T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANNELERİN EMZİRME ÖZ-YETERLİLİĞİ VE DEPRESYON RİSKİ İLE İLİŞKİSİ

YEŞİM ASLAN

YÜKSEK LİSANS

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Prof. Dr. Emel EGE

KONYA - 2016

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANNELERİN EMZİRME ÖZ-YETERLİLİĞİ VE DEPRESYON RİSKİ İLE İLİŞKİSİ

YEŞİM ASLAN

YÜKSEK LİSANS

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Prof. Dr. Emel EGE

KONYA - 2016

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimimde mesleki bilgi ve deneyimimi artırmamda destek ve yardımını gördüğüm, en iyi şekilde tezimin sonlanması için özveride bulunan, hoşgörülü, sabırlı ve değerli katkılarıyla bana rehber olan ve bana güç veren değerli hocam Prof. Dr. Emel EGE'ye,

Akademik hayata başlamamı destekleyen Prof. Dr. Aşır GENÇ'e,

Araştırmanın çeşitli aşamalarında yardımlarını ve zamanını esirgemeyen canım arkadaşım Hatice ÇATAKOĞLU'na,

Bu yolda bana sürekli güç veren manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen çok kıymetli eşim Ümit Murat ASLAN'a ve Anneme,

Araştırmayı yaparken çalışmaya katılan, beni geri çevirmeyen sevgili annelere ve güzel bebişlerine,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

YEŞİM ASLAN

Konya / 2016

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI…… i

ÖNSÖZ ii

ÇİZELGELER LİSTESİ vi

SİMGELER ve KISALTMALAR vii

ÖZET viii

SUMMARY ix

1. GİRİŞ 1

1.1. Araştırma Soruları 2

1.2. Doğum Sonu Dönem 2

1.3. Doğum Sonu Dönem Duygudurum Bozuklukları 3

1.3.1. Doğum Sonu Depresyon 3

1.4. Anne Sütü ve Emzirmenin Önemi 8

1.4.1. Türkiye'de ve Dünyada Emzirmenin Durumu ve Desteklenmesi 9

1.4.2. Emzirmede Yeterlilik 10

1.4.3. Emzirme Öz-yeterliliği ve Hemşirenin Sorumlulukları 12

2. GEREÇ ve YÖNTEM 14

2.1. Araştırmanın Tipi 14

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 14

2.3. Araştırmanın Evreni 14

2.4. Örnek Büyüklüğü 14

2.4.1. Örnek Seçimi 14

2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları 15

2.5.1. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Anket Formu (Ek-A) 15

2.5.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ)(Ek-B) 16

2.5.3. Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (Ek-C) 16

2.6. Ön Uygulama 17
2.7. Verilerin Toplanması 17
2.8. Değişkenler 17
2.8.1. Bağımsız Değişkenler 17
2.8.2. Bağımlı Değişken 17
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 18
2.10. Verilerin Analizi 18
2.11. Araştırmanın Etiği 18
3. BULGULAR 19
3.1. Annelerin Tanımlayıcı, Emzirme, EDDÖ Ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımları 19
3.2. Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı, Emzirme Özellikleri Ve EDDÖ Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları 25
4. TARTIŞMA 31
4.1. Annelerin tanımlayıcı, emzirme, EDDÖ ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek puan ortalamalarının dağılımının tartışılması 31
4.2. Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek puan ortalamalarının tanımlayıcı, emzirme özellikleri ve EDDÖ puan ortalamalarına göre dağılımlarının tartışılması 34
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 39
5.1. Sonuç 39
5.2. Öneriler 40
6. KAYNAKLAR 42
7. EKLER 48
7.1. EK A:Annelerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu .. 48
7.2. EK B: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ) 51

7.3. EK C: Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği 53

7.4. EK D: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olamayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni 54

7.5. EK E: T.C. Konya Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma Talep İzni 55

7.6. EK F: Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği İzin Belgesi 56

8. ÖZGEÇMİŞ 57

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 3.1. Annelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=265). 20

Çizelge 3.2. Annelerin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=265). 21

Çizelge 3.3. Annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=265). 22

Çizelge 3.4. Annelerin emzirme ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=265). 23

Çizelge 3.5. Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek Puanları, EDDÖ Puanları Ve Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=265). 24

Çizelge 3.6. Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları (n:265) 25

Çizelge 3.7. Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımları (n:265) 27

Çizelge 3.8. Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik puan ortalamalarının emzirme ile ilgili özelliklerine göre dağılımları (n=265) 29

Çizelge 3.9. Annelerin Emzirme Öz-yeterlilik Düzeyi İle Doğum Sonu Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki 30

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACTH: Adrenokortikotrofik Hormon

APB: Amerikan Psikiyatri Birliği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BM : Birleşmiş Milletler

CRH: Kortokotropin Relasing Hormon

DSD: Doğum Sonu Depresyon

DSM-IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı IV. Versiyonu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DDTÖ: Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği

EDDÖ: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EKT: Elektrokonvülsif Tedavi

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases (Hastalıkların ve Sağlıkla ilgili Sorunların Uluslararası istatistiksel Sınıflaması)

SB: Sağlık Bakanlığı

KP: Kesme Puanı

SBF: Sağlık Bilimleri Fakültesi

SPSS: Scientific Packages for Social Sciences

TNSA:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TRH: Tiroid Relasing Hormon

TSH: Tiroid Stimüle Edici Hormon

UNESCO: Birleşmiş Milletler Eğitim Bilim ve Kültür Kurumu

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Annelerin Emzirme Öz-Yeterliliği Ve Depresyon Riski İle İlişkisi

Yeşim ASLAN
Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA–2016

Annenin bebeğine sağlıklı bir şekilde bakabilmesi ve uzun dönem emzirebilmesi için öncelikle kendi beden ve ruh sağlığının yerinde olması gerekir. Gebelik döneminde yaşanan stres ve doğum sonu dönemde de emzirmenin uygun şekilde başlatılamamasının hem etkili emzirmenin sağlanması hem de doğum sonu depresyon gelişimini etkileyebileceği belirtilmektedir.

Annelerin emzirme öz-yeterliliği ve depresyon riski ile ilişkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Konya ilinde bulunan 24, 15 ve 07 no'lu ASM'lere başvuran 4-6 haftalık bebeği olan, anneler oluşmuştur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde; araştırmada yer alan bağımsız değişken sayısı (41) dikkate alınarak örneklem büyüklüğü 265 olarak saptanmıştır. Araştırmada verilerin toplanmasında; literatür bilgilerden ve yapılan benzer nitelikteki araştırmalardan yararlanılarak hazırlanan bir anket formu, Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ve Emzirme-Öz Yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Withney U Testi, Kruskal Wallis ve spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan annelerin Emzirme Öz-yeterlilik ölçeğinden ortalama 58,92±7,61, EDDÖ'den ise 9,58±5,10 puan aldığı saptanmıştır. Doğum sonu 4-6 haftalık dönemde annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğu ve annelerin üçte birinin (%31.7) depresyon açısından risk altında olduğu bulunmuştur. Çalışmada annelerin yaş, evlilik süresi, gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısı, doğumda sorun yaşama durumu, bebek cinsiyetinden memnun olma, ilk emzirme zamanı, düzenli emzirme durumu ve emzirme konusunda kendini yeterli hissetme durumu gibi değişkenlerin emzirme öz yeterliliğini etkilediği ($p<0,05$) ve emzirme öz yeterlilik düzeyi ile depresyon semptomları arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir($p>0,05$) .

Bu sonuçlar doğrultusunda, gebelik döneminden itibaren fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık risklerinin erken dönemde belirlenmesi, emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi ile doğum sonu depresyon semptomlarının kontrolüne yardımcı olabilir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin gebelik ve doğum sonu dönemde danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Sonu Depresyon; Emzirme; Emzirme Öz-yeterlilik

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY

SELÇUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Breastfeeding Self-Efficacy of Mothers and Relationship with Depression Risk

Yeşim ASLAN

Departman of Nursing

MASTER THESIS / KONYA-2016

A mother primarily should have her own physical and mental health in order to take care a baby in a healthy manner and to breastfeed for long-term. It has been stated that the stress experienced during pregnancy and failing to start providing proper breastfeeding in the postpartum period can affect both providing effective breastfeeding and development of postpartum depression.

This is a descriptive study carried out to examine the relationship between breastfeeding self-efficacy and depression risk the 4-6 weeks postpartum period.

The population of the research consists of mothers with 4-6-week-old babies admitted to 24, 15 and 07 numbered Family Health Centers in the city center of Konya. In determining the sample size; the sample size was determined as 265 considering the independent variable number(41). In collecting the data in the research, a questionnaire prepared using the literature and similar researches made, Postpartum Depression Scale and Breastfeeding-Self Efficacy Scale were used. Mann Whitney U test, Kruskal-Wallis and spearman correlation analysis were used to assess the data.

It was determined that the mothers participating in the study received average 58.92 ± 7.61 points from Breastfeeding Self-Efficacy Scale, and 9.58 ± 5.10 points from EPDS. It was established that the breastfeeding self-efficacy level of the mothers in the postpartum 4-6 week was above average, and one third of the mothers (31.7%) was found to be at risk in terms of depression. It was determined in the study that the variables such as the age of mothers, duration of marriage, pregnancy, childbirth and the number of living children, problems experienced at birth, being satisfied with the baby gender, initial breastfeeding time, regular breastfeeding status and feeling self-sufficient for breastfeeding affected the breastfeeding self-efficacy ($p < 0.05$) and there was no association between the breastfeeding self-sufficiency level and the symptoms of depression ($p > 0.05$).

In line with these results, identifying physical, psychological and social health risks in the early stages from the gestation period, initiating and maintaining breastfeeding can help control the postnatal symptoms of depression. Therefore, empoweringthe consulting services of health professionals during pregnancy and the postpartum period can be suggested.

Keywords: Postpartum Depression; Breastfeeding; Breastfeeding Self-Efficacy

1. GİRİŞ

Aile; insan neslinin devam etmesi, bireylerin yetiştirilerek topluma kazandırılması, kültürün nesilden nesile taşınmasında görev ve sorumluluğu olan geleneksel ve sosyal bir kurumdur (Demirci 2001). Bu görev ve sorumluluklar, doğurganlık fonksiyonu ile gerçekleşmektedir (Beydağ 2007). Bu süreç kadının gebelik, normal ya da sezaryen ile sonlanan doğum eylemi, annelik rolünün geliştiği doğum sonu dönemin özellikleri açısından kadın ve ailesini etkilemektedir (Karaçam 2008, Taşkın 2009). Bu dönem, evlilik ilişkilerinde değişime, yeni sorumlulukların kazanılmasına, sosyal ve ekonomik sıkıntılara, doğum eylemi ve bebeğin bakımından kaynaklanan sorunlara neden olmakta ve sonuç olarak hem anne-çocuk bağının oluşmasını, hem de çocuğun bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimini etkilemektedir. Doğum sonu depresyon (DSD) bu dönemde doğum sonu ilk altı hafta içinde ortaya çıkan en fazla yaşanan sağlık sorunudur (Leibenluft ve Yonkers 2010).

DSD'nin yaygınlığı hakkında kullanılan ölçek, yöntem ve örneklem büyüklüğüne göre farklı sonuçlar bildirilmiştir. Türkiye'de DSD'nin sıklığı yapılan çalışmalarda %20.5-30.5 arasında değişmektedir (Tatar 2010, Çelikel 2012, Arslan 2012). Genetik yatkınlık ve çevresel faktörler dışında depresyonun insidansını etkileyen çeşitli sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin de annede depresyon gelişme riski ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Emzirme, bebeklerin sağlıklı bir şekilde büyüme ve gelişmesine katkıda bulanan, eşi benzeri olmayan bir beslenme yöntemi olup anne ve bebeğin sağlığına önemli ölçüde biyolojik ve duygusal etkileri bulunmaktadır (Akyüz ve ark 2007). Gebelik dönemindeki stres faktörleri ve doğum sonu emzirmenin uygun şekilde başlatılamamasının, hem etkili emzirmenin sağlanması hem de doğum sonu depresyon gelişmesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu belirtilmektedir (Britton 2007, Tokat ve Okumuş 2013). Annenin bebeğini sağlıklı olarak büyütebilmesi ve uzun süre emzirebilmesi için öncelikle kendi beden ve ruh sağlığının yerinde olması gerekir (Özkan ve ark 2014). Bazı çalışmalarda emzirme ile depresyon arasında ilişki olduğu, prolaktin ve oksitosin hormonunun doğum sonu depresyon gelişimi üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir (Fairlie ve ark 2009, Annagür ve Annagür 2012). Annagür ve Annagür'ün(2012)yaptıkları araştırmada, doğum sonu 6-8. haftalarda 147 annenin prolaktin seviyelerine incelenmiş ve DSD yaşayan annelerin prolaktin seviyelerinin DSD yaşamayan annelerden daha düşük çıktığı tespit edilmiştir. Amerika'da yapılmış olan çalışmada gebelik dönemi boyunca

depresyon riski yüksek çıkan annelerin emzirmeye başlamayı istemediği ve büyük bir kısmının hiç emzirmediği bildirilmiştir (Pippins ve ark 2006). Emzirme boyunca bebeğe dokunmanın, bebek kokusunun ve beden ısısının oksitosinin salgılanmasını uyararak annede gevşeme ve stresten koruyucu bir etki oluşturduğu düşünülmektedir (Fairlie ve ark 2009).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre ülkemizde iki aydan küçük bebeklerin %57,9'unun sadece anne sütü ile beslendiği, 2-3 aylık bebeklerde %35,4'e; 4-5 aylık bebeklerde ise %9,5'a, 6-9 aylık bebeklerde sadece anne sütü alma oranı ise %2,4'e düştüğü belirtilmektedir. Doğum sonu emzirme oranları ilk aylarda yüksek olmakla birlikte ilk altı ayın sonunda düştüğü görülmektedir. Gebelik dönemindeki fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık risklerinin belirlenmesi, doğum sonu emzirmenin uygun zamanda başlatılması ve sürdürülmesi, ayrıca doğum sonu depresyon semptomlarının erken dönemde tespit ve sağaltımı açısından sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu araştırma ile annelerin emzirme öz-yeterliliği ve depresyon riski ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.1. Araştırma Soruları

- Doğum sonu depresyon sıklığı nedir?
- Emzirme yeterlilik düzeyi nedir?
- Annelerin sosyo-demografik özellikleri ile emzirme yeterliliği ilişkili midir?
- Annelerin obstetrik özellikleri ile emzirme yeterliliği ilişkili midir?
- Annelerin emzirmeye ilişkin özellikleri ile emzirme yeterliliği ilişkili midir?
- Doğum sonu dönemde kadınlarda depresyon semptomları ile emzirme yeterliliği ilişkili midir?

1.2. Doğum Sonu Dönem

Doğum sonu dönem, bebeğin ebeveyn ile bütünleştiği, kadının emosyonel, fiziksel ve sosyal iletişiminin geliştiği, IV. trimester olarak da isimlendirilebilen bir zaman dilimidir (Sword ve Watt 2005). Bu dönem 6 haftalık bir süreci kapsamaktadır. Doğum sonu dönem annede oluşan değişimler gerileyici ve ilerleyici özellikte olup, gerileyici değişimler uterus, vajina ve diğer genital organ ve sistemlerin gebelik öncesi durumlarına gelme sürecidir. İlerleyici değişimler emzirmeye hazırlık yapan

göğüslerde oluşmaktadır. Bu hızlı fizyolojik değişimlere uyum göstermeye çalışan annelerde fizyolojik değişimlerin yanında psikolojik ve davranışsal değişimler de meydana gelmektedir (MacArthur ve ark 2002, Gale ve Harlow 2003, Walker ve Wilging 2004, Taşkın 2009).

