173	%86,9	173	%86,9
Pozisyon (semi-fowler)	Evet		26	%13,1	26	%13,1
Yan Yatar Pozisyon	Hayır		191	%95,0	191	%95,0
(sağ/sol Lateral	Evet		10	%5,0	10	%5,0
Sırt Tam Dik Oturur	Hayır		34	%16,9	34	%16,9
Pozisyon (fowler)	Evet		167	%83,1	167	%83,1
Rahat, Gevşemiş	Hayır		113	%56,2	111	%55,2
	Evet		88	%43,8	90	%44,8
Rahatsız, Gergin	Hayır		112	%55,7	114	%56,7
	Evet		89	%44,3	87	%43,3

4.2.1. Gözlem Kategorilerine Göre Frekans Dağılımı Değerlendirmesi

1 ve 2. gözlemcinin erken emzirme sürecine dair yaptıkları gözlemler arasında genel olarak tutarlılık görülmektedir. Her iki gözlemcinin değerlendirmelerindeki benzerlikler ve bazı kategorilerdeki küçük farklılıklar aşağıda analiz edilmiştir:

Memeye Yerleştirildiğinde Bebeğin Durumu: Bebeklerin memeye yerleştirildiğinde uyanık veya tetikte olması durumu 1. gözlemci için %52,7, 2. gözlemci için %48,8 oranında kaydedilmiştir. "Ağlıyor" ve "uykulu/bitkin" durumlarında da iki gözlemcinin oranları oldukça yakındır. Bu benzerlik, iki gözlemcinin bebeklerin genel durumuna dair değerlendirmelerinde uyumlu olduklarını göstermektedir.

Arama Davranışı: 1. gözlemciye göre bebeklerin %31,3'ü "oral hareketler/arama

davranışı" gösterirken, 2. gözlemci bu oranı %35,8 olarak kaydetmiştir. Ayrıca, "El veya başka bir nesneyi emiyor" davranışı yalnızca 1. gözlemcide kaydedilmiştir (%3,0). Diğer alt davranışlarda küçük farklılıklar bulunmakla birlikte, her iki gözlemci de "arama davranışı yok" gözleminde %36,8 ve %37,3 gibi benzer oranlara ulaşmıştır. Bu kategoride gözlemciler arasında yüksek bir uyum olduğu görülmektedir.

Kavrama (Sağ ve Sol Meme): Her iki gözlemci de "etkili kavrama" ve "yüzeysel kavrama" durumlarını yaklaşık olarak aynı oranlarda gözlemlemiştir. Sağ meme kavramasında "etkili kavrama" 1. gözlemci için %29,9, 2. gözlemci için %31,8 olarak bulunmuştur. Sol meme için de benzer sonuçlar kaydedilmiştir. Bu durum, her iki gözlemcinin kavrama davranışlarında tutarlı değerlendirmeler yaptığını göstermektedir.

Anneyle Temas ve Pozisyon: "Anneyle tam ön temas" ve "anneye yakın" kategorilerinde her iki gözlemci de %57,2 ve %50,7 oranlarında tamamen uyum göstermiştir. "Anneye yan dönük" pozisyonunda da gözlemciler arasında çok az fark gözlemlenmiştir (1. gözlemci %56,2, 2. gözlemci %55,2). Bu durum, anneyle temas ve pozisyon değerlendirmelerinde iki gözlemcinin uyumlu olduğunu göstermektedir.

Yutma Davranışı: Her iki gözlemcinin yutkunma gözlemleri de birbirine oldukça yakındır. "Duyulabilir/fark edilebilir yutkunmalar" ve "görünür yutkunmalar" oranları benzerken, "görünmeyen yutkunmalar" gözleminde 2. gözlemci %40,3, 1. gözlemci %37,3 oranında gözlem yapmıştır. Bu küçük farklılıklar dışında, yutma davranışlarının gözlemlenmesinde genel uyum mevcuttur.

Meme Ucu Yönelimi: Sağ ve sol meme ucu özellikleri açısından iki gözlemci arasında yüksek bir uyum olduğu gözlemlenmiştir. "Sağ meme ucu yuvarlak", "sağ meme ucu düz/içe çökük" gibi kategorilerde iki gözlemci de %75,6 ve %77,6 oranında aynı gözlemleri kaydetmiştir. Meme ucunun yönelimi kategorilerinde de iki gözlemci büyük oranda benzer sonuçlara ulaşmıştır.

Bebeğin Pozisyonu ve Rahatlık Durumu: "Yarı oturur pozisyon", "yan yatar pozisyon" ve "sırt tam dik oturur pozisyon" gibi kategorilerde iki gözlemci aynı oranlarda (%95 ve %83,1) gözlem yapmıştır. Ayrıca "rahat, gevşemiş" ve "rahatsız, gergin" kategorilerinde de gözlemcilerin değerlendirmeleri birbirine çok yakındır. Bu kategorilerde gözlemciler arasındaki uyum oldukça yüksektir.

Genel olarak, 1. ve 2. gözlemcinin gerçekleştirdiği değerlendirmeler arasında yüksek bir uyum bulunmaktadır. Küçük farklılıklar dışında iki gözlemcinin gözlemleri çoğu kategoride paralellik göstermektedir. Bu bulgular, gözlemciler arası uyumun güçlü olduğunu ve gözlem kategorilerinin çoğunda tutarlılığın sağlandığını göstermektedir. Bu durum, gözlemcilerin gözlem sürecinde benzer değerlendirmeler yaptığını ve sürecin güvenilirliğini desteklemektedir.

4.3. Güvenirlik ve Geçerlilik

4.3.1. Kapsam Geçerliliği

PBEDÖ ölçeğinin kapsam geçerliliğini değerlendirmek amacıyla, dokuz uzmanın görüşleri alınmış ve Davis tekniği kullanılmıştır. Her bir madde için Madde Düzeyinde Kapsam Geçerliliği İndeksi (I-CVI) ile Ölçek Düzeyinde Kapsam Geçerliliği İndeksi (S-CVI) hesaplanmıştır. Her bir uzman, ölçek maddelerini 1'den 4'e kadar bir ölçek üzerinde değerlendirmiş, 3 ve 4 puanları "uygun" olarak kabul edilmiştir.

Tablo 4.6. PBEDÖ Ölçeği İçin Uzman Görüşlerine Göre Kapsam Geçerliliği İndeksleri (I-CVI ve S-CVI)

	Uzman 1	Uzman 2	Uzman 3	Uzman 4	Uzman 5	Uzman 6	Uzman 7	Uzman 8	Uzman 9	I-CVI
Arama Davranışı	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1,000
Kavrama Davranışı	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1,000
Kavramada Kalma Süresi	4	4	4	4	3	4	2	4	4	0,889
Emme Davranışı	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1,000
En Uzun Emme Hamleleri	3	4	4	4	3	2	3	4	4	0,889
Yutma Davranışı	3	4	3	4	3	4	4	4	4	1,000
										S-CVI 0,963

Analiz sonuçları Tablo 4.6'da sunulmaktadır. "Arama Davranışı", "Kavrama Davranışı", "Emme Davranışı" ve "Yutma Davranışı" maddeleri için I-CVI değeri 1,000 olarak bulunmuştur, bu da uzmanlar arasında bu maddeler üzerinde tam bir uyum olduğunu göstermektedir. "Kavramada Kalma Süresi" ve "En Uzun Emme Hamleleri" maddeleri için ise I-CVI değeri 0,889 olarak hesaplanmıştır. Lynn'e (1986) göre, uzman sayısının 8 veya daha fazla olduğu durumlarda 0,78 ve üzerindeki I-CVI

değerleri kabul edilebilir olarak değerlendirilir. Bu çerçevede, tüm maddelerin I-CVI değerleri kabul edilebilir düzeydedir.

Ölçeğin genel kapsam geçerliliğini belirlemek için hesaplanan S-CVI değeri ise 0,963 olarak bulunmuştur. Polit ve Beck'e (2018) göre, ölçeğin kapsam geçerliliği için S-CVI değerinin 0,90 ve üzerinde olması önerilmektedir. Bu sonuç, PBEDÖ ölçeğinin kapsam geçerliliğinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, kapsam geçerliliği analizine göre PBEDÖ ölçeği, ölçmeyi amaçladığı yapıyı kapsamlı bir şekilde değerlendirecek nitelikte olup, uzmanlar arasında yüksek bir uyum olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, PBEDÖ ölçeğinin içerik bakımından yeterli düzeyde kapsam geçerliliğine sahip olduğunu göstermektedir.

4.3.2. Güvenirlilik

Ölçeğin genel Cronbach's Alpha değeri 0,893; McDonald's Omega 0,915 olarak bulunmuş, bu da ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.7. PBEDÖ Madde Analizi

	Madde silindiğinde ölçek puanı	Madde silindiğinde varyans	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's Alpha
Arama Davranışı	8,164	18,298	,546	,898
Kavrama Davranışı	7,228	15,797	,770	,866
Kavramada Kalma Süresi	7,935	17,501	,813	,873
Emme Davranışı	6,661	13,295	,879	,846
En Uzun Emme Hamleleri	6,955	12,713	,760	,883
Yutma Davranışı	8,303	17,202	,752	,875

Büyüköztürk (2011) ve Tavşancıl'a (2010) göre, bir maddenin toplam madde korelasyon katsayısının 0,3 ve üzeri olması, o maddenin ayırt edicilik düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Bu durumda, verilen tabloda her bir maddenin madde-toplam korelasyon katsayısı 0,3'ün üzerinde olduğundan, ölçeğin tüm maddeleri ayırt edicilik açısından yeterli düzeyde görülmektedir.

Özellikle, "Emme" maddesi için madde toplam korelasyon katsayısı 0,879 gibi oldukça yüksek bir değerdedir, bu da bu maddenin ölçeğin genel yapısı ile güçlü bir

uyum sergilediğini gösterir. Diğer maddeler de benzer şekilde 0,3 sınırının oldukça üzerinde korelasyon değerlerine sahip oldukları için ayırt edicilik açısından yüksek özellik göstermektedirler. Bu da ölçeğin güvenilir ve ayırt edici bir ölçüm aracı olduğuna dair önemli bir bulgu sağlar.

