



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ADANA İLİ ÇUKUROVA İLÇESİNDEKİ ANNELERİN İLK 6 AY SADECE ANNE SÜTÜ VERME DURUMLARINA SOSYODEMOGRAFİK VE PSİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN ETKİSİ

**Dr. Didem ATA YÜZÜGÜLLÜ
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Necdet AYTAÇ**

ADANA-2017



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ADANA İLİ ÇUKUROVA İLÇESİNDEKİ ANNELERİN İLK 6 AY SADECE ANNE SÜTÜ VERME DURUMLARINA SOSYODEMOGRAFİK VE PSİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN ETKİSİ

**Dr. Didem ATA YÜZÜGÜLLÜ
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Necdet AYTAÇ**

Bu tez, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TTU-2015-5445 No'lu proje ile desteklenmiştir.

ADANA-2017

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında, bilgi ve deneyimi ile bana rehberlik eden, her zaman yol gösteren tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Necdet AYTAÇ’a,

Asistanlar olarak desteğini her zaman hissettiğimiz, eğitimim boyunca bilgi birikimini bizimle paylaşan Sn. Prof. Dr. Muhsin AKBABA’ya,

Eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım Ç.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri; Prof. Dr. Gülseren AĞRIDAĞ, Prof. Dr. Elçin YOLDAŞCAN, Prof. Dr. Ferdi TANIR, Doç. Dr. Hakan DEMİRHİNDİ, Doç. Dr. Ertan KARA, Doç. Dr. Ersin NAZLICAN’a,

Sevgili asistan arkadaşlarıma,

Biyoistatistik Anabilim Dalı’nın değerli öğretim üyelerine ve asistanlarına,

Hep yanımda olan, desteklerini her zaman hissettiğim canım aileme,

Bu süreci benimle birlikte yaşayan, zor zamanlarımda moral kaynağım olan eşim Mehmet, kızlarım Zeynep ve Begüm’e

TEŞEKKÜR EDERİM.

Dr. Didem ATA YÜZÜGÜLLÜ

ADANA 2017

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLO LİSTESİ	VIII
ŞEKİL LİSTESİ	X
KISALTMALAR LİSTESİ	XI
ÖZET	XII
ABSTRACT	XIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Anne Sütünün Önemi	4
2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Emzirme Verileri	5
2.3. Kolostrum	5
2.4. Emzirme	6
2.4.1. Emzirme Yöntemleri	6
2.4.1.1. Kucaklama	6
2.4.1.2. Ters Kucaklama	7
2.4.1.3. Koltuk Altı	7
2.4.1.4. Yatar Pozisyonda Emzirme	7
2.4.2. Emzirme Sıklığı ve Süresi	7
2.4.3. Annenin Emzirme Yeterliliğinin Değerlendirilmesi	8
2.4.4. Emzirme Başarısının Değerlendirilmesi	8
2.4.5. Emzirmenin Başarısını Gösteren Bulgular	8
2.4.6. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler	9
2.4.7. Emzirme Önerileri	9
2.4.8. Emzirme Danışmanlığı	9
2.5. Dünya’da Bebek Dostu Hastane Girişimi	10
2.6. Prenatal dönemde verilen anne sütü eğitiminin önemi	11
2.7. Süt yapımı	13
2.8. Anne sütünün kontrendike olduğu durumlar	14

2.9. Anne Sütünün İçeriği	14
2.9.1. Protein İçeriği	14
2.9.2. Lipid İçeriği	14
2.9.3. Karbonhidrat İçeriği.....	14
2.9.4. Vitamin içeriği	15
2.9.5. Mineral içeriği	15
2.9.6. Hormon, büyüme faktörleri ve enzim içeriği	16
2.9.7. Anne sütünün immünolojik özellikleri	16
2.10. Sigara kullanımının anne ve bebek sağlığına etkileri	19
2.10.1. Gebelikte sigara kullanımının anne sağlığına olumsuz etkileri	19
2.10.2. Gebelikte sigara kullanımının fetus üzerine olumsuz etkileri.....	19
2.10.3. Pasif sigara maruziyeti	20
2.11. Bebek Büyümesi	20
2.12. Anne sütü vermeme nedenleri.....	22
2.12. Emzirme Hormonlarının Biyolojik ve Psikolojik Etkileri	23
2.12.1. Prolaktin	23
2.12.2. Oksitosin	24
2.12. Depresyonun Emzirme ve Emzirme Yöntemleri İle İlişkisi	26
2.13. Doğum sonrası annede görülebilecek psikiyatrik bozukluklar	27
2.14. Doğum sonrası psikiyatrik bozukluklarda tarihçe.....	28
2.15. Psikopatolojik Bozukluklar	29
2.15.1. Major Depresyon.....	29
2.15.2. Anksiyete Bozuklukları.....	30
2.15.3. Somatizasyon	31
2.15.4. Obsesif kompulsif bozukluk	31
2.15.5 .Fobik anksiyete	31
2.15.6. Kişilerarası duyarlılık.....	31
2.15.7. Hostilite	31
2.15.8. Paranoid düşünce	31
2.15.9. Psikotizm.....	32
3. GEREÇ ve YÖNTEM	33
3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri.....	33

3.2. Araştırmanın Tipi	33
3.3. Araştırmanın Evreni	33
3.4. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Seçimi.....	33
3.5. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler.....	34
3.6. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişken	35
3.7. Araştırmanın Uygulanması	35
3.8. Anket Formu	35
3.9. Kısa Semptom Envanteri (KSE)	35
3.9.1. Güvenirlilik.....	36
3.9.2. Kısa Semptom Envanterinin Değerlendirilmesi.....	36
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.11. Araştırmanın Kısıtlılığı	38
3.12. Araştırmanın Bütçesi.....	38
4. BULGULAR.....	39
4.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	39
4.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebelik Ve Doğum İle İlgili Özellikleri (Tablo 4).....	41
4.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Anne Sütü Verme Durumu ve Buna Etki Eden Özellikler (Tablo 5-6)	42
4.4. Ek Gıda Süreci İle İlgili Bilgiler (Tablo 7)	45
4.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Psikopatolojik Özellikleri (Tablo 8).....	47
4.6. Kadınların Yaş, Eğitim Durumu, Bebek Cinsiyeti, Gebelik Ve Doğum Özellikleri, Sigara Kullanma Durumuna Göre İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarına Göre Dağılımı (Tablo 9)	48
4.7. Kadınların Yaşı İle İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı (Tablo 10).....	49
4.8. Bebeklerin Hastalık Öyküsü ve Anneden Ayı Kalma Durumuna Göre Annelerin İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı (Tablo 11).....	50
4.9. Aile büyükleriyle Beraber Yaşama veya Aile Büyüklerinin Bebek Beslenmesini Etkileme Durumlarına Göre Annelerin İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı (Tablo 12).....	51

4.10. Annenin Yaşadığı Meme Başında Çatlak, Kanama vs. Sorunları, Annenin Şu Anki Çalışma Durumu ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Annelerin İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı (Tablo 13)	52
4.11. Annelerin Gebelik Sayısına Göre İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı (Tablo 14)	53
4.12. Annenin Doğum Şekline Göre Doğumdan Sonraki İlk Yarım Saat İçinde Bebegi Emzirme Durumlarının Dağılımı (Tablo 15)	54
4.13. Kadınların İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı (Tablo 16)	54
4.14. Kadınların Şu Anki Çalışma Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı (Tablo 17)	64
4.15. Kadınların Yaşları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı (Tablo 18)	67
4.16. Annelerin Yaşları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı (Tablo 19)	69
4.17. Annelerin Eğitim Durumları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı (Tablo 20)	70
4.18. Annelerin Eğitim Durumları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı (Tablo 21)	72
4.19. Annelerin Aile Büyükleri İle Birlikte Yaşama Durumları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı (Tablo 22)	73
4.20. Annelerin Aile Büyükleri İle Birlikte Yaşama Durumları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı (Tablo 23)	75
4.21. Annelerin Sigara İçme Durumları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı (Tablo 24)	76
4.22. Annelerin Sigara İçme Durumları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı (Tablo 25)	78
4.23. Doğum Sonrası İlk 6 Aylık Döneminde SAS Alımını Etkileyen Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi (Tablo 26)	78
5. TARTIŞMA	80
5.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi	81
5.2. Kadınların Gebelik Dönemleri Ve Doğumlarıyla İlgili Bilgiler	85
5.3. Bebeklerin Beslenmeleri İle İlgili Bilgiler	88

5.4. Annelerin Kısa Semptom Envanteri Sonuçları ve İlişkili Faktörler	92
5.5. Annelerin İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumları.....	97
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	99
KAYNAKLAR	105
EKLER	117
Ek 1: Aydınlatılmış Onam Formu.....	117
Ek 2: Anket Formu.....	119
Ek 3: Kısa Semptom Envanteri	121
Ek 4: Etik Kurul Onayı	124
ÖZGEÇMİŞ	125



TABLO LİSTESİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 1. Örneklemeye Seçilen ASM'ler ve ASM'lerden Seçilen Annelerin Sayısı ve Yüzdesi	34
Tablo 2. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	40
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Kadınların Yaş Dağılımı.....	41
Tablo 4. Kadınların Gebelik ve Doğum ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı	42
Tablo 5. Kadınların Anne Sütü Verme Durumu ve Buna Etki Eden Özelliklerin Dağılımı(n=284).....	43
Tablo 6. Bebeklerin İlk 6 Ay Geçirdikleri Hastalık Türleri ve Anneden Ayrı Kalma Nedenlerinin Dağılımı.....	44
Tablo 7. Bebeğin Ek Gıda Süreci İle İlgili Bilgilerin Dağılımı.....	46
Tablo 8. Kadınların Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Tablo 9. Kadınların Yaş, Eğitim Durumu, Bebek Cinsiyeti, Gebelik Ve Doğum Özellikleri, Sigara Kullanma Durumuna Göre İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarına Göre Dağılımı	49
Tablo 10. Kadınların İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo 11. Bebeklerin Hastalık Öyküsü, Anneden Ayrı Kalma ve Doğum Sonrası İlk Yarım Saat İçinde Emzirme Durumuna Göre Annelerin İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı.....	51
Tablo 12. Aile büyükleriyle Beraber Yaşama veya Aile Büyüklerinin Bebek Beslenmesini Etkileme Durumlarına Göre Annelerin İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı.....	52
Tablo 13. Annenin Yaşadığı Meme Başında Çatlak, Kanama vs. Sorunları, Annenin Şu Anki Çalışma Durumu ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Annelerin İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı.....	53
Tablo 14. Annelerin Gebelik Sayısına Göre İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 15. Annenin Doğum Şekline Göre Doğumdan Sonraki İlk Yarım Saat İçinde Bebeği Emzirme Durumlarının Dağılımı	54
Tablo 16. Kadınların İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı	63
Tablo 17. Kadınların Şu Anki Çalışma Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı	66
Tablo 18. Kadınların Yaşları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	69
Tablo 19. Annelerin Yaşları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı	70
Tablo 20. Annelerin Eğitim Durumları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	72

Tablo 21.	Annelerin Eğitim Durumları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı	73
Tablo 22.	Annelerin Aile Büyükleri İle Birlikte Yaşama Durumları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı	75
Tablo 23.	Annelerin Aile Büyükleri İle Birlikte Yaşama Durumları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı	76
Tablo 24.	Annelerin Sigara İçme Durumları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	77
Tablo 25.	Annelerin Sigara İçme Durumları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı	78
Tablo 26.	Doğum Sonrası İlk 1-1,5 Aylık Doneminde SAS Alımını Etkileyen Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi	79



ŞEKİL LİSTESİ

<u>Şekil</u>	<u>Sayfa No:</u>
Şekil 1. Emzirme Yöntemleri.....	7
Şekil 2. Kadınların Beşerli Yaş Grubu Dağılımı.....	40
Şekil 3. Annelerin İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı.....	44
Şekil 4. Sadece Anne Sütü İle Beslenmenin Aylara Göre Dağılımı	45
Şekil 5. Bebeklere İlk Olarak Verilen Ek Gıda Türü	46
Şekil 6. Kadınların somatizasyon puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları.....	56
Şekil 7. Kadınların obsesif kompulsif bozukluk puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları	56
Şekil 8. Kadınların kişiler arası duyarlılık puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları	57
Şekil 9. Kadınların depresyon puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları.....	57
Şekil 10. Kadınların anksiyete puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları.....	58
Şekil 11. Kadınların hostilite puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları.....	58
Şekil 12. Kadınların fobik anksiyete puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları.....	59
Şekil 13. Kadınların paranoid düşünce puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları.....	59
Şekil 14. Kadınların psikotizm puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları.....	60
Şekil 15. Kadınların ek maddeler puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları.....	60
Şekil 16. Kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları	61
Şekil 17. Kadınların belirti toplamı puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları.....	61
Şekil 18. Kadınların semptom rahatsızlık indeksi puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları	62

KISALTMALAR LİSTESİ

AS	: Anne sütü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
UNİCEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
APA	: Amerikan Pediatri Akademisi
AB	: Avrupa Birliği
GH	: Growth Hormon
TRH	: Tirotropin salgılatıcı hormon
EGF	: Epidermal büyüme faktörü
TGF	: Transforme edici büyüme faktörü
LPL	: Lipoprotein lipaz
HSV	: Herpes Simplex Virus
CMV	: Sitomegalovirus
HIV	: Immundeficiency Virus
IL	: İnterlökin
LBW	: Düşük doğum ağırlıklı bebek
DDA	: Düşük doğum ağırlığı
SGA	: Gestasyonel yaşa göre küçük bebek
SDS	: Standart Deviasyon Skoru
PPD	: Postpartum depresyon
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması

ÖZET

Adana İli Çukurova İlçesindeki Annelerin İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarına Sosyodemografik Ve Psikopatolojik Özelliklerinin Etkisi

Amaç: Anne sütü, bebeğin dengeli beslenerek, sağlıklı büyüme ve gelişimi için oldukça önemli bir besindir. Dünya Sağlık Örgütü ilk 6 ay sadece anne sütünü önermektedir. Bu çalışmanın amacı, Adana'nın Çukurova ilçesinde yaşayan annelerin sosyodemografik özellikleri ve psikopatolojik özelliklerinin incelenmesi ile bu özelliklerin ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına etkisinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmada rastgele seçilen 284 kadına, Kasım 2015-Şubat 2016 tarihleri arasında ulaşıldı. Veri toplamak amacıyla kadınlara sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 27 soruluk anket ve 53 sorudan oluşan Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır. İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS 19 for Windows paket programı, istatistiksel analiz olarak frekans tabloları, ki-kare testi, ANOVA testi, Mann-Whitney U testi ve çoklu lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Annelerin % 37,0'si bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermişti. Kadınlardan lise ve üzeri okullardan mezun olanların, gebelik döneminde anne sütü eğitimi alanların, doğum sonrası ilk yarım saat emzirenlerin, çalışmayanların bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü verme oranı anlamlı olarak daha yüksekti. Fakat kadınlardan bebeği bir hastalık geçirenlerin, bebeğinden ayrı kalanların, aile büyükleriyle aynı evde yaşayan veya aile büyüklerinden bebek beslenmesi konusunda etkilenenlerin, sigara içenlerin, meme başıyla ilgili sorun yaşayanların ilk 6 ay sadece anne sütü verme oranı anlamlı olarak daha düşüktü. İlk 6 ay sadece anne sütü vermeyen annelerin somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir.