Anneler; bu dönemdeki anatomik ve fizyolojik değişikliklerin yanında, anne olmanın getirdiği rol ve sorumluklara uyum sağlamaya, aynı zamanda diğer aile üyeleriyle olan ilişkilerini yeniden düzenlemeye çalıştıkları zor bir süreç yaşarlar (Ferber 2004). Anne adayı, gebeliği sırasında sıradan yaşamına getireceği farklıkları tahmin etmekle birlikte özellikle en önemli değişimi bebeğin doğumu ile yaşar. Bu dönemde aile bireylerinin rol ve sorumluluklarında farklılık yaşanır (Nelson 2003). Bu yaşanılan zorluklara bağlı olarak doğum sonu bazı duygu durum bozuklukları açısından riskin arttığı bir dönem olarak değerlendirilebilir (Ferber 2004).

1.3. Doğum Sonu Dönem Duygudurum Bozuklukları

Kadınların birçoğu gebelik ve doğumla meydana gelen fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklere rahatlıkla uyum gösterirken, bazı kadınlarda farklı düzeylerde psikiyatrik belirtiler, bazılarında ise hospitilazasyon gerektirecek derecede ağır psikiyatrik durumlar ortaya çıkmaktadır (Deveci 2003). Doğum sonu ruhsal bozukluklar, prevalansı, klinik gidişi, yaklaşımı değişen üç şekilde görülmektedir. Bu ruhsal hastalıklar; doğum sonu hüzün, doğum sonu depresyon ve doğum sonu psikoz'dur (DSÖ 2008, Marakoğlu ve ark 2009).

1.3.1. Doğum Sonu Depresyon

Psikiyatrik sorunlardan olan DSD doğum sonu dönemde yaşanan en önemli sağlık sorunudur. Uluslararası hastalıkların sınıflandırılması olarak bilinen ICD-10 (International Classification of Diseases**)** DSD'yi doğum sonrası altı hafta içinde başlayan mental ve davranışsal bozukluk olarak tanımlamıştır (Klainin ve Arthur 2009). 1994 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından çıkartılan Psikiyatri Hastalıklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabında (DSM-IV); DSD, duygu durum bozuklukları içerisinde ele alınmış ve doğum sonrası ilk dört hafta içerisinde başladığı belirtilmiştir (Köroğlu 2005).

Literatürde, doğum sonu dönemde depresyon yaşayan annelerin kendilerini, hayatta olmaktan korkma ve ölüme ısınma dönemi olarak ifade ettikleri belirtilmektedir (Moses-Kolko ve Roht 2004, Buğdaycı ve ark 2004). Doğum sonu

depresyonun annelik hüznünden farkı; doğum sonu depresyon depresif kişilik, yoğun anksiyete, ümitsizlik ve intihar düşüncelerine de sebep olabilmektedir. Anne, doğum sonu dönemde; bebeğin ihtiyaçları ile bunalmış, korkulu, öfkeli ve sıkışmış hisseder bebeğine yalnız bakamama düşüncesi ile baş etmeye çalışır (Mccoy ve ark 2006, Marcus ve Heringhausen 2010).

1.3.1.1. Doğum Sonu Depresyonun Görülme Sıklığı

Kadınlarda yaşam boyu depresyonun prevalansı %14–21 olarak bulunmuştur. Araştırmalar, depresyonun ülkeler ve kültürlerden bağımsız olarak, kadınlarda erkeklere oranla 2–3 kat daha fazla geliştiği ve her yedi kadından birinin DSD'yi yaşadığını ortaya koymuştur (Erdem ve Bez 2009, Kuçber ve Keleş 2009, Brummelte ve Galea 2010). DSD'nin prevalansı bazı faktörlerden dolayı değişiklikler gösterebilir. Bu değişiklikler; tanımlamada hastaların farklı zamanlarda değerlendirilmesi, çalışmanın örneklem büyüklüğü ve metadolojisi, araştırma yapılan nüfusun kültürü, popülasyon farklılığı, depresyon riskinin belirlenmesi için kullanılan ölçek olarak sayılabilir (Aktaş 2008, Karaçam ve Öner 2008, Arslantaş ve ark 2009, Klainin ve Arthur 2009, Warren ve ark 2010). DSD prevalansının genel olarak %10–15, ortalamasının ise %13 olduğu belirtilmiştir (Arslantaş ve ark 2009, Beck 2001, Yozwiak 2010). Bazı ülkelerdeki DSD prevelansı, Kanada'da %20, İngiltere'de %31, İtalya'da %30, Çin'de %15.5, Hong Kong'da %37 ve Amerika'da %38 olarak bulunmuştur (Wan ve ark 2009). Türkiye'de, farklı illerde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon ölçeği kullanılarak çalışmalar yapılmıştır. Durat ve Kutlu (2010), doğum sonu dördüncü haftada DSD oranını %23.8, Tahaoğlu ve arkadaşları (2015) DSD oranını %20.4 ve Özkan ve arkadaşları (2014) DSD oranını %25 olarak bulmuşlardır.

1.3.1.2. Doğum Sonu Depresyonun Fizyopatolojisi

Doğum sonu depresyonun ortaya çıkmasında birçok fizyolojik faktör rol oynamaktadır. Doğum sonu dönemde östrojen, progesteron, kortizol, prolaktin ve endorfin gibi çeşitli hormonların miktarlarında önemli değişiklikler olmaktadır (Kleir ve ark 2007, Brummelte ve Galea 2010).

Gebelik süresince artış gösteren progesteron ve östrojenin doğumdan sonra ani olarak gebelik öncesindeki seviyeye düşmesi doğum sonu depresyondan kaynaklandığı düşünülmüş, ancak hormon seviyeleri ile duygu-durum arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı tam olarak ortaya çıkarılamamıştır (Brummelte ve Galea

2010). Östrojen ile nörotransmitter sistem arasında ilişki olduğu bildirilmektedir. Östrojen, transmitter sistemi etkileyerek bilişsel ve duygusal süreci olumsuz olarak etkilemektedir (Kleir ve ark 2007). Progesteronun yüksek dozda anestetik ve sedatif etkisi olduğu bilinmektedir. Progesteron hormonu gebelik süresince yaklaşık 10 kat artış göstermekte ve doğumdan sonra hızlı bir şekilde gebelik öncesindeki düzeyine düşmektedir. Bu durum kadınlarda, doğumdan sonraki ilk 10 gün içinde depresyon gelişme olasılığını arttırmaktadır (Kleir ve ark 2007). Emzirmeyen annelerde tükrük progesteron yoğunluğunun, emziren annelere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Beydağ 2007).

Prolaktin seviyesi gebelik boyunca yüksek seviyedeyken doğumla birlikte kandaki prolaktin seviyesi düşmektedir. Hipotalamus tarafından salgılanan dopamin de prolaktin hormonunun salınımını düzenlemektedir. Prolaktin dopamin tarafından etkilenmekle birlikte kandaki prolaktin seviyesinin ruhsal fonksiyonu etkilediği, emzirmeyen annelerde prolaktin düzeyinin hızlı düşmesine bağlı olarak doğum sonu depresyon gelişebildiği bildirilmektedir (Josefsson 2003).

Gebelik boyunca plesantadan anne kanına endorfin salgılanmaktadır. Bu yüzden gebelik boyunca anne kanındaki endorfin yüksek seviyedir. Doğumdan sonra da emzirme endorfin üretimini arttırmaktadır. Bu sürecin doğum sonu depresyonu önlediği düşünülmektedir (Binkley 2010). Ayrıca gebelik ve doğum sonu dönemde hızlı bir şekilde kandaki seviyesi değişen endorfinin gebelikte yüksek salgılanması ile doğum sonu depresyon arasında ilişkili olduğu belirtilmektedir (Reck ve ark 2009).

Doğum yapmaya katkıda bulunan hipotalamik-pituiter-adrenal döngüdeki (kortizol, aldesteron ve glikoz toleransı) değişiklikler, depresyonlu kadınlardaki değişiklikler ile benzerlik göstermektedir (Uyar 2005). Bu alandaki çalışmalar, doğum sonrasında dönemde hipofiz ön lobundan salgılanan adrenokortikotrofik hormon (ACTH) salınımının azaldığını, Kortokotropin Relasing Hormonun (CRH) fazla salgılandığını ve sonuç olarak kortizol düzeyinin arttığını ve glikoz metobolizmasında azalma olduğunu göstermektedir. Ayrıca, yapılan çalışmalarda depresyonda kortizolün artması ile birlikte etkinliğinin de bozulduğu belirlenmiştir (Josefsson ve ark 2002, Rosenthal 2011,).

Doğum sonu dönemde hipofiz ön lobundan salgılanan ACTH salınımının azalmasına bağlı olarak Tiroid Relasing Hormon (TRH) ve hipofiz ön lobundan

salınan Tiroid stimüle edici hormon (TSH) salınımının azaldığını göstermektedir. Depresyon belirtisi bulunan bireylerde, kandaki T4 değerinde azalma olduğu belirtilmektedir. Özellikle kronik depresyonlu hastalarda, hafif düzeyde hipotiroidizm ihtimalinin de yüksek olduğu belirtilmektedir (Josefsson ve ark 2002, Akkaya 2005).Tiroid işlevlerindeki değişikliklerin ve sorunların da depresyon görülme riskini arttırdığı görüşü kabul görmektedir. (Akdeniz ve Gönül 2004, Gjerdingen ve Yawn 2007, DSÖ 2008).

Doğum sonu dönemde geçirilmiş majör depresyon yaşayan kadınlarda, vücutta apomorfin düzeyinde artma olduğu tespit edilmiştir. Apomorfin düzeyinin yüksek olması, hipotalamustan salgılanan dopamin salınımında artışa sebep olmaktadır. Fakat, dopamin salgılanmasında artış olmasına rağmen etkinliğinde azalma görüldüğü söylenmektedir. Dopamin hormonunun etkinliğinin azalması ile depresyona yakalanma riski artmaktadır (Akkaya 2005, Rosenthal 2011). Apomorfin salgılanmasının artmasının, hipofiz ön lobundan salınan büyüme hormonuna cevabın azalmasına neden olduğu belirtilmektedir (Josefsson ve ark 2002). Depresyonda, büyüme hormonunun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte az salındığı belirtilmektedir. Depresyonun etiyolojisinde, büyüme hormonu salgılanmasının azalmasında, özellikle norepinefrin düzeyinin azalması ve hipotalamik lezyonların rol oynadığına yönelik bulgular mevcuttur (Josefsson ve ark 2002, Uyar 2005).

1.3.1.3. Doğum Sonu Depresyonun Risk Faktörleri

Depresyon; multifaktöriyel bir hastalık olup, hem genetik, hem de çevresel sebepleri içermektedir. Bununla birlikte, epidemiyolojik bulgular depresyonla ilgili risk faktörlerinin %40-50'sinin genetikle bağlantılı olduğu ve çevresel faktörlerinde etkisi ile yaşanabilen bir hastalık olduğu bildirilmektedir (Leung ve Kaplan 2009).

Genetik yatkınlık ve çevresel faktörlere ilaveten depresyonun insidansını etkileyen çeşitli sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin de annede depresyon gelişme riski ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Sosyal risk faktörleri; partner kaybı veya boşanma, düşük sosyoekonomik durum, yoksulluk, sosyal destek eksikliği, sosyal izolasyon, major hayat sorunları, aile içi şiddet, taciz, artmış yaşam stresi gibi sebepleri içermektedir. Psikolojik risk faktörleri; mevcut depresyon veya anksiyete, psikiyatrik hastalık hikâyesi, premenstrual disforik bozukluk ve gebelik boyunca yaşanan mizaç semptomlarını içermektedir. DSD'le ilişkili psikolojik ve sosyal faktörlerle ilgili araştırmalar yaygındır; bununla ilişkili biyolojik risk faktörlerini

ortaya koymak ise daha zordur. Doğum sonu depresyonun patofizyolojisini oluşturan biyolojik faktörler; hormonal değişikliklerden, nörotransmitter fonksiyonlardan, malnutrisyon ve zayıf diyet kalitesine bağlı beslenme eksikliklerinden oluşmaktadır (Leung ve Kaplan 2009).

Klainin ve Arthur (2009), Asya kültüründeki kadınların DSD'lerini araştıran, 17 ülkede yapılan 64 çalışmayı incelemişlerdir. Bu derlemede DSD'nin risk faktörleri; fiziksel/biyolojik, psikolojik, sosyo-demografik, obstetrik/pediatrik ve kültürel risk faktörleri olmak üzere 5 boyutta ele alınmıştır. Biyolojik ve fizyolojik risk faktörleri; tıbbi hastalık hikâyesi, premenstural semptomlar, zayıf fiziksel sağlık ve günlük aktiviteleri yapmakta güçlük, düşük sosyo-ekonomik statüdür. Psikolojik faktörler; geçirilmiş psikiyatrik hikâye, antenatal anksiyete, gebelik süresince yaşanan depresif semptomlar, premenstrual disforik bozukluk, bebek bakım stresidir. Obstetrik/Pediatrik faktörlerde gebelik süresince yaşanan problemler, daha önceki gebelik kaybı ve geçirilmiş abortus, planlanmayan gebelik, gebelik ve annelik rolüne karşı negatif tutum içinde olmak, bebek bakımına ait bilgi eksikliği, emzirmenin bırakılmasını kapsar. Sosyo-demografik faktörler, ekonomik zorluklar, ev hanımı olmak, göçmen olmak, çalışmayan ve eğitimsiz bir eşe sahip olmak, eşinin psikiyatrik hastalığının olması, çok eşlilik, yerel şiddetin olması, yaşam koşullarından tatminsizlik, duygusal desteğin yokluğu, ebeveynlerinin ve eşinin desteğinden duyulan memnuniyetsizliktir.

1.3.1.4. Doğum Sonu Depresyonun Belirtileri

DSD, doğumu takiben 2-3 hafta sonra sinsice başlayan (vakaların %80'ninde ise doğum sonu ilk 6 hafta içinde) doğum sonu 1 ile 2 yıla kadar uzayabilen bir hastalıktır (Borcherding 2009, Baor ve Soskolne 2010).Doğum sonu depresyonun belirtilerine bakıldığında daha yaygın olarak somatik şikayetler, kendini üzgün, endişeli, umutsuz, yalnız hissetme gibi duygularla yaşamdan keyif almada azalma, olaylara karşı ilgi kaybı, uyku bozukluğu, enerji kaybı, gerginlik, yetersizlik hissi, suçluluk hissi, konsantrasyon kaybı ve ölüm düşünceleri ile karakterize bir durumdur. Doğum sonu depresyonun annelik hüznünden farkı; annelik hüznünde yaşanan belirtilerle birlikte, depresif belirtiler, yoğun anksiyete, ümitsizlik ve intihar düşüncesi de yaşanabilmektedir. Anne doğum sonu dönemde bebeğin ihtiyaçları ile bunalmış, korkulu, öfkeli ve sıkışmış hisseder bebeğine yalnız bakamama düşüncesi ile başetmeye çalışır(Mccoy ve ark 2006, Marcus ve Heringhausen 2010).