4.3.3. Gözlemciler Arası Uyum

Tablo 4.8. PBEDÖ Gözlemciler Arası Uyum Düzeyleri

Davranış Kategorisi	Kappa Değeri	Standart Hata	Yaklaşık t Değeri	Anlamlılık (p)	Yorum
Arama Davranışı	0,849	0,032	16,866	0,000	Yüksek Düzeyde Uyum
Kavrama Davranışı	0,810	0,034	19,464	0,000	Güçlü Uyum
Kavramada Kalma Süresi	0,933	0,025	18,584	0,000	Mükemmele Yakın Uyum
Emme Davranışı	0,869	0,029	20,701	0,000	Güçlü Uyum
En Uzun Emme Hamleleri	0,805	0,034	19,332	0,000	Yüksek Düzeyde Uyum
Yutma Davranışı	0,903	0,027	16,960	0,000	Mükemmele Yakın Uyum

Tablo 4.8’de çalışmada değerlendirilen her bir davranış kategorisi için iki gözlemci arasındaki uyum düzeyini belirlemek amacıyla hesaplanan Cohen’in Kappa katsayıları sunulmaktadır. Her bir kategori için Kappa değeri, standart hata, yaklaşık t değeri ve anlamlılık düzeyleri verilmiş olup, elde edilen Kappa değerleri gözlemciler arasındaki uyumun gücüne dair bilgi sağlamaktadır.

Arama davranışı için hesaplanan Kappa değeri 0,849 olarak bulundu ($p<0,001$). Bu değer, gözlemciler arasında arama davranışının değerlendirilmesinde yüksek düzeyde uyum sağlandığını göstermektedir. Kavrama davranışına ilişkin Kappa değeri 0,810 olup ($p<0,001$), iki gözlemci arasındaki kavrama davranışı değerlendirmesinde güçlü bir uyum olduğunu işaret etmektedir. Kavramada kalma süresine yönelik Kappa değeri 0,933 olarak hesaplanmıştır ($p<0,001$). Bu değer, gözlemciler arasında kavramada kalma süresinin değerlendirilmesinde mükemmele yakın bir uyum olduğunu göstermektedir. Emme davranışına yönelik Kappa değeri 0,869 bulundu ($p<0,001$) ve bu sonuç, gözlemciler arasında emme davranışının değerlendirilmesinde

güçlü bir uyum olduğunu ifade etmektedir. En uzun emme hamleleri için elde edilen Kappa değeri 0,805'tir ($p<0,001$). Bu değer, gözlemciler arasındaki değerlendirmede yüksek düzeyde bir uyum olduğunu göstermektedir. Son olarak, yutma davranışına ilişkin Kappa değeri 0,903 olarak hesaplandı ($p<0,001$). Bu sonuç, yutma davranışı değerlendirmesinde gözlemciler arasında mükemmele yakın bir uyum olduğunu ortaya koymaktadır.

Tüm davranış kategorilerinde Kappa değerlerinin 0,80'in üzerinde olması, iki gözlemci arasında yüksek uyum düzeyine işaret etmektedir. Bu bulgular, ölçüm aracının bağımsız gözlemciler tarafından tutarlı bir şekilde değerlendirildiğini ve ölçüm aracının güvenilir olduğunu desteklemektedir.

Tablo 4.9. İki Gözlemci Arasında Puanlama Güvenirliği: Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC)

Güvenirlik İstatistikleri	Değer	%95 Güven Aralığı	F Değeri	df1	df2	p Değeri
ICC Tekil Ölçüm	0,980	0,973 - 0,984	96,695	200	200	0,000
ICC Ortalama Ölçüm	0,990	0,986 - 0,992	96,695	200	200	0,000

İki gözlemci arasındaki tutarlılığı değerlendirmek amacıyla Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) hesaplanmıştır. Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) analizi sonuçlarına göre:

Tekil Ölçüm ICC değeri 0,980 olarak bulunmuş olup %95 güven aralığı 0,973 ile 0,984 arasında yer almaktadır. Bu yüksek ICC değeri, her bir gözlemcinin puanlamaları arasında güçlü bir tutarlılık olduğunu göstermektedir.

Ortalama Ölçüm ICC değeri ise 0,990 olup %95 güven aralığı 0,986 ile 0,992 arasında hesaplanmıştır. Ortalama ölçüm ICC değeri, gözlemcilerin ortak puanlama kullanıldığında mükemmele yakın bir uyum içerisinde olduklarını göstermektedir.

Her iki güvenilirlik ölçütünün istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,001$) olması, gözlemcilerin tutarlı ve güvenilir bir değerlendirme sağladığını ve iki gözlemci arasındaki puanlamaların yüksek düzeyde uyum gösterdiğini desteklemektedir. Bu bulgular, çalışmada kullanılan ölçeklerin gözlemciler arası güvenilirliğinin oldukça güçlü olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 4.10. İki Gözlemci Arasında Puanlama Korelasyonları

PBEDÖ	2. Gözlemci
1. Gözlemci	0,980**

**p<0.001

Tablo 4.10’da iki gözlemci arasında PBEDÖ puanları için yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçları sunulmaktadır. Analiz sonucunda, birinci ve ikinci gözlemcinin puanları arasında çok güçlü bir pozitif korelasyon bulundu ($r=0,980$, $p<0.001$). Bu yüksek korelasyon katsayısı, iki gözlemcinin puanlamalarının oldukça tutarlı olduğunu ve birbirine yakın değerlere sahip olduğunu göstermektedir.

4.3.4. Test-Tekrar Test Korelasyonu

İlk test ölçümü olan PBEDÖ ile tekrar test ölçümü olan PBEDÖ arasında çok güçlü bir pozitif korelasyon gözlemlendi ($r=,841$, $p<0,001$). Bu yüksek korelasyon katsayısı, iki ölçüm arasında tutarlı bir ilişki olduğunu ve testin zaman içerisinde güvenilir bir şekilde benzer sonuçlar ürettiğini göstermektedir. Test-tekrar test korelasyonunun yüksek çıkması, ölçüm aracının zamana karşı kararlı olduğunu ve aynı bebeğin iki farklı zamanda benzer puanlar aldığını göstermektedir.

4.3.5. Ayırt Edicilik

Tablo 4.11. PBEDÖ Puanlarının Alt %27 ve Üst %27 Gruplara Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Alt %27 (n=54)		Üst %27 (n=54)		t	sd	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			
PBEDÖ	2,667	1,530	15,556	2,121	-36,224	106	0,000

Bağımsız Gruplar T-Testi

Tablo 4.11’de PBEDÖ puanlarının alt %27 ve üst %27’lik gruplara göre farklılaşma durumu bağımsız gruplar t-testi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, alt %27 grubunun PBEDÖ puan ortalaması $2,667\pm1,530$ iken, üst %27 grubunun puan ortalaması $15,556\pm2,121$ olarak bulundu. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($t=-36,224$, $p<0,001$). Bu sonuç, PBEDÖ ölçeğinin yüksek ve düşük puan gruplarını ayırt etmede etkili olduğunu ve ölçeğin ayırt ediciliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ayırt ediciliğin yüksek olması, ölçeğin yapı geçerliliği açısından olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

4.3.6. Ölçüt Geçerliliği

PBEDÖ ölçeğinin ölçüt geçerliliğini değerlendirmek amacıyla, aynı yapıyı ölçtüğü kabul edilen BEDÖ kullanıldı. Ölçüt geçerliliği analizinde, PBEDÖ puanları ile BEDÖ puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile incelendi.

Tablo 4.12. PBEDÖ ve BEDÖ Puanları Arasındaki Korelasyon

Değişkenler	BEDÖ
PBEDÖ	0,868**

**p<0.01

PBEDÖ ve BEDÖ puanları arasındaki korelasyon analiz sonuçları Tablo 4.12’de sunulmaktadır. PBEDÖ ve BEDÖ puanları arasında $r=0,868$ ($p<0,001$) düzeyinde pozitif ve yüksek bir korelasyon bulundu. Bu sonuç, PBEDÖ ölçeği ile BEDÖ arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve PBEDÖ’nün geçerli bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. Ölçüt geçerliliği için elde edilen bu yüksek korelasyon, PBEDÖ’nün benzer yapıları ölçmede yeterli olduğunu ve BEDÖ ile uyumlu sonuçlar sunduğunu desteklemektedir.

5. TARTIŞMA

Term bebekler ve prematüre bebekler, farklı beslenme becerileri ile ekstrauterin yaşama başlar. Term bebekler, doğumdan sonraki ilk bir saat içinde meme ucunu arayarak bulmayı ve emmeyi başarabilir; 48 saat içinde ise emme, yutma ve solunum arasındaki koordinasyonu sağlayarak etkin bir emme örüntüsü gösterebilir (Jamehdar vd., 2022). Doğumdan hemen sonra prematüre bebekler ise anatomik ve fizyolojik immatürimleri nedeniyle term bebeklere göre emzirilmek için yeterli beslenme becerisine sahip değildir (Jamehdar vd., 2022). Yeterli beslenme becerisine sahip olmayan prematüre bebeklerin erken saptanması, bebeğin beslenmesini ve emme becerisinin gelişimini optimize etmek için çok önemlidir (Pados vd., 2016). Ancak prematüre bebeklerde görülen heterojen beslenme davranışları, tipik beslenme davranışı ile sorunlu beslenme arasındaki ayrımı zorlaştırır. Bu nedenle, başta hemşire ve ebeler olmak üzere sağlık profesyonelleri, prematüre bebeklerin oral beslenmesinin nesnel değerlendirmesine rehberlik edecek, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış değerlendirme araçlarına ihtiyaç duyarlar (Pados vd., 2016).

Ülkemizde emzirmenin değerlendirilmesine yönelik Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği yapılmış ölçekler bulunmaktadır; ancak bu ölçekler prematüre bebeklerin beslenme davranışlarını değerlendirmeye yönelik olarak geliştirilmemiştir. Bu araştırma, 1996 yılında Nyqvist ve arkadaşları tarafından geliştirilen PBEDÖ Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının gerçekleştirilerek, çocuk sağlığı ve hastalıkları alanına özgü yeni bir ölçüm aracı kazandırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bu bölümünde, PBEDÖ'nin dil, geçerlilik ve güvenilirlik bulguları tartışılmıştır.