Sonuç: Araştırmamızda ilk 6 ay sadece anne sütü verme oranı % 37 olarak bulunmuştur. Kadınlar için doğum sonrası dönem, oldukça hassas bir dönem olmakla birlikte psikiyatrik rahatsızlık risklerinin de arttığı bir dönemdir.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, psikopatoloji, kısa semptom envanteri

ABSTRACT

The Effects Of Mothers Socio-Demographic And Psychopathological Characteristics On The Exclusive Breastfeeding For 6 Months In Adana, Cukurova

Purpose: Breastmilk is a very important food for healthy growth and development. The World Health Organization recommends exclusive breastfeeding for the first 6 months. The aim of this study is to investigate the socio-demographic characteristics and psychopathologic features of Adana's mothers living in Cukurova province and to investigate the effect of these characteristics on exclusive breastfeeding status for the first 6 months.

Materials and Methods: This is a cross sectional study. 284 randomly selected women were reached in the study, between November 2015-February 2016. In order to collect data, a 27-question questionnaire consisting of 53 questions and a Brief Symptom Inventory were applied to determine the socio-demographic and psychopathological characteristics of women. As for the statistical evaluation, the packaged software SPSS 19 for Windows was used. For the statistical analysis frequency tables, chi square test, Mann-Whitney U test, ANOVA test and Multiple logistic regression analysis were used.

Results: 37.0% of the mothers gave exclusive breastfeeding for the first 6 months. Those who graduated from high school and upper school for women, those who were educated in breastfeeding during pregnancy, those who breastfed for the first half hour after birth, and those who did not work had a significantly higher rate of giving only breast milk for the first 6 months. However, the rate of breastfeeding in the first 6 months was significantly lower for those who have had a baby disease from women, those who were separated from their babies, those who lived in the same household as their elders, or those who were affected by the feeding of infants from family elders, smokers, and breast problems. The mean scores of somatization, obsessive compulsive disorder, interpersonal sensitivity, depression, anxiety disorder, hostility, phobic anxiety, paranoid thought, psychotism were significantly higher in mothers who did not give breast milk only during the first 6 months.

Conclusion: Exclusive breastfeeding rate was 37% in the first 6 months of our study. Postpartum period for women is a very sensitive period with an increased risk of psychiatric discomfort.

Key Words: Breastfeeding, psychopathology, brief symptom inventory

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Anne sütü (AS) ile beslenme sağlıklı beslenmenin ilk şartıdır. Hemen hemen bütün çağlarda ve kültürlerde, çocuğun beslenmesinde eşsiz bir gıda olduğu kabul edilen anne sütünün bebeklere en sağlıklı şekilde ulaşma yolu ise emzirmedir.¹ Tarihsel olarak hemen hemen her yaş ve kültürde emzirmek yaygın bir davranıştır. Anne sütü bebeklerin duygusal ve bilişsel gelişimlerini destekler, onları bulaşıcı ve kronik hastalıklardan korur ve bağışıklık sistemlerini güçlendirir. Çalışmalar emzikli bebeklerin solunum yolu enfeksiyonları, diyare hastalıkları, pnömoni ve atopik deri hastalıkları gibi hastalıkları azalttığını ve iyileşme sürelerinin daha hızlı olduğunu göstermektedir.²⁻⁴

Her bebek ve çocuk Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre iyi beslenme hakkına sahiptir. Beslenme yetersizliğinin yılda 3,1 milyon çocuk ölümü ve tüm çocuk ölümlerinin % 45'ine neden olduğu tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF- United Nations International Children's Emergency Fund); doğumdan sonra 1 saat içinde emzirmeye başlanmasını, yaşamın ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmeyi ve devamında 2 yıla kadar emzirme ile birlikte yeterli ve güvenli tamamlayıcı (katı) gıdaların verilmesini önermektedir.⁵

"Sadece anne sütü" (SAS), sadece ve sadece anne sütü alan çocukları tanımlamaktadır. "Sadece anne sütü ve anne sütü ile su" ise sadece anne sütüyle beslenen ve anne sütünün yanında sadece su verilen bebekleri kapsamaktadır. Dünya genelindeki istatistikler incelendiğinde gelişmekte olan ülkelerde ilk 6 ay içerisinde tek başına AS ile besleme oranının 2007-2014 yılları arasında % 36 olduğu görülür.⁵ Emzirme Türkiye'de yaygın olmasına rağmen, çocuklarda sadece anne sütü ile beslenme Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)-2008'de % 42 iken, TNSA 2013'te % 30'a düşmüştür; dolayısıyla sadece anne sütüyle beslenme önerildiği gibi yaygın olarak uygulanmamaktadır. Buna rağmen, doğumdan sonraki ilk saatte emzirme TNSA-2013'te (% 50), TNSA-2008'dekinden (% 39) daha yaygındır. Bebek maması ve diğer sıvılara erken başlama pratiklerine sıkça rastlanmıştır ve biberon ile besleme de yaygın bir biçimde tercih edilmektedir.⁶

Annelerin emzirmeye başlamaları ve başarıyla sürdürmeleri için bilgi ve desteğe ihtiyaçları vardır.⁷ Emzirme konusunda eğitilmiş profesyoneller tarafından sağlanan destek, annenin bebeğini “sadece anne sütü” ile besleme süresini arttırmaktadır.^{8,9}

Yapılan kontrollü çalışmalar, gebelik sırasında emzirme eğitiminin gerekliliğini, bu eğitimin emzirmenin başlangıcını, oranını ve süresini önemli ölçüde etkilediğini ortaya koymaktadır. Toplumumuzda ek besinlere erken başlama ve süttten erken kesme eğilimi nedeniyle, annelerin doğum öncesi eğitim programları ile bilinçlendirilmesi ve ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmeye özendirilmesi gerekmektedir.⁷

Günümüzde anne sütü ve emzirmenin önemi kadar önemli olan bir başka konu da doğum sonrası annenin ruh sağlığıdır. Annenin bebeğine sağlıklı bir şekilde bakabilmesi ve uzun dönem emzirebilmesi için öncelikle kendi beden ve ruh sağlığının yerinde olması gerekir. Postpartum depresyon kadınların önemli bir kısmını etkileyen bir sağlık sorunudur. Kadınların yaklaşık % 13’ü ilk doğumdan sonraki 12 hafta içerisinde depresyona girmektedirler.¹⁰ Bu oran, ilk doğum sonrası bir yıl içerisinde % 19,2 gibi yüksek bir değeri bulabilmektedir.¹¹

Hormonal dalgalanmaların olduğu gebelik ve laktasyon dönemleri duygudurum bozukluğu olan kadınlar için riskli dönemlerdir. Gebeliğin bu dönemde koruyucu olmadığına yönelik bulgular vardır. Duygudurum bozukluklarından bipolar bozukluk olgularında tanı konup tedaviye başlanması çoğunlukla çocuk doğduktan sonra olmaktadır. Doğum sonrasında duygudurum atak sıklığı % 67 olup, bu atak sıklıkla depresyondur.¹²

İngiltere’de yapılan bir çalışmada, her trimesterde ve doğum sonrasında takip edilen kadınlarda doğumdan önce depresif belirtisi olanların emzirmeye başlama ve devamlılıkta daha az girişimci oldukları saptanmıştır.¹³ Başka bir çalışmada doğum sonrası 8. haftada depresyonu olan kadınların emzirmeye yönelik düşüncelerinin daha olumsuz olduğu gösterilmiştir.¹⁴ Amerika’da yapılan bir çalışmada ise gebelik dönemi boyunca depresif belirtisi fazla olan kadınların emzirmeye başlama konusunda isteksiz oldukları ve birçoğunun da başlamadıkları belirtilmiştir.¹⁵ Kanada ve Amerika’da yapılan çalışmalarda depresif annelerin anne sütüne devamlılık konusunda daha başarısız olduklarını gösterilmektedir.^{16,17}

Avustralya’da 159 anne üzerinde yapılan bir çalışmada, annelerin % 91’inin sadece anne sütü vermeye başladığı ancak 6 ay sonunda ancak % 49,6’sının sadece anne

sütüne devam ettikleri saptanmıştır. Anne sütü verme süresi uzun olanların depresif belirti düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir.¹⁸ Yine benzer bir çalışmada, depresif belirtinin yüksek olmasının anne sütüne devamsızlık konusunda öngörücü bir faktör olduğu belirtilmiştir.¹⁹

Postpartum dönemde depresyonu olan kadınların da emzirmeye devamlılık konusunda daha başarısız oldukları ve emzirmeyi bırakma oranlarının yüksek olduğu vurgulanmaktadır.²⁰ Benzer bir çalışmada kadınların postpartum depresyon başlangıcında emzirmeyi kestikleri belirtilmiştir.²¹

Bu çalışmanın amacı, Adana'nın Çukurova ilçesinde yaşayan annelerin sosyodemografik özellikleri ve psikopatolojik özelliklerinin incelenmesi ile bu özelliklerin ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına etkisinin araştırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anne Sütünün Önemi

Anne sütü, bebeğin dengeli beslenme, sağlıklı büyüme ve gelişimi için son derece önemli bir besindir.²² Doğumdan itibaren altıncı ayın sonuna kadar bebeğin beslenmesinde anne sütü tek başına yeterlidir. Bebeklerin beslenmesinde bugüne kadar anne sütüne eşit veya daha iyi bir seçenek bulunamamıştır. Anne sütü büyümekte olan bebeğe mükemmel bir besin kaynağıdır. Bunun yanı sıra antikorlar, sitokinler, büyüme faktörleri ve antimikrobiyal maddeler de içermektedir. Böylece anne sütü, bebeğin kendi bağışıklık sistemi olgunlaşana dek, bebeği enfeksiyonlardan korur.²³ Anne sütünün solunum sistemi, gastrointestinal sistem ve üriner sistem enfeksiyonlarına karşı koruyucu özelliğinin yanında, yenidoğan bebeğin bağışıklık sisteminin gelişimini arttırdığı da gösterilmiştir.²⁴ Ayrıca anne sütünün bileşenleri bebeğin içinde bulunduğu dönemdeki ihtiyaçlarına göre değişkenlik gösterir.²²

Doğumu izleyen ilk altı ay içinde yalnızca anne sütüyle beslenmesi bebeğin; bağışıklık sistemini uyarmakta, aşılarla daha iyi yanıt verilmesine yardımcı olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde bebek ölümlerinin iki ana nedeni olan ishal ve solunum yolu enfeksiyonlarına karşı korunma sağlamaktadır. Bu nedenlere de dayanarak DSÖ ilk 6 ay sadece anne sütünü önermektedir.²⁵

Bebeğin vücut ve ruh sağlığı için en uygun besin, annenin kendi sütüdür. Her annenin sütü, kendi bebeği için en uygun bileşimdedir. Emzirmenin doğumdan hemen sonra başlatılması ve sık emzirme ile süt yapımı kolaylaşır. Erken emzirme ile annede doğum sonu kanamalar çabuk kesilir, memelerde şişme ve iltihaplanma olmaz, loğusalık kolaylaşır. Anne sütü ile beslenen bebeğin D vitamini ve flor dışında hiçbir ek sıvıya, ek besine, vitamine gereksinimi yoktur. Bebeğe ek sıvı ya da besinlerin verilmesi, annenin süt yapımını azaltır. İlk 6 ayda yalnız anne sütü ile beslenen bebekler sağlıklı büyür ve gelişirler. Başta ishal olmak üzere mikroplu hastalıklara yakalanmazlar, bebeklik döneminden sonra da daha az hastalanırlar.²⁵

Anne-bebek ilişkisinin güçlenmesinde de, emzirmenin büyük önemi vardır. Annenin bebeğini benimsemesi, bebeğin sağlıklı bir kişilik kazanması kolaylaşır. Sağlıklı her anne bebeği için yeterli süt üretebilir.²⁵

2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Emzirme Verileri

Günümüzde anne sütünün önemi UNICEF gibi kuruluşlar tarafından sıkça vurgulanmaktadır. Bu örgütler AS ile beslemeyi hem bebeğin hem de annenin sağlığı için faydalı olduğunu belirtmiştir. AS ile besleme bebeği ve anneyi enfeksiyonlardan korur ve bebek ölüm riskini azaltır. AS, 6-12 ay arasında bebeğin enerji ihtiyacının yarısını, 12-24 ay arasında ise üçte birini karşılayabilir.⁵

DSÖ emzirmeye ilk bir saat içerisinde başlanılmasını, ilk 6 ay bebeğin tek başına AS ile beslenmesini, sonrasında ise gerekli ek gıdaların verilerek emzirmenin 24 aya kadar sürdürülmesini tavsiye etmektedir. 2007-2014 yılları arasında dünya genelinde tek başına AS ile beslenme yüzdesi DSÖ ve diğer örgütlerin tüm çabalarına rağmen ortalama % 36’dır.⁵

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerine bakıldığında en az bir defa AS ile besleme oranlarının yüksek olduğu görülür. OECD ülkelerinin ortalaması % 85,7dir. En yüksek oran % 99 ile Norveç’te iken en düşük oran % 44 ile İrlanda’dadır. Türkiye ise % 97 ile 29 ülke arasında dördüncü sıradadır.²⁶

OECD ülkelerinde en az bir kere AS ile beslenme oranlarının yüksek olmasına karşın ilk altı ay içerisinde tek başına AS ile beslenme oranları düşüktür. Tek başına AS istatistikleri Türkiye de dahil bazı ülkelerin verileri olmadığı için tüm ülkeleri kapsamamaktadır. OECD ülkelerinde ilk üç ay içerisinde tek başına AS ile beslemenin oranının ortalaması % 47 iken bu oran dördüncü ayda % 39, altıncı ayda ise % 23’e düşmektedir. İlk üç ay için en yüksek oran % 96 ile Macaristan’da görülürken en düşük oran % 13 ile İngiltere’de görülmektedir. İlk bir yıl için ise en yüksek oran % 44 ile Macaristan’da iken en düşük oran % 3,2 ile Meksika’dadır.²⁶