1.3.1.5. Doğum Sonu Depresyonda Tanı ve Tedavi

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından; DSD tanı kriterlerinin majör depresyon ile aynı olduğu belirtilmektedir. Bu yüzden major depresif epizod ölçütleri DSD için de tanı kriterleri olarak bilinmelidir (Köroğlu 2005).

Depresyon belirtilerinin, doğum sonu dönemde yaygın olarak görülebilecek diğer obstetrik ve jinekolojik sağlık sorunlarının belirtileri tarafından maskelenebilmesi, acı çeken kadınların çoğunun genellikle başkaları ile konuşmakta isteksiz olması ve belirtilerin aile, arkadaş ve sağlık personeli tarafından bilinmemesi ya da göz ardı edilmesi nedeni ile tanılamada güçlükler yaşanabilir (Csatordai ve ark 2007, Sarah 2002).Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği(EDDÖ) ve Doğum sonu Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ) gibi farklı tanı araçları sağlık kuruluşlarında erken teşhis konulmasında kolaylık sağlayabilir (Munoz ve ark 2006, Durukan 2007).

Tedavide ilk olarak, anamnez, fiziki muayene ve laboratuar tetkikleriyle, Sheehan sendromu, hipotiroidizm gibi organik hastalıklar ekarte edilmelidir. Erken dönemde tanı konmaz ve etkin bir sağaltım yapılmazsa belirtiler kronik ve tedaviye dirençli hale gelebilmektedir (Işık 2007, SB 2015). DSD'nin tedavisinde hastalığın düzeyine göre psikoterapötik, farmakolojik ve elektrokonvülzif tedavi uygulanabilir (Yıldırım ve ark 2004).

1.4. Anne Sütü ve Emzirmenin Önemi

Anne sütü, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, yeterli ve dengeli beslenmenin, sağlıklı büyüme ve gelişmenin sağlanması, bağışıklığın tam olarak sağlanması ve sosyal-psikolojik gelişimin sağlanması için, ayrıca ekonomik kazanç açısından da önem arz etmektedir. Emzirme sadece bebeğin anne sütü ile beslemek değil, ruhsal ve sosyal yönü olan kültürel bir olgudur (Samur 2008).

Bebeğin ilk altı ay yalnız anne sütü ile beslenmesi, altıncı aydan itibaren ek besinlerle beraber iki yaşın sonuna kadar sürdürmesi, bebeğin gelişimi için yararlıdır. Ayrıca anne sütü alımı sadece bebeklik dönemindeki sağlığı değil yetişkin dönemindeki sağlığa da doğrudan katkı sağlamaktadır(Selimoğlu ve ark 2010). Bu sebeple sağlıklı yaşamın temeli olan anne sütü ile beslenmek daha büyük önem arz etmektedir (Karaçam ve Kitiş 2005). Ayrıca sosyoekonomik yönden ele alındığında emzirmenin toplumsal faydası da bulunmaktadır (Samur 2008).

Emzirmenin bebek sağlığının yararları olduğu gibi annenin sağlığına da biyolojik ve duygusal etkileri bulunmaktadır. Emzirme, tensel temas ile maternal bağlanmayı geliştirerek bebeğin ruhsal gelişimine pozitif etki yapar ve böylelikle annenin annelik duygusunu yaşamasını sağlar (Stolzer ve Hossain 2006).Emzirme yoluyla anne sütünün bebeğe her an verilebilme kolaylığının olması annenin rahat etmesini sağlamaktadır. Ayrıca emzirme doğum sonu dönemde annenin fazla kilolarını vermesine katkıda bulunmakta ve aile planlaması yöntemi olarak da kullanılmaktadır. Çocuğun anne sütü isteğinin tam karşılanması (gece ve gündüz her ağladığında ve hiçbir ek besin verilmeksizin emzirme) ile ilk 6 aylık dönemde %98 oranında kontrasepsiyon sağlanmaktadır (Öztek ve Kubilay 1997, Carpenito 2005, McLachlan ve Forster 2006).

1.4.1. Türkiye'de Ve Dünyada Emzirmenin Durumu ve Desteklenmesi

DSÖ ve UNICEF gibi uluslararası kuruluşlar bebeklerin ilk altı ay su dâhil hiçbir ek gıda vermeden yalnızca anne sütü ile beslenmelerini tavsiye etmektedir. İstatistiklere göre ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenme oranı dünyada %36 olduğu belirtilmiştir (DSÖ 2011).

TNSA 2013 verilerine göre; iki aydan küçük bebeklerin %57,9'u, altı aydan küçük bebeklerin ise %30,1'i sadece anne sütü ile almaktadır. Altı aydan küçük bebeklerin %12,2'si anne sütü ile birlikte ek gıda almaktadır. Emzirilmeyen altı aydan küçük bebek oranı %8,1'dir (TNSA 2013). TNSA 2013 istatistiklerine göre, bebeklerin %50'sinin doğum sonu ilk bir saat içinde emzirilmeye başlandığı saptanmıştır ve ilk 24 saat içinde anne sütünden önce başka gıdaları alan bebeklerin oranı ise %26 olarak hesaplanmıştır.

1978 yılında Alma-Ata'da toplumları daha sağlıklı kılabilmek amacıyla Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası bir konferans düzenlenmiştir. Konferans sonucunda bir bildirge yayımlanmış ve her ülkenin en az 8 temel gereksinimi öncelikli olarak karşılaması hedeflenmiştir. Bu gereksinimlerden biri de "Güvenli Annelik ve Çocuk Sağlığı"dır (Neyzi ve Ertuğrul 2002). Güvenli annelik ve çocuk sağlığı kapsamı içinde çocuk sağlığının çok özel bir yeri vardır. Çünkü sağlıklı bir yaşamın temeli bebeklik ve çocukluk dönemlerinde atılmaktadır. Bu yaşlarda görülen birçok sağlık sorunu, çözümlenmediği takdirde sonraki yıllarda daha geniş boyutlu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bebeklik ve çocukluk dönemlerindeki en sık rastlanan sağlık sorunları

konjenital anomaliler, enfeksiyonlar ve beslenme yetersizlikleridir (Üstüner 2004, Çoşkun ve ark 2005).

BM (Birleşmiş Milletler) Genel Kurulu'nun 1989'da kabul edilen çocuk hakları konulu sözleşmede "toplumun tüm kesimlerine emzirmenin öneminin anlatılması, desteklenmesi ve eğitim olanaklarına kavuşturulması" hedeflenerek, anne sütünün bebek için en uygun besin olduğu ve emzirmenin insan hakkı olduğu bildirilmiştir (DSÖ ve UNICEF 2005). DSÖ ve UNICEF (1991). "Bebek Dostu Hastaneler" projesini hayata geçirilmiş ve emzirmeyi cesaretlendirmek için bir takım düzenlemelerde bulunan hastanelere "Bebek Dostu Hastane" unvanı verilmiştir (UNICEF 1992).

Annelerin bebeklerini emzirme durumu ve emzirme süresi; örf ve adet, aile yapısı, ailenin ekonomik durumu gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (Gau 2004, Moore ve Coty 2006). Ayrıca annelerin yaşadıkları sosyal çevre annenin emzirmeye karşı bakış ve inançlarına yön vermektedir (Demirtaş 2005, Samlı ve ark 2006). Aile büyüklerinin emzirme konusundaki yaklaşımı yeni neslin emzirme durumunu etkilemekte ve sağlık elemanlarının tavsiye ettiği uygulamaların önüne geçmektedir. Bu sebeple sağlık elemanları eğitim programlarında, emzirme ve bebek beslenmesi konusunda aile büyüklerini de hedef grup olarak değerlendirmelidirler (Demirtaş 2005).

Annelerin rahat olabilmesi için psikolojik ve fiziksel olarak desteklenmeleri gerekmektedir. Annenin sosyal çevresinden özelliklede eşinden aldığı destek emzirme sürecinde anksiyete ile baş etmesinde önemli bir etkendir(Sharma ve Petosa 1997, Pisacene ve ark 2005). Emzirirken yaşadığı anksiyete ile başa çıkabilenlerin öz-yeterlilik düzeyinin arttığı, kendisine daha fazla güven duyduğu, emzirme sorunlarının üstesinden gelebildikleri ve daha uzun zaman emzirdikleri belirtilmektedir (Dennis 1999, Februhartantyl ve ark 2006).

1.4.2. Emzirmede Yeterlilik

Bandura'ya göre öz-yeterlilik, kişinin kendisine verilen görevi düzenleyebilme ve başarabilme kapasitesi ile ilgilidir (Bandura 1994). Dennis ve Faux (1999), Bandura'nın öz-yeterlilik kavramından etkilenerek Emzirme Öz-Yeterlilik Algısı'nın kaynaklarını ve etkileyen etmenleri tanımlayarak "Emzirme Öz-Yeterlilik Kuramını" geliştirmiştir. Dennis ve Faux'a (1999) göre annenin emzirme öz-yeterlilik algısını;

annenin emzirip emziremeyeceğini, emzirmek için ne kadar gayret göstereceğini, emzirmeyle ilgili düşüncelerini ve duygusal olarak emzirirken oluşabilecek zorluklar ile başa çıkabilmesi olarak tanımlamaktadır.

Bireysel başarı öz-yeterlilik düzeyini yükseltmek için önemli bir etkendir. Başarılı kişisel tecrübeler öz-yeterlilik düzeyini yükseltirken, yinelenen başarısızlıklar ise öz-yeterlilik düzeyini düşürmektedir (Bandura 1986). Başarılı emzirme tecrübelerinin emzirmeyi sürdürme de etkili olduğu görülmüştür (Bourgoin ve ark 1997). Ancak; algılanan öz-yeterlilik sadece performansın sonuçları üzerine temelli değildir, aynı zamanda uygulamanın karmaşıklığı, harcanan efor, alınan veya gerekli olan yardımın miktarı ve spesifik performansı artıran ya da azaltan değişik şartlar gibi faktörler üzerine de temellenir. Örneğin; bebeğini memeye doğru şekilde yerleştiren bir anne emzirme kabiliyeti hakkında olumsuz bir sonuç çıkarmazken bu gibi basit görevi yaparken ortaya çıkan başarısızlıklar annenin öz-yeterliliği üzerinde olumsuz sonuçlar çıkarabilir. Bebeğini doğru bir şekilde emzirme davranışı gibi karışık görevleri başarma annenin öz-yeterliliğini dikkate değer şekilde artırır. Performansın/Davranışın başarılı yönlerine yoğunlaşmak öz-yeterliliği artırırken, başarısız yönlerine yoğunlaşmak öz-yeterlilik algısının daha çok düşmesine yol açar (Bandura 1986).

Bireyin dışında kalan kişilerin deneyimleri beceri ve kabiliyetler hakkında önemli bir bilgi kaynağıdır (Bandura 1986). Örneğin, arkadaşları ve aile üyelerinden başarılı emzirme deneyimi yaşayan kadınlar emzirmeyi seçme eğilimindedir. Oysa bir bebeğin emzirilmesini daha önce hiç görmeyen kadınların emzirme uygulamalarında beceriksizlik ve sıkıntı hissini yaşadıkları rapor edilmiştir (Baisch ve ark 1989).

Öz-yeterlilik, kişinin yeteneklerine ne ölçüde hakim olduğu ile ilgili değil, kendi becerilerine olan inancı ile ilgilidir (Bandura 1994, Akkoyunlu ve ark 2005). “Emzirmede kendine yeterlilik teorisi”, ‘ben yapabilirim’ kavramalarının gelişmesi gereklidir. Bunların ortaya çıkabilmesi bazı şeylere bağlıdır. Bunlar (Dennis ve Faux 1999, Blyth ve ark 2002, Creedy ve ark 2003, Dai ve Dennis 2003);

1. Öncedeki deneyimler

2. Emziren anneyi gözlemlemek

3. Hayal ettiği deneyimler

4. Sosyal destek olması

5. Yorgunluk, stres ve anksiyete varlığı

6. Duygusal durumdur.

Annelerin kendilerini emzirirken yeterli görmemeleri ve kendilerine güvenmemeleri emzirme sürecini ve etkinliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Dennis ve Faux 1999, Blyth ve ark 2002). Emzirme konusunda yapılmış yeterliliğe ilişkin araştırmalar incelendiğinde, erken zamanda bırakılan emzirmede yeterlilik ön plana çıkmaktadır (Creedy ve ark 2003).

1.4.3. Emzirme Öz-yeterliliği ve Hemşirenin Sorumlulukları

DSÖ, UNICEF, BM Eğitim Bilim ve Kültür Kurumu (UNESCO) dünya çocuklarının sağlığının iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde "Sağlığa Ulaştıran Gerçekler" kapsamında emzirmede sağlık personelinin vereceği eğitimi vurgulamaktadır. Doğumdan itibaren hastanede ve sağlık ocaklarında görev yapan hemşireler kuşkusuz anneyle en fazla birlikte olan sağlık personelleri olarak bu konuda büyük sorumluluk taşımaktadır. Annelerin bebeklerini emzirmeye karar verme ve sürdürmede anahtar kişi olan hemşire/ebelerin emzirmeyi destekleme konusundaki görev ve sorumlulukları doğum öncesi dönemden başlayarak, bebeğin emzirmeden kesileceği döneme kadar devam etmelidir (DSÖ ve UNICEF 2004).

Annenin bebeğini emzirmesini birçok faktör etkilemektedir. Bunların bir kısmı değiştirilemez, bir kısmı ise değiştirilebilir faktörlerdir. Değiştirilemez faktörler; yaş, medeni hal, öğrenim ve gelir durumu gibi anneye ait özelliklerdir (Dennis 2002). Hemşire, anneye uygulamaları anlatırken yaşı ve eğitim durumunu dikkate almalıdır. Çünkü eğitim seviyesi düşük, yaşı küçük bir annenin, anlatılanları ve gösterilen uygulamaları, tam olarak yapması beklenemez (Tokat ve Okumuş 2013). Annenin emzirmeyi istemesi, sosyal çevresindeki insanların desteği ve emzirmeye ilişkin annenin öz-yeterlilik (kendi kendine yetme) algısı gibi soyut yönler değiştirilebilir faktörler arasında bulunmaktadır. Annenin emzirme başarı düzeyini arttırabilmesi bu faktörlere bağlıdır ve hemşirenin bu faktörleri göz önünde bulundurarak uygulama yapması gerekmektedir. Böylelikle annenin emzirme konusunda bilgi sahibi olmasının yanında bu bilgiyle emzirme davranış alışkanlıkları değiştirilmiş olup, başarılı emzirme alışkanlıklarının bilişsel düzeyine de ulaşılmış olunur (Tokat ve Okumuş 2013). Emzirmeyi desteklemek için yapılan eğitim programlarında hemşireler sadece

bilgi verici olarak değil aynı zamanda anneleri güçlendirecek şekilde eğitim ve uygulamalar yapmalıdır (Küçükoğlu ve ark 2014).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı türdedir.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Konya il merkezinde bulunan üç merkez ilçeden birer Aile Sağlığı Merkezi seçilmiştir. Araştırma Konya ili merkez Meram ilçesine bağlı 24 nolu, Karatay ilçesine bağlı 15 nolu ve Selçuklu ilçesine bağlı 07 nolu Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgelerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma için bu bölgelerdeki ASM'lerinin seçilmesinin nedeni heterojen sosyo-demografik özelliklere sahip olması ve ulaşım açısından başvuru kolaylığıdır.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 24, 15 ve 07 no'lu ASM'lere başvuran 4-6 haftalık bebeği olan, anneler oluşturmuştur.