5.1. Dil Uyarlamasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bir ölçüm aracının başka bir dile uyarlaması sırasında, anlatım farklılıkları ve kavramsallaştırmadan dolayı o ölçeğin doğasını bozarak ölçeğin mevcut yapısında değişiklik meydana gelebilir. Uyarlamadan kaynaklanan bu değişimi en aza indirmek için ölçek maddelerinin titizlikle incelenmesi, uyarlanan dili kullanan kişilerin kurallarına göre standartlaştırılmış olması ve uyarlanan dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmenin yapılması uyarlama işleminin temelini oluşturur (Erdoğan vd., 2014).

PBEDÖ' nün dil uyarlaması yapılırken sıklıkla tercih edilen çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Her iki dili ve kültürü iyi bilen birbirinden bağımsız çalışan birisi konu hakkında bilgi sahibi, diğeri bilgilendirilmemiş iki uzman tarafından İngilizceden Türkçeye çevirisi yapılmıştır. Daha sonrasında araştırmacılar tarafından incelenerek her maddenin en uygun çevirisi için fikir birliğine varılarak Türkçesi yeniden düzenlenmiştir. Oluşturulan Türkçe ölçek formu daha sonrasında her iki dili ve kültürü iyi bilen iki uzman tarafından Türkçeden İngilizceye çevrildi. Çeviri- geri çeviri yöntemiyle oluşturulan PBEDÖ' nün dil geçerliliği açısından uygun olduğu görülmüştür.

5.2. PBEDÖ Geçerlilik Bulgularının Tartışılması

Geçerlik, bir ölçeğin neyi, ne kadar, doğru/isabetli ölçtüğünün göstergesidir. Geçerlilik sınamasıyla, ölçüm aracının neyi ölçtüğünü ve ölçüm aracı maddelerinin amaca istinaden ölçülmek isteneni doğru ölçüp ölçmediği belirlenir (LoBiondo-Wood vd., 2021).

5.2.1. Kapsam Geçerliliği Bulgularının Tartışılması

Ölçüm aracının ve ölçüm aracındaki her maddenin ölçmesi beklenen kavramı ölçüp ölçmediğini ve ölçülmesi beklenen kavramın dışında başka kavramları içerip, içermediğini belirlemek amacıyla yapılmaktadır (Polit ve Beck, 2010). Kapsam geçerliliği için konu ile ilgili bilim alanında uzman en az 3, en fazla 20 kişiden oluşan uzman grubu oluşturulur (LoBiondo-Wood vd., 2021). Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Lawshe, Davis ve Kapsam Geçerlilik İndeksi (Content Validity Index-CVI) teknikleri kullanılmaktadır (Erdoğan vd., 2014). Sıklıkla kullanılan CVI tekniğinde, ölçüm aracının her maddesi için uzmanlardan 1-4 arasında puan vermeleri istenir. “1 puan uygun değil”, “2 puan maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir”, “3 puan uygun ancak küçük değişiklik gerekir”, “4 puan çok uygun” anlamına gelmektedir (Gray vd., 2016). Bu teknikte, 3 puan ve 4 puan veren uzman sayısının toplam uzman sayısına bölünmesiyle kapsam geçerlilik indeksi elde edilir. Ölçüm aracının kapsam geçerliliği vardır diyebilmek için bu değerin 0.80 ve üzerinde olması gerekir (Gray vd., 2016).

Kapsam geçerliliğinin sağlanması amacıyla, 5 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında öğretim üyesi, 2 Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında öğretim üyesi; 1 Pediatri Uzmanı ve 1 Yenidoğan Uzmanını içeren bir uzman grubu oluşturulmuştur. Uzmanlara, ölçeğin özgün ve çeviri formu birlikte gönderilerek ölçek maddelerinin uygunluğunu değerlendirmeleri için 1-4 arasında bir puan vermeleri istenmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Davis tekniği kullanılmıştır. Her bir madde için Madde Düzeyinde Kapsam Geçerliliği İndeksi (I-CVI) 0,89- 1 arasında bulunmuştur. Ölçeğin genel kapsam geçerliliğini belirlemek için hesaplanan Ölçek Düzeyinde Kapsam Geçerliliği İndeksi (S-CVI) değeri ise 0,963 olarak bulunmuştur. Gomes ve arkadaşlarının 2023 yılında PBEDÖ'yü Portekizceye uyarladıkları çalışmalarında, 11 uzmana gönderilen ölçek için görüşlerden elde edilen I-CVI değerini 0,81 ile 1 arasında, S-CVI değerini ise 0,93 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak, kapsam geçerliliği analizine göre PBEDÖ ölçeği, ölçmeyi amaçladığı yapıyı kapsamlı bir şekilde değerlendirecek nitelikte olup uzmanlar arasında yüksek bir uyum olduğu belirlendi. Bu bulgular, PBEDÖ ölçeğinin içerik bakımından yeterli düzeyde kapsam geçerliliğine sahip olduğunu göstermektedir.

Uzman görüşleri doğrultusunda kapsam geçerliliği sağlanan PBEDÖ'ye düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir. Maddelerin anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini ölçmek amacıyla, örnekleme dâhil edilme kriterlerine uygun 30 anne ve prematüre bebeği ile pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulama sonucuna göre ölçekte değişiklik yapıldı ve pilot uygulama katılımcıları ana çalışmaya dahil edilmedi.

5.2.2. Ölçüt Geçerliliği ile İlgili Bulguların Tartışılması

Ölçüt geçerliliği türünde, geçerli bir ölçüm aracı puanıyla geçerliliği sınanan ölçek arasındaki ilişki incelenir (Erdoğan vd., 2014). Çalışmamızda incelenen eş zaman geçerliliğinde, geçerliliği sınanmış olan ölçek ile sınanan ölçek aynı gruba uygulanır ve ölçüm sonucunda elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısına bakılarak uyum derecesi değerlendirildi (LoBiondo-Wood vd., 2021). Çalışmamızda, PBEDÖ ve BEDÖ puanı arasında $r=0,868$ ($p<0,001$) düzeyinde pozitif ve yüksek bir korelasyon bulundu. Bu sonuca göre, PBEDÖ ile BEDÖ arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve PBEDÖ'nin geçerli bir ölçüm aracı olduğu görülmektedir. Ölçüt geçerliliği

için elde edilen bu yüksek korelasyon, PBEDÖ'nün benzer yapıları ölçmede yeterli olduğunu ve BEDÖ ile uyumlu sonuçlar sunduğunu desteklemektedir.

5.2.3. Yapı Geçerliliği ile İlgili Bulguların Tartışılması

Yapı geçerliliğinde, ölçülmesi zor olan boyutu, durumu veya davranışı ölçmesi istenen bir ölçeğin hedefine ne kadar ulaştığı ve ölçmesi istenen boyutu, durumu veya davranışı ne kadar doğru ölçebildiği değerlendirilir (Gray vd., 2016). Yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla dört farklı teknik kullanılmaktadır: hipotez sınaması, çok değişkenli-çok yöntemli matris yaklaşımı, zıt bilinen gruplar karşılaştırılması ve faktör analizi (Erdoğan vd., 2014). Bu çalışmada, yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için doğrulayıcı faktör analizinde Bağımsız Gruplar T-Testi tekniği kullanılmıştır. PBEDÖ toplam puanlarının alt %27 ve üst %27'lik gruplara göre farklılaşma durumu bağımsız gruplar t-testi ile incelendi. Analiz sonucunda, alt %27 grubunun PBEDÖ puan ortalaması $2,667 \pm 1,530$ iken üst %27 grubunun puan ortalaması $15,556 \pm 2,121$ olarak bulundu. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($t = -36,224$, $p < 0,001$). Bu sonuç, PBEDÖ ölçeğinin yüksek ve düşük puan gruplarını ayırt etmede etkili olduğunu ve ölçeğin ayırt ediciliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ayırt ediciliğin yüksek olması, ölçeğin yapı geçerliliği açısından olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

5.3. PBEDÖ Güvenirlik Bulguların Tartışılması

Güvenirlik; değişmezlik, yeterlilik, eşdeğerlik, tutarlılık, doğruluk ve kararlılık kavramlarının sağlanmasını açıklamaktadır (LoBiondo-Wood vd., 2021). Bir ölçüm aracının tutarlılığı, değişmezliği, aracın tekrarlanan ölçümlerde benzer sonuçlar verebilme yeteneğini; doğruluğu ise gerçek ölçüm değerini belirleyebilme yeteneğini gösterir (LoBiondo-Wood vd., 2021). Güvenirliği düşük olan bir ölçme aracının ya da güvenilir olmayan bir ölçme aracının bilimsel değeri de düşük olarak kabul edilir (Polit ve Beck, 2010).

5.3.1. Değişmezlik ile İlgili Bulgularının Tartışılması

Güvenilir ölçme araçları, uygulamalar arasında tutarlı sonuçlar sağlar ve zaman içinde değişmezlik gösterir (Gray vd., 2016). Aynı ölçme aracı bireylere farklı zamanlarda uygulandığında, bireyin ölçme aracı maddelerine verdiği yanıtların

benzer, yani tutarlı olması, ölçme aracının değişmez olduğunu gösterir ki bu da olması gereken bir özelliktir (Polit ve Beck, 2010). Değişmezlik, paralel form ve test-tekrar test teknikleriyle sağlanır.

Test-tekrar test yönteminde, ölçme aracı belirli bir zaman aralığında aynı denek grubuna iki kere uygulanır. İki uygulama sonucunda bulunan ölçüm değerlerinin korelasyon katsayısı, ölçeğin güvenirlik katsayısıdır (Erdoğan vd., 2014). Elde edilen değerlerin en az 0,70'in üzerinde olması gerekli olup bu değer 1'e yaklaşması beklenir (Dempsey ve Dempsey, 2000). Çalışmamızda, 1. gözlemcinin PBEDÖ 1. ölçümü puanı ile tekrar test PBEDÖ 2. ölçümü puanı arasında çok güçlü bir pozitif korelasyon gözlemlendi ($r=0,841$, $p<0,001$). Bu yüksek korelasyon katsayısı, iki ölçüm arasında tutarlı bir ilişki olduğunu ve testin zaman içerisinde güvenilir bir şekilde benzer sonuçlar ürettiğini göstermektedir. Test-tekrar test korelasyonunun yüksek çıkması, ölçüm aracının zamana karşı kararlı olduğunu ve aynı bireylerin iki farklı zamanda benzer puanlar aldığını göstermektedir.