2013 yılı TNSA verilerine göre OECD istatistikleri ile tutarlı bir şekilde ilk altı ay içerisinde en az bir kere AS alma oranı % 96’dır. İlk altı ay sadece anne sütü ile beslenme oranı ise % 30,1’dir.⁶

2.3. Kolostrum

“Kolostrum sütü (ağız sütü)”, doğumdan sonra ilk 7 gün üretilen süt olarak tanımlanmaktadır. Sarımsı renkte olan bu süt özellikle protein, mineral ve vitaminlerden zengindir. Kolostrumun sarımsı rengi yüksek B-karoten düzeyinden kaynaklanmakta olup protein içeriğinde bebeği hastalıklara karşı koruyucu antikorlar (özellikle IgA) ve

barsak epitelinin direncini artıran maddeler bulunur. Kolostrumun özgül ağırlığı 1040-1060 arasında değişir. Bir öğünde üretilen miktar 2-20 ml arasında değişmektedir. Kolostrumun enerji içeriği 67 kcal/dl'dir.²⁷

Kolostrum, laksatif ve proteinleri parçalayıcı etkisi ile mekonyumun çıkışını kolaylaştırmakta ve böylelikle mekonyum ileusu önlenmektedir. Ayrıca bebeğin ilk aşısı olarak nitelendirilmektedir. Kolostrumun içeriği giderek değişmekte ve 10-15. günde anne sütü matür (olgun) süt halini almaktadır.²⁸

2.4. Emzirme

Emzirmenin etkili bir şekilde başlaması ve sürdürülebilmesi için en ideal ve doğal olanı:

- Doğumdan sonra en geç bir saat içerisinde, bebeğin çıplak olarak annenin çıplak göğsüne konması yoluyla temas sağlanması ve ilk emzirmenin sağlanması,
- Bebeğe tıbbi bir zorunluluk olmadıkça emzirme öncesi başka hiçbir besin maddesinin verilmemesi ve ilk olarak kolostrumu emmesinin sağlanması (ishal, sepsis, menenjit, egzama, alerji riski azalır),
- Bebeğin canı her istedikçe, gece ve gündüz sık olarak, istediği sürece (normal bir emzirme 4 dakikadan kısa 30 dakikadan uzun olmamalı) emzirilmesi,
- Bebekle annenin devamlı bir arada aynı odada kalmalarının sağlanması,
- Emzirilen bebeğe yaşamın ilk 4-6 ayında su dahil ek besin maddesinin verilmemesidir.²⁹

2.4.1. Emzirme Yöntemleri

Emzirirken bebeği tutma pozisyonu anneden anneye değişir. Kullanılan doğrulanmış bir pozisyon yoktur. Bu amacı sağlayan her pozisyon emzirmede kullanılabilir. Anne hangi pozisyonda rahat emzirebiliyorsa o yöntem seçilmelidir ve anne zorlanmamalıdır.³⁰

2.4.1.1. Kucaklama

En sık tercih edilen pozisyonudur. Anne oturur pozisyonda bebeği kucaklar ve göğsüne yaklaştırır.

2.4.1.2. Ters Kucaklama

Emdiği tarafın eli bebeğin başını tutarken diğer el bebeğin sırtına destek verir. Başını tutan el sabit kalırken diğer el ile meme başını tutması ayarlanır.

2.4.1.3. Koltuk Altı

Futbol topu tutuşu pozisyonu da denir. Anne bebeği koltuk altında tutarak, eliyle destekleyerek emzirir.

2.4.1.4. Yatar Pozisyonda Emzirme

Anneler tarafından doğumdan hemen sonra daha sık tercih edilir. Anne yatarken bebeğini emzirir.

Emzirme yöntemleri şekil 1’de gösterilmiştir.³¹



Şekil 1. Emzirme Yöntemleri³¹

2.4.2. Emzirme Sıklığı ve Süresi

DSÖ’ne göre bebekler acıkma belirtisi gösterdikleri zaman, her istediklerinde emzirilmelidir. Sağlıklı bir bebeğin doğumdan hemen sonraki ilk saat içinde emzirilmeye başlanması ve ilk 4-6 haftada 24 saatte 8-12 kez beslenmesi gerekmektedir.³⁰

DSÖ emzirmeye ilk bir saat içerisinde başlanılmasını, ilk 6 ay bebeğin tek başına AS ile beslenmesini, sonrasında ise gerekli ek gıdaların verilerek emzirmenin 24 aya kadar sürdürülmesini tavsiye etmektedir.⁵

2.4.3. Annenin Emzirme Yeterliliğinin Değerlendirilmesi

Amerikan Pediatri Akademisi (APA) bebeklerin emme yutma fonksiyonlarını tamamlayıp en az iki defa başarılı bir şekilde beslendikten sonra taburcu edilebileceği söylemiştir.³²

Bebeğin ve annenin hastanede kalış süresince yakından izlenmesi ve iyi bir hemşire ve sağlık personeli desteği verilerek başarılı emzirmenin sağlanması gerekmektedir. Başarılı bir emzirmenin sağlanması için yapılacak hemşirelik girişimleri anne ve çocuk sağlığının gelişmesine yönelik verilecek en iyi hizmettir.^{32,33}

2.4.4. Emzirme Başarısının Değerlendirilmesi

Bebeğin tek başına anne sütü ile beslenmesindeki başarı bir çok faktöre bağlıdır. Bu faktörler; annenin emzirmeye yönelik düşünce ve inançları, bebeğin ve annenin sağlık durumu, doğduktan sonraki ilk saatlerdeki ve günlerdeki beslenme durumu, doğum hemşiresinin laktasyonu sağlamaya yönelik prenatal ve postpartum girişimleri ve annenin laktasyon dönemindeki beslenmesidir.^{34,35}

2.4.5. Emzirmenin Başarısını Gösteren Bulgular

- Her 24 saatte 8-12 kez beslenme (bebek her beslenmede iki memeyi de almak zorunda değildir.)
- Bebeğin tek tarafı bitirene kadar emmesine izin verilmesi (süre anne bebek çiftine göre değişebilir.)
- Aralıklı olarak duyulabilir yutma sesiyle ritmik emme sağlanması
- İlk 2 gün içinde en az günde 1-2 kez idrar yapması (tek kullanımlık bezlerle gözlemlenmesi zor olabilir, kağıt peçete gibi aracı ile izlenebilir.)
- Pembe ürat kristallerinin varsa 3. günden sonra kaybolması
- 3. günden sonra günde 4-6 idrar yapması
- Her 24 saatte en az 3-4 kakalı bez görülmesi
- Kakanın 1 kaşık ya da daha fazla olması
- 3. günden sonra günde az miktarda ise 10, çok miktarda ise 4 kez dışkılama olması³⁶

2.4.6. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler

Emzirmeyi olumlu ya da olumsuz etkileyen faktörler çok çeşitlidir. Annelerin çoğunluğunun gebelikleri sırasında bebeklerini tek başına anne sütü ile beslemeyi planladıkları, annelerin bu tercihlerinde anne sütünün bebek için en iyi besin olması ve bebeği hastalıklardan korumasının etkili olduğu gösterilmiştir. Annelerin postpartum dönemde yaşadıkları ağrı nedeniyle bebeklerini emzirmede zorlandıkları bulunmuştur.³⁷

Yapılan çalışmalarda annenin çalışma durumu, bebeğin doğum şekli, emzik, biberon kullanılması, emzirme konusunda annenin bilgi ve deneyiminin az olması gibi durumların emzirmeyi olumsuz etkilediği bulunmuştur.⁷

Bunların yanı sıra doğum sonrası depresyonun da emzirmeyi olumsuz etkilediği gösterilmiştir.^{16,38} Annenin emzirme niyeti, emzirme yönünden kendine güveni emzirme başarısını etkileyen diğer önemli faktörlerdendir.^{16,39,40}

2.4.7. Emzirme Önerileri

Amerikan Pediatri Akademisi tarafından 2012 yılında aşağıda özetlenen bebek emzirme önerileri yayınlanmıştır.⁴¹

- 6 ay tek başına AS verilmelidir. Emzirme mümkünse 2 yaşına kadar sürdürülmelidir.
- Doğumdan hemen sonra anne ve bebeğin ten tene teması sağlanmalıdır. İlk beslenme gerçekleşene kadar tartma, ölçme, aşı, K vitamini geciktirilmelidir.
- Bebek 24 saatte 8-12 kez beslenmelidir.
- Emzik kullanılmamalıdır.
- Taburculuk sonrası dehidratasyon, sarılık, kilo alımını izlemek açısından bebek 48-72 saat içinde uzman hekim tarafından görülmelidir.
- Emzirmeyi kolaylaştırmak için anne ve bebek yakın uyumalıdır.
- 3-4 haftada emzirme başarıldıktan sonra uykuya geçiş döneminde emzik kullanılabilir.

2.4.8. Emzirme Danışmanlığı

Başarılı bir emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi, doğum sonrası dönemdeki birçok faktörden etkilenmektedir. Emzirme ile ilgili tüm sorunların çözülmesinde

emzirme danışmanlığının önemi kaçınılmazdır.^{42,43} AS ve emzirme eğitimlerinin antenatal dönemde başlaması ve erken postnatal dönemde de devam etmesi gerektiği saptanmıştır.⁴⁴

Emzirmenin sürdürülmesinde ve desteklenmesinde hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Sağlık kuruluşlarına başvurma nedenleri ne olursa olsun, bebeğin beslenme durumu mutlaka sorgulanmalı, emziren annelere emzirme danışmanlığı yapılmalı, emzirme gözlenmeli ve ebeveynler emzirmenin sürdürülmesi yönünde teşvik edilmelidir.^{45,46}

Anne sütünün özendirilmesine ve annelere emzirme konusunda bilgi ve doğru alışkanlıkları kazandırılmasına yönelik Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları kapsamında, doğum hizmeti veren hastanelerde emzirmenin başarılı ve yerleşik bir uygulama haline gelmesini sağlamak üzere 1991 yılında *Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı* başlatıldı.⁴⁷

Doğum hizmeti veren hastanelerden; gebeliklerinden itibaren anne adaylarını anne sütü ve emzirme konusunda bilgilendiren, doğumdan hemen sonra annelerin bebeklerini emzirmesini sağlayan, güncel bilgilerle eğitilmiş sağlık personeli ile annelere bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda yardımcı olan hastaneler 'Bebek Dostu Hastane' unvanını almaktadır.⁴⁷

2.5. Bebek Dostu Hastane Girişimi

DSÖ ve UNICEF, dünyanın pek çok bölgesinde gözlenen emzirme oranlarının azalmasına bağlı süt çocuğu ölümlerindeki büyük artışlar nedeniyle "Bebek Dostu Hastaneler Girişimi"ni 1991 yılında başlatmıştır. "Bebek Dostu Hastaneler Girişimi"nin temel mesajları, bebeğin doğar doğmaz emzirilmeye başlatılması, ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi, 6. aydan sonra uygun ek besinler ile birlikte emzirmenin 2 yıl sürdürülmesidir. Bu programın uygulanması ile bebek ölümlerinin yaklaşık % 20'sinin önlenmesi mümkün olmaktadır.⁴⁸

Bebek Dostu Hastaneler Girişimi'nin başladığı 1991 yılından beri 150 ülkede 20.000'e yakın sağlık kuruluşu "Bebek Dostu" unvanı almıştır. Tüm dünyada 6 aydan küçük olan bebeklerin sadece anne sütü alma oranları programın başladığı 1990 yılında % 34'ten, 2001 yılında % 39'a yükselmiştir.⁴⁸

Bu konuda yapılan bir çalışmanın sonuçları; 1994'ten sonra İsviçre'de emzirme oranları ve emzirme süresindeki genel artışı işaret etmekte, bu artış “Bebek Dostu” sağlık hizmetlerinin başarılı olmasına bağlanmaktadır. Sağlık çalışanlarının eğitim programları sayesinde, emzirmenin yararlarının farkına varıldığına dikkat çekilmektedir.⁴⁹

Avrupa Birliği (AB) üyesi birçok ülke için emzirmenin desteklenmesi çalışmaları çok yeni bir yaklaşım olmamakla beraber, Birliğin konuya yaklaşımı ve desteklemesi çok eskilere dayanmamaktadır. Yeni geliştirilen “Euro- Diet”, “Avrupa’da Emzirmeyi Teşvik Etmek” gibi projelerde emzirme konusu yer almakta ve destekleme çalışmaları hız kazanmaktadır.⁴⁸

Bu konuda Türkiye Halk Sağlığı Kurumu da 2014 -2017 Stratejik Planında “Emzirmenin özendirilmesi, desteklenmesi ve sürdürülmesini yürütmeyi bir hedef olarak belirlemiştir. Yine 2014 yılında bebek dostu sağlık kuruluşları projesi devam ettirilirken, bebek dostu yoğun bakımlar ve anne dostu sağlık kuruluşları projelerine de başlanmıştır.^{50,51}

2.6. Prenatal dönemde verilen anne sütü eğitiminin önemi

Emzirme ülkemizde oldukça yaygın bir uygulamadır; fakat sadece anne sütüyle beslenme alışkanlığı yeterli seviyede değildir. Bebeklerin beslenmesinde doğumdan kısa bir süre sonra hazır mama ve diğer sıvıların kullanımı yaygındır. Emzik ve biberon kullanma alışkanlığı yüksektir. Hastanede gerçekleşen doğumlarda geç emzirme halen karşımıza sorun olarak çıkmaktadır.⁵² Anne sütüne başlamanın gecikmesi, kolostrumun verilmemesi ve ek gıdalara geçerken yapılan yanlışlıklar 5 yaş altı çocuklarda anlamlı olarak beslenme sorunlarına yol açmakta, büyüme ve gelişmeyi olumsuz yönde etkilemekte, sık hastalanmalara neden olmaktadır.⁵³

Bu nedenle, emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılması ve sürdürülmesi için, sağlık personelinin erken emzirmenin önemi ve ek gıdalara zamanından önce başlamanın sakıncaları dâhil, anne sütü konusunda anneleri eğitmesi gerekmektedir. Annelerin emzirmenin yararları konusunda ikna edilmelerinin yanında, nasıl emzireceklerinin öğretilmesine de ihtiyacı vardır.⁷

Anneler nasıl emzirecekleri konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıklarından sütün yetmediği düşüncesiyle ek besinlere erken başlamakta, bebeklerini yanlış

beslemektedir. Emzirme süresini ve pratiğini etkileyen faktörler hakkındaki bilgilerin artması ve emzirmenin erken kesilmesine neden olan risk faktörlerinin belirlenmesiyle, emzirme eğitimin gerekliliği ortaya çıkmıştır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki eğitim-destek sistemi yerine getirildiğinde yüksek oranda emzirme süresi ve yüzdesine ulaşılmaktadır.^{8,9}