2.4. Örnek Büyüklüğü

Doğum sonu 4. ve 6. haftalarda DSD gelişme riskinin yüksek olması (Borcherding 2009, Baor ve Soskolne 2010), emzirme-öz yeterlilik ölçeğinin de 1. 4. ve 8. haftalarda uygulanmasının uygunluğu (Tokat ve ark 2010) dikkate alınarak çalışma 4 - 6 haftalık dönemde yapılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde; G° Power 3.1.5 programı kullanılmış, araştırmada yer alan bağımsız değişken sayısı (41) dikkate alınarak, α=0.05, β=0.90 effect size=0.15 kabul edilerek örneklem büyüklüğü 265 bulunmuştur.

2.4.1. Örnek Seçimi

Örneklem seçiminde belirli bir kurumda (Konya İlinde bulunan 24, 15 ve 07 no'lu ASM'ler) olasılıksız örneklem yöntemlerinden olan gelişigüzel örneklem yöntemi ile örnek büyüklüğüne ulaşıncaya kadar olan anneler çalışmaya alınmıştır.

2.4.1.1. Araştırmaya alınma kriterleri

- 4-6 haftalık sağlıklı bebeğe sahip olma
- Okuma-yazma bilme,
- Bebeğini emziriyor olma,

2.4.1.2. Araştırmaya alınmama kriterleri

- Özel bakım gerektiren bebeği olma,
- Annede kronik hastalık öyküsü olma,
- Çoğul bebek sahibi olma,
- Depresyon tanısı alma ve depresyona yönelik herhangi bir ilaç kullanma (kadınların kendi ifadelerine göre belirlenmiştir).

2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; bir anket formu (Ek-A), Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDDÖ) (Ek-B) ve Emzirme-Öz Yeterlilik Ölçeği (Ek-C) kullanılmıştır.

2.5.1. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Anket Formu (Ek-A)

Anket formu; literatür bilgilerden ve yapılan benzer nitelikteki araştırmalardan yararlanılarak hazırlanmıştır (Ayvazı ve ark 2006, Ekşioğlu ve Ceber 2010). Formda, bireye ait sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler ve annelerin anne sütü ve emzirme hakkındaki bilgilerine ilişkin özelliklerini belirlemeye yönelik 41 sorudan oluşmaktadır.

Sosyo demografik özellikler olarak; yaş, öğrenim düzeyi, eşin yaşı, eşin öğrenim düzeyi, eş mesleği, çalışma durumu, ekonomik durumunu nasıl algıladığı, sağlık güvencesi, evlenme yaşı, kaç yıldır evli olduğu, eşi ile akraba olup olmadığı, eşi ile isteyerek mi evlendiğini araştırmaya yönelik sorulardan oluşmuştur.

Obstetrik özellikleri ile ilgili olarak; gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısını, daha önce düşük, kürtaj öyküsü var mı, bu gebeliği isteme durumu, gebeliğinde kontrole gitme durumu, gebelik sırasında sorun yaşayıp yaşamadığı, doğum şekli, doğumun kaçıncı gebelik haftasında gerçekleştiği, doğum esnasında sorun yaşama durumu, bebeğin cinsiyetini araştırmaya yönelik sorulardan oluşmuştur.

Annelerin anne sütü ve emzirme hakkındaki bilgilerine ilişkin sorular; anne sütü ve emzirme hakkında eğitim alıp almadığı, ilk emzirme zamanını, doğum sonrası gelen ilk sütü bebeğine verip vermediği, kolostrumun faydasını, düzenli aralıklarla emzirip emzirmediğini, emzirmenin anneye ve bebeğe yararını, sütünü artırmaya yönelik bir uygulama yapıp yapmadığını, bebeğini istediği gibi besleyebiliyor mu,

emzirirken anneyi destekleyen aile üyelerinin olup olmadığını inceleyen sorulardan oluşmuştur.

2.5.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ)(Ek-B)

Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği 1987'de Cox tarafından İngiltere'de doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla hazırlanmış bir tür kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's alfa) 0.87, kesme puanı (KP) 12/13 alındığında duyarlılık 0.85, özgüllüğü 0.77, pozitif prediktif değeri 0.83, negatif prediktif değeri 0.78 olarak bulunmuştur. Ölçek depresyon tanısı koymaya yönelik değildir (Cox ve ark 1987).

EDDÖ'nin geçerlilik ve güvenirliği Ülkemizde Engindeniz ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. EDDÖ'nin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alfa) 0.79, kesme puanı 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif prediktif değeri 0.69, negatif prediktif değeri 0.94 olarak bulunmuştur (Engindeniz ve ark 1996).

EDDÖ 10 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar 4'lü likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Her sorunun puanlaması değişik biçimindedir; 3., 5., 6., 7., 8., 9., 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanır. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. 12 puan üzerinde puan alan kişiler risk grubu olarak kabul edilir (Engindeniz ve ark 1996). Bu çalışmanın Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği için Cronbach Alfa katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur.

2.5.3. Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (Ek-C)

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Dennis ve Faux(1999) tarafından emzirme öz-yeterlilik düzeylerini değerlendirmek için hazırlanmış 33 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin tüm maddeleri pozitif anlam taşımaktadır. İç tutarlık yapılmış ve madde-toplam korelasyonu 0.60'ın altında olan maddeler çıkarılarak 14 maddelik yeni Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin kısa formu geliştirilmiş ve Cronbach alfa değeri 0.94 bulunmuştur (Dennis ve Faux 1999, Dennis 2003). Yapılan faktör analizi sonucu öz saygı ve annelik ruh hali ile korelasyon analizi yapılmıştır. Tahmini geçerlilik için ise annenin doğum sonu 4.ve 8. haftadaki emzirme durumu ile emzirme öz-yeterliliği incelenmiştir. Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği–Kısa Formu 14 maddeden oluşmaktadır.

Emzirme öz-yeterliliğini değerlendiren ölçek 5'li likert tiptedir. Dennis ölçeğin doğum sonu dönemde uygulanmasının gerektiğini bildirmiştir. Fakat gebelik döneminde ölçek maddelerine "gelecek zaman" ifadesi yerleştirilerek kullanılabileceğini belirtmiştir (Dennis ve Faux 1999, Dennis 2003). Ülkemizde Tokat ve arkadaşları (2010) tarafından geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's alfa) antenatal ölçek için 0,87, postnatal ölçek için 0.86, Kendall W testi sonucunda antenatal ölçek için p=0.097, postnatal ölçek için p=0.078 olarak bulunmuş ve güvenilir bir ölçek olarak değerlendirilmiştir (Tokat ve ark 2010). Bu çalışmanın Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği için Cronbach Alfa katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur. Ölçekten en yüksek 70, en düşük alınabilecek puan 14'dür. Kesme noktası olmayan ölçekte, puanın artması yüksek emzirme-öz yeterliliği olduğunu ifade etmektedir.

2.6. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması 15 No'lu ASM'ye bağlı 4-6 haftalık bebeği olan 10 anne üzerinde uygulanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Araştırmanın örneğine ön uygulama esnasında veri toplanan anneler dahil edilmemiştir ve ortalama 15-20 dakika sürmüştür

2.7. Verilerin Toplanması

Veriler Araştırmacı tarafından 4-6 haftalık bebeğe sahip ASM'ye aşı uygulamasına gelen annelerden yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

2.8. Değişkenler

2.8.1. Bağımsız Değişkenler

- Sosyo-demografik özellikler,
- Obstetrik özellikler
- Emzirmeye ilişkin özellikler
- Doğum sonu depresyon riski
- EDDÖ puan ortalaması

2.8.2. Bağımlı Değişken

- Emzirme Öz-Yeterliliği Ölçeği puan ortalaması

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sonuçları sadece araştırmanın yapıldığı grup için geçerlidir, topluma genellenemez.
- Araştırmaya okur-yazar olmayanların dahil edilmemesi sınırlılık oluşturmaktadır.
- Bu araştırmada doğum sonrası dönemde 4-6 haftalık bebeği olan annelerin emzirme tutum ve davranışlarının doğum sonu depresyonla ilişkisinin gösterilmesi, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Emzirme Öz-Yeterliliği Ölçeği verileri araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu verileriyle sınırlıdır.

2.10. Verilerin Analizi

Araştırma da elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 16.0 paket programında yapılmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılıma uymadığı Lilliefors'lu Kolmogorov-Smirnov testi (z=2,032 p=0,001), histogram grafiği ve normal dağılım eğrisi, Skewness ve Kurtosis ile saptanmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin analizinde nonparametrik testler kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla; Mann Withney U Testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

2.11. Araştırmanın Etiği

Araştırma öncesi araştırmanın ilgili kurumlarda yürütülmesi için Konya Valiliği Halk Sağlığı İl Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Bkz. Ek E). Ayrıca Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 26.02.2014 tarih ve 2014/153 karar sayısı ile yazılı etik izin alınmıştır (Bkz. Ek D). Emzirme Öz-Yeterlilik ölçeğinin araştırmada kullanılabilmesi için Merlinda Aluş Tokat'tan izin alınmıştır (Bkz. Ek F). Araştırmaya katılan bireylere araştırma ile ilgili açıklama yapılmış ve sözel onam alınmıştır.

3. BULGULAR

Doğum sonu 4-6 haftalık dönemdeki annelerin emzirme öz-yeterliliği ve depresyon riski ile ilişkisini amacıyla yapılan çalışmada bulgular iki ayrı başlık altında sunulmuştur.

Bu bölümlerde;

3.1.Annelerin tanımlayıcı, emzirme, EDDÖ ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek puan ortalamalarının dağılımları

3.2.Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek puan ortalamalarının tanımlayıcı, emzirme özellikleri ve EDDÖ puan ortalamalarına göre dağılımları

3.1. Annelerin Tanımlayıcı, Emzirme, EDDÖ Ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımları

Bu bölümde araştırma grubundaki annelerin sosyodemografik özellikleri, annelerin eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, annelerin obstetrik özellikleri, annelerin emzirme ile ilgili özellikleri, annelerin emzirme öz-yeterlilik ölçek puanları, EDDÖ puanları ve puan ortalamalarının dağılımları ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.1. Annelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=265).

Sosyo-Demografik Özellikler	**Ortalama**	**SS**
Annenin Yaşı	28,40	5,71
Evlenme Yaşı	21,48	3,87
Evlilik Süresi (Yıl)	6,73	5,68
	Sayı	**(%)**
Eğitim Durumu		
İlköğretim/Ortaokul	152	57,4
Lise	47	17,7
Üniversite	66	24,9
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	31	23,0
Çalışmıyor	204	77,0
Gelir Algısı		
İyi	92	34,7
Orta/Kötü	173	65,3
Sosyal Güvence		
Olan	255	96,2
Olmayan	10	3,8
Aile Tipi		
Çekirdek	216	81,5
Geniş	49	18,5
Eş Akrabalık Durumu		
Akrabalık Var	17	6,4
Akrabalık Yok	248	93,6
Toplam	**265**	**100**

Çalışma kapsamına alınan 265 annenin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı çizelge 3.1'de gösterilmiştir. Kadınların yaş ortalamasının 28,40±5,71, annelerin evlenme yaşının 21,48±3,87 ve evlilik sürelerinin 6,73±5,68 olduğu saptanmıştır. Annelerin %57,4'ünün ilköğretim/ortaokul mezunu olduğu, %77'sinin çalışmadığı, %65,3'ünün gelir durumunu orta/kötü olarak ifade ettikleri ve %96,2'sinin sağlık güvencesi olduğu tespit edilmiştir. Annelerin %81,5'inin çekirdek aile yaşadığı, %93,6'sının eşi ile akrabalığı olmadığı bulunmuştur.

Çizelge 3.2. Annelerin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=265).

Sosyo-Demografik Özellikler	**Ortalama**	**SS**
Eşin Yaşı	31,98	5,73
	Sayı	**(%)**
Eş Eğitim Durumu		
İlköğretim/Ortaokul	112	42,3
Lise	73	27,5
Üniversite	80	30,2
Eş Mesleği		
Kamu	33	12,5
Serbest	232	87,5
Toplam	**265**	**100**

Çalışma kapsamına alınan 265 annenin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı çizelge 3.2'de gösterilmiştir. Annelerin eşlerinin yaş ortalamasının 31,98±5,73 olduğu ve %42,3'ünün ilköğretim/ortaokul mezunu olduğu, %87,5'inin serbest meslek yaptığı saptanmıştır.

Çizelge 3.3. Annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=265).

Annelerin Obstetrik Özellikleri	Ortalama	SS
Gebelik Sayısı	2,40	1,34
Doğum Sayısı	2,01	0,99
Yaşayan Çocuk Sayısı	1,97	0,97
Doğum Haftası	38,63	1,75
	Sayı	**(%)**
Düşük Durumu		
Evet	60	22,6
Hayır	205	77,4
Kürtaj Durumu		
Evet	42	15,8
Hayır	223	84,2
Planlı Gebelik		
Evet	240	90,6
Hayır	25	9,4
Gebelik Döneminde Düzenli Takip		
Evet	260	98,1
Hayır	5	1,9
Gebelik Döneminde Sorun Yaşama		
Evet	75	28,3
Hayır	190	71,7
Doğum Şekli		
Normal	125	47,2
Sezeryan	140	52,8
Doğumda Sorun Yaşama		
Evet	29	10,9
Hayır	236	89,1
Bebek Cinsiyeti		
Erkek	141	53,2
Kız	124	46,8
Bebek Cinsiyetinden Memnuniyet		
Evet	248	93,6
Hayır	17	6,4
Toplam	**265**	**100**

Araştırma kapsamına alınan annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı çizelge 3,3'de verilmiştir. Annelerin gebelik sayısı ortalamasının 2,40±1,34, doğum sayısı ortalamasının 2,01±0,99 ve yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 1,97±0,97, ve doğum haftasının 38,63±1,75 olduğu görülmektedir.

Annelerin %77,4'ünün düşük yapmadığı, %84,2'sinin kürtaj olmadığı, annelerin %90,6'sının gebeliği planlı olarak gerçekleştirdiği, %98,1'inin gebeliği esnasında düzenli olarak takiplerini yaptırdıkları, %71,7'sinin gebeliği esnasında sağlık sorunu yaşamadığı saptanmıştır. Annelerin %52,8'inin sezeryanla doğum

yaptığını, %89,1'inin doğum esnasında sorun yaşamadığı, annelerin %53,2'sinin bebeklerinin erkek olduğu, %93,6'sının bebeğinin cinsiyetinden memnun oldukları belirlemiştir.

Çizelge 3.4. Annelerin emzirme ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=265).