5.3.2. Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum Güvenirliği

Verilerin gözlenerek değerlendirilmesiyle toplanan durumlarda, aynı durumun, aynı zamanda, aynı ölçme aracı ile birden fazla gözlemcinin ölçüm yapması ile sağlanan güvenirlik incelenir (Erdoğan vd., 2014). Ölçüm aracıyla yapılan değerlendirme, gözlemcinin yorumuna ve kabiliyetine bağlıysa gözlemciler arası uyum güvenirliğinin hesaplanması oldukça önemlidir (Erdoğan vd., 2014). Uyum güvenirliğinin değerlendirilmesinde Cronbach's Alpha katsayısı, Sınıf İçi Korelasyon katsayısı ve t-testi kullanılabilir. Çalışmamız için yapılan analizde, iki bağımsız gözlemci arasında gözlenen davranışlara ilişkin uyum düzeyi Cohen'in Kappa katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir. Kappa katsayısı, gözlemciler arasındaki uyumun tesadüfi olma olasılığını göz önünde bulundurarak güvenirlik analizlerinde sıklıkla kullanılmaktadır (Landis & Koch, 1977). Çalışmada analiz edilen PBEDÖ'nün her bir madde için hesaplanan Kappa değerleri 0,80- 0,93 arasındadır. Ölçeğin orijinal versiyonunun kappa değerleri ise 0,68- 0,84 arasındadır. Jamehdar ve arkadaşlarının 2022 yılında, 70 prematüre bebek ile PBEDÖ'nün Farsçaya uyarlanması çalışması için yaptıkları geçerlilik ve güvenirlik analizleri sonucunda iki gözlemci arasında kappa değerini 0,69 ile 0,89 arasında bulmuşlardır. Lober ve Dodgson'un 2020 yılında

PBEDÖ'nün geç preterm bebeklerde kullanımının güvenilirliğini araştıran çalışmalarında, iki gözlemci arasındaki kappa değeri 0,87 ile 1 arasında bulunmuştur. Cohen'in Kappa katsayısının 0 ile 1 arasında değer alması, 0'ın rastgele uyumu, 1'in ise mükemmel uyumu ifade etmesi nedeniyle, 0,7'nin üzerindeki değerler genellikle "güçlü uyum" olarak kabul edilir (Altman, 1991). Her bir madde için hesaplanan Kappa değerlerinin 0,80'in üzerinde olması, iki gözlemci arasında yüksek uyum düzeyine işaret etmektedir. Bu bulgular, ölçüm aracının bağımsız gözlemciler tarafından tutarlı bir şekilde değerlendirildiğini ve ölçüm aracının güvenilir olduğunu desteklemektedir ancak ölçeğin ölçüm başarısını etkileyebilecek bazı çevresel ve uygulayıcıya bağlı faktörlerin etkisini dikkate alma gerekliliğini ortaya koymaktadır.

İki gözlemci arasında, Pearson korelasyon analizi ile PBEDÖ toplam puanları değerlendirildi. Analiz sonucunda, birinci ve ikinci gözlemcinin puanları arasında çok güçlü bir pozitif korelasyon bulundu ($r=0,980$, $p<0.001$). Bu yüksek korelasyon katsayısı, iki gözlemcinin puanlamalarının oldukça tutarlı olduğunu ve birbirine yakın değerlere sahip olduğunu göstermektedir.

Ayrıca iki gözlemci arasındaki tutarlılığı değerlendirmek amacıyla Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) hesaplandı. Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) analizi sonuçlarına göre: Tekil Ölçüm ICC değeri 0,980 olarak bulunmuş olup %95 güven aralığı 0,973 ile 0,984 arasında yer almaktadır. Bu yüksek ICC değeri, her bir gözlemcinin puanlamaları arasında güçlü bir tutarlılık olduğunu göstermektedir. Ortalama Ölçüm ICC değeri ise 0,990 olup %95 güven aralığı 0,986 ile 0,992 arasında hesaplandı. Ortalama ölçüm ICC değeri, gözlemcilerin ortak puanlama kullanıldığında mükemmele yakın bir uyum içerisinde olduklarını göstermektedir. Her iki güvenilirlik ölçütünün istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,001$) olması, gözlemcilerin tutarlı ve güvenilir bir değerlendirme sağladığını ve iki gözlemci arasındaki puanlamaların yüksek düzeyde uyum gösterdiğini desteklemektedir.

Erken emzirme gözleminde genel olarak, 1. ve 2. gözlemcinin gerçekleştirdiği değerlendirmeler arasında yüksek bir uyum bulunmaktadır. Küçük farklılıklar dışında iki gözlemcinin gözlemleri çoğu kategoride paralellik göstermektedir. Bu bulgular, gözlemciler arası uyumun güçlü olduğunu ve gözlem kategorilerinin çoğunda

tutarlılığın sağlandığını göstermektedir. Bu durum, gözlemcilerin gözlem sürecinde benzer değerlendirmeler yaptığını ve sürecin güvenilirliğini desteklemektedir.

5.3.3. İç Tutarlılık ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bir ölçüm aracındaki birbirinden bağımsız maddelerin belli bir amaca bütün bir şekilde hizmet ederek eşit ağırlıklarının olması iç tutarlılık kavramıyla ilgilidir (Erefe, 2002). İç tutarlılığın değerlendirilmesinde; Madde-Toplam Puan Ölçek Güvenirliği-Kapa Uyum, Cronbach's Alpha Güvenirlik Katsayısı, Yarıya Bölme Yöntemi, Omega Güvenirlik Katsayısı yöntemlerine sıklıkla başvurulmaktadır (Dempsey ve Dempsey, 2000). Bu araştırmada PBEDÖ'nin iç tutarlılığının belirlenmesinde öncelikle Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı hesaplandı. Bu hesaplamalara göre ölçeğin Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı 0,893 bulundu. Jamehdar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Cronbach's Alpha değeri ise 0,791 bulunmuştur. Bu iki çalışmanın sonuçları, PBEDÖ'nün çeşitli kültürel uyarlamalarında, ölçeğin yüksek düzeyde güvenirlik sergilediğini, ancak dil ve kültüre bağlı farklılıkların güvenirlik katsayısında dalgalanmalara yol açabileceğini göstermektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında bu değer hesaplanmadığı için karşılaştırma yapılamamıştır. Özdamar (2002) Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısının 0.81'den büyük oluşunu yüksek güvenirlik düzeyinde olduğunu ifade etmektedir. İç tutarlılığının belirlenmesinde ayrıca Omega Güvenirlik Katsayısı yöntemi kullanılmıştır. Buna göre McDonald's Omega 0,915 olarak bulunmuştur. Elde edilen verilere göre ölçeğin iç tutarlılığının yüksek güvenirlikte olduğu söylenebilir.

Madde Toplam Puan güvenirliği, ölçeğin her bir maddesinin güvenirliğini değerlendirir ve hangi maddelerin değiştirilmesi gerektiği veya hangi maddelerin uygun olduğu gibi sorulara cevap verir (Erdoğan vd., 2014). Bu yöntemde ölçekten alınan toplam puanın varyansı, ölçek maddelerinin varyansı karşılaştırılarak arasındaki ilişki değerlendirilir (Erdoğan vd., 2014). Madde toplam korelasyonu ölçeğin; Arama maddesi için 0,546; Kavrama maddesi için 0,770; Kavramada kalma maddesi için 0,813; Emme maddesi için 0,879; En uzun emme hamleleri maddesi için 0,760; Yutma maddesi için 0,752 olarak hesaplandı. Büyükoztürk (2011) ve Tavşancıl'a (2010) göre, bir maddenin toplam madde korelasyon katsayısının 0,3 ve üzeri olması, o maddenin ayırt edicilik düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Bu

durumda, verilen tabloda her bir maddenin madde-toplam korelasyon katsayısı 0,3'ün üzerinde olduğundan, ölçeğin tüm maddeleri ayırt edicilik açısından yeterli düzeyde görülmektedir.

5.4. PBEDÖ ile Tanımlayıcı Özellikler Arasındaki İlişkilerin Tartışılması

PBEDÖ ölçeği puanları ile bazı demografik ve bebekle ilgili özellikler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. PBEDÖ puanları ile anne yaşı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulundu. Araştırmalar, genellikle daha ileri yaştaki annelerin emzirme konusunda daha başarılı olduklarını ve daha uzun süre emzirebildiklerini göstermektedir (Vizzari vd., 2023; Keir vd., 2022).

Prematüre bebek deneyimi olan annelerin PBEDÖ puan ortalaması, prematüre bebek sahibi olmayan annelere göre anlamlı derecede yüksek bulundu; daha önce emzirme deneyimi olan annelerin PBEDÖ puan ortalamalarının, emzirme deneyimi olmayanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu gözlemlendi; toplam gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile PBEDÖ puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler saptandı. Bu kriterlerin varlığı temelde anneye emzirme süreci için beceri ve deneyim sağlar. İlk kez anne olan annelerde prematüre bebeklerini emzirme sürecinde daha fazla zorluk yaşandığı belirtilirken, daha fazla çocuğa sahip annelerde emzirme sürecinde deneyim ve becerinin olumlu bir katkı sağladığı görülmektedir (Keir vd., 2022). Araştırmalar, annenin önceki emzirme deneyimlerinin de bu süreci kolaylaştırdığını, özellikle daha fazla çocuğa sahip annelerin emzirme özgüveninin ve süresinin arttığını ortaya koymaktadır (Morniroli vd., 2023; APA, 2020).

Bebegin sağlık ve gelişim göstergeleri olan gestasyon yaşı, ağırlığı, boyu ve baş çevresi ile PBEDÖ puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler bulundu. Prematüre bebeklerin emme becerileri, gebelik haftası ve refleks gelişimlerine bağlı olarak değiştiği için, prematüre bebeğin matürasyonu ile ilişki olan bu fiziksel bulguların pozitif ilişkili olması beklenmektedir. Literatürde, prematüre bebeklerin emme becerilerinin matürasyonla doğrudan bağlantılı olduğunu desteklemekte ve bu sürecin nörolojik gelişim ile paralellik gösterdiğini vurgulamaktadır (Palmar, 2015; Vijay et al., 2023; Zhao et al., 2024).