Annelerin emzirme hedeflerine doğumdan önce karar verdikleri göz önüne alınarak eğitimin gebeliğin 32. haftasından önce, hatta ilk ziyarette başlaması ve tüm gebelik süresince devam etmesi önerilmektedir.^{54,55} Bu şekilde anneler anne sütü ile beslenme konusunda bilgilendirilmekte ve bebeğini besleme şekline karar vermektedir.⁵⁴

Annenin anne sütü konusunda eğitilmesi ve bilgi durumunun iyileştirilmesi ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenmeyi önemli ölçüde arttırmaktadır.^{56,57} Literatürdeki birçok çalışma doğum öncesi dönemde verilen eğitimin faydalı olduğunu; sadece anne sütü alma süresini, yüzdesini ve toplam emzirme süresini olumlu etkilediğini göstermiştir. Son zamanlarda anne sütü ile beslenme oranlarındaki yükselme bu konuda verilen yoğun eğitimlerin bir sonucu olarak yorumlanmıştır.⁵⁸⁻⁶²

Bağ ve arkadaşları çalışmalarında, doğum öncesi dönemde emzirme eğitimi almış olma ve aile desteğinin sadece anne sütü ile beslenme oranlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığını belirlemiştir.⁵⁹ Kavuncuoğlu ve arkadaşları doğum öncesi, doğumda ve doğum sonrası dönemde verilen emzirme eğitimi ile sadece anne sütü verilme süresi ve emzirme oranları arasında anlamlı bir ilişki göstermiştir.⁵⁴ Noble ve arkadaşları doğum öncesi dönemdeki eğitimin emzirmeye önemli katkı sağladığını göstermiş; eğitim verilen annelerde emzirme oranlarını yüksek bulmuştur.⁶³ Hofvander ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, emzirme eğitimi ile kazanılan emzirme davranışının bebekleri kısa süreli anne sütü alma riskinden koruduğunu rapor etmiştir.⁶¹ Eğitim sürecine gebelik döneminde anne ile temasta olan herkes; birinci basamak ve ana çocuk sağlığı hizmeti veren sağlık kuruluşları, ebeler, hemşireler, kadın doğum ve çocuk hekimi uzmanları başta olmak üzere tüm sağlık personeli katılmalıdır. Anne sütü ile beslenme eğitiminde başarılı olunabilmesi için emzirme bilgi ve pratiği tıp fakülteleri ve asistan eğitimine eklenmeli, tüm sağlık çalışanları eğitilmelidir. Bilgili ve deneyimli ekipler oluşturularak gebelik süresince anne adaylarına emzirmenin faydaları ve teknikleri öğretilerek emzirmeye hazırlık yapılmalıdır.⁶⁴

Emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve ek gıdalara geçiş döneminde yapılan yanlışlıklar ve bu yanlışlıkların çocuk sağlığını etkilemesi nedeniyle toplumsal anlamda eğitimin planlanması gerekmektedir. Bu planlamada bölgesel emzirme uygulamalarının bilinmesi, daha çok hangi alanlarda yanlışlar yapıldığının belirlenerek bunlara yönelik bilgilendirmeye ağırlık verilmesi önem taşımaktadır.⁶⁵ Kişiler yaşam koşulları ve sosyal çevresi ile birlikte değerlendirilmeli, eğitim konu ile ilgili tüm bireyleri kapsamalıdır.⁷

2.7. Süt yapımı

Memede süt yapımını sağlayan madde annenin beyninden salgılanan “PROLAKTİN” adlı bir hormondur. Gebeliğin sonlanmasıyla vücutta gebelik hormonları azalır ve prolaktin salgılayan bezler uyarılır. Prolaktin salgısı doğumdan sonra bazı annelerde hemen, bazılarında ilk 4 gün içinde artmaya başlar. Kan damarları, memede süt yapımı için gereken maddeleri süt hücrelerine taşır. Prolaktinin etkisiyle memeler sütle dolar. Bu sürede memede kan damarları daha çok kan taşır ve memeler sıcak ve sert olur. Süt akmaya başlayınca ve bebek emmeyi öğrendikçe memedeki gerginlik azalır, anne de rahatlar. Bu olaylar sırasında anne ve bebek zorluklarla karşılaşabilir. İlk günlerde anne ve bebeğe, yardım ve destek gerekebilir.⁶⁶

Süt memede yapılır yapılmaz dışarıya salınmaz, süt akımı için bebeğin emmesi gerekir. Bebeğin etkin emmesi için memeye iyi yerleştirilmesi ve memeyi iyi kavraması çok önemlidir. Bebek emerken, meme başındaki sinirlerden, başka uyarılar da çıkar ve bu uyarılarla annenin beyinin başka bir bölümünden OKSİTOSİN adlı bir diğer hormon salgılanır. Oksitosin süt adacıklarının etrafındaki küçük kasları etkiler. Bu etki ile kaslar kasılır ve süt, süt adacıklarından meme başındaki kanallara taşınır. Bebeğin emmesi ile meme ucunda bulunan 10-15 delikten süt dışarıya akar. Her iki meme aynı anda çalışır. Bebek bir memeden emerken, diğer memeden süt damlayabilir.⁶⁶

Bebek emmeye başladığında, ilk önce meme başının hemen arkasında bulunan süt havuzundaki birikmiş sütü alır. Bu süt hemen tükenir. Süt akımının devamı için oksitosin salgısının uyarılması gereklidir. Memede süt yapımı ve yapılan sütün meme ucuna ulaşması bebeğin her iki hormonun yapımını uyuracak kadar kuvvetli ve etkin emmesi ile gerçekleşir. Bunun için bebeğin sık aralarla ve uygun bir biçimde memeye yerleştirilmesi ve bebeğin de meme başını iyice kavraması gerekir.⁶⁶

2.8. Anne sütünün kontrendike olduğu durumlar

- Annede akut infeksiyon hastalığı
- Eklampsi
- Gross kanama
- Aktif tüberküloz, tifo, sıtma
- Kronik nutrisyon bozukluğu
- Debilite, ciddi nöroz, postpartum psikoz
- Kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, solunum yetmezliği⁶⁷

2.9. Anne Sütünün İçeriği

2.9.1. Protein İçeriği

Anne sütü protein içeriği emzirmenin her döneminde aynı değildir. Laktasyon dönemine göre değişkenlik gösterir. Protein içeriği laktasyonun başlangıcında yüksek iken ilerleyen dönemlerinde giderek azalmaktadır. Anne sütünde esansiyel aminoasitler, koruyucu faktörler (laktoferrin, lizozim, immünglobulinler vb), enzimler (amilaz, lipaz vb), hormonlar (insülin, epidermal growth faktor , transforming growth faktor vb), hormon bağlayıcı proteinler, vitamin bağlayıcı proteinler gibi çok sayıda protein yapıda biyoaktif madde bulunur.^{68,69}

2.9.2. Lipid İçeriği

Anne sütünde bulunun yağların % 98'i trigliseridlerden oluşur. Trigliserid yapısında en fazla bulunan yağ asitleri ise palmitik ve oleik asittir. Anne sütünde ayrıca yağda eriyen vitaminler, karotenoidler, serbest yağ asitleri, fosfolipidler ve linoleik asit, α -linolenik asit, arasidonik asit gibi esansiyel yağ asitleri de bulunmaktadır.^{70,71}

2.9.3. Karbonhidrat İçeriği

Anne sütündeki başlıca karbonhidrat laktozdur ve toplam kalorisinin yaklaşık % 40'ını oluşturur. Laktoz; bazı minerallerin emilimine yardımcı olur, beyin ve spinal kordta galaktolipitlerin yapısına girerek beyin gelişiminde rol oynar. Laktozun büyük bir kısmı ince barsakta laktaz tarafından sindirilir. Sindirilemeyen kısım kolona geçerek

laktik asite çevrilir, kolon pH'ı asidik tarafa kayar ve istenmeyen mikroorganizmaların üremesi engellenir.⁷²

Anne sütünde önemli miktarlarda glikoz, galaktoz gibi basit şekerler ile çocuğu enfeksiyondan koruma özelliği olan oligosakkaritler ve diğer bazı kompleks karbonhidratlar da bulunmaktadır. Anne sütünde, aminoasit ve proteinlere bağlı bulunan karbonhidratlar (glikoproteinler ve glikolipidler), laktobasillus bifidusun büyümesini uyardığından 'bifidus faktör' adını alır. Oligosakkaritler patojen ajanların reseptörlere tutunmasını engelleyerek antienfektif etki gösterirler ve kolon florasının, laktobasil florası şeklinde gelişimine yardımcı olurlar.⁷²

2.9.4. Vitamin içeriği

Anne sütündeki vitaminler annenin beslenme durumundan etkilenebilmektedir. Annenin vitamin alımının yetersiz olduğu durumlarda anne sütündeki vitamin miktarı da düşük olmaktadır. Bu durumda anneye vitamin desteği verilirse anne sütündeki vitamin miktarı da artar. Normal beslenen bir annenin sütünde K ve D vitamini hariç diğer vitaminlerin konsantrasyonları yenidoğan için yeterli düzeydedir.⁷⁴ Suda eriyen vitaminlerin düzeyleri annenin yakın zamandaki diyeti ile ilişkili iken, yağda eriyen vitaminlerin düzeyleri annenin hem yakın zamandaki diyeti hem de vitamin depoları ile ilişkilidir.⁷⁴

2.9.5. Mineral içeriği

Anne sütündeki mineral miktarı düşük olmakla beraber işlevleri çoktur. Anne sütünün mineral yoğunluğu bebeğin ihtiyacına göre değişmektedir. Anne sütündeki eser element konsantrasyonu laktasyon dönemi, genetik ve çevresel faktörlerden etkilenebilir. Kolostrumdaki demir ve bakır miktarı, matür sütle aynıdır. Buna karşın çinko ve selenyum miktarı kolostrumda daha fazladır. Renal solüt yükünü sodyum, potasyum, klor, fosfor ve proteinler oluşturur. Matür anne sütünün sodyum, potasyum ve klor içeriği inek sütünden düşüktür. Dolayısıyla inek sütünün solüt yükü, anne sütünün solüt yükünden daha fazladır.⁷⁵

Yenidoğan bebeklerin böbreklerinin solüt yükünü kaldırabilme kapasitesi kısıtlı olduğundan bu durum bebek için olumlu bir durumdur. Anne sütünün mineral içeriği inek sütüne göre düşük olsa da, biyoyararlanımı oldukça yüksektir.⁷⁵

2.9.6. Hormon, büyüme faktörleri ve enzim içeriği

Anne sütünün içinde bir çok enzim, büyüme faktörü ve hormon bulunur. Anne sütünde bulunan, peptid yapıda olan hormonlar; prolaktin, luteinizan hormon, tiotropin salgılatıcı hormon, insülin ve gonadotropinlerdir. Steroid yapıdaki hormonlar ise glukokortikoidler, androjenler, östrojenler, progesteron ve D vitamini'dir.

Kortizol ve tiroksin, insülin ve büyüme faktörleri ile birlikte yenidoğanların barsağının olgunlaşmasını ve barsaklarda bölgesel koruyucu mekanizmaların gelişmesini sağlar.

Prolaktin lenfositlerin gelişimini hızlandırır ve barsaklardaki lenfoid dokunun farklılaşmasını etkiler. Hipotalama-hipofizer sistem hormonlarından gonadatropin salgılatıcı hormon, growth hormon salgılatıcı faktör, growth hormon (GH), tiotropin salgılatıcı hormon (TRH) ve tiroid sitümulan hormon (TSH) da anne sütünde bulunmaktadır.⁷⁶

Anne sütünde biyolojik işlevleri düzenleyen maddelerin başında çok sayıda organ sisteminde reseptörleri bulunan, protein yapıda olan büyüme faktörleri gelmektedir. Anne sütünde bulunan büyüme faktörleri; Epidermal büyüme faktörü (EGF), Transforme Edici Büyüme Faktörü (TGF) α ve β , İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü ve Nöral Büyüme Faktörüdür.⁷⁷

Anne sütünde 20'den fazla aktif enzim tanımlanmıştır. Bunlar içinde en önemlisi lipazdır. Anne sütü lipazı (bile-salt stimulated lipase, BSSL) anne sütü ile beslenen bebeklerde, özellikle sindirim işlevleri tam gelişmemiş prematüre bebeklerde yağ sindirimine ve emilimine önemli katkıda bulunmaktadır. Anne sütünde bulunan diğer lipaz, lipoprotein lipaz (LPL)'dir. LPL, meme bezlerinde lipidlerin sentezi için gereklidir. Anne sütünde yüksek konsantrasyonda bulunan laktoperoksidaz, tiyosiyanat ve hidrojen peroksit ile birlikte bakteriyostatik etkiye sahiptir. Anne sütünde de bulunan lizozim, peroksidaz, antiproteaz, katalaz, glutatyon peroksidaz gibi enzimlerin enfeksiyonlardan koruyucu etkileri mevcuttur.⁷⁸

2.9.7. Anne sütünün immünolojik özellikleri

Anne sütü bebeği enfeksiyondan koruyan maddeler içermektedir. Anne sütüyle beslenme, infantı patojen mikroorganizmalardan korurken, anne sütünün içerdiği biyoaktif maddeler ile infant immün sisteminin gelişimine yardımcı olur. Bu nedenle

gelişmekte olan ülkelerde, bebeğin anne sütü ile beslenip beslenmemesi morbiditeyi belirleyen en önemli faktördür. Anne sütünün mikroorganizmalara karşı koruyucu etkisi immün ve nonimmün mekanizmalar aracılığı ile olmaktadır.⁷⁹

Doğumdan sonraki ilk birkaç günde anne sütünde, sekretuvar IgA başta olmak üzere immunglobulinler yüksek oranlarda bulunmaktadır. Annenin bağırsaklarındaki payer plaklarında ve bronşial ağacındaki lenfoid dokularda bulunan ve IgA üreten plazma hücreleri bu bölgelerde karşılaştıkları mikroorganizmalara duyarlı hale gelirler ve dolaşım ile meme bezlerine ulaşırlar. Burada ürettikleri antikorlar süte geçerek bebeği aynı mikroorganizmalara karşı korurlar. Laktasyonun ilerlemesi ile anne sütünün immunglobulin içeriğinde azalma gözlenmektedir. Nonimmün mekanizma ile koruyuculuk anne sütünün protein, lipid, sitokin, nükleotid ve bağışıklık hücre içeriği ile olmaktadır.⁷⁹

Laktoferrin, mikroorganizmalar için gerekli olan demiri bağlayarak, patojen mikroorganizmaların üremesini engelleyerek bakterisidal etki gösteren bir proteindir. Laktoferrinin ayrıca antiviral, antienflamatuar ve sitokin işlevlerini düzenleyici etkileri de mevcuttur. Laktoferrinin Herpes Simplex Virus (HSV), Sitomegalovirus (CMV), Human Immundeficiency Virüs'e (HIV) karşı antiviral etkisi vardır. Laktoferrinin immün modülatör etkisi ile monositlerden interleukin (IL)-1, IL-2, IL-6, tümör nekrozis faktör- α (TNF- α) ve makrofajlardan prostaglandin E2 salınımı azalmaktadır. Bu etkisi hücrelerdeki spesifik reseptörlere bağlanmasıyla oluşmaktadır.⁸⁰