Emzirme İle İlgili Özellikler	Sayı	(%)
Anne Sütü Hakkında Bilgi Alma		
Evet	243	91,7
Hayır	22	8,3
Doğum Sonu İlk Emzirme Zamanı		
İlk 30 Dakikada	134	50,6
31. Dakikadan Sonra	131	49,4
Düzenli Aralıklarla Emzirme		
Evet	248	93,6
Hayır	17	6,4
Anne Sütünü Artırmak İçin Bir Uygulama Yapma		
Evet	214	80,8
Hayır	51	19,2
Uzun Zaman Uyuyan Bebeği Uyandırıp Emzirme		
Evet	242	91,3
Hayır	23	8,7
Emzirme Konusunda Kendini Yeterli Hissetme		
Evet	230	86,8
Hayır	35	13,2
Emzirme Konusunda Aile Desteği Alma		
Evet	225	84,9
Hayır	40	15,1
Toplam	**265**	**100**

Araştırma kapsamına alınan annelerin anne sütü ve emzirme durumlarına ilişkin tanıtıcı özellikleri çizelge 3,4'de verilmiştir. Annelerin %91,7'sinin anne sütü hakkında bilgi aldığı, %50,6'sının doğum sonu ilk 30 dakikada bebeğini emzirdiği, %93,6'sının düzenli olarak bebeğini emzirdiği, %80,8'inin anne sütünü artırmak için ek bir uygulama yaptığı görülmektedir. Annelerin %91,3'ü uzun zaman uyuyan

bebeğini uyandırıp emzirdiğini, %86,8'i kendisini emzirme konusunda yeterli hissettiğini, %84,9'u emzirirken aile desteği aldığını ifade etmiştir.

Çizelge 3.5. Annelerin emzirme öz-yeterlilik ölçek puanları, EDDÖ puanları ve puan ortalamalarının dağılımı (n=265).

Ölçek Puanları	**Ortalama**	**SS**
Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek Puan Ortalaması	58,92	7,614
Depresyon Puan Ortalaması	9,58	5,104
Depresyon Riski Puanları	**Sayı**	**%**
Var (13 puan ve üzeri)	84	31,7
Yok(12 puan ve altı)	181	68,3
Toplam	**265**	**100**

Çizelge 3.5'de annelerin EDDÖ ve Emzirme Yeterlilik Ölçeği puanları ve yüzdelerinin dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; annelerin, EDDÖ puan ortalaması 9,58±5,10 olduğu ve annelerin %31,7'sinin EDDÖ'den 13 puan ve üzerinde puan aldığı saptanmıştır. Ayrıca annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek puan ortalaması 58,92±7,61 olduğu belirlenmiştir.

3.2. Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı, Emzirme Özellikleri Ve EDDÖ Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları

Çizelge 3.6. Annelerin emzirme öz-yeterlilik ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları (n:265).

Sosyo-Demografik Özellikler	Emzirme Öz-yeterlilik X ± SD	Önemlilik Testi
Anne Yaşı		
20 yaş ve altı	56,95±8,57*	
21-25	58,00±7,068	KW=10,834
26-30	58,20±7,483	**p=0,028**
31-35	60,74±7,008	
36 yaş ve üzeri	60,82±8,977	
Anne Eğitim Durumu		
İlköğretim/Ortaokul	59,57±7,178	
Lise	56,81±8,819	KW=3,186
Üniversite	58,94±7,520	p=0,203
Evlilik Süresi (Yıl)		
1-4 yıl	57,11±7,713*	
5-9 yıl	58,51±7,816	KW=21,778
10-14 yıl	62,32±6,348	**p=0,000**
15 yıl ve üzeri	61,11±6,441	
Gelir Algısı		
İyi	58,29±8,611	Z=-0,504
Orta/Kötü	59,25±7,031	p=0,614

**Bonferroni testi ile yapılan incelemede fark yaratan gruplar işaretlenmiştir.*

Çizelge 3.6'da annelerin eğitim durumu ve gelir algısı ile emzirme öz-yeterlilik puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Annelerin yaş grupları ile emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Annelerin yaşı artıkça emzirme öz-yeterlilik ölçek puan ortalamaları da

artmaktadır ($p<0,05$). Yapılan çoklu karşılaştırma testi (bonferroni) sonucuna göre farkın 20 yaş ve altı yaş olan annelerden kaynaklandığı görülmüştür.Ayrıca annelerin evlilik süresi ile emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yapılan çoklu karşılaştırma testi (bonferroni) sonucuna göre farkın 1- 4 yıllık evli olan annelerden kaynaklandığı görülmüştür.

Çizelge 3.7. Annelerin emzirme öz-yeterlilik puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımları (n:265).

Obstetrik Özellikler	Emzirme Öz-yeterlilik X ± SD	Önemlilik Testi
Planlı Gebelik		
Evet	59,08±7,408	Z=-0,731
Hayır	57,36±9,407	p=0,465
Gebelik Sayısı		
1	56,81±7,704*	
2	60,00±7,235	KW=11,904
3 ve Üzeri	59,81±7,530	**p=0,003**
Doğum Sayısı		
1	56,78±7,814*	
2	59,76±7,510	KW=17,491
3 ve Üzeri	60,84±6,823	**p=0,000**
Yaşayan Çocuk Sayısı		
1	57,02±7,863*	
2	59,49±7,787	KW=14,875
3 ve Üzeri	60,99±6,403	**p=0,001**
Doğum Şekli		
Normal	59,40±7,457	Z=-1,009
Sezaryen	58,49±7,753	p=0,313
Doğumda Sorun (Anne, bebek vb.)		
Evet	56,48±7,366	Z=-2,011
Hayır	59,22±7,605	**p=0,044**
Bebek Cinsiyeti		
Erkek	59,28±7,455	Z=-0,621
Kız	58,51±7,801	p=0,535
Bebek Cinsiyetinden Memnuniyet		
Evet	59,27±7,703	Z=-3,201
Hayır	53,82±3,321	**p=0,001**

** Bonferroni testi ile yapılan incelemede fark yaratan gruplar işaretlenmiştir.*

Çizelge 3.7.’ de çalışma kapsamına alınan annelerin, planlı gebelik durumu, doğum şekli ve bebek cinsiyeti ile emzirme öz-yeterlilik puanları incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Annelerin gebelik sayıları, doğum sayıları ve yaşayan çocuk sayıları ile emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yapılan çoklu karşılaştırma testi (bonferroni) sonucuna göre farkın bir çocuğa olan annelerden kaynaklandığı görülmüştür.

Annelerin doğumda sorun yaşama durumları ile emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; doğum esnasında sorun yaşayan anneler ile sorun yaşamayan anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ve doğumda sorun yaşamayan annelerin emzirme öz-yeterlilik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Annelerin bebeğinin cinsiyetinden memnun olma durumları ile emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde bebeğinin cinsiyetinden memnun olan annelerin emzirme öz-yeterlilik puanının yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 3.8. Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik puan ortalamalarının emzirme ile ilgili özelliklerine göre dağılımları (n=265).

Emzirme Özellikleri	Emzirme Öz-yeterlilik X ± SD	Önemlilik Testi
İlk Emzirme Zamanı		
İlk 30 dk	59,95±6,945	Z=-2,043
30. dakikadan sonra	57,87±8,136	**p=0,041**
Düzenli Aralıklarla Emzirme		
Evet	59,49±7,088	Z=-3,876
Hayır	50,65±10,167	**p=0,000**
Emzirme Sürecinde Kendini İyi Hissetme		
Evet	57,67±7,754	Z=-1,028
Hayır	59,16±7,582	p=0,304
Uzun Süre Uyuyan Bebeği Uyandırıp Emzirme		
Evet	59,22±7,282	Z=-1,470
Hayır	55,74±10,163	p=0,142
Emzirme Konusunda Kendini Yeterli Hissetme		
Evet	59,70±7,264	Z=-4,084
Hayır	53,80±7,977	**p=0,000**
Emzirme Konusunda Aile Desteği Alma		
Evet	58,78±7,574	Z=-1,106
Hayır	59,72±7,887	p=0,269

Çizelge 3.8. ’de çalışma kapsamına alınan annelerin, emzirme zamanında annenin kendini iyi hissetme durumu, uzun süre uyuyan bebeği uyandırıp emzirme durumu, emzirme konusunda aile desteği alma özelliklerine göre emzirme öz-yeterlilik puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

Annelerin doğum sonu ilk emzirme zamanları ile emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; doğum sonu ilk yarım saatte emziren ve 30. dakikadan sonra emziren anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ve ilk 30 dakika içinde emziren annelerin emzirme öz-yeterlilik ölçek puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Annelerin düzenli aralıklarla emzirme durumları ile emzirme yeterlilik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; düzenli aralıklarla emziren annelerin emzirme öz-yeterlilik ölçek puan ortalamalarının yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Annelerin emzirme konusunda kendilerini yeterli hissetme durumları ile emzirme öz-yeterlilik ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; emzirme konusunda yeterli olduklarını hisseden annelerin emzirme öz-yeterlilik ölçek puan ortalamalarının yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 3.9. Annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeyi ile doğum sonu depresyon belirtileri arasındaki ilişki

Depresyon Riski	**Emzirme Öz-yeterlilik X ± SD**	**Önemlilik Testi**
Var	58,00±7,669	Z=-1,485
Yok	59,35±7,572	p=0,138
	r	**p**
EDDÖ	0,091	0,138

Çizelge 3.9. ’da annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeyi ile doğum sonu depresyon belirtileri arasında depresyon riski olmayanların puanı daha yüksek olmakla birlikte anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Spearman Korelasyon analizi ile yapılan analiz sonucunda ölçek puanları arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür.

4. TARTIŞMA

Annelerin emzirme öz-yeterliliği ve depresyon riski ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır.

1. Annelerin tanımlayıcı, emzirme, EDDÖ ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek puan ortalamalarının dağılımının tartışılması
2. Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek puan ortalamalarının tanımlayıcı, emzirme özellikleri ve EDDÖ puan ortalamalarına göre dağılımlarının tartışılması

4.1. Annelerin tanımlayıcı, emzirme, EDDÖ ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçek puan ortalamalarının dağılımının tartışılması

Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; Çizelge 3.1.'de kadınların yaş ortalaması 28,40±5,71 olduğu saptanmıştır. Annelerin %57,4'ünün ilköğretim/ortaokul mezunu olduğu, %23'ünün çalıştığı saptanmıştır. Gelirlerini nasıl algıladıkları sorulduğunda annelerin %65,3'ü orta/kötü düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Annelerin %81,5'i çekirdek aile tipine sahiptir. TNSA 2013 verilerinde kadınların %57'sinin ilkokul/ortaokul mezunu olduğu ve %31'nin halen çalışmakta olduğu saptanmıştır. Çalışma kapsamına alınan annelerin eğitim ve çalışma durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımına yönelik bulgular TNSA 2013 ile benzerlik göstermektedir.

Çizelge 3.3.'de araştırmaya katılan kadınların doğum sayısı ortalaması 2,01±0,99 bulunmuştur. Ailelerin sahip olduğu bebeklerin, %53,2'sinin erkek olduğu ve kadınların %9,4'ünün istemeden gebe kaldığı saptanmıştır. Annelerin %71,7'si şimdiki gebeliklerinde herhangi bir sorun yaşamadığı belirtmiştir. Annelerin %47,2'sinin gebeliğinin normal doğum, %52,8'inin ise sezaryen ile sonuçlandığı saptanmıştır (Çizelge 3.3). TNSA 2013 verilerinde sezaryen doğum oranının % 48 olduğu, kadınların istenen doğurganlık hızı 1,9 ve toplam doğurganlık hızı da 2,3 olduğu tespit edilmiştir (TNSA 2013).

Annelerin %91,7'si anne sütü hakkında bilgi aldığını, %50,6'sı doğum sonu ilk 30 dakikada bebeğini emzirdiğini, %93,6'sı düzenli aralıklarla emzirdiğini belirtmiştir (Çizelge 3.4). Doğum sonu emzirmeye başlama süresi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Kurnaz (2014) annelerin %67,4'ünün ilk yarım saat, Şahin ve arkadaşları (2013) %88'inin ilk bir saat, Yenal ve arkadaşları(2013) %57,7'sinin bir

saatten daha uzun sürede bebeklerini emzirdiklerini saptamıştır. TNSA 2013 verilerine bakıldığında bu oranın ilk bir saat içinde %50 olduğu görülmektedir. Türkiye'deki emzirme oranları değerlendirildiğinde, anne sütüyle beslenmenin yaygın olmasına karşın, ilk 30 dakikada anne sütüyle emzirmenin % 50 oranında olması anne sütüyle emzirmeye geç başlandığını göstermektedir. Çalışma bulgusu ile de benzer olan bu sonuçlar annelerin bölgelere göre bazı farklılıklar olmakla birlikte yaklaşık %70'inin ilk bir saat içinde bebeklerini emzirmeye başladıklarını göstermektedir. Bu sonuç emzirmenin sürdürülmesi ve yenidoğan sağlığı açısından olumlu değerlendirilebilir. Bu oranın TNSA 2013 verilerine göre istendik düzeyde olmadığı ve ilk 6 ayın sonunda sadece anne sütü ile emzirmenin % 4,7 oranına düştüğü düşünüldüğünde emzirmeyi sürdürme konusunda güçlükler yaşandığı söylenebilir. İlk yarım saat içinde annelerin tamamında emzirmeyi başlatacak yeni uygulamalara ve bu uygulamalara yönelik stratejilerin geliştirilmesine ve emzirmenin sürdürülmesini sağlayacak yaklaşımların planlamasına gereksinim olduğu düşünülmüştür.

Çizelge 3.4'de annelerin %80,8'inin anne sütünü artırmak için ek bir uygulama yaptığı saptanmıştır. Çalışma bulgusuna benzer şekilde Ural'ın(2011) çalışmasında annelerin %99,2'sinin anne sütünü artırıcı herhangi bir uygulama yaptıkları tespit edilmiştir. Gökduman'ın (2009) çalışmasında anne sütünü arttırmaya yönelik eğitim alan annelerin %97,9'unun anne sütünü artırıcı uygulama yaptığı görülmektedir. Doğum sonu emziren annelerin en önemli kaygı alanlarında biri de sütünün bebeği için yetersiz olduğu düşüncesidir. Şahin ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında annelerin %34,2'sinin sütün yetersiz salgılandığı endişesi taşıdıkları bulunmuştur. Bu nedenle anne sütünü artırmaya yönelik uygulamaların hem anne sütü miktarını, hem de annelerin güven duygusunu artıracağı, böylelikle anne sütü verme ve emzirmeyi sürdürme oranları üzerinde olumlu etkisi olacağı düşünülebilir.

Annelerin %86,8'i kendisini emzirme konusunda yeterli hissettiğini, %84,9'u emzirirken aile desteği aldığını ifade etmiştir (Çizelge 3.4). Kurnaz (2014) çalışmasında annelerin refakatçilerinin %70,2' sinin emzirirken destekledikleri ve % 60,7'sinin en fazla bebek bakımı konusunda destek aldıkları tespit edilmiştir. Serhan (2010) çalışmasında annelerin %85,5'inin kendilerini bebek bakımı konusunda yeterli hissettiklerini belirlemiştir. Annelik davranışının beyinde nöral sistemler tarafından yönetilen ve yürütülen fizyolojik bir durum olduğu, bebek doğar doğmaz davranış değişikliklerinin gözlemlenmeye başlandığı ve annelik davranışı olarak tanımlandığı

belirtilmektedir. Bu şekilde annenin bebeğin bakımı ve korunmasını sağlayan davranışlar gösterdiği belirtilmektedir (Eşel 2010). Annelerin tek başına bebek bakımını üstlendiği ve desteklenmediğinde anneliğe uyum ve bebekle arasındaki bağın gelişmesinde güçlükler yaşadığı, doğum sonu ilk zamanlarda bağımsız olarak bebeklerine bakım vermekte zorlandıkları, kendilerini yetersiz ve yalnız hissettikleri ve bu yüzden bebeği emzirmekte güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (Doğaner 2005, Aslan ve Uzun 2008). Bu nedenle yeni doğum yapan anne için destek sistemlerinin harekete geçirilmesi DSD semptomlarının ortaya çıkmasının engellenmesi ve etkili emzirmenin sürdürülmesi açısından önemli görünmektedir.