Bebegin Apgar skoru, hem 1. dakika hem de 5. dakika ölçümlerinde PBEDÖ puanları ile pozitif yönlü anlamlı ilişkiler göstermektedir. Yoder ve arkadaşları (2011)

tarafından yayınlanan çalışmada, düşük Apgar skoruna sahip prematüre bebeklerin kas tonusunun zayıf olması ve reflekslerin gecikmesi nedeniyle beslenme güçlükleri yaşayabileceği belirtilmektedir.

Prematüre ve solunum sıkıntısı tanısı olan bebeklerin annelerinin PBEDÖ puan ortalaması, yalnızca prematüre olan bebeklerin annelerinin puan ortalamasından anlamlı olarak daha düşüktür. Sullivan ve Adams (2013) çalışmalarında, solunum desteği gerektiren bebeklerde emme refleksinin ve kas tonusunun daha geç gelişebileceği, bunun da beslenme sürecinde aksamalara yol açabileceği ifade edilmiştir. Ayrıca, yoğun bakımda kalan bebeklerin annelerinin PBEDÖ puan ortalaması, yoğun bakımda kalmayanlarınkine göre anlamlı derecede daha düşüktür. Gorib ve Cole (2015) çalışmalarında, prematüre doğumun sonucu olarak yoğun bakımda geçirilen süre boyunca bu becerilerin daha geç gelişebileceği ifade edilmektedir.

PBEDÖ puanları anne eğitim durumu açısından anlamlı farklılık gösterdi. Post-hoc analiz bulguları, ilkokul mezunu annelerin PBEDÖ puan ortalamalarının, üniversite mezunu annelerden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, eğitim düzeyi düşüktüğü PBEDÖ puanlarının arttığını ortaya koymaktadır. Türkiye'de annenin eğitim seviyesi ile prematüre bebeklerin emzirme becerileri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda ise eğitim seviyesi yükseldikçe emzirme becerilerinin arttığı görülmüştür (Karahan ve Aydın, 2017; Taner ve Gültekin, 2019; Yılmaz ve Çelik, 2018).

Diğer demografik özellikler (çalışma durumu, eşin çalışma durumu, sağlık güvencesi, ekonomik durum, yaşanan yer, aile tipi, doğum şekli, emzirme ve beslenme eğitimi alma durumu, bebeğin cinsiyeti) açısından PBEDÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Yapılan araştırmalar, annelere emzirme eğitimi verilmesinin, doğru emzirme pozisyonları ve tekniklerinin öğretilmesiyle bebeklerin süt alımını kolaylaştırarak emme başarılarını artırdığını göstermektedir (Australian Breastfeeding Association, 2023; American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, 2015).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Preterm doğum eylemi sonucu anatomik ve fizyolojik olarak matürasyonlarını tamamlayamamış prematüre bebeklerin emzirme davranışlarını değerlendirmeyi amaçlayan PBEDÖ' nün Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasını amaçlayan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- PBEDÖ' nün dil uyarlaması için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılarak geçerliliği sağlandı.

- Ölçeğin kapsam geçerliliğini sağlamak amacıyla 9 uzmandan görüş alınıp ölçeğe son hali verildi. Davis tekniği kullanılarak, uzman görüşleri değerlendirilen PBEDÖ ölçeğinin, ölçmeyi amaçladığı yapıyı kapsamlı bir şekilde değerlendirecek nitelikte olduğu belirlendi.

- PBEDÖ ve BEDÖ puanı arasında pozitif ve yüksek bir korelasyon olduğu ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu görüldü.

- Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla Bağımsız Gruplar T-Testi tekniği kullanılmış olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

- Gözlemciler arası uyum, Cohen'in Kappa katsayısı kullanılarak değerlendirilmiş olup PBEDÖ' nün her bir maddesi için Kappa değerleri 0,81 ile 0,93 arasında bulundu. Ayrıca gözlemciler arasında toplam PBEDÖ puanları Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiş ve çok güçlü bir pozitif korelasyon gözlemlendi.

- Gözlemciler arasındaki tutarlılığı değerlendirmek amacıyla Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı hesaplandı ve ölçek toplam puanları için istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek düzeyde uyumlu olduğu görüldü. Ayrıca Erken Emzirme Gözlemi formunda iki gözlemci arasında yüksek uyum bulundu.

- İç tutarlılığın değerlendirilmesinde, Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı hesaplanarak 0,893, Omega Güvenirlik Katsayısı ise 0,915 bulundu. Ayrıca, Madde-Toplam Puan güvenilirliği için hesaplanan madde-toplam korelasyonu sonucuna göre ölçeğin tüm maddeleri ayırt edicilik açısından yeterli düzeyde görüldü.

Sonuç olarak, Türkçeye uyarlanan PBEDÖ' nün Türk diline ve kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.

6.2. Öneriler

- PBEDÖ Türkçe versiyonu, hastanede yatan prematüre bebeklerin emme becerilerinin değerlendirilmesi için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabilir.

- Prematüre bebeklerin emme becerilerinin değerlendirilmesinde PBEDÖ' nün kullanımı konusunda preterm bebeklere bakım veren sağlık profesyonellerine eğitim verilebilir ve kullanımının yaygınlaştırılması sağlanabilir.

- Sağlık Bakanlığı ile kamu ve özel sağlık kuruluşlarının, bu ölçüm aracını ulusal standartlar ve protokollere dahil etmesi, prematüre bebeklerin emme becerisi ve gelişim süreçlerinde daha nesnel ve bilimsel yaklaşımların yaygınlaşmasına katkı sağlayabilir.

- Ölçeğin dijital versiyonunun geliştirilmesi ve kullanım kolaylığı sağlanması için sağlık bilişim sistemlerine entegre edilmesi önerilebilir.

- Prematüre bebeklerin emme becerilerinin değerlendirilmesinde yalnızca sağlık profesyonelleri değil, anneler de gözlemci olarak katılabilir.

- Ölçeğin, hastanede yatan prematüre bebeklerin dışında, anne yanına verilerek taburcu edilen prematüre bebekler için de anneye ölçeğin kullanımı ve amacı anlatılarak evde değerlendirmeler yapması sağlanabilir. Bu durum, annenin emzirme hedefleri ve gerçeklik arasındaki hayal kırıklığını azaltmak için destek olabilir.

- PBEDÖ kullanılarak prematüre bebeklerin emme davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik yeni çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abrams, S. A., & Daniels, S. R. (2019). Protecting vulnerable infants by ensuring safe infant formula use. *The Journal of Pediatrics*, 211, 201–206.
- Ahmadpour-Kacho, M., Zahed Pasha, Y., Hahdinejad, Z., & Khafri, S. (2017). The effect of non-nutritive sucking on transcutaneous oxygen saturation in neonates under the nasal continuous positive airway pressure (CPAP). *International Journal of Pediatrics*, 5(3), 4511–4519.
- Ahmed, A. H., & Sands, L. P. (2010). Effect of pre-and postdischarge interventions on breastfeeding outcomes and weight gain among premature infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(1), 53–63.
- Akgül, A., & Çevik, O. (2003). *İstatistiksel analiz teknikleri* (3. baskı). Ankara: Emek Ofset.
- Alimi, R., Azmoude, E., Moradi, M., & Zamani, M. (2022). The association of breastfeeding with a reduced risk of postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Breastfeeding Medicine*, 17(4), 290–296.
- Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall.
- American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. (2015). Promoting human milk and breastfeeding for the very low birth weight infant. *Pediatrics*, 136(3), 596–599. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2336>
- American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. (2019). Nutritional needs of the preterm infant. In R. E. Kleinman & F. R. Greer (Eds.), *Pediatric Nutrition* (8th ed., p. 113). American Academy of Pediatrics.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129, e829.
- American Academy of Pediatrics. (2020). Duration of exclusive breastfeeding for preterm or low birth weight infants: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 146(1), e20201016. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1016>
- Australian Breastfeeding Association. (2023). Breastfeeding your premature baby. *Breastfeeding Association*. Retrieved from <https://www.breastfeeding.asn.au/bf-info/premature>

- Balest, A. L., Riley, M. M., O'Donnell, B., & Zarit, J. S. (2020). Neonatology. In B. J. Zitelli & H. C. Davis (Eds.), *Zitelli and Davis' atlas of pediatric physical diagnosis* (2nd ed., pp. 43–70). McGraw-Hill Education.
- Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: Nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 49–74. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002>
- Ben, X. M. (2008). Nutritional management of newborn infants: Practical guidelines. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 14(40), 6133.
- Berlin, K. S., Lobato, D. J., Pinkos, B., Cerezo, C. S., & LeLeiko, N. S. (2011). Patterns of medical and developmental comorbidities among children presenting with feeding problems: A latent class analysis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 32(1), 41–47. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318203e06d>
- Bilgen, H., Kültürsay, N., & Türkyılmaz, C. (2018). Türk Neonatoloji Derneği sağlıklı term bebeğin beslenmesi rehberi. *Türk Pediatri Arşivi*, 53(1), 128–137.
- Binns, C., Lee, M., & Low, W. Y. (2016). The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(1), 7–14.
- Brandsma, E., Christ, L., & Duncan, A. (2024). The high-risk infant. In R. Kliegman & J. Geme (Eds.), *Nelson textbook of pediatrics* (22nd ed., Vol. 2, pp. 1038–1050). Elsevier.
- Büyüköztürk, Ş. (2011). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Büyüktiryaki, M., & Canpolat, F. E. (2023). Term bebek beslenmesi. *Forbes Tıp Dergisi*, 4(Ek 1), 1–10. <https://doi.org/10.4274/forbes.galenos.2023.46338>
- Cangöl, E., & Şahin, N. (2014). Emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirme danışmanlığı (Factors affecting breastfeeding and breastfeeding counselling). *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(3), 100–105.
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., ... & Martines, J. (2015). Emzirme ve anne sağlığı sonuçları: sistematik bir inceleme ve meta-analiz. *Acta Paediatrica*, 104, 96–113.