Sonuç olarak laktoferrin intestinal gelişimi ve hasar sonrası iyileşmeyi attırması, probiyotik intestinal bakterilerin gelişmesini sağlaması nedeniyle intestinal enfeksiyon ve allerji gelişimini azaltmaktadır.⁸¹

Lizozim etkisini bakteri duvarındaki N-asetilglukozamin ve N-asetilmuramik asit arasındaki 1-4 bağlarını hidrolize ederek gösterir. Bu nedenle gram (+) bakteriler üzerinde daha çok etkilidir. Lizozim aynı zamanda hasar gören dokuya nötrofillerin göçünü sınırlandırarak antienflamatuar etki göstermektedir.⁸² Diğer birçok koruyucu maddenin aksine anne sütündeki lizozim konsantrasyonu laktasyon ilerledikçe artmaktadır.⁷⁹

Sütte bulunan diğer bir protein olan kazein, H. pylori'nin mide mukozasına, S.pneumonia ve H.influenzae'nin solunum sistemi epiteline tutunmasını inhibe

etmektedir. Kazeinin yıkım ürünü barsaklarda zararlı mikroorganizmaların çoğalmasını önleyen *Bifidobacterium bifidum*'un çoğalmasını sağlamaktadır.⁷⁹

Anne sütünde bulunan ve enfeksiyonlara koruyucu özelliği olan diğer proteinler fibronektin, protektin ve kompleman komponentleridir. Fibronektin spesifik antikoru bulunmayan mikroorganizmaların fagositler tarafından fagositozunu artırır. Ayrıca inflamasyon nedeniyle hasarlanmış dokuların tamirine yardımcı olur.⁸³

Peroksidaz enzimleri oksidatif mekanizmalarla bakterileri öldürmektedir. Laktoperoksidaz anne sütündeki immünoglobulin dışı koruyucu proteindir, meme bezinde mikrobiyal invazyonu da önlemektedir. Laktoperoksidaz hidrojen peroksidaz ve tiyosiyanat ile reaksiyona girerek streptokok enfeksiyonlarından korumaktadır.⁸⁴

Anne sütünde *Lactobacillus bifidus*'un gelişimi için gerekli olan growth factor bulunduğundan anne sütüyle beslenen çocukların kolonlarında bol miktarda L. Bifidus bulunmaktadır.⁸⁵ Laktobasiller asetik asit ve laktik asit salgılar ve bebeğin bağırsak pH'ını düşürerek patojen gram (-) bakteri ve mantarların üremesi inhibe olur.⁸⁴

Anne sütü, özellikle kolostrum bol miktarda oligosakkarit içermektedir. Bu oligosakkaritler konak hücre yüzeyindeki reseptörlerle benzerlik gösterir, bakteriyel adhezyonun inhibisyonu yoluyla, özellikle üriner sistem enfeksiyonlarına karşı koruyucu etki göstermektedir. Anne sütündeki oligosakkaritler farinks ve yanak epitel hücrelerine *Streptococcus pneumoniae*'nin adezyonunu engellemektedir.⁸⁶

Sitokinler immüniteyi düzenleyici ajanlardır. Sitokinlerin hemen hemen bütün bileşenleri anne sütünde bulunmaktadır. TNF- α , interlekin-1, interlekin-6, interlekin-8 ve interferon- γ enflamasyonu artırırken, interlekin-10 ise azaltmaktadır. Sitokinler ve sitokin reseptörlerinin kolostrumdaki konsantrasyonu daha yüksektir.⁷⁹

Anne sütü çok miktarda ksantin oksidaz içermektedir. Ksantin oksidaz ve nitritler birlikte infant gastrointestinal sisteminde nitrik oksit oluşumuna yol açar, oluşan nitrik oksitin *Enterobactericia*, *E. coli* ve *Salmonella enteritidis*'in metabolizmasını baskıladığı gösterilmiştir.⁸⁷

Anne sütünün antiinflamatuvar özelliği olan diğer bileşenleri arasında, antioksidanlar (A, C, E vitaminleri ve katalaz, glutatyon peroksidaz enzimleri), enzim inhibitörleri (platelet aktive edici faktör), proteaz inhibitörleri, büyüme faktörleri (epidermal büyüme faktörü, transforme edici büyüme faktörü α), enflamatuvar sitokinler için çözünür reseptörler bulunmaktadır.⁷⁹

2.10. Sigara kullanımının anne ve bebek sağığına etkileri

2.10.1. Gebelikte sigara kullanımının anne sağığına olumsuz etkileri

Sigara kullanımının anne ve bebek üzerine bir çok olumsuz etkisi vardır. Yapılan çeşitli çalışmalarda sigara içen kadınlarda düşük yapma riski, içmeyenlerden daha yüksek bulunmuştur.⁸⁸

Annenin sigara kullanması başta ablosyo plasenta, plasental yetmezlik, plasenta previa gibi plasental ve LBW (düşük doğum ağırlıklı bebek) gibi birçok komplikasyona neden olmaktadır. Bunlardan başka ektopik gebelik riski de artmaktadır. Başka bir yayında plasenta dekolmanı oranı sigara içen gebelerde içmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca ağır paternal sigara içimine maruz kalma sonucunda erken gebelik kaybı riskinin arttırdığına dair çalışmalar vardır.⁸⁹

Erken doğum, intrauterin gelişme geriliğı ve perinatal mortalite gibi, gebeliğın istenmeyen komplikasyonlarını önlemede sigara bağımlılığından kurtulmanın en etkin çözüm olduğu bildirilmektedir.⁹⁰

2.10.2. Gebelikte sigara kullanımının fetüs üzerine olumsuz etkileri

Gebelik ve lohusalık dönemi sonrası sigara içen annelerin bebeklerinde; fetal büyüme geriliğı, astım ve erken doğum oluşabilir. Annesi gebeliğında günde ortalama 10 sigara kullanan yenidoğanın ağırlığı annesi gebeliğında hiç sigara kullanmamış yenidoğanın ağırlığından daha az bulunmuştur. Annesi ağır sigara kullanıcısı olan yenidoğanlarda düşük doğum ağırlığı (DDA) riski, erken doğum riski, gestasyonel yaşa göre küçük bebek (SGA) olma riski daha fazladır. Sigara kullanan gebelerin çocukları erken doğmakta; düşük doğum ağırlığı, perinatal ölüm ve ani bebek ölümleri bu bebeklerde daha fazla görülmektedir.⁹¹

Diğer yandan, sigara kullanan kadınların çocuklarında ileri yaşlarda davranış bozuklukları daha sık görülmekte ve bu çocukların zihinsel düzeyleri ve okul performansları olumsuz yönde etkilenmektedir.⁹²

Gebelik sırasında annenin sigara içimi bebek ve küçük çocuklardaki astımla da ilişkilidir. Sigara ve atopi ilişkisi de gösterilmiştir: Anneleri sigara içen çocuklarda cilt testlerinde allerji daha sık saptanmış; ebeveynleri sigara içen erkek çocukların kan IgE ve eozinofil düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.⁹³

2.10.3. Pasif sigara maruziyeti

Aktif sigara içimine bağlı birçok zararlı etkinin pasif sigara maruziyetine bağlı olarak da ortaya çıkabileceği artık bilinmektedir. Pasif sigara içiciliği erişkinlerde koroner arter hastalığı, akciğer kanseri, nazal sinus kanseri, felçler, meme kanseri, servikal kanser ve düşüklere, çocuklarda da ani bebek ölümü sendromu, fetal büyüme geriliği, bronşit, pnömoni, otitis media, davranış ve biliş üzerine olumsuz etki, astım oluşumu, kistik fibrozis alevlenmelerine neden olmaktadır.⁹⁴ Ev içinde çevresel sigara dumanına maruz kalan çocuklarla ilgili çalışmalar solunumsal hastalık riskinin belirgin derecede arttığını göstermiştir.^{95,96}

2.11. Bebek Büyümesi

Büyümenin izlenmesi sağlıklı yaşam için çocuğun büyümesinin belirli aralıklarla standart büyüme eğrilerinde değerlendirilmesi, normalden sapmaların erken tanımlanıp çocukta kalıcı etkiler yapmadan ve daha ekonomik olarak önlenmesi amaçlanarak yapılmaktadır. Beslenme bozukluğunun erken dönemleri anne-babanın hatta hekimin gözünden kaçabilmektedir.⁹⁷

Fark edildiği zaman ise bebekler de malnütrisyonun kalıcı komplikasyonları oluşmuş olabilmektedir.⁹⁷ Bu nedenle büyümenin izlenmesi sadece malnütrisyonu saptamak için değil, büyümedeki duraklamaları fark etmek için de yapılmaktadır. Büyüme duraklaması gelişmekte olan ülkelerde en sık rastlanan sağlık problemidir.⁹⁸ Büyümenin izlenmesi UNICEF'in dünya çocuklarına yaşam sloganı olan GOBİ-FFF' in en başında yer almaktadır (Growth monitoring, Oral rehydration therapy, Breast-feeding, Immunization, Female education, Family spacing, Food entitlement).^{97,99}

Büyümeyi değerlendirmede en sık kullanılan antropometrik ölçümler vücut ağırlığı, boy uzunluğu-yüksekliği, baş çevresi, üst-orta kol çevresi, deri kıvrım kalınlığı ve vücut kısımlarının birbirlerine oranıdır.^{98,99} Yeni doğan bir bebeğin vücut ağırlığına bakıldığında ortalama olarak 3200 gramdır. Doğumu takiben ilk günlerde vücut sıvısının azalmasına bağlı olarak ağırlığının % 5-6'sını kaybederler. Bu duruma fizyolojik ağırlık kaybı denir. Bebek 10-14 günlük olduğunda doğum ağırlığını yeniden kazanır. Bundan sonraki dönemlerde vücut ağırlığı; ilk üç ayda 30 gram/gün, 3-6. ayda 20 gram/güm, 6-9 ayda 15 gram/gün, 9-12. aylar arasında 12 gram/gün artar. Böylece 4-

5 aylık bir bebek doğum ağırlığının iki katına, bir yaşında üç katına, iki yaşında ise dört katına ulaşır.⁹⁷

Boy uzunluğu ise yeni doğan bir bebekte ortalama 50 cm. dir. Bebeğin boyu ilk üç ayda ortalama 8 cm (3,5 cm/ay), ikinci üç ayda 8 cm (2 cm/ay), üçüncü üç ayda 4 cm (1,5 cm/ay), dördüncü üç ayda ise 5 cm (1,2 cm/ay) artar. Böylelikle bir yaşında bebeğin boyu doğum boyunun 1,5 katına ulaşmış olur. Boy çok yavaş değişiklik gösteren bir parametridir. Yetersiz beslenme ve akut enfeksiyon geçirilmesi gibi değişikliklere duyarlı değildir. Kronik hastalık ve malnütrisyonun boyu etkilemesi için en az altı aylık bir süre geçmesi gerekmektedir.^{97,98}

Bebeklerde baş büyümesi ise santral sinir sisteminin büyümesini gösteren bir parametredir. Doğumda 35 cm olan baş çevresi, ilk iki ayda ortalama 2cm/ay (0,5 cm/hafta), 2-6. aylarda 1cm/ay (0,25 cm/ay), 6-12. aylarda 0,5 cm/ay, 1-3 yaşları arasında 0,25 cm/ay artar. Sonuç olarak ilk üç ayda 5 cm, ikinci üçüncü ayda 3-4 cm, üçüncü üç ayda 2 cm, dördüncü üç ayda 1cm artarak 1 yaşında bir çocukta baş çevresi 46 cm olur.^{97,98}

Çocuklarda büyümenin yeterliliği, benzer yaş ve cinsteki diğerleri ile karşılaştırılması ve büyüme parametreleri arasında uyum ve zaman içinde büyüme parametrelerinin tutarlılığı ile belirlenir. Çocuklarda büyümenin değerlendirilmesi ulaşılan büyümenin değerlendirilmesi ile yapılmaktadır. Ulaşılan büyümenin değerlendirilmesinde persentiller, median yüzdesi ve standart sapma skoru olmak üzere üç yaklaşım söz konusudur. Büyümenin değerlendirilmesinde en sık kullanılan yaklaşım ise persentiller ve standart sapma skorudur.⁹⁷

Persentiller, büyümenin aynı yaş ve cinsiyetteki çocukların persentil eğrileri ile karşılaştırılır. Çocuğun antropometrik ölçümleri büyüme eğrisinde bulunduğu persentile göre değerlendirilir. Daha önce büyüme parametreleri bulunmayan çocukta üç persentilin altındaki bir ağırlık araştırmayı gerektirir. Tek bir ölçümün değerlendirilmesi ile sadece malnütrisyon vakaları tespit edilebilir. Büyüme duraklaması olan vakalar gözden kaçır. Sadece o andaki büyüme parametrelerine dayanarak çocuğun büyümesinin yeterliliği hakkında yorumlar yapmak hatalıdır. Büyüme değerlendirilmesinin diğer yönü çocuğun büyüme parametreleri arasındaki ilişkinin gözlenmesini içerir. Çoğu bireyde ağırlık, boy ve baş çevresi persentilleri arasında genel uyum gözlenir. Yetersiz beslenme süresi ve şiddetine bağlı olarak lineer büyüme ve baş

çevresi etkilenebilir. Büyüme parametrelerinin persentilleri arasında majör farklılıklar çeşitli spesifik büyüme problemlerini akla getirir. Ağırlığın boya göre iki majör persentil düşük olması büyüme değerlendirilmesinde kaygı duyulması gereken bir durumdur.^{97,99}

Standart sapma skoru ise antropometrik ölçümlerin referans ortanca değerden sapmaları standart deviasyon skoru (SDS) veya başka bir deyimle "z skor" şeklinde değerlendirilmektedir. Bu yöntemle antropometrik ölçümün bulunduğu referans dağılımı görülmektedir. Sınır değerler olarak + 2SD ve -2SD alınmaktadır. İki SD'nin altı büyüme geriliği olarak değerlendirilir. Hesaplama referans grubun SD değerlerinin bulunduğu bir tabloya ihtiyaç duyması ve hesaplamanın zaman alması nedeni ile kullanımı pratik değildir.⁹⁷

2.12. Anne sütü vermeme nedenleri

Yapılan araştırmalar sadece anne sütü alma oranının beklenenin altında olmasının çeşitli sosyoekonomik, demografik, kültürel, obstetrik, pediatrik faktörlerle ilgili olduğunu ve bunların toplumdan topluma farklılık gösterdiğini bildirmektedir. Genel olarak annenin yaşı ve eğitim düzeyi, kaçınıcı çocuk olduğu, doğum şekli, prematür doğum, emzik ve biberon kullanımı, gebelikte ve doğumda anneye emzirme danışmanlığı verilme durumu, bebek dostu hastanede doğum yapılması, annenin çalışıyor olması ve sigara içmesi, evde büyükkanne olmasının bu oranı etkilediği bildirilmiştir.¹⁰⁰⁻¹⁰³

Bebeğin düşük doğum ağırlığı, annenin düşük eğitim düzeyi, aile içi desteğin yetersizliği, annenin çalışıyor olması düşük emzirme oranı ve süresine neden olmakta, sadece anne sütü alma süresini kısaltmaktadır.