Çizelge 3.5'de annelerin, depresyon puan ortalaması 9,58±5,10 olduğu ve annelerin %31,7'sin de depresyon riski olduğu saptanmıştır. Yabancı literatür değerlendirildiğinde; bazı ülkelerdeki DSD prevelansı, Kanada'da %20, İngiltere'de %31, İtalya'da %30, Çin'de %15.5, Hong Kong'da %37 ve Amerika'da %38 olarak bulunmuştur (Wan ve ark 2009). Ülkemizde DSD prevelansı Tahaoğlu ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarında %20,4, Kırkan'ın (2014) çalışmasında % 35 olarak bulunmuştur. Türkoğlu ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında EDDÖ puan ortalaması 9,54±4,56 Karabulut'un (2014) çalışmasında 7,77±6,2 çıkmıştır. Türkiye' de farklı bölgelerde yapılan çalışmalarla çalışma bulguların benzerlik göstermektedir. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde, bölgesel farklılıklar olmakla birlikte ülkemizde kadınların doğum sonu depresyon açısından risk altında oldukları, sonucuna varılmıştır.

Dennis emzirme öz-yeterlilik algısını "annenin emzirmeye ilişkin hissettiği yeterlilik" olarak tanımlamıştır (Dennis 1999). Emzirme öz-yeterliliği düşük olanların bebeklerini daha kısa zaman emzirdikleri, buna karşın emzirme öz-yeterliliği yüksek olan annelerin emzirmeyi başlatma ve sürdürme konusunda daha başarılı oldukları belirtilmektedir (Campbell 2015). Çalışmada annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması 58,92±7,61 olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.5). Küçükoğlu ve arkadaşlarının (2014) çalışmasından annelerin emzirme öz-yeterlilik ölçeğinden ortalama 40,63±10,22, Yenal ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında 59,49±8,46 puan aldıkları tespit edilmiştir. Zubaran ve Foresti (2013) çalışmalarında annelerin Emzirme öz-yeterlilik ölçeğinden ortalama 63,51±6,25 puan aldığını belirlemiştir. Çalışma sonuçları ülkemizde yapılan çalışmalarda emzirme öz-yeterliliğinin orta düzeyde

olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuç emzirmenin sürdürülmesi açısından bir risk faktörü olarak değerlendirilebilir.

4.2. Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçekpuan ortalamalarının tanımlayıcı, emzirme özellikleri ve EDDÖ puan ortalamalarına göre dağılımlarının tartışılması

Çizelge 3.6'da annelerin yaş grupları ile emzirme yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Annelerin yaşı artıkça emzirme öz-yeterlilik ölçek puan ortalamaları da artmaktadır. Benzer olarak, Gürol'un (2011), Özkan ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında yaş grupları ile emzirme başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışma bulgusundan farklı olarak Kurnaz'ın(2014) çalışmasında, anne yaşının emzirme başarısını etkilemediği, Küçükoğlu ve arkadaşlarının(2014) çalışmasında ise yaş grupları ile emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Annelerin evlilik süresi ile emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 1- 4 yıllık evli olan annelerin 10 yıl üzerinde evli olan annelere oranla emzirme öz-yeterlilik düzeyinin daha düşük ve gruplar arası fark anlamlı olduğu görülmüştür (Çizelge 3.6). Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde; anne yaşının artışına paralel olarak emzirme öz-yeterliliğinin artışı daha önce doğum ve emzirme deneyiminin olması ile açıklanabilir. Evlilik süresi artıkça emzirme öz-yeterliliğinin artması bu sonucu desteklemektedir.

Çalışma grubumuzdaki annelerin eğitim durumu ve gelir algısı ile emzirme öz-yeterlilik puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.6). Benzer olarak, Küçükoğlu ve arkadaşları (2014) ile Gürol (2011)'un çalışmasında annelerin öğrenim durumları ile emzirme öz-yeterliliği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı yönündedir. Eğitim durumunun emzirme tutum puanını arttırdığını destekleyen literatür çalışmaları da bulunmaktadır (Malini ve Janell 2008, Holbork 2013). Kurnaz(2014) çalışmasında annelerin eğitim durumunun emzirme tutum puanını arttırdığı, Vaaler ve arkadaşlarının (2010)çalışmasında genç ve eğitim düzeyi düşük annelerin diğer annelere göre emzirme istek ve eğilimlerinin daha az olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak eğitim ve gelirin etkisini ortaya koyan çalışmaların yanında etkisi olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur. Ancak eğitim

ve gelir durumunun bilgi ve sağlık sistemine ulaşmada önemli faktörler olduğu düşünebiliriz.

Annelerin gebelik sayıları, doğum sayıları ve yaşayan çocuk sayıları ile emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bir çocuğu olan annelerin birden fazla çocuğu olan annelere oranla emzirme yeterlilik ölçek puanları daha düşük çıkmıştır (Çizelge 3.7). Çalışma bulgusuyla benzer şekilde birçok çalışmada gebelik, doğum ve çocuk sayısının emzirme başarısını artırdığı görülmektedir (Gürol 2011, Holbrook 2013, Kurnaz 2014). Bu bulgudan farklı olarak doğum sayısı ve emzirme başarısı arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (Goyal ve ark 2011). Annelerin emzirme deneyimlerinin emzirme öz-yeterliliğini etkilediği ve annelerin kendilerini emzirme konusunda yeterli hissetmesini sağladığı sonuç olarak da annelerin emzirme konusunda deneyimli olmalarının emzirme yeterliliğini arttırdığı düşünülebilir.

Çizelge 3.7'de annelerin, doğum şekli ile emzirme öz-yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Benzer olarak Küçükoğlu ve arkadaşları (2014) ve Gürol(2011) çalışmalarında sezaryen doğum ile normal doğum arasında emzirme öz-yeterliliği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını, Kurnaz (2014) ise çalışmasında, sezaryenle doğum yapan annelerin emzirme başarısının normal doğum yapanlara oranla anlamlı derecede yüksek olduğunu belirtmiştir. Normal doğum yapan anneler ilk saatlerde (%48,9), sezeryanla doğum yapanlar (%56,3) ise ilk 2-4 saat içinde bebeklerini emzirdiklerini belirtmişlerdir (Kurnaz 2014). Doğum şekli ile emzirme öz-yeterliliği arasında anlamlı fark olmamakla birlikte normal doğum yapan annelerin puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. Sezeryan doğum sonrası emzirmenin başlatılmasında güçlükler yaşanmakta ve süre uzamaktadır. Bu nedenle ilk yarım saat içinde her iki grup açısından emzirmenin başlatılması önemlidir. Çalışmada annelerin doğumda sorun yaşama durumları ile emzirme öz-yeterlilik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Sorun yaşadığını belirten annelerin puanının düşük olduğu görülmektedir. Annenin kendi bakımına odaklanmasının bebeği emzirme konusunda gecikmeye neden olacağı sonucuna varılmıştır.

Genel olarak ülkemizde erkek çocuklara daha çok değer verilmesi emzirme davranışı üzerinde etkili olabilecek bir etken olarak bilinir. Annelerin emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları ile bebeğinin cinsiyetinden memnun olma durumu

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Bebeğinin cinsiyetinden memnun olduğunu söyleyen annelerin emzirme öz-yeterlilik puanının yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.7). Ancak memnuniyet sorgulanırken cinsiyet ayrımı üzerinden bir değerlendirme yapılmamıştır. Farklı olarak Kurnaz(2014)'ın çalışmasında, cinsiyet beklentisi tutum puanını etkilemezken, kız bebek isteyen annelerin puanı önemli bir şekilde yüksek hesaplanmıştır. Bebeğin cinsiyetinin emzirme tutumunu ve başarısını etkilemesi toplumun yapısı ile ilgilidir ve kişilerin tutumunu toplumun genel yapısı etkilemektedir. Yapılan çalışmada annelerin %53,2'sinin bebeklerinin erkek olduğu tespit edilmiş ve gebeliklerin %90,6'sının planlı olmasının sonuç üzerinde olumlu bir etkiye neden olduğu düşünülebilir (Çizelge 3.7). Bu sonucu destekler şekilde Kurnaz(2014) ve Gürol'un (2011) çalışmasında da gebeliğin planlı olma durumunun annelerin emzirme başarısını olumlu yönde etkilediği yönündedir.

Çalışmada annelerin doğum sonu ilk emzirme zamanları ile emzirme öz-yeterlilik ölçeği puanı doğum sonu ilk yarım saatte emziren ve 30. dakikadan sonra emziren anneler arasında anlamlı olarak farklı çıkmıştır (Çizelge 3.8). Bebeğin ilk yarım saat içinde emzirilmemesi süt yapımının gecikmesine ve buna bağlı olarak anne bebek etkileşiminin kurulamaması ve annenin emzirme konusunda kendini yetersiz hissetmesi ile sonuçlanabilir.

Annelerin düzenli aralıklarla emzirme durumları ile emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarında; düzenli emziren ve düzenli olarak emzirmeyen anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Emzirme konusunda kendini yeterli hisseden annelerin emzirme öz-yeterlilik ölçeği puanları yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (Çizelge 3.8). Doğuma hazırlık sınıfları ve emzirme konusunda eğitim almış annelerin emzirme tutumlarını pozitif yönde etkiledikleri bildirilmiştir (Malini ve Janell 2008). Kurnaz (2014) çalışmasında annelerden kendi emzirme başarısını değerlendirmeleri istendiğinde kendini başarılı olarak değerlendiren annelerde emzirme tutum puanının yüksek ve istatistiksel açıdan önemli olduğunu bulmuştur. Yüksek Emzirme öz yeterliliğine sahip olanların emzirme konusunda daha duyarlı ve istekli olacağı bunun da doğru emzirmeyi olumlu yönde etkileyebileceği ve kendilerini emzirme konusunda daha yeterli algılayacakları düşünülebilir.

Çizelge 3.8'de emzirme konusunda aile desteği alma yada almamanın emzirme öz-yeterlilik puanını etkilemediği tespit edilmiştir. Fakat literatürde annelerin tek başına bebek bakımını üstlendiği ve desteklenmediğinde anneliğe uyum ve bebekle arasındaki bağın gelişmesinde güçlükler yaşandığı, doğum sonu ilk zamanlarda bağımsız olarak bebeklerine bakım vermekte zorlandıkları, kendilerini yetersiz ve yalnız hissettikleri ve bu yüzden bebeği emzirmeyi reddettikleri belirtilmektedir (Doğaner 2005, Aslan ve Uzun 2008). Doğum sonu sosyal destek faktörleri annenin kendi bakımı ve bebek bakımı açısından önemlidir. Anlamlı fark olmamakla birlikte emzirme dışında kalan zamanlarda anneye destek olunmasının emzirmeyi olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Annenin kendi beden ve ruh sağlığı yerinde değilse bebeğine sağlıklı bir şekilde bakabilmesi ve uzun süre emzirebilmesi oldukça güçtür (Gaynes ve ark 2005). Son zamanlarda emzirme ile doğum sonu depresyonun ilişkisini inceleyen çalışmalar artmıştır (Küçükoğlu ve ark 2014, Özkan ve ark 2014). Emzirme öz-yeterliliği düşük olanların DSD'ye yakalanma olasılığının daha çok olabileceği belirtilmiştir (Dennis ve McQueen 2007).

Çizelge 3.9'da emzirme öz-yeterlilik ölçek puanı ile depresyon riski var olanlar ve olmayanların Spearman Korelasyon Analizi ile değerlendirilmesi yapılmıştır. Araştırmada, annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeyi ile doğum sonu depresyon belirtileri arasında ilişki tespit edilmemiştir. Aynı şekilde emzirme öz- yeterliliği ile depresyon semptomları arasında anlamlı fark olmadığı da bulunmuştur ($p>0,05$).

Küçükoğlu ve arkadaşları (2014) annenin doğum sonu depresyon belirtilerinin emzirme öz-yeterliliğini etkilemediğini saptamıştır. Zubaran ve Foresti'nin (2013) çalışmasında DSD yaşayan annelerin düşük emzirme öz-yeterliliğe sahip oldukları tespit edilmiştir. Kırkan (2014)'ın araştırmasına göre bebeğini emzirmeyenlerin 4.5 kat daha fazla DSD yaşadığı belirtilmektedir.

Karabulut (2014) çalışmasında; emzirme durumunun depresif şikâyetleri artırmadığını bulmuştur. Ulusoy'un (2010) çalışmasına göre emzirmeyi bırakan kadınların %50,0'sinde, emzirmeyi devam ettiren kadınların %33,3'ünde DSD semptomatolojisi tespit edilmiş fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Cooke ve ark (2007) antenatal dönemde uygulanan EDDÖ'ye göre depresyon riski ile emzirmeyi bırakma arasında anlamlı ilişki bulmamışlardır. Ayrıca kadınların

emzirmeyi depresyon dışındaki nedenlerden bıraktıklarını, ancak emzirmeyi bırakan kadınların üçüncü ayda psikolojik distres açısından dört kat fazla riskli olduğunu belirlemişlerdir. Dennis ve McQueen (2007), DS 1. haftada DSD semptomatolojisi gösteren kadınların DS 8. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az emzirdiklerini tespit etmişlerdir.

Çalışma sonuçları emzirme öz-yeterlilik ile doğum sonu depresyon arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir. Fakat emzirmenin anne ve yenidoğan sağlığı açısından oldukça yararlı bir uygulama olduğu düşünülürse, doğum sonu depresyon semptomlarının taranarak kontrol altına alınmasının emzirme yeterliliği ve başarısı üzerine olumlu etkisinin olacağı görülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Doğum sonu 4-6 haftalık dönemde annelerin emzirme öz-yeterlilik seviyesinin ortalamanın üzerinde olduğu ve annelerin üçte birinin depresyon açısından risk altında olduğu bulunmuştur.

Annelerin yaş, evlilik süresi, gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısı, doğumda sorun yaşama durumu, bebek cinsiyetinden memnun olma, ilk emzirme zamanı, düzenli emzirme durumu ve emzirme konusunda kendini yeterli hissetme durumu gibi değişkenlerin emzirme öz-yeterliliğini etkilediği ve emzirme öz-yeterlilik düzeyi ile depresyon riski arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Anne sütünü artırmaya yönelik uygulamaların hem anne sütü miktarını, hem de annelerin güven duygusunu artıracağı, böylelikle anne sütü verme ve emzirmeyi sürdürme oranları üzerinde olumlu etkisi olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Ülkemizde kadınların doğum sonu depresyon açısından risk altında oldukları, bu nedenle doğum sonu depresyon semptomlarını tanımlamaya yönelik önlemler alınmasının uygun olacağı sonucuna varılmıştır.