- Cnattingius, S., Johansson, S., & Razaz, N. (2020). Apgar score and risk of neonatal death among preterm infants. *The New England Journal of Medicine*, 383(1), 49–57. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1915075>
- Cormier, D. M. (2015). A review of the principles and benefits of cue-based feeding. In *DNP Forum* (Vol. 1, No. 1, p. 5).
- Çay, S., & Geylani Güleç, S. (2015). Yenidoğan beslenmesinde kullanılan enteral yöntemler ve hemşirelik bakımı. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 1(1), 39–41.
- Çerçer, Z., & Nazik, E. (2023). Emzirme sorunları ve hemşirenin rolleri. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 6(2), 353–365.
- Dempsey, P. A., & Dempsey, A. D. (2000). *Using nursing research: Process, critical evaluation, and utilization* (5th ed.).
- Delaney, A. L., & Arvedson, J. C. (2008). Development of swallowing and feeding: Prenatal through first year of life. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 105–117. <https://doi.org/10.1002/ddrr.16>
- Dolgun, G., İnal, S., Erdim, L., & Korkut, S. (2018). Reliability and validity of the Bristol Breastfeeding Assessment Tool in the Turkish population. *Midwifery*, 57, 47–53.
- Dolgun, G., İnal, S., Erdim, L., & Korkut, S. (2019). Emzirmenin değerlendirmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 419–426.
- Eichenwald, E. C., & Stark, A. R. (2008). Management and outcomes of very low birth weight. *New England Journal of Medicine*, 358, 1700–1711.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., & Esin, M. N. (Eds.). (2014). *Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik*. Nobel Tıp Kitabevi.
- Erefe, İ. (Ed.). (2002). *Hemşirelikte araştırma: İlke süreç ve yöntemleri*. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği-Hemar-Ge.
- Esin, N. (2014). Veri toplama yöntem ve araçları: Veri toplama araçlarının güvenirlik ve geçerliği. In S. Erdoğan, N. Nahcivan, & N. Esin (Eds.), *Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik* (pp. 193–232). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

- Feltner, C., Weber, R. P., Stuebe, A., Grodensky, C. A., Orr, C., & Viswanathan, M. (2018). *Breastfeeding programs and policies, breastfeeding uptake, and maternal health outcomes in developed countries* (Comparative Effectiveness Review No. 210). Agency for Healthcare Research and Quality. <https://doi.org/10.23970/AHRQEPCCER210>
- Frank, N. M., Lynch, K. F., Uusitalo, U., Yang, J., Lönnrot, M., Virtanen, S. M., ... & Norris, J. M. (2019). The relationship between breastfeeding and reported respiratory and gastrointestinal infection rates in young children. *BMC Pediatrics*, 19, 1–12.
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update* (10a ed.). Boston: Pearson.
- Gomella, T. L., Eyal, F., & Bany-Mohammed, F. (2020). *Gomella's neonatology* (8th ed.). McGraw-Hill Education. <https://books.google.com.tr/books?id=rKI6uQEACAAJ>
- Gomes, S. D. F., Christoffel, M. M., Gomes, A. L. M., Rodrigues, E. D. C., Diniz, M. E. M., Silveira, A. L. D. D., ... & Wolf, M. G. D. O. (2023). Translation and adaptation of preterm infant breastfeeding behavior scale into Brazilian Portuguese. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36, eAPE00171.
- Gorib, M. I., & Cole, D. (2015). Effect of preterm birth on sucking and feeding: Developmental challenges. *Neonatal Network*, 34(3), 144–149. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.34.3.144>
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2016). *Burns and Grove's the practice of nursing research-E-book: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Güler, S., & Çiğdem, Z. (2021). Preterm bebek oral motor girişiminin Türkçeye uyarlanması: Metodolojik çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(3), 502-509. <https://doi.org/10.5336/nurses.2020-79761>
- Hall, J. E., & Hall, M. E. (2020). *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Holloway, E. M. (2014). The dynamic process of assessing infant feeding readiness. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 14(3), 119–123.

- Ingram, J., Johnson, D., Copeland, M., Churchill, C., & Taylor, H. (2015). The development of a new breastfeeding assessment tool and the relationship with breastfeeding self-efficacy. *Midwifery*, 31(1), 132–137. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.005>
- International Test Commission (ITC). (2018). Guidelines for translating and adapting tests. *International Journal of Testing*, 18(2), 101–134. <https://doi.org/10.1080/15305058.2017.1398166>
- İnce, T., Aktaş, G., Aktepe, N., & Aydın, A. (2017). Annelerin emzirme özyeterlilikleri ve emzirme başarılarını etkileyen özelliklerin değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 7(3), 183–190. <https://doi.org/10.5222/buchd.2017.183>
- Jadcherla, S. R., & Shaker, R. (2012). Physiology of aerodigestive reflexes in neonates and adults. In *Physiology of the gastrointestinal tract, two-volume set* (pp. 893–918). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-382026-6.00032-4>
- Jamehdar, M., Nourizadeh, R., Divband, A., Valizadeh, L., & Hakimi, S. (2022). Preterm infant breastfeeding behavior scale: A study for assessing the validity and feasibility. *Iranian Journal of Neonatology*, 13(3). <https://doi.org/10.22038/IJN.2022.60154.2077>
- Jensen, D., Wallace, S., & Kelsay, P. (1994). LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 23(1), 27–32. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1994.tb01802.x>
- Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., Fernandes, A., Streiner, D., ... & Zee, R. (2017). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008435.pub3>
- Karahan, F., & Aydın, B. (2017). Prematüre bebeklerin emzirme başarısı ve annenin sosyoekonomik düzeyi: Adana ilinden bir örnek. *Türk Pediatri Arşivi*, 52(3), 175–180. <https://doi.org/10.5152/TurkPediatriArs.2017.4897>
- Keir, A., Rumbold, A., Collins, C. T., McPhee, A. J., Varghese, J., Morris, S., ... & Browne, M. (2022). Breastfeeding outcomes in late preterm infants: A multi-centre prospective cohort study. *PLOS ONE*, 17(8), e0272583. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272583>

- Khan, J., Vesel, L., Bahl, R., & Martines, J. C. (2015). Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: Effects on neonatal mortality and morbidity—a systematic review and meta-analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 19, 468–479. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1526-8>
- Kim, M. K., & Kim, D. J. (2018). Effects of oral stimulation intervention in newborn babies with Cri du Chat syndrome: Single-subject research design. *Occupational Therapy International*, 2018(1), 6573508. <https://doi.org/10.1155/2018/6573508>
- Kirk, A. T., Alder, S. C., & King, J. D. (2007). Cue-based oral feeding clinical pathway results in earlier attainment of full oral feeding in premature infants. *Journal of Perinatology*, 27(9), 572–578. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211768>
- Kültürsay, N., Bilgen, H., & Türkyılmaz, C. (2018). Prematüre ve hasta term bebeğin beslenmesi rehberi: 2018 güncellemesi. *Türk Neonatoloji Derneği*.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159–174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Lau, C., & Kusnierczyk, I. (2001). Quantitative evaluation of infant's nonnutritive and nutritive sucking. *Dysphagia*, 16(1), 58–67. <https://doi.org/10.1007/s004550000043>
- Lau, C., & Schanler, R. J. (1996). Oral motor function in the neonate. *Clinics in Perinatology*, 23(2), 161–178.
- Li, R., Ware, J., Chen, A., Nelson, J. M., Kmet, J. M., Parks, S. E., ... & Perrine, C. G. (2022). Breastfeeding and post-perinatal infant deaths in the United States, a national prospective cohort analysis. *The Lancet Regional Health—Americas*, 5. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100123>
- Lissauer, T., & Carroll, W. (2016). *The science of paediatrics: MRCPCH mastercourse*. Elsevier.
- Lober, A., Dodgson, J. E., & Kelly, L. (2020). Using the Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale (PIBBS) with late preterm infants. *Clinical Lactation*, 11(3), 1–9. <https://doi.org/10.1891/CLINLACT-D-20-00001>
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2021). *Nursing research E-book: Methods and critical appraisal for evidence-based practice*. Elsevier Health Sciences.

- Lubbe, W. (2018). Clinicians guide for cue-based transition to oral feeding in preterm infants: An easy-to-use clinical guide. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(1), 80–88. <https://doi.org/10.1111/jep.12835>
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382–386. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- Mårild, S., Hansson, S., Jodal, U., Oden, A., & Svedberg, K. (2004). Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatrica*, 93(2), 164–167. <https://doi.org/10.1080/08035250410023156>
- Meek, J. Y., & Noble, L. (2022). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 150(1), e2022057988. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>
- Matthews, M. K. (1988). Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery*, 4(4), 154–165. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(88\)80008-1](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(88)80008-1)
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Mornioli, D., D’Auria, A., Travella, P., Bezze, E., Sannino, P., Rampini, S., ... & Gianni, M. L. (2023). Feeding difficulties in late preterm infants and their impact on maternal mental health and the mother–infant relationship: A literature review. *Nutrients*, 15(9), 2180. <https://doi.org/10.3390/nu15092180>
- Nabulsi, M., Ghanem, R., Smaili, H., & Khalil, A. (2022). The inverted syringe technique for management of inverted nipples in breastfeeding women: A pilot randomized controlled trial. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00452-1>
- Nyqvist, K. H., Rubertsson, C., Ewald, U., & Sjöden, P. O. (1996). Development of the Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale (PIBBS): A study of nurse-mother agreement. *Journal of Human Lactation*, 12(3), 207–219. <https://doi.org/10.1177/089033449601200316>
- Ohuma, E. O., Moller, A. B., Bradley, E., Chakwera, S., Hussain-Alkhateeb, L., Lewin, A., ... & Moran, A. C. (2023). National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: A systematic analysis. *The Lancet*, 402(10409), 1261–1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01300-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01300-9)

- Osman, A. A., Ahmed, E. S., Mohamed, H. S., Hassanein, F. E., & Brandon, D. (2016). Oral motor intervention accelerates time to full oral feeding and discharge. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 5(2), 228-233. <https://doi.org/10.14419/ijans.v5i2.6797>
- Pados, B. F., Park, J., Estrem, H., & Awotwi, A. (2016). Assessment tools for evaluation of oral feeding in infants younger than 6 months. *Advances in Neonatal Care*, 16(2), 143–150. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000255>
- Palmer, M. M. (2015). Developmental continuum of neonatal sucking performance based on the NOMAS (Neonatal Oral-Motor Assessment Scale). *Developmental Observer*, 8(1), 11, 15.
- Pinelli, J., & Symington, A. J. (2005). Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Quigley, M., Embleton, N. D., & McGuire, W. (2019). Formula versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, Article CD002971. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002971.pub5>
- Sezer, H. K., & Küçükoğlu, S. (2020). Preterm bebeklerde oral-motor fonksiyonların gelişimini destekleyici uygulamalar. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1), 141-149.
- Shah, P. S., Rau, S., Yoon, E. W., Alvaro, R., da Silva, O., Makary, H., Claveau, M., Lee, S. K., & Canadian Neonatal Network (CNN) Investigators. (2020). Actuarial survival based on gestational age in days at birth for infants born at <26 weeks of gestation. *The Journal of Pediatrics*, 225, 97–102.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.05.047>