Literatürde emzik ve biberon kullanımının anne sütü alımını olumsuz etkilediği, emzik ve biberonun uygun şekilde temizlenememesi sonucunda başta ishal olmak üzere diğer enfeksiyon hastalıklarının sık görüldüğü, bu nedenle anne sütü alan bebeklerde bunlardan uzak durulması gerektiği vurgulanmaktadır. Biberon kullanımı çocuk hangi yaşta olursa olsun önerilmemektedir.^{52,104} Birçok çalışmada ek besinlere erken başlamanın anne sütü ile beslenme süresini olumsuz etkilediği belirtilmektedir.^{54,105-107}

Sigara içme, emzirmeyi erken bırakmada en önemli risk faktörlerinden biridir. Sigara içimi, sadece anne sütü verme süresini kısaltmaktadır.^{8,108} Nikotinin prolaktin

üretimini ve süt miktarını azalttığı gösterilmiştir.¹⁰⁹ Düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlar ve sigara içen anneler arasında güçlü bir ilişki vardır ve her ikisi de daha kısa emzirme süresiyle ilişkilidir. Bu iki değişken arasındaki ilişki, sigaranın fetüs büyümesi üzerine olan olumsuz etkileriyle açıklanmaktadır.⁸

Emzirmeyi arttırmak için yapılan bir programın başarılı olması için mutlaka sigaraya yönelik kampanyayı da içermesi gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyonun emzirmeyi olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir.¹⁶ Emzirme süresi çalışan annelerde, çalışmayanlara göre daha kısadır.⁸

2.12. Emzirme Hormonlarının Biyolojik ve Psikolojik Etkileri

2.12.1. Prolaktin

Prolaktin hormonu, gebelik boyunca meme bezlerinin lobüloalveolar gelişimi, doğumda süt yapımının başlaması ve laktasyon boyunca da sütün devamlılığı için gereklidir.¹¹⁰

Anneye ait homeostatik düzenleyiciler, gebelikte ortaya çıkan metabolik, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlara göre yeni düzenlemeler yaparlar. Psikolojik ve davranışsal değişikliklerin çoğu, gebelik dönemindeki hormonal değişikliklerin yol açtığı anne beynindeki uyumsal değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkar. Bu değişiklikler çoklu nöronal sistem ile endokrin sinyalizasyon mekanizmalarının uyumlu çalışmasına bağlıdır. Bu sistem içerisinde en önemlilerinden biri prolaktin salınımının nöroendokrin sistemle düzenlenmesidir.¹¹¹

Prolaktin salınımı, hipotalamusta arkuat nükleusta yerleşik tuberoinfundibular dopamin nöronları tarafından üretilen, dopamin ile baskılanarak kontrol edilmektedir.¹¹²

Gebelikte plasentadan salınan plasenta kökenli laktojen, prolaktin reseptörleri üretir. Ancak bu salınım annenin hipofiz bezinden salınan ve negatif geri bildirim (feedback) ile sınırlanan prolaktini baskılar. Böylece bu negatif geri bildirim döngü hamilelik boyunca işlemez. Prolaktin reseptörü artırılarak ileride devamlılığı gereken prolaktin salınımı sürekli olarak güvence altına alınmış olur.¹¹²

Dolayısıyla anne adayı gebe iken süt yapmaya hazırlanır. Doğumla birlikte plasenta ayrılır ve plasenta kökenli hormonlar çekilir. Bebeğin anne memesini emmesi ile güçlü bir prolaktin salınımı olur. Bir veya daha fazla prolaktin salıverici faktörlerin

birleşimi ile emzirmeye bağlı tuberoinfundibular nöronal aktivitede azalma meydana gelir. Bu değişimlerle birlikte vücut ve beyin uzun bir süre prolaktin etkisinde kalır.¹¹²

Prolaktin gebelik ve emzirme dönemi boyunca iştah ve gıda alımını etkileyen önemli bir hormondur. Prolaktin etkisiyle iştahın düzenlenmesinde rol alan hipotalamik çekirdekler daha duyarlı hale gelir ve iştah ve yeme davranışı artar. Hamilelik boyunca organizmanın akut strese cevabı azalmaktadır.¹¹³

Hiperprolaktinemi de gonadotropin salınımını baskılayarak ovulasyonu baskılar. Bu durum da emzirme boyunca kısmen doğum kontrolünü sağlar.¹¹⁴

Dopamin ve serotonin salan nöronların kontrolü altında olan prolaktin salınımının, nörotransmitter sistemde düzensizlik olan duygudurum bozukluklarından etkilenip etkilenmediği, doğum sonrası depresyonda prolaktin düzeyinin değişimi araştırma konusu olmuştur.¹¹⁵

Yapılan bir çalışmada, doğum sonrası 6-8 haftalarda 147 kadının prolaktin düzeylerine bakılmış ve depresyonda olan kadınların prolaktin düzeylerinin depresyonda olmayan kadınlardan daha düşük olduğu bulunmuştur. Ancak her iki grupta da prolaktin düzeyleri normal fizyolojik sınırlarda saptanmıştır.¹¹⁵

Gebelik boyunca yüksek olan prolaktinin düşük anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğu, puerperal dönemdeki yüksek prolaktin düzeyinin süt üretimi ile ilişkili olarak anksiyeteyi azalttığını gösteren çalışmalar vardır.¹¹⁶

Başka bir çalışmada, doğum sonrası ilk haftada duygudurum belirtileriyle yüksek plazma prolaktin konsantrasyonu arasında bir ilişki saptanmıştır. Bu verilere karşın, geniş örneklemli ileriye dönük bir çalışmada prolaktin düzeyleri ve doğum sonrası duygudurum arasında bir ilişki bulunamamıştır.¹¹⁷

Değişik nörotransmitter sistemlerinden etkilenen prolaktin salınımının duygudurumdan etkilenmesi konusunda çelişkiler olsa da, süt salınımını baskılayan bromokriptin, oral kontraseptifler ve psikotrop ilaçlar tarafından etkilendiği açıktır.¹¹⁸

2.12.2. Oksitosin

Oksitosin hipotalamusta supraoptik ve paraventriküler çekirdeklerde üretilir, posterior pitüiter beze uzanan magnosellüler nöronlar tarafından dolaşıma salınır. Uterus kaslarının ritmik kasılması ve küçülmesini sağlarken aynı zamanda süt bezlerini

de harekete geçirir. Olumlu sosyal etkileşim ve duyguların oluşumunda oksitosinin öne çıktığı bir nöropeptid sistemi önemli rol oynamaktadır.¹¹⁹

Oksitosin dokunma, sıcaklık ve kokuları da içeren ve pozitif olarak algılanan duyuşsal uyarılar tarafından salınabilir. Emzirme ile anne ve yavrusu arasında bir etkileşim başlar. Emzirme boyunca anne bebeğine sadece süt vermekle kalmaz ten teması ve sıcaklık geçişı ile bakım ve koruma da sağlar. Bu süreçte anne sadece verici değıl aynı zamanda alıcıdır. Bebeğın teması, kokusu ve sıcaklığı annede somatosensoriyel uyarı sağlayarak gevşeme ve antistres etkisi oluşturur.^{120,121}

Yapılan bir hayvan deneyinde tekrarlayan emme uyarısı olan ratlarda sempatik sinir tonusunun ve kan basıncının azaldığı gösterilmiştir. Ayrıca bu hayvanlarda vagal tonusun artmasıyla insülin ve gastrointestinal hormonların da artış gösterdiği saptanmıştır.¹²²

Uzun dönemde emzirmeye cevap olarak gelişen sempatoadrenal sistem aktivitesinin ve hipotalamo-pitüiter-adrenal eksen aktivitesinin azalması organizmanın stres karşısında verdiği cevabın tam tersidir denilebilir.¹¹⁹

Doğumdan hemen sonra annenin yavrusu ile olan teması süütün hemen gelmesi ve devamlılığında oldukça önemlidir. Doğum sonrası erken uyarının, annelik davranışını güçlendirdiğı ve emzirmenin uzun dönemde süresini uzattığına yönelik bulgular mevcuttur.¹²³

Vajinal doğum ve sezeryan doğum yapmış olan kadınlar karşılaştırıldığında; doğum eylemi sırasında oksitosine maruz kalma süresinin uzamasının oksitosin üreten nöronların uzun dönemde etkinliğinin artışına neden olduğu saptanmıştır.¹²⁴

Vajinal doğum yapanlarda oksitosin pulsatil olmayan bir şekilde salınırken, doğum sonrası ikinci günde zirve yapar. Ancak sezeryan yapılan annelerin kanında oksitosin alt düzeylerde kalır. Sezeryan yapılan annelerin oksitosinleri morfolojik ve işlevsel olarak olgunlaşmamış özelliktedir. Sezeryanla doğum yapanlarda hem doğum eylemini sağlayan oksitosinin olmaması hem de doğumdan hemen sonra olması gereken anne ve bebek temasının gerçekleşmemesi oksitosin salınımını geciktirmektedir. Sezeryandan 2 gün sonra oksitosin salınımında değışmeler görülmeye başlar.¹²⁴

Doğumdan sonraki birkaç gün içerisinde kadınların kişilik özelliklerinde ve davranışlarında değışiklik olmaya başlar. Emziren kadın daha sosyal, daha sakin ve monotonluğa karşı daha toleranslıdır.¹²⁵

Oksitosinin sadece doğum ve emzirme ile değil aynı zamanda cinsel etkileşime cevap olarak da salınmaktadır. Yapılan deneysel çalışmalarda cinsel davranış boyunca bazı psikolojik ve davranışsal uyumlarda oksitosinin rol aldığı gösterilmiştir.¹²⁶

2.12. Depresyonun Emzirme ve Emzirme Yöntemleri İle İlişkisi

Günümüzde anne sütü ve emzirmenin önemi kadar önemli olan bir başka konu da doğum sonrası annenin ruh sağlığıdır. Annenin bebeğine sağlıklı bir şekilde bakabilmesi ve uzun dönem emzirebilmesi için öncelikle kendi beden ve ruh sağlığının yerinde olması gerekir. Postpartum depresyon kadınların önemli bir kısmını etkileyen bir sağlık sorunudur. Kadınların yaklaşık % 13'ü ilk doğumdan sonraki 12 hafta içerisinde depresyona girmektedirler.¹⁰ Bu oran, ilk doğum sonrası bir yıl içerisinde % 19,2 gibi yüksek bir değeri bulabilmektedir.¹¹ Bir kez postpartum depresyon geçiren kadınlarda takip eden 5 yıl içerisinde depresyona girme riski iki katına çıkmaktadır.¹²⁷

Hormonal dalgalanmaların olduğu gebelik ve laktasyon dönemleri duygudurum bozukluğu olan kadınlar için riskli dönemlerdir. Gebeliğin bu dönemde koruyucu olmadığına yönelik bulgular vardır. Duygudurum bozukluklarından bipolar bozukluk olgularında tanı konup tedaviye başlanması çoğunlukla çocuk doğduktan sonra olmaktadır.¹²

Doğum sonrasında duygudurum atak sıklığı % 67 olup, bu atak sıklıkla depresyondur. İlk gebeliklerinde duygudurum atağı yaşayanların tamamı diğer gebeliklerinde de benzer ataklar geçirmişlerdir. Gebelikte başlayıp artan belirtiler sıklıkla postpartum psikoz ile sonlanmıştır.¹²

Yeni doğan bebek, bozulmuş anne-bebek etkileşimi ve bebek davranışının anne tarafından olumsuz algılanması nedeniyle savunmasızdır. Araştırmalar depresif annelerin çocukları üzerinde, aşırı müdahaleci veya çekingen, bağ kuramayan ve etkileşimsiz davranışlar gibi olumsuz etki oluşturacak dışa vuruları daha fazla sergilediklerini göstermektedir.^{128,129}

Depresif annelerin kendi bebeklerine karşı olması gereken hassasiyeti gösteremedikleri belirtilmektedir. Bebeklerin yaşadıkları olumsuz bilişsel, davranışsal ve duygusal yaşantıların uzun dönemde gelişimlerini etkilediğine yönelik bulgular mevcuttur.¹³⁰ Ayrıca annenin ruh sağlığının kötü olması, bebeğin iyi beslenememesi ve fiziksel sağlığında bozulmalarla da sonuçlanmaktadır.¹³¹

2.13. Doğum sonrası annede görülebilecek psikiyatrik bozukluklar

Gebelik ve doğum önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle kadınlar, doğum sonrası dönemde psikiyatrik hastalıklar açısından riskli hale gelmektedir.¹³²

Birçok kadın gebelik ve doğumla ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatmayı gerektirecek düzeyde ağır psikolojik tablolar görülebilmektedir.¹³²

Postpartum dönemde ortaya çıkan psikiyatrik sendromların sınırları çok net belirlenmemiş olmakla birlikte konuyla ilgili yayınlar gözden geçirildiğinde doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar; doğum sonrası hüznün, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikoz olarak üç ana bölümde incelenebilir.¹³²

Postpartum hüznün kadınların % 50-80'inde görülürken, ağlama, sinirlilik, duygu durumunda hızlı değişkenlik, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, bitkinlik ve kayıp duygularının yaşandığı, uykusuzlukla karakterize bir tablodur. Genellikle doğumdan sonraki 3. ve 5. günlerde ortaya çıkar ve ilaç tedavisi gerektirmeksizin 7- 10 gün içerisinde kendiliğinden iyileşebilmektedir.¹³²

Postpartum bozukluklardan ikincisi ve tanı konulması aşamasında oldukça zorlanılan, tedavi edilmesi anne, bebek ve aile sağlığı açısından oldukça önemli olan doğum sonrası bozukluk ise postpartum depresyondur (PPD).¹³³

PPD oldukça sık görülmesine rağmen etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Kadının ya da eşinin işsizliği, sosyal desteğin olmaması, evlilikle ilgili sorunlar, beklenmedik yaşamsal olaylar, planlanmamış gebelikler, multiparite, daha önceki gebeliklerde depresyon geçirilmesi, anne sütü ile beslenme, kayıpla sonlanan gebelik ve doğum deneyimleri gibi faktörlerin de etkili olabileceği düşünülmektedir. Bunların yanı sıra yapılan çalışmalarda PPD'da birçok psikolojik ve fizyolojik olaylarında etkili olduğu düşünülmektedir.¹³³