Doğum sonu depresyon semptomlarının taranarak kontrol altına alınmasının emzirme yeterliliği ve başarısı üzerine olumlu etkisinin olacağı görülmektedir.

5.2. Öneriler

Bu sonuçlara dayanarak aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

- *Ebe ve Hemşirelere Yönelik Öneriler*

- Annelerin yaş, evlilik süresi, gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısı, doğumda sorun yaşama durumu, bebek cinsiyetinden memnun olma, ilk emzirme zamanı, düzenli emzirme durumu ve emzirme konusunda yeterli deneyiminin olmaması emzirme öz-yeterlilik yönünden risk grubu olarak öncelikli olarak ele alınması,
- Gebelik döneminde anne adaylarına doğum sonu depresyona ilişkin risk faktörleri ve belirtilerine yönelik hemşirelerin ve ebelerin danışmanlık hizmetinin güçlendirilmesi,
- ASM'lerde ve hastanelerde doğum öncesi bakımlar sırasında anne adaylarının duygusal sorunlarla ilgili risklerinin tespit edilip, bu sorunlara yönelik gerekli yardımın sağlanması, depresyon açısından daha yakından izlenmesi ve aile bireylerinin doğum sonu depresyona ilişkin bilgilendirilmesi, doğum sonu depresyon belirtileri açısından uyarılması, doğum sonu depresyona yönelik dikkatlerinin çekilmesi,
- Doğum sonu dönemde, hemşireler ile yoğun iletişim halinde olan anneler doğum sonu döneme uyum sağlayabilmesinde ailenin yanı sıra, ebe ve hemşirelerden aldığı bakım ve desteğe de ihtiyaç duymaktadır. Özellikle risk gruplarının ele alınması emzirmenin önemi ve teknikleri hakkında annelere verilecek eğitimler ile anne bebek etkileşimini başlatması,
- Doğumdan sonraki ilk günlerde ASM ve hastanelere başvuran annelerin emzirme başarısı değerlendirilip, emzirme yeterlilik düzeyini artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık ile annelerin emzirme konusunda yeterlilik hissinin artırılması,

- *Bebek dostu hastanelere ve ASM'lere Yönelik Öneriler;*

- Bebek dostu hastanelerde ve ASM merkezlerinde emzirmeye ilişkin günümüzde yapılan eğitim programları tekrar değerlendirilerek, sadece bilgi verici yapıda değil aynı zamanda düzenli olarak danışmalığı sürdürecek bir yapıya dönüştürülmesi,

- *Araştırmacılara Öneriler;*

Araştırmacılara, annelerin emzirme öz-yeterliliği ve doğum sonu emzirme sürelerini etkileyen faktörleri inceleyen tanımlayıcı, vaka-kontrol ve risk gruplarına yönelik müdahale türü çalışmalar önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

Akdeniz F, Gönül AS, 2004. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psikiyatri, 2, 70-4.

Akkaya C, 2005. Depresyon etiyolojisinde serotonin ve noradrenalin. Yeni Sempozyum Dergisi,43(3), 91-6.

Akkoyunlu B, Orhan F, Umay A, 2005. Bilgisayar öğretmenleri için bilgisayar öğretmenliği öz-yeterlik ölçeği geliştirme çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 29, 1-2.

Aktaş D, 2008. Doğum sonu dönemde depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesini etkileyen risk faktörleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Akyüz A, Kaya T, Şenel N, 2007. Annenin emzirme davranışının ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi. TSK Kor Hek, 6, 331-5.

Annagür B, Annagür A, 2012. Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, 4(3), 279-92.

Arslantaş H, Ergin F , Balkaya NA, 2009. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 10(3), 13-22.

Aslan F, Uzun Ş, 2008. Hemşirenin postnatal eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin incelenmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 28, 736-42.

Ayvazı S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ, 2006. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 17(4), 243–51.

Baisch MJ, Fox RA, Whitten E, Pajewski N, 1989. Comparison of breastfeeding attitudes and practices: low-income adolescents and adult women. Matern Child Nurs J, 18, 61-71.

Bandura A, 1986. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.

Bandura A, 1994. Self-efficacy. In: V. S. Ramachaudran Ed: Encyclopedia of Human Behavior ,4, New York, Academic Press, p. 71-81.

Baor L, Soskolne V, 2010. Mothers of IVF and spontaneouslyconceived twins: a comparison of prenatal maternalexpectations, coping resources and maternal stress. Hum Reprod, 25, 1490-96.

Beck CT, 2001. Predictors of postpartum depression, an update, Nursing Research, 50, 5, 275-85.

Beydağ KD 2007. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 ,6, 479-84.

Binkley S, 2009. Is it baby blues or postpartum depression? Erişim tarihi, 13.Aralık.2015. Erişim adresi, http://healthewoman.org/is-it-baby-blues-or-post-partum-depression/#comments.

Blyth R, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, 2002. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. Birth-Issues in Perinatal Care, 29 4, 278-84.

Borcherding KE, 2009. Coping in healthy primigravidae pregnant women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 38,4, 453-62.

Bourgoin GL, Lahaie NR, Rheaume BA, Berger MG, Dovigi CV, Picard LM, Sahai VF, 1997. Factors influencing the duration of breastfeeding in the Sudbury region. Can J Public Health, 88, 238-41.

Britton JR, 2007. Postpartum anxiety and breast feeding. J Reprod Med, 52, 689-95.

Brummelte S, Galea LAM, 2010. Depression during pregnancy and postpartum: Contribution of stress and ovarian hormones, Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 34, 766–76.

Buğdaycı R, Sasmaz CT, Tezcan H, Kurt AO, Öner S, 2004. A cross-sectional prevalencestudy of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. J Womens Health (Larchmt), Jan-Feb, 13,1, 63-8.

Campbell SH, 1996. Breastfeeding self-efficacy: the effects of a breastfeeding promotion nursing intervention. Erişim tarihi, 13.Aralık.2015. Erişim adresi, http://digitalcommons.uri.edu/dissertations/AAI9707172.

Carpenito LJ, 2005. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çev: F Erdemir, 1. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, p.175–77.

Cooke M, Schmied V, Sheehan A, 2007. An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feding problems and breast feeding cessation in Australia. Midwifery, 23, 66-76.

Coşkun A, Erdem N, Gelişken R, Özer D, Beser A, 2005. 0-1 yaş bebeği olan annelerin bebek bakımında kullandıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi. IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kongre Kitabı, p. 12, 5-6 Mayıs 2005, Ordu, Türkiye.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R, 1987. Detection of postnatal depression: development of the 10 item edinburgh postnatal depression scale (EDDÖ). Br J Psychiatry, 150, 782-6.

Creedy DK, Dennis CL, Blyth R, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, 2003. Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an australian sample. Wiley Periodicals, Inc. Res Nurs Health, 26, p.143–52.

Çelikel AS, 2012. Doğum sonrası dönemde fonksiyonel durum ile postpartum depresyon ilişkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Dai X, Dennis CL, 2003. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale ınto Chinese, Journal of Midwifery&Women's Health, 48,5, p.350-6.

Demirci H, 2001. İlk gebeliği olan kadınların psikolojik tepkilerinin incelenmesi, 1.Uluslararası &VIII.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, p.193-196, 29 Ekim-2 Kasım 2001, Antalya, Türkiye.

Demirtaş B. 2005. Emzirmeyi etkileyen kültürel değerler. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Dennis C, 1999. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. Journal of Human Lactation, 15, 3, 195-201.

Dennis CL, Faux S, 1999. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale, Research in Nursing&Health, 22, 399 -409.

Dennis CL, 2002. Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 31,3, 12–32.

Dennis CL, 2003. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 32, 734-44.

Dennis CL, McQueen K, 2007. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? Acta Pædiatrica, 96, 590–4.

Deveci A, 2003. Postpartum psikiyatrik bozukluklar, 1. Basamak için Psikiyatri, 2,3, 42-6.

Doğaner Ş, 2005. Vaginal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas.

DSÖ, UNICEF, 2004. Anne sütüyle beslenmede danışmanlık, eğitim kursu katılımcı rehberi. Çeviri: İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Basım: M.Ü. Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü.

DSÖ, UNICEF, 2005. Emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi. Ankara, Ajans Türk Matbaacılık.

DSÖ, 2008. Literature review of risk factors and interventions on postpartum depression, Maternal Mental Health & Child Health And Development. Department of mental health and substance abuse, Erişim tarihi, 13.12.2015, Erişim adresi, http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh&chd_exec_sum.pdf.

DSÖ, 2011. World Health Statistics 2011. Erişim tarihi, 13.12.2015, Erişim adresi, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf.

Durat G, Kutlu Y, 2010. Sakarya'da doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler, New Symposium Journal, 48,1, 63-7.

Durukan E, 2007. Ankara il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran2 haftalık-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara.

Ekşioğlu AB, ve Ceber E, 2011. Translation and validation of the breast-feeding self-efficacy scale into Turkish. Midwifery, 27, 6, 246-53.

Engindeniz AN, Kuey L, Kültür S, 1996. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1 Kitabı, p. 51-2, Ankara.

Erdem Ö, Bez Y, 2009. Doğum sonrası hüzün ve doğum sonrası depresyon. Konuralp Tıp Dergisi. 1,1, 32-7.

Eşel E, 2010. Anneliğin nörobiyolojisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 21,1, 68-78.

Fairlie TG, Gillman MW, Rich-Edwards J, 2009. High pregnancy-related anxiety and prenatal depressive symptoms as predictors of ıntention to breastfeed and breastfeeding ınitiation. J Womens Health, 18, 945-53.

Februhartantyl J, Bardosono S, Septiaril, AM, 2006. Problems during lactation are associated with exclusive breastfeeding in dkı jakarta province: father's potential roles in helping to manage these problems. Mal. J. Nutr., 12, 2, 167-80.

Ferber S G, 2004. The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: the contribution of parity, Early Human Development, 79, 65-75.

Gale S, Harlow BL, 2003. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. J Psychosom Obstet Gynaecol, 24, 257–66.

Gau ML, 2004. Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding: a longitudinal study. International Journal of Nursing Studies, 41, 425-35.

Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC, 2005. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evid Rep Technol Assess, 119, p.1-8.

Gjerdingen DK, Yawn BP, 2007. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. J Am Board Fam Med., 20, 280-8.

Goyal RC, 2011. Banginwar as, zivo f, toveir aa. breastfeeding practices: positioning, attachment (latch-on) and effective suckling-a hospital-based study in Libya. Journal of Family and Community Medicine,18,2, 74–9.

Gökduman, M 2009. 0-6 aylık bebeği olan annelerin anne sütünü arttırmaya yönelik geleneksel uygulamaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın.

Gürol ES, 2011. Annelerin emzirme yeterlilik durumları ile meme başı ağrısı/travması arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Holbrook K, Beyaz M, Heymen M, Wojcicki J, 2013. Maternal sociodemographic characteristics and the use of the Iowa Infant Attitude Feeding Scale to describe breastfeeding initiation and duration in a population of urban, Latina mothers: a prospective cohort study. International Breastfeeding Journal, 8, 7.

Işık S, 2007. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin doğum sonu depresyon konusunda bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi, Yüksek lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Josefsson A, Angelsiö L, Berg Ş, 2002. Obstetric, somatic, anddemographic risk factors for postpartum depressive symptoms. Obstet Gynecol, 99, 2, 223.

Josefsson A, 2003. Postpartum depression–epidemiological and biological aspects, Linköping University Medical Dissertation, Linköping.

Karabulut G, 2014. Gebelikte doğum beklentisinin postpartum depresyon geliştirme üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

Karaçam Z, 2008. Kadın sağlığı. İn: Ahsen Ş, Editör. Normal postpartum dönemin fizyolojisi ve bakımı. İstanbul: Berday Basın Yayıncılık, p.707-54.

Karaçam, Z, Öner H, 2008. Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği'nin türkçe'de kesme noktalarının hesaplanması, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11, 2, 61-71.

Karaçam Z, Kitiş Y, 2005. What do midwives and nurses in Turkey know about nutrition in the first six months of life. Midwivery, 21, 61-70.

Kırkan T, 2014. Gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler: bir izlem çalışması. Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum.

Klainin P, Arthur DG, 2009. Postpartum depression in asian cultures: a literature review, International Journal of Nursing Studies, 46, 1355-73.

Klier CM, Muzik M, Dervic K, Mossaheb N, Benesh T, Ulm B, Zeller M, 2007. The Role of estrogen and progesterone in depression after birth. Journal of Psychiatric Research, 41, 273–9.

Köroğlu E, 2005. (DSM-IV-TR), Tanı ölçütleri başvuru el kitabı, II.Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 152-86.

Kuçber AM, Keleş E, 2009. Doğum sonrası depresif belirtilere sigaranın ve gebelikteki bazı sorunların ilk ve 60. günlerdeki etkisinin karşılaştırılması, TAF Preventive Medicine Bulletin, 8,4, 323-7.

Kurnaz D, 2014. Erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Aydın.

Küçükoğlu S, Çelebioğlu A, Coşkun D, 2014. Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme öz-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3 (3), 921-32.

Leibenluft E, Yonkers KA, 2010. The ties that bind: maternal-infant interactions and the neural circuitry of postpartum depression. Am J Psychiatry, 167, 1294-6.

Leung BMY, Kaplan BJ, 2009. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature, Journal of The American Dietetic Association, 109, 1566-75.

MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, Lancashire RJ, Braunholtz DA, Gee H, 2002. Effectsof redesigned community postnatal care on womens" health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. Lancet, 359, 378–85.

Malini D, Janell L, 2008. Maternal breastfeeding attitudes: association with breastfeeding Intent and socio-demographics among urban primiparas. Journal of Community Health, 33,2, 53-60.

Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S, 2009. Postpartum depresyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 29,1, 206-14.

Marcus S, Heringhausen J, 2010. Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy, Primary Care: Clinics in Office Practice, 36, 1, 151-65.

Mccoy SJ, Beol JM, Shipman SB, Payton ME, Watson GH, 2006. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4 weeks postnatal and a review of the literatüre, J Am Osteopath Assoc, 106, 12, 687.

McLachlan H, Forster DA, 2006. Initial breastfeeding attitudes and practices of women born in Turkey, Vietnam and Australia after giving birth in Australia. Int Breastfeed J , 1, 7.

Moore E, Coty MB, 2006. Prenatal and postpartum focus groups with primiparas: breastfeeding attitudes, support, barriers. self-efficacy and ıntention, Journal of Pediatric Health Care, 20,1, 35-46.

Moses-Kolko EL, Roth EK, 2004. Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. Journal of Women's Health, 59,3, 181-97.

Munoz C, Agruss J, Haeger A, Siversten L, 2006. Postpartum depression. detection and treatment in the primary care setting. The Journal of Nurse Parctitionars, 2, 4, 247-53.

Nelson AM, 2003. Transition to motherhood. JOGNN, 32, 4, p.465-77.

Neyzi O, Ertugrul T, 2002. Sağlıklı çocuğun beslenmesi. Pediatri, 3. Baskı, Cilt 1,İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, p.183.

Özkan H, Üst ZD, Gündoğdu G, Çapık A, Şahin SA, 2014. Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 48, 2, 125-32.