- Shulman, R. J., Schanler, R. J., Lau, C., Heitkemper, M., Ou, C. N., & Smith, E. B. (1998). Early feeding, feeding tolerance, and lactase activity in preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, 133(5), 645-649.
- Sobhy, S. I., & Mohame, N. A. (2004). The effect of early initiation of breastfeeding on the amount of vaginal blood loss during the fourth stage of labor. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 79(1-2), 1-12.
- Soylu, H. (2018). Yenidoğanın ve yaşamın ilk aylarındaki bebeklerin beslenmesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 10(4), 219-224.
- Sullivan, P. B., & Adams, C. (2013). Nutritional support in preterm infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 57(6), 145-151. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e318296d530>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021). Sağlık Bakanlığının kuruluşunun 100. yılında Türkiye’de bebek ölümleri durum raporu. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-cocukergen/kitaplar.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2022). Prematüre doğumlar. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-cocukergen/istatistikler.html#>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2024, 20 Eylül). Anne sütünün teşviki: Bebek dostu SKP. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme-programlari/anne-sutunun-tesviki-bebek-dostu-skp.html>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston: Pearson.
- Taner, A., & Gültekin, M. (2019). Annenin eğitim seviyesi ile prematüre bebeklerin emzirme güçlükleri arasındaki ilişki. *Kayseri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 85-91.
- Tavşancıl, E. (2010). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Terek, D., & Yalaz, M. (2019). Yenidoğan bebeğin beslenmesinde temel prensipler. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 11(5), 233-244.
- Tian, X., Yi, L. J., Zhang, L., Zhou, J. G., Ma, L., Ou, Y. X., Shuai, T., Zeng, Z., & Song, G. M. (2015). Oral motor intervention improved the oral feeding in preterm infants: Evidence based on a meta-analysis with trial sequential analysis. *Medicine*, 94(31), e1310. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001310>

- Törüner, E. K., & Büyükgönenç, L. (Eds.). (2017). *Çocuk sağlığı: Temel hemşirelik yaklaşımları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2019). *2018 Türkiye sağlık araştırması sonuçları*. <https://www.tuik.gov.tr>
- Türkyılmaz, C. (2019). Emzirme danışmanlığı ve emzirmede karşılaşılan sorunlar. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 11(1), 1-15.
- Türkyılmaz, C., Bilgen, H., & Kültürsay, N. (2018). Türk Neonatoloji Derneği prematüre bebeklerin parenteral beslenmesi rehberi. *Türk Pediatri Arşivi*, 53(1), 119-127.
- UNICEF. (2024, 26 Eylül). Breastfeeding positions. <https://www.unicef.org/parenting/food-nutrition/breastfeeding-positions>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., ... & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.
- Vijay, A., Balasubramaniam, R. K., Krishnamurthy, R., Chilwan, U., Kamath, N., & Bhat, K. (2023). Profiling non-nutritive sucking skills in full-term and preterm neonates. *The Egyptian Journal of Otolaryngology*, 39(1), Article 188. <https://doi.org/10.1186/s43163-023-00550-9>
- Vural, M. (2017). Prematüre bebeğin beslenmesinde ilk günler. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 9(4), 64-70.
- White, A., & Parnell, K. (2013). The transition from tube to full oral feeding (breast or bottle): A cue-based developmental approach. *Journal of Neonatal Nursing*, 19(4), 189-197.
- World Health Organization. (2023). *Global breastfeeding scorecard 2023: Rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support*. <https://www.who.int/publications/i/item/global-breastfeeding-scorecard-2023>
- World Health Organization. (2023, May 10). Preterm birth. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Yenal, K., & Okumuş, H. (2003). LATCH emzirme tanılama aracının güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 38-44.

- Yılmaz, H., & Çelik, İ. (2018). Prematüre bebeklerin emzirme başarıları ve anne eğitiminin bu başarıya etkisi. *Bolu İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 120-126.
- Çavuşoğlu, H. (Ed.). (2018). *Pediatric hemşireliği akıl notları*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- Yoder, P. S., & Huckabee, M. (2011). Neonatal sucking and swallowing: Physiology and pathophysiology. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 52(4), 384-387. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181f8d6c5>
- Yurttutan, S., & Öncel, M. Y. (2023). Prematüre bebeğin enteral beslenmesi. *Forbes Tıp Dergisi*, 4(Ek 1), 11-20. <https://doi.org/10.4274/forbes.galenos.2023.20092>
- Conk, Z., Başbakkal, Z., Yılmaz, H. B., & Bolışık, B. (Eds.). (2018). *Pediatric hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Zhang, G., Feenstra, B., Bacelis, J., Liu, X., Muglia, L. M., Juodakis, J., ... & Muglia, L. J. (2017). Genetic associations with gestational duration and spontaneous preterm birth. *New England Journal of Medicine*, 377(12), 1156-1167.
- Zhao, S., Jiang, H., Miao, Y., Liu, W., Li, Y., Zhang, Y., ... & Cui, X. (2024). Effects of implementing non-nutritive sucking on oral feeding progression and outcomes in preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 19(4), e0302267.

EKLER

EK 1. Demografik/Obstetrik ve Neonatal Özellikler Formu

Demografik/Obstetrik Ve Neonatal Özellikler Formu

Sayın Katılımcı,

“Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği (PBEDÖ)’nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri” nin araştırılması planlanan bu çalışmanın, amacına ulaşması göstereceğiniz hassasiyet ve katkılarınıza bağlıdır. Lütfen size ve bebeğinize ait aşağıda verilen sorulara en doğru şekilde yanıt veriniz. Verdiğiniz tüm yanıtlar gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılımınız ve duyarlılığınız için teşekkür ederiz.

1- Annenin Yaşı ?

2- Annenin Eğitim Durumu

(1) İlkokul (2) Ortaokul (3) Lise (4) Üniversite

3- Çalışma durumunuz nedir?

(1) Çalışıyor (2) Çalışmıyor

4- Eşinizin çalışma durumu nedir?

(1) Çalışıyor (2) Çalışmıyor

5- Sağlık güvenceniz var mı?

(1) Evet (2) Hayır

6- Ailenizin ekonomik düzeyini değerlendiriniz?

(1) Gelirim giderimden az (2) Gelirim giderime denk (3) Gelirim giderimden fazla

7- Yaşadığınız yerleşim yeri nerededir?

(1) Köy (2) Kasaba (3) İlçe (4) İl

8- Aile tipiniz nedir?

(1) Çekirdek aile (2) Geniş aile

9- Toplam gebelik sayınız kaçtır?

10- Yaşayan çocuk sayınız ?

EK 1. (Devam) Demografik/Obstetrik ve Neonatal Özellikler Formu

11- Doğum şekliniz nedir?

- (1) Vajinal Doğum (2) Sezaryen Doğum

12- Daha öncesinde prematüre bebeğiniz oldu mu?

- (1) Evet (2) Hayır

13- Daha öncesinde emzirme deneyiminiz oldu mu ?

- (1) Evet (2) Hayır

14- Bebeğin beslenmesine ilişkin doğum öncesi emzirme eğitimi aldınız mı?

- (1) Evet (2) Hayır

15- Bebeğin Cinsiyeti: (1) Kız (2) Erkek

16- Bebeğin gestasyon yaşı:

17- Antropometrik ölçümler:

Ağırlığı:

Boyu:

Baş çevresi:

18- Bebeğin Apgar skoru:

1. Dakika: 5. Dakika:

19- Bebeğinizin tıbbi tanısı:

20- Bebeğiniz yoğun bakımda kalıyor mu?

- (1) Evet (2) Hayır

21- Bebeğiniz yoğun bakımda kalıyorsa yatış süresi:

22- Beslenme şekli:

(1) Emzirme

(2) Emzirme ve OG/NG destekli

(3) Emzirme ve biberon/kap/kaşık destekli

Ek 2. Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği (PBEDÖ)

Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği		
Ölçek Maddeleri	Bebek Davranışı	Puan
Arama	Arama yok	0
	Bazı arama davranışları	1
	Belirgin arama davranışları	2
Kavrama	Yok, sadece meme ucuna dokunma	0
	Sadece meme ucunun bir kısmı	1
	Meme ucunun tamamı, ancak areola hariç	2
	Meme ucunun tamamı ve mümkün olabildiği kadar areolayı kapsayan geniş kavrama	3
Kavramada kalma	Hiç kavrama yok	0
	5 dakikadan kısa süre kavradı	1
	6-10 dakika arası kavradı	2
	11-15 dakika arası ve/veya 15 dakikadan fazla süre kavradı	3
Emme	Hiç emme yok	0
	Yalama hareketi var ama emme yok	1
	Kısa emme hamleleri (2-9 kez emme)	2
	Tekrarlayan kısa emme hamleleri ve/veya arada bir uzun emme hamleleri (> 10 kez ve daha fazla emme)	3
	Tekrarlanan (> 2 kez ve daha fazla) uzun emme hamleleri (> 10 kez ve daha fazla emme)	4
En uzun emme hamleleri	1-5 kez art arda emme	1
	6-10 kez art arda emme	2
	11-15 kez art arda emme	3
	16-20 kez art arda emme	4
	21-25 kez art arda emme	5
	26 kez ve daha fazla art arda emme	6
Yutma	Yutma gözlenmedi	0
	Ara sıra yutma	1
	Tekrarlanan yutma	2
Toplam puan		

Ek 3. Erken Emzirme Gözlemi Formu

BEBEK

Memeye Yerleştirildiğinde

- Uyanık/Tetikte
- Ağlıyor
- Uykulu/bitkin

Arama Davranışı

- Oral hareketler/arama davranışı var
- El veya başka bir nesneyi emiyor
- Esniyor, ağzı tam açık değil
- Ağzı tam açık bir şekilde esniyor
- Dil, yalama hareketleri var
- Emme hareketleri var
- Arama davranışı yok