PPD, doğumdan sonraki 2-3 haftadan sonra olguların çoğunda ilk 6 hafta içinde sinsice başlar, başlangıç doğumdan sonraki bir hatta iki yıla kadar uzayabilir. Klinik tablo hafif depresif duygu durumdan, melankoliye kadar değişebilir.¹³²

Kendini değerlendirme ölçekleriyle yapılan değerlendirmelerde gebelikteki depresyon ve PPD için % 20-30'a ulaşan oranlar elde edilirken, yapılandırılmış postpartum görüşme teknikleri ve tanısal ölçütler kullanıldığında bu oranın düştüğü, bu dönemde depresyon yaygınlığının genel popülasyonda kadınlar için saptanan orandan daha fazla olmadığı bildirilmiştir.¹³³

Kapsamlı ve ayrıntılı değerlendirme yöntemleriyle yapılan çalışmalarda ise gebelik dönemindeki depresyon yaygınlığı için % 9-10, PPD için % 6-16, PPD'nin yaygınlığı için %10-14 arasında değişen oranlar bulunmuştur.¹³³

Ayrıca dünyaki tüm gebeliklere bakıldığında PPD'nin görülme sıklığı % 5-15 olarak bulunurken, Japonya, Çin, ABD, Kanada, Avrupa, İsrail, Türkiye gibi karışık kültür ve topluluklarda da benzer oranlar tespit edilmiştir. Postpartum psikoz ise genellikle tüm gebeliklerin % 0,1-0,2'sinde görüldüğü ve sonraki doğumlarda tekrarlama riskinin 1/3 olduğu bildirilmektedir. Çoğunlukla doğumdan sonraki ilk iki hafta içinde başlamaktadır. Daha önce doğum sonrası psikiyatrik bozukluk yaşayan ve bipolar bozukluk öyküsü olanlarda görülme oranı yüksektir. Hastalar genellikle manik belirtiler gösterirler. Manik belirtilerin yanında ajitasyon, huzursuzluk, öforinin gözlemlendiği oynak duygu durumu, uyuyamama, ağlama nöbetleri ve konfüzyonu eşlik etmektedir. Tedavisinde anne sütü kesilerek antipsikotik kullanımı vardır. Fakat bu bozuklukta hastaların % 10'nunda tedavi aşamasında özkıym ve bebeğini öldürme görülebilmektedir. Bu nedenle doğum sonrası psikiyatrik bozukluklardan en ağır seyreden doğum sonrası psikoz olarak kabul edilmektedir.¹³⁴

2.14. Doğum sonrası psikiyatrik bozukluklarda tarihçe

Postpartum psikiyatrik bozukluklar ilk olarak Hipokrat zamanında doğum sonrası akıl bozuklukları olarak tanımlamıştır. Celcius ve Golden bu dönemdeki bozuklukları ayrı bir tanı grubu olarak belirlemiştir. Fransız doktor Lours Victor Morce 1858'de doğum sonrası ruhsal bozuklukları tanımlayarak önemli tıp adamları arasına girmiştir. Morce, doğum sonrası duyusal bozukluk belirtilerinin değişken olduğunu, sürecin remisyon ve alevlenmelerle sürdüğünü belirtmiştir.¹³³

Gebelik boyunca, kadın anatomisinde ortaya çıkan fizyolojik değişimlerin, duygusal bozuklukların oluşmasında etkili olduğunu ileri sürmüştür. Bunun yanı sıra 1960 yılında Pitt ilk olarak PPD'nin diğer depresif hastalıklardan ayrı, özel bir bozukluk

olduğunu ileri sürerek klinik terimini kullanmıştır. PPD'nin doğum sonrası psikozdan daha hafif şiddette ve daha kısa sürdüğünü belirtmiştir.¹³⁵

Geçmişten günümüze yapılan tüm çalışmalar sonrasında Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-IV de doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar için yapılan tanımda 'doğum sonrası başlangıçlı' terimi kullanılarak diğer depresif bozukluklar ve kısa süreli psikotik bozukluklardan ayrılmıştır. Aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırmasında ise 'lohusalık bağlantılı ve başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar' adı altında ayrı bir bölüm olarak alınmıştır.¹³⁵

2.15. Psikopatolojik Bozukluklar

2.15.1. Major Depresyon

Gündelik etkinliklerin yerine getirilmesinde zorlanma, konsantrasyonda güçlük, zamanın geçişine ilgisizlik, yaşamdan haz alamama, karamsarlık, aşırı keder, iritabilite, vb. belirtilerin bulunduğu bir duygudurum bozukluğudur. Kadınlarda erkeklere göre 2:1 oranında daha çok görülür.¹³⁶

Tipleri:

- Psikotik özellikte olanlarda gerçeği değerlendirme bozukluğu belirgindir.
- Melankolik olanlarda belirtiler abartılıdır, gündelik yaşamdaki tüm etkinliklere ilgi yitirilmiştir.

Kalıtımsal eğilimin olduğu major depresyonda, yaşam boyu görülme sıklığı erkeklerde ve kadınlarda, ABD'de % 2,6 ve % 7,0, Kanada'da % 5,9 ve Kore'de 2,4 ve 4,1 olarak verilmektedir. Yaşam boyu hastalanma riski erkekler için % 8-12, kadınlar için % 20-26 olarak bulunmuştur. Kadınlarda görülme yaşı en çok 35-45 arasında, erkeklerde ise en çok 55 yaşından sonra görülmektedir. Fakat bu bozukluğun genç yaşlarda sanıldığından da çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır. Türkiye ruh sağlığı profili çalışmasının verilerine göre sağlık ocaklarına başvuran psikiyatri hastalarında depresyon görülme sıklığı % 20 olarak belirlenmiştir.^{137,138}

2.15.2. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete, her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı ve sıklıkla çeşitli fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, hoş olmayan sıkıntı, endişe duygusu ve yaşantısıdır. Optimal düzeydeki anksiyete, bireyin gelişmesini, olgunlaşmasını ve bir amaca doğru çaba göstermesini sağlar. Şiddeti belirli bir düzeyin üzerine çıkarsa bireyin duygu durumunu ve ruhsal yaşantısını bozup paniğe yol açabilir. Birey, anksiyete şiddetinin yüksek olması ve uzun sürmesi durumunda, sürekli olarak anksiyeteye ve belirtilerine yoğunlaşmakta, günlük yaşamını sürdüremez duruma gelmektedir. Bu durum çeşitli davranış bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olur. Anksiyete belirtileri kimi durumlarda daha belirginken, kimi zamanda anksiyeteden kurtulmak için yapılan çeşitli etkinlikler tabloya egemendir (Fobi, obsesyon, kompulsiyon gibi).^{136,139}

DSM IV'e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması aşağıdaki gibidir.

- Agorofobi olmadan panik bozukluğu
- Agorofobi ile birlikte panik bozukluğu
- Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi
- Özgül fobi
- Sosyal fobi
- Obsesif kompulsif bozukluk
- Posttravmatik stres bozukluğu
- Akut stres bozukluğu¹³⁶

Anksiyete bozuklukları, sağlık hizmetlerine talebi önemli oranda artıran bir sağlık sorunudur. Kliniklerdeki konsültasyon ve tetkiklerin çok önemli bir kısmı anksiyete bozukluklarına bağlı ortaya çıkan bedensel belirtiler nedeniyle yapılmaktadır. Özellikle depresif bozuklukla birlikte anksiyete bozuklukları birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda çok yaygın olduğu, bu iki bozukluktan birine veya aynı anda ikisine sahip olma oranının birinci basamakta % 25'e kadar çıktığı bildirilmektedir.¹³⁸

Anksiyete bozuklukları psikiyatrik hastaların içinde % 50'lik bir dilimi temsil etmektedir.¹³⁷ Anksiyete bozukluklarının çoğu kadınlarda görülmektedir. Kanada'da yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının bir yıllık prevalansı erkeklerde % 9,

kadınlarda ise % 16 bulunmuştur.¹⁴⁰ Kuzey Amerika kaynaklı bir epidemiyolojik çalışmanın verilerine göre kadınlarda anksiyete bozukluğu % 10,4 ile % 25,1 arasında değişmektedir.¹⁴¹

2.15.3. Somatizasyon

Sıkıntı ve yakınmaların bedensel hastalık şeklinde ifade edilmesidir. Vücudun kalp, damar, mide, bağırsak, solunum ve diğer sistemlerdeki fonksiyon bozukluklarıyla ilgili sıkıntıları yansıtır. Çözümlemeyen engelleme veya çatışma sonucu ortaya çıkan işlevsel ve fiziksel bozuklukları tespit eder.

2.15.4. Obsesif kompulsif bozukluk

Tekrarlayan davranışlara yol açan saplantılı düşüncelerin varlığıdır. Bu düşünceler bireylere yaşanılması arzu edilmeyen, ancak sürekli ve karşı konulmaz bir biçimdedir.

2.15.5. Fobik anksiyete

Belirli bir nesneye, duruma karşı ısrarlı korku tepkisini yansıtır. Açık yerlere, seyahat, kalabalığa, vasıtalar vb. karşı duyulan korku sıkıntısıdır.

2.15.6. Kişilerarası duyarlılık

Kişinin yetersizlik ve kendini aşağılama duygularından kaynaklanan zorlanmadır. Bireyin kendini başkalarıyla karşılaştığında, kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak, kişiler arası ilişkilerinde kendisini küçük görmesi, bu ilişkilerde zorluk çekmesi, rahatsızlık hissetmesi gibi olumsuz düşünce ve duyguları yansıtır.

2.15.7. Hostilite

Düşünce, duygu ve davranış boyutlarındaki öfke ve düşmanlıktır.

2.15.8. Paranoid düşünce

Güvensiz, kuşkucu, kıskanç, kavgacı yapıdır.

2.15.9. Psikotizm

Gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma olması durumudur.¹³⁶⁻¹³⁹



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri

Araştırma Adana ili Çukurova ilçesi sınırları içinde gerçekleştirilmiştir. Çukurova ilçesi Adana İlinin dört merkez ilçesinden birisidir. Adana Seyhan ilçesinin, Resmi Gazete’de 26824 sayılı kanuna istinaden 22.03.2008 tarihinde Çukurova ve Seyhan olarak ikiye bölünmesinden sonra oluşmuştur. Çukurova’nın kuzeyinde ve batısında Toros Dağları, Karaisalı ilçesi, doğusunda Seyhan Baraj Gölü, Seyhan Nehri, güneyinde Seyhan İlçesi yer almaktadır. Çukurova İlçe Belediye’sine bağlı 27 mahalle bulunmaktadır. Yüzölçümü 24.003 hektardır. Bölgede yazlar sıcak ve kurak, kışları ılık ve yağışlı olan Akdeniz iklimi hakimdir. 2015 genel nüfus sayımı verilerine göre ilçe toplam nüfusu 359.315’tir.¹⁴²

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Adana’nın Çukurova ilçesinde yaşayan annelerin sosyodemografik özellikleri ve psikopatolojik özelliklerinin incelenmesi ile bu özelliklerin ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına etkisinin araştırılmasını amaçlayan kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini Çukurova ilçesinde yaşayan ve 6-12 aylar arasında bebeği olan kadınlar oluşturmaktadır. 2015 ocak-haziran ayları Çukurova Toplum Sağlığı Merkezi kayıtlarına göre ilçedeki 6 aylık doğum sayısı 2364’tür.

3.4. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Seçimi

Örneklem büyüklüğü statcalc programıyla 2364 kişi üzerinden % 50 frekans, % 95 güvenilirlik ve % 5 hata payı alınarak 284 kişi olarak hesaplandı. Toplamda 284 kişiye ulaşıldı.

İlçedeki 19 ASM arasından rastgele sayılar tablosu ile seçilen 6 ASM’ye örnekleme seçilen annelerin bebeklerinin aşı ve takip günlerinde gidilerek anketler uygulanmıştır.

Tablo 1. Örnekleme Seçilen ASM'ler Ve ASM'lerden Seçilen Annelerin Sayısı Ve Yüzdesi

	ASM'nin 6 aylık doğum sayısı	İlçedeki toplam doğuma göre %	Örneklem içindeki %'si	Örnekleme seçilen anne sayısı
Belediye Evleri 2 Nolu ASM	270	11,4	33,4	95
Huzurevleri 1 Nolu ASM	220	9,3	27,2	77
100. Yıl 2 Nolu ASM	108	4,5	13,3	37
Toros 2 Nolu ASM	100	4,2	12,3	35
Fethi Zengin ASM	76	3,2	9,4	27
Şambayat Toki ASM	35	1,4	4,4	13
Toplam	809	34,0	100,0	284

Seçilen ASM'ler; Fethi Zengin ASM, Toros 2 nolu ASM, Şambayat Toki ASM, Huzurevleri 1 nolu ASM, Belediye Evleri 2 nolu ASM, 100. Yıl 2 nolu ASM'dir. Seçilen ASM'lere bağlı olan ve 6-12 aylar arasında bebeği olan kadınların listesi Toplum Sağlığı Merkezi kayıtlarından alındı. Seçilen ASM'lerdeki 6-12 aylık bebeği olan kadınların listesi çıkarıldı. Daha sonra gerekli olan sayı kadar, rastgele örneklem metoduyla anneler seçildi. Araştırmada örnekleme seçilmiş olan her bir kadın araştırma hakkında bilgilendirilmiş, araştırma onam formu okutulmuş/okunmuş ve yazılı izinleri alınmıştır. Seçilen kadınlardan 8'i çalışmaya katılmak istememiştir, yerlerine listeden yeni kadınlar seçilmiştir.

3.5. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Eğitim durumu
- Sigara içme
- Anne sütü ile ilgili eğitim alma
- Bebeğin cinsiyeti
- Annenin çalışma durumu
- Aile yapısı
- İstenen gebelik olup olmaması
- Annenin psikopatolojik durumu

3.6. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişken

- İlk 6 ay sadece anne sütü verme durumları
- Annelerin ruhsal belirtileridir. Bu belirtiler,
 - 9 alt ölçekten alınan puanlar
 - Rahatsızlık ciddiyet indeksi
 - Belirti toplamı
 - Semptom rahatsızlık indeksi

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma için T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 02.10.2015 tarihli ve 46 nolu toplantıda verilen karar ile izin alınmıştır (Ek 4). Ayrıca Adana Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındı. Araştırmanın verileri sahada Kasım 2015- Şubat 2016 tarihleri arasında aktif olarak toplandı. Araştırmaya alınan 284 kişi TSM kayıtlarından seçildikten sonra araştırmacı tarafından bebeklerin aşı ve takip günlerinde ASM'lere gidilerek ulaşıldı. Anket ve Kısa Semptom Envanteri araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme ile dolduruldu.