Öztek Z, Kubilay Ş, 1997. Toplum sağlığı hemşireliği. Ankara, Somgür Yayıncılık, p.1-9.

Pippins JR, Brawarsky P, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Haas JS, 2006. Association of breastfeeding with maternal depressive symptoms. J Women's Health, 15, 754-62.

Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio PA, 2005. Controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. Pediatrics, 116, 494-8.

Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C, 2009. Maternity blues as a predictor of dsm-ıv depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. Journal of Affective Disorders, 113, 77–87.

Rosenthal, H. After the birth, Erişim Tarihi: 13.12.2015, Erişim Adresi, http://www.pndsa.co.2a/after-the-birth.htm

Sağlık Bakanlığı 2015. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönerge, Erişim tarihi: 13.12.2015, Erişim adresi, www.saglık.gov.tr.

Samlı, G, Kara B, Ünalan PC, Samlı B, Sarper N, Gökalp AS, 2006. Annelerin emzirme ve süt çocuğu beslenmesi konusundaki bilgi, inanış ve uygulamaları: niteliksel bir araştırma. Marmara Medical Journal, 10 ,1, 13-8.

Samur Ş, 2008. Anne sütü. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Sarah L, 2002. Postpartum Depression: A Review of the Literatüre, St.Thomas, Ontario: Elgin-St.Thomas Health Unit.

Selimoğlu MA, Celiloğlu ÖS, Celiloğlu C, 2010. Anne sütü ile beslenmenin ileri yaşama etkileri. Türk Pediatri Arşivi, 45, 309-14.

Serhan N, 2010. Anne ve babalarda postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Sharma M, Petosa R, 1997. Impact of expectant fathers in breast-feeding decisions. Journal of the American Dietetic Association, 97,11, 1311-3.

Stolzer J, Hossain SF, 2006. Woman physicians and breastfeeding advice: a regional analysis. Ethics & Medicine, 22, 3, 177-91.

Sword W, Watt S, 2005. Learning needs of postpartum women: does socioeconomic status matter? Birth, 32, p.86-92.

Şahin H, Yılmaz M, Aykut M, Balcı E, Sağıroğlu M, Öztürk A, 2013. Kayseri'de iki toplum sağlığı merkezine başvuran annelerde emzirme sorunları ve risk etmenleri. Türk Pediatri Arşivi Dergisi, 48, 145-51.

Tahaoğlu AE, Toğrul C, Külahçıoğlu Mİ, Öztürk BA, Balsak D, Bademkıran H, Gül E, Görkem Ü, Güngör T, 2015. Diyarbakır'da postpartum depresyonu etkileyen faktörler. Perinatoloji Dergisi, 23, 1, 26–9.

Taşkın L, 2009. Kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği. IX. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, p.275-455-486.

Tatar ES, 2010. Doğum sonu ilk üç ayda annelerin depresyon yaşama durumlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Tokat MA, Okumuş H, Dennis CL, 2010. Translation and psychometric assessment of the breast-feeding self efficacy scale short form among pregnant and postnatal women in Turkey. Midwifery, 26, 1, 101-8.

Tokat MA, Okumuş H, 2013. Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye temelli antenatal eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10, 1, 21-9.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013. Erişim tarihi 13.12.2015, Erişim adresi,http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013_sonuclar_sunum_2122014.pdf

Türkoğlu N, Baysal HY, Küçükoğlu S, 2014. Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 3(1), p.1-8.

Ulusoy MN, 2010. Doğum sonrası altı aylık dönemde postpartum depresyon sıklığının bebeklerin beslenme ve büyümesi ile ilişkisinin longitudinal incelenmesi.Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

UNICEF, 1992. The state of the world's children 1992. Oxford Üniversity. Oxfordshire, 44.

Ural S, 2011. Erciyes üniversitesiyenidoğan ve sosyal pediatripolikliniklerine başvuran 0-24 aylık bebeğiolan annelerin emzirme ve anne sütünü artırmaya yönelik geleneksel uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Kayseri.

Uyar S, 2005. Postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Üstüner F, 2004. Aylık büyüme gelişimi ve pekiştirme eğitimi ile yalnızca anne sütü verme süresi arasındaki ilişkinin araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Vaaler ML, Parks SE, Erickson T, Castrucci BC, 2010. Breastfeeding attitudes and behavior among WIC mothers in Texas. J Nutr. Educ. Behav, 42, 3, 30-8.

Walker L, Wilging S, 2004. Rediscovering the 'M' in 'MCM': Maternal Health Promotion after Childbirth. JOGNN, 29, 3, 229-35.

Wan EY, Moyer CA, Harlow SD, Fan Z, Jie Y, Yang H, 2009. Postpartum depression and traditional postpartum care in china: role of zuoyuezi, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 104, 209-13.

Warren PL, McCarthy G, Corcoran P, 2010. Postnatal depression in first-time mothers: prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum, Archives of Psychiatric Nursing, 11, p.1

Yenal K, Tokat MA, OZAN YD, Çeçe Ö, Abalın FB, 2013. Annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 10, 2, 14-9.

Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç, 2004. Postpartum depresyon. 3P Dergisi, 12, 12, 20.

Yozwiak JA, 2010. Postpartum depression and adolescent mothers:a review of assessment and treatment approaches, J Pediatr Adolesc Gynecol, 23, 172-8.

Zubaran C, Foresti K, 2013. The Correlation Between Breastfeeding Self-Efficacy and Maternal Postpartum Depression in Southern Brazil. Sex Reprod Healthc, 4(1), 9-15.

7. EKLER

7.1. EK A:Annelerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu

ANNELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ VERİ TOPLAMA FORMU

A. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Sorular

1. Yaşınız? …….
2. Öğrenim durumunuz nedir?
    1. Okur yazar
    2. İlkokul
    3. Ortaokul
    4. Lise
    5. Yüksekokul
3. Eşiniz kaç yasında? .....
4. Eşinizin öğrenim durumu nedir?
    1. Okur yazar
    2. İlkokul
    3. Ortaokul
    4. Lise
    5. Yüksekokul ve üzeri
5. Eşinizin mesleği nedir?
    1. Memur
    2. İşçi
    3. Serbest meslek
    4. İşsiz
6. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır
7. Gelir-giderinizi karsılaştırdığınızda şu anki ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
    1. Çok iyi
    2. İyi
    3. Orta
    4. Kötü
8. Sağlık güvenceniz var mı ?
    1. Evet
    2. Hayır
9. En uzun yaşadığınız yer neresidir?
    1. İl
    2. İlçe
    3. Köy/ Kasaba
10. Aile tipiniz nedir?
    1. Çekirdek Aile
    2. Geniş Aile
11. Kaç yaşında evlendiniz? …….
12. Kaç yıldır evlisiniz ? …….
13. Eşinizle akrabalık var mı ?
    1. Evet (Lütfen akrabalık derecesini belirtiniz…)
    2. Hayır
14. Eşinizle isteyerek mi evlendiniz?
    1. Evet
    2. Hayır

B. Annelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Sorular

15. Gebelik sayısı (belirtiniz…)
16. Doğum sayısı (belirtiniz…)
17. Yaşayan çocuk sayısı(belirtiniz…)
18. Kendiliğinden yada isteyerek düşük yaşadınız mı?
    1. Evet
    2. Hayır
19. Kürtaj öykünüz var mı?
    1. Evet
    2. Hayır
20. Bu gebeliğinizi isteyerek/planlayarak mı gerçekleştirdiniz?
    1. Evet
    2. Hayır
21. Gebeliğinizde düzenli, olarak takip edildiniz mi?
    1. Evet
    2. Hayır
22. Gebeliğinizde sorun yasadınız mı?
    1. Evet (Belirtiniz…)
    2. Hayır
23. Doğumunuzu hangi şekilde gerçekleştirdiniz?
    1. Normal doğum
    2. Sezaryen doğum
24. Doğumunuzu gebeliğinizin kaçıncı haftasında yaptınız? (Belirtiniz....)
25. Doğumunuzda sorun yasadınız mı?
    1. Evet (Belirtiniz...)
    2. Hayır
26. Bebeğinizin cinsiyeti?
    1. Erkek
    2. Kız
27. Bebeğinizin cinsiyetinden memnun musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır

C. Annelerin Anne Sütü ve Emzirme Hakkındaki Bilgilerine İlişkin Sorular

28. Anne sütü ve emzirme hakkına herhangi bir bilgi aldınız mı?
    1. Evet
    2. Hayır
29. Doğumdan sonra bebeğinizi ilk ne zaman emzirdiniz?
    1. İlk 30 dakikada
    2. 31. dakikadan sonra
30. Doğumdan sonra gelen ilk sütünüzü bebeğinize verdiniz mi?
    1. Evet
    2. Hayır
31. Kolostrum'un (Ağız sütü)bebeğinize faydaları nelerdir?
    1. Bebeği hastalıklara karsı korur
    2. Zeka gelişimini sağlar
    3. Bağırsakların düzenli olarak çalışmasını sağlar
    4. Hepsi

32. Bebeğinizi düzenli aralıklarla emziriyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır
33. Emzirmenin anneye yararlı etkileri var mıdır?
    1. Evet
    2. Hayır
34. Emzirmenin bebeğe yararlı etkileri var mıdır?
    1. Evet
    2. Hayır
35. Sütünüzü artırmak için yaptığınız bir uygulama var mı?
    1. Evet
    2. Hayır
36. Bebeğinizi istediğiniz gibi emzirebildiğinizi düşünüyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır
37. Emzirmenin anne ile bebek arasındaki bağı geliştirdiğini düşünüyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır
38. Emzirme, anne kendini iyi hissettiği zaman mı yapılmalı?
    1. Evet
    2. Hayır
39. Bebeğiniz uzun süredir uyuyorsa uyandırıp emzirmek gerekir mi?
    1. Evet
    2. Hayır
40. Emzirme konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır
41. Emzirirken sizi destekleyen aile üyeleriniz var mı?
    1. Evet (Belirtiniz…)
    2. Hayır

7.2. EK B: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ)

EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDDÖ)

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

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

1) Her zaman olduğu kadar
2) Artık pek o kadar değil
3) Artık kesinlikle o kadar değil
4) Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

1) Her zaman olduğu kadar
2) Her zamankinden biraz daha az
3) Her zamankinden kesinlikle daha az
4) Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

1) Evet, çoğu zaman
2) Evet, bazen
3) Çok sık değil
4) Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum

1) Hayır, hiçbir zaman
2) Çok seyrek
3) Evet, bazen
4) Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5. iyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum

1) Evet, çoğu zaman
2) Evet, bazen
3) Hayır, çok sık değil
4) Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Her şeyi gidererk sırtıma yükleniyor.

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

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

1) Evet, çoğu zaman
2) Evet, bazen
3) Çok sık değil
4) Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

1) Evet, çoğu zaman
2) Evet, oldukça sık
3) Çok sık değil
4) Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

1) Evet, çoğu zaman
2) Evet, oldukça sık
3) Çok seyrek
4) Hayır, asla

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

1) Evet, oldukça sık
2) Bazen
3) Hemen hemen hiç
4) Asla

7.3. EK C: Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği

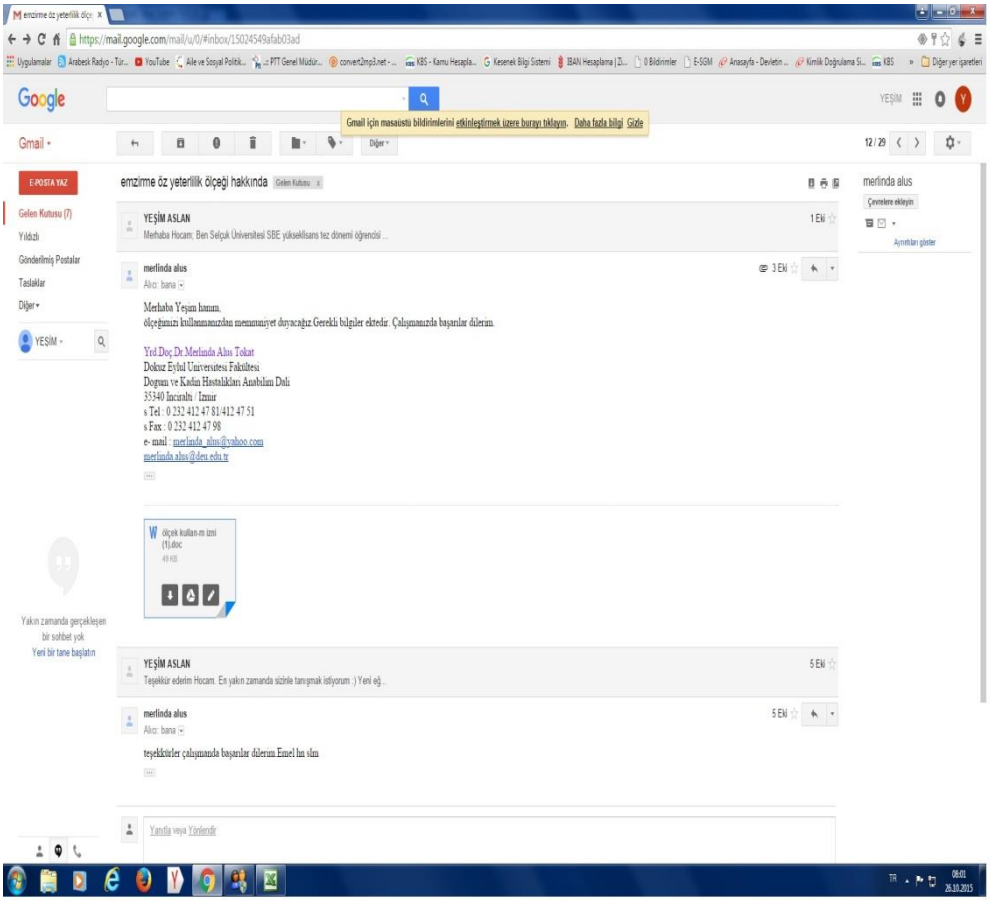
EMZİRME ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Emzirmek ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur. İlginiz ve yanıtlarınız için TEŞEKKÜRLER.

1. Hiç emin değilim. **2.** Çok emin değilim. **3.** Bazen eminim. **4.** Eminim. **5.** Çok eminim.

1. Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5
2. Diğer işlerde oldu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabirim.	1	2	3	4	5
3. Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim.	1	2	3	4	5
4. Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	1	2	3	4	5
6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim.	1	2	3	4	5
7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim.	1	2	3	4	5
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim.	1	2	3	4	5
9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum.	1	2	3	4	5
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.	1	2	3	4	5
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.	1	2	3	4	5
12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim.	1	2	3	4	5
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5
14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5

7.6. EK F: Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği İzin Belgesi



8. ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Kırşehir' de doğdu. İlk orta ve lise öğrenimini Ankara'da tamamladı. 2004 yılında Selçuk Üniversitesi Karaman Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik bölümünü kazandı ve 2008 yılında mezun oldu. 2009 yılında özel bir hastanede Ameliyathane hemşiresi olarak 3,5 yıl görev yaptı. 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Dr.İ.Işık Huzurevine atandı. 2013 yılında aynı bakanlığın Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezinde 1 yıl geçici görevle hemşire olarak görevlendirildi. 2014 yılından beri tekrar Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Dr.İ.Işık Huzurevinde çalışmaktadır.