Kavrama: sağ meme

- Gözlenmedi
- Büzülmüş dudak
- Ağzı geniş ve açık, etkili kavrama
- Yüzeysel kavrama

Kavrama: sol meme

- Gözlenmedi
- Büzülmüş dudak
- Ağzı geniş ve açık, etkili kavrama
- Yüzeysel kavrama

Bebek pozisyonu

- Anneyle tam ön temas
- Anneye yan dönük
- Anneye yakın
- Anneden çok uzakta

Yutma

- Duyulabilir/fark edilebilir yutkunmalar
- Görünür yutkunmalar
- Duyulamayan/fark edilebilir yutkunmalar
- Görünmeyen yutkunma

ANNE

Emzirme Sonrası Sağ Meme Ucu

- Yuvarlak
- Düz/içe çökük
- Meme ile aynı yönü gösterir
- Sağa işaret ediyor
- Sola işaret ediyor
- Aşağı doğru işaret ediyor
- Yukarı doğru işaret ediyor

Emzirme Sonrası Sol Meme Ucu

- Yuvarlak
- Düz/içe çökük
- Meme ile aynı yönü gösterir
- Sağa işaret ediyor
- Sola işaret ediyor
- Aşağı doğru işaret ediyor
- Yukarı doğru işaret ediyor

Emzirme pozisyonu

- Yarı oturur pozisyon (semi-fowler)
- Yan yatar pozisyon (sağ/sol lateral)
- Sırt tam dik oturur pozisyon (fowler)
- Rahat, gevşemiş
- Rahatsız, gergin

Ek 4. Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği Kullanım Kılavuzu

Ölçek Maddeleri	
Arama	Bebeğin ağzı açıktır ve/veya elini ağzına götürür. Başını sağa sola hareket ettirir. Elini veya yüzünün etrafındaki başka nesneleri ağzına götürerek emmeye çalışır. Bazı arama davranışı: Bir veya daha fazla arama davranışı gösterebilir. Arama davranışları hevesli olmayabilir. Belirgin arama davranışı: Ağzını açarak kafasını sağa sola hareket ettirir. <u>Aramayı teşvik etmek için:</u> Anne ile ten tene temas uygulanır. Bebeğin ağzının, dudaklarının ve yanaklarının kenarlarına hafifçe dokunulur. Anne sütü bebeğin ağzına bir kaç damla olarak verilebilir.
Kavrama	Kavraması ne kadar geniş? Bebeğin meme ucunun bir kısmını, meme ucunun tamamını, hem meme ucunu hem de areolanın bir kısmını alabildiğini fark ettiniz mi?
Kavramada kalma	Bebek kavradığında emiyor mu? Kavramada kalıyor mu yoksa kavrayıp bırakıyor mu? Yeniden kavraması gerekiyor mu? Bebeğin memeyi kavradıktan sonra ağzı gevşeyip bırakana kadar kavradığı en uzun süre takip edilir.
Emme	Emme: Bebek kavradığında ağız ve dil ile hareketleri yapabilir. Emmeyi hissedebilir, ağzının, yanağının veya çenesinin hareketlerini görebilirsiniz. Yalama: Bebek yalar ve/veya hafif emme hareketleri yapar ancak kavrama yoktur. Memeden gelen sütü hiç emmeden yalayarak yutabilir. Kısa emme hamleleri: En uzun emme hamlesinde art arda maksimum 9 emme görülür. Uzun emme hamleleri: 10 veya daha fazla ardışık emme hamleleri görülür. Tekrarlanan uzun emme hamleleri: 2 veya daha fazla kez ardışık uzun emme hamleleri görülür.
En uzun emme hamleleri	<u>Emme hamlelerini teşvik etmek için:</u> Meme tekrarlı bir şekilde sıvazlanır (aşağı, bebeğe doğru sıvazlanır ve birkaç saniye beklenir), bebeğin çenesinin altına hafif bir basınçla masaj yapılır. Bebeğin en uzun emme hamlesi takip edilir. Emme hamleleri sırasında 2 saniyeden fazla duraklama olmamalıdır.
Yutma	Bebeğin yutmasını çene ve boğaz hareketlerinde takip edebilir ve/veya duyabilirsiniz.

Ek 5. Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği

	0 Zayıf	1 Orta	2 İyi	Puan
MADDELER	Hiçbir ölçüt sağlanamamış veya çok az ölçüt sağlanmıştır	Bazı ölçütler sağlanmıştır	Tüm ölçütler sağlanmıştır	
POZİSYON VERME /TUTUŞ -Bebek iyi desteklenmiştir; -Annenin bedenine yaslanmış/bitişiktir; -Yan yatar pozisyonundadır/ boynu kıvrılmamıştır; -Burnu meme ucu hizasındadır; -Anne bebeği kucaklama/tutma becerisine sahiptir	Pozisyon verme konusunda konuşulması gereklidir	Pozisyon verme konusunda hala bazı öneriler gereklidir	Pozisyon verme konusunda öneri gerekli değildir	
(Memeyi) TUTMA/KAVRAMA -Arama Refleksi vardır; -Ağız geniş şekilde açılmıştır; -Bebek yeterli miktarda meme dokusunu ağızına çabucak almayı başarmıştır; -Bebek beslenme boyunca memeye iyi kavramış/tutmuştur	Bebek memeyi tutamamakta/ kavrayamamakta yada yetersiz olarak tutmakta/ kavramaktadır Hiçbir ölçüt sağlanamamıştır veya çok az ölçüt sağlanmıştır (Memeyi) Tutmak/ Kavramakla ilgili öneriler gereklidir.	Bazı ölçütler sağlamıştır (Memeyi) Tutmak/ Kavramakla ilgili bazı öneriler gereklidir.	Tüm ölçütler sağlanmıştır. (Memeyi) Tutmak/ Kavramakla ilgili konuşmak gerekli değildir.	
EMME -Her iki memede de etkili emme döngüsü sağlanabilmektedir (başlangıçta hızlı daha sonra duraklamalarla yavaş emme); -Bebek beslenmeyi kendisi sonlandırmaktadır	Etkili emme yoktur; emme döngüsü yoktur.	Biraz etkili emme vardır; tatmin edici emme yoktur ; memeyi bir tutup bir bırakmaktadır	Etkili emme döngüsü sağlanmaktadır	
YUTMA/YUTKUNMA -Duyulabilir, düzenli yumuşak yutkunma vardır. -Ağızda şapırdatma sesi yoktur	Yutma/yutkunma sesi duyulmamaktadır. Ağızda şapırdatma sesi duyulmaktadır	Ara sıra yutma/ yutkunma (sesleri) duyulmaktadır. Bazı yutmalar /yutkunmalar gürültülü ya da şırıltılıdır	Düzenli duyulabilen, sessiz yutma/yutkunma vardır	

Ek 6. Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği İzni



Christine Rubertsson

Alıcı: ben

🌐 Dili algıla > Türkçe İletiyi çevir

Dear Dilek KÜÇÜK ALEMDAR

Thank you for your interest in the PIBBS.
We have an English version for inspiration, please see attachment.
I am not aware of any translation into Turkish.

Kind regards

Christine Rubertsson

Bir ek • Gmail tarafından tarandı ⓘ



Ek 7. Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı



**T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI**

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
22.12.2023	26	15:30	329

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, “Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoeşdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları” 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Ahmet KAYA başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2023/329

Sorumlu yürütücü Doç. Dr. Dilek KÜÇÜK ALEMDAR’ın KAEK 358 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu “Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği (PBEDÖ)’nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri” başlıklı araştırmasının Bursa İl Sağlık Müdürlüğü İzni onayı sonrası başlanabileceğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ahmet KAYA
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 8. Şehir Hastanesi Başhekimliği Araştırma İzni



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Şehir Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-13012450-799-234357619
Konu : Araştırma İzni Hk.

17.01.2024

Sayın Ayşenur YILDIZ
Hemşire

Yazımız ekinde bulunan çalışmanızın belgeleri ve dilekçenize istinaden; Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onayı alınmış olan “Preterm Bebek Emzirme Davranış Ölçeği (PBEDÖ)'nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri” isimli yüksek lisans tezinizin Hastanemizde yapılacak olmasına ilişkin talebiniz incelenmiş ve çalışmanın yapılmasının tarafımızca uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Dursun TOPAL
Başhekim

Ek: Konuya İlişkin Dilekçe ve Ekleri

Ek 9. Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeği (PBEDÖ)'nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri'dir. Bu araştırmanın amacı, preterm yenidoğanların emme davranışının değerlendirilmesini sağlayan "Preterm Bebek Emzirme Davranışı Ölçeğinin" Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılmasını amaçlamaktadır. Bu çalışmada bebeğinizi emzirirken, araştırmacı hemşire ve yardımcı araştırmacı hemşireler tarafından bebeğinizin emzirme davranışı değerlendirilmesi yapılacaktır.

Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 30 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 200 kişidir. Bu çalışma ile ilgili olarak araştırmacı hemşirelere; doğru bilgiyi vermek, verilen önerilere uymak ve iş birliği içinde olmak sizin sorumluluklarınızdır. Bu çalışmada bebeğiniz için emme, yutma, memeyi kavrama gibi refleksleri gözlenerek beslenme becerisinin objektif olarak değerlendirilmesiyle çalışma sonucunda yapılacak olan dönütler sizin için yararlı olacaktır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0 (544)*** ** ** numaralı telefondan araştırmacı Hemşire Ayşenur Yıldız'a ulaşabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu çalışma kapsamında verilen hizmetler için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmaktan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, emzirme seansının gereklerini yerine getirmemeniz sebebiyle çalışmanın yararı için sizi çalışmaktan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ve bebeğinizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ve bebeğinize ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yardımcı araştırmacılar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğiniz takdirde bu bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Ayşenur Yıldız Görevi: Hemşire Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasisin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

Ek 10. Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Eğitimi Katılım Belgesi



EK 11. Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Katılım Belgesi



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Ayşenur Yıldız

Doğum Yeri :

Doğum Tarihi :

Yabancı Dili :

E-posta :

Öğrenim Durumu

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Y. Lisans	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı	Ordu Üniversitesi	2021-
Lisans	Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2017- 2021

İş Deneyimi

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	T.C. Sağlık Bakanlığı Bursa Şehir Hastanesi, Nilüfer/Bursa	2022-