3.8. Anket Formu

Kadınlara sosyodemografik özellikleri, anne sütü ve emzirme hakkındaki bilgileri, doğum öncesi ve sonrası durumları, öz geçmiş özellikleri, bebeğinin beslenmesi hakkında sorular içeren 27 soruluk anket (Ek 2) ve 53 sorudan oluşan Kısa Semptom Envanteri (Ek 3) uygulanmıştır.

3.9. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Kısa Semptom Envanteri, çeşitli tıbbi durumlarda psikiyatrik sorunları yakalamak amacıyla hazırlanmış, 90 maddelik bir ölçek olan Belirti Tarama Listesinin (SCL-90-R) maddeleri arasından seçilmiş, 53 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin ülkemiz için uyarlaması N.Hisli Şahin ve Ayşegül Durak tarafından yapılmıştır.¹⁴¹

3.9.1. Güvenirlik

İç tutarlık: Üç ayrı çalışmada ölçeğin toplam puanından elde edilen Cron -bach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0,96 ve 0,95, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0,55 ile 0,86 arasında değişmektedir.

Ölçeğin belirlenen 9 alt ölçeği sırayla,

1. Somatizasyon (S) (2,7,23,29,30,33,37. maddeler),
2. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (5,15,26,27,32,36. maddeler),
3. Kişilerarası duyarlılık (KD) (20,21,22,42. maddeler),
4. Depresyon (D) (9,16,17,18,35,50. maddeler),
5. Anksiyete bozukluğu (AB) (1,12,19,38,45,49. maddeler),
6. Hostilite (H) (6,13,40,41,46. maddeler),
7. Fobik anksiyete (FA) (8,28,31,43,47. maddeler),
8. Paranoid düşünce (PD) (4,10,24,48,51. maddeler) ve
9. Psikotizm (P) (3,14,34,44,53. maddeler) alt ölçekleri olarak oluşturulmuştur.
10. Ek maddeler (EM) ise (11,25,39,52. maddeler) yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duygularıyla ilgili maddeler vardır.

3 global indeks ise sırayla Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, Belirti Toplamı ve Semptom Rahatsızlık indeksi şeklindedir.

3.9.2. Kısa Semptom Envanterinin Değerlendirilmesi

Kısa Semptom Envanteri likert tipi bir ölçektir. Her madde « hiç / biraz var / orta derecede var / epey var / çok fazla var » seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 puan verilerek puanlanmaktadır.

- a) **Rahatsızlık ciddiyeti indeksi** :Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir: $S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PD+P+EM) / 53$
- b) **Belirti toplamı indeksi** : 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.

- c) **Semptom rahatsızlık indeksi** : Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir: $S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PD+P+EM) / \text{Belirti Puanı}$

Puanların yorumlanması : Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin ruhsal belirtilerinin arttığını gösterir.

Kısa Semptom Envanterindeki her bir ifadenin kendine uygunluğunu, beş seçenekten birini seçerek (0 / 1 / 2 / 3 / 4) belirten kadınların yanıtlarının 9 alt ölçek ve ek maddelerdeki puan ortalamaları değerlendirmeye katılmıştır. Örneğin somatizasyon belirtisini oluşturan sorulara (yedi adet) verilen yanıtlar toplanarak yediye yani soru sayısına bölünmüş, böylece somatizasyon puan ortalaması bulunmuştur. Diğer alt ölçek ve ek maddelerde de puan ortalamaları aynı şekilde hesaplanmıştır. Her kadının ruhsal belirti puan ortalaması, hiç (0 puan), çok az (1 puan), orta derecede (2 puan), oldukça fazla (3 puan), ileri derecede (4 puan) olan puanlara yakınlığı ile değerlendirmeye alınır.

Puan ortalamaları 4'e yaklaştıkça belirtilerin ileri derecede olduğu, 0'a yaklaştıkça belirtilerin azaldığı görülmektedir. Her alt ölçek, ek madde ve 3 global indekste bir kadın en fazla 4 puan, en az ise 0 puan alabilir.¹⁴¹

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Katılımcılara anket uygulanırken sorulan çok yanıt seçeneği olan bazı değişkenler istatistik analizler için yeniden gruplandırıldı. Elde edilen veriler Çukurova ilçesinde yaşayan 6-12 ay arası bebeği olan annelerin sosyodemografik ve psikopatolojik özellikleri ile ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarının değerlendirilmesinde kullanıldı.

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 19 For Windows paket programı kullanılarak değerlendirildi.¹⁴³ İstatistiksel analiz olarak verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, ki-kare testi, verilerin dağılımı normal dağılıma uymadığı için student t-testi yerine parametrik olmayan bir test olan Mann-Whitney U testi, ANOVA testi ve çoklu lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Yapılan analizlerde p değerinin <0,05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Kısıtlılığı

Her bir kadın için anket sorularının cevaplanması 20-30 dakika gibi bir süre almıştır. Eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda soruların anlaşılmasında ve cevaplanmasında sorun olmuştur. Bu sorun anket sorularını cevaplariken zorlandıkları yerlerde kendilerine açıklama yapılarak giderilmeye çalışılmıştır. Seçilen kadınlardan 8'i çalışmaya katılmak istememiştir, yerlerine listeden yeni kadınlar seçilmiştir. Bulgular toplumun her kesimini yansıtmıyor olabilir çünkü sosyoekonomik yönden gelişmiş bir ilçede çalışmamız yürütülmüştür. Anketler konusunda isteksiz olan toplumumuzda, bazı kadınlar çalışmaya katılmak istememiştir. Fakat çalışmanın önemi ve katıldıkları takdirde bilimsel açıdan fayda sağlayacakları açıklanınca kadınlar çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Araştırmamızda annelerin psikopatolojileri değerlendirilmiştir. Fakat bu patolojilerin gebelik öncesinde mi, gebelik döneminde mi yoksa doğum sonrası mı ortaya çıktığı bilinmemektedir.

3.12. Araştırmanın Bütçesi

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Biriminden TTU-2015-5445 no'lu araştırmamıza proje fonu alınmıştır. Bu şekilde veri toplama, değerlendirme ve yazım aşamasında kullanılan araç ve gereç temin edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmada, araştırma süresi içinde halen Çukurova ilçesinde oturmakta ve 6-12 aylar arasında bebeği olan 284 kadın ile görüşülmüştür. Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri tablo 2’de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların % 1,1’i 19 yaşında iken, % 11,6’sı 20-24, % 23,9’u 25-29, % 40,5’i 30-34, % 16,5’i 35-39, % 6,3’ü 40 yaş ve üzerindedir. Şekil 2’de araştırmaya katılan kadınların beşerli yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların median yaşları 31,00’dır (SD: 5,26, min. 19, max. 45). Tablo 3’te yaş dağılımları verilmiştir.

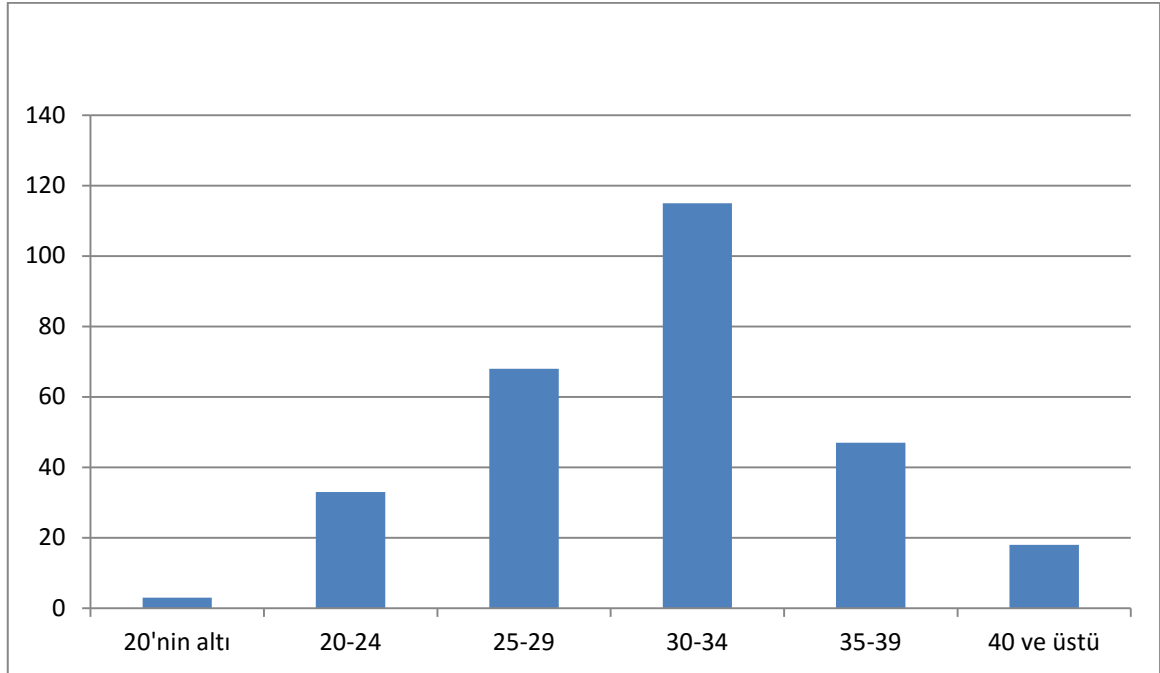
Araştırmaya katılan kadınların % 0,4’ü okur-yazar değil, % 0,4’ü okuryazar fakat okula gitmemiş, % 11,3’ü ilkokul mezunu, % 27,8’i ortaokul mezunu, % 27,8’i lise mezunu, % 32,4’ü ise üniversite mezunu idi.

Araştırmaya katılan kadınların % 63’ü doğumdan önce çalışmaktaydı. Araştırma yapıldığı sırada ise halen çalışanlar, kadınların % 18,3’ü idi. Araştırmaya katılan kadınların %68’i artık çalışmıyorken, % 13,7’si çalışıyor fakat izinliydi.

Araştırmaya katılan kadınların % 19’u aile büyüklerinden biriyle aynı evde yaşıyordu.

Tablo 2. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Özellikler		Sayı	%
Yaş grupları (yıl)	≤19	3	1,1
	20-24	33	11,6
	25-29	68	23,9
	30-34	115	40,5
	35-39	47	16,5
	≥40	18	6,3
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	1	0,4
	Okur-yazar	1	0,4
	İlkokul mezunu	32	11,3
	Ortaokul mezunu	79	27,8
	Lise mezunu	79	27,8
	Üniversite-Yüksekokul mezunu	92	32,4
Aynı evde yaşayan aile büyüğü	Var	54	19,0
	Yok	230	81,0
Doğumdan önceki çalışma durumu	Çalışıyor	179	63,0
	Çalışmıyor	105	37,0
Şu anki çalışma durumu	Çalışıyor	52	18,3
	Çalışmıyor	193	68,0
	Çalışıyor ama izinli	39	13,7
Toplam		284	100,0



Şekil 2. Kadınların Beşerli Yaş Grubu Dağılımı

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Kadınların Yaş Dağılımı

Ortalama yıl	31,02
Ortanca yaş	31,00
Min (yaş)	19
Max (yaş)	45

4.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebelik Ve Doğum İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınların % 82,4'ü planlı bir şekilde gebe kaldığını söyledi.

Araştırmaya katılan kadınların % 100'ü gebelik sırasında düzenli olarak herhangi bir sağlık kuruluşuna kontrole gitmişti fakat % 66,5'i gittiği sağlık kuruluşunda anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim almıştı.

Araştırmaya katılan kadınların % 35,9'unun 1. gebeliği iken, %32,7'sinin 2., % 20,1'inin 3., % 7,0'sinin 4., %3,9'unun 5., % 0,4'ünün 7. gebeliği idi.

Araştırmaya katılan kadınların % 40,8'i normal vajinal yolla doğum yapmış olup, % 59,2'si sezeryan ile doğum yapmıştı. Doğumların % 9,5'i prematüre doğum (37. haftadan önce), % 88,7'si miadında doğum (37-42. haftalar arası), % 1,8'i postmatüre (42. haftadan sonra) doğum idi.

Araştırmaya katılan kadınların % 2,1'inin ikiz bebeği olmuştu.

Araştırmaya katılan kadınların % 50'si kız bebek sahibi, % 50'si ise erkek bebek sahibi olmuştu (Tablo 4).

Tablo 4. Kadınların Gebelik ve Doğum ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler		Sayı	%
Planlı Olarak Gebe Kalma	Evet	234	82,4
	Hayır	50	17,6
Sağlık Kuruluşunda Anne Sütü Eğitimi Alma Durumu	Evet	189	66,5
	Hayır	95	33,5
Kaçınıcı gebeliği	1.	102	35,9
	2.	93	32,7
	3.	57	20,1
	4.	20	7,0
	5. ve üzeri*	12	4,3
Doğum Şekli	Sezeryan	168	59,2
	Normal Vajinal Yol	116	40,8
Doğum Zamanı	Prematüre Doğum	27	9,5
	Miadında Doğum	252	88,7
	Postmatüre Doğum	5	1,8
Doğumdaki Bebek Sayısı	Tek Bebek	278	97,9
	İkiz Bebek	6	2,1
Bebğin Cinsiyeti	Erkek	142	50,0
	Kız	142	50,0
Toplam		284	100,0

*Gebelik sayısı 7 olan 1 kişi vardır.

4.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Anne Sütü Verme Durumu ve Buna Etki Eden Özelliklerin Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınların % 25,7'si halen sigara kullanmakta idi.

Araştırmaya katılan kadınların % 54,9'u birlikte yaşadıkları veya yaşamadıkları aile büyüklerinden bebek beslenmesi konusunda etkilendiklerini söylüyordu.

Araştırmaya katılan kadınların % 34,5'inin bebeği ilk 6 ay herhangi bir hastalık geçirmişti. Bebeklerin % 10,9'u sarılık, % 12,3'ü ishal, % 6,3'ü üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), % 2,8'i alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE), % 0,7'si idrar yolu enfeksiyonu (İYE), % 1,5'i ise diğer hastalıklardan geçirmişti.

Araştırmaya katılan kadınların % 7,4'ü doğumdan sonra herhangi bir sebeple bebeğinden ayrı kalmıştı. Kadınların % 4,9'u prematüre doğum nedeniyle bebeği yoğunbakımda kalmış, % 1,4'ü yenidoğan sarılığı nedeniyle bebeği yoğunbakımda kalmış, % 0,4'ü diğer hastalıklar nedeniyle bebeği yoğunbakımda kalmış, % 0,7'si ise annedeki herhangi bir hastalık nedeniyle bebeğinden ayrı kalmıştı.

Araştırmaya katılan kadınlardan % 95,8'i bebeğine ilk gelen süt olan kolostrumu (ağız sütü) vermişti ve % 64,1'i doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde bebeğini emzirmişti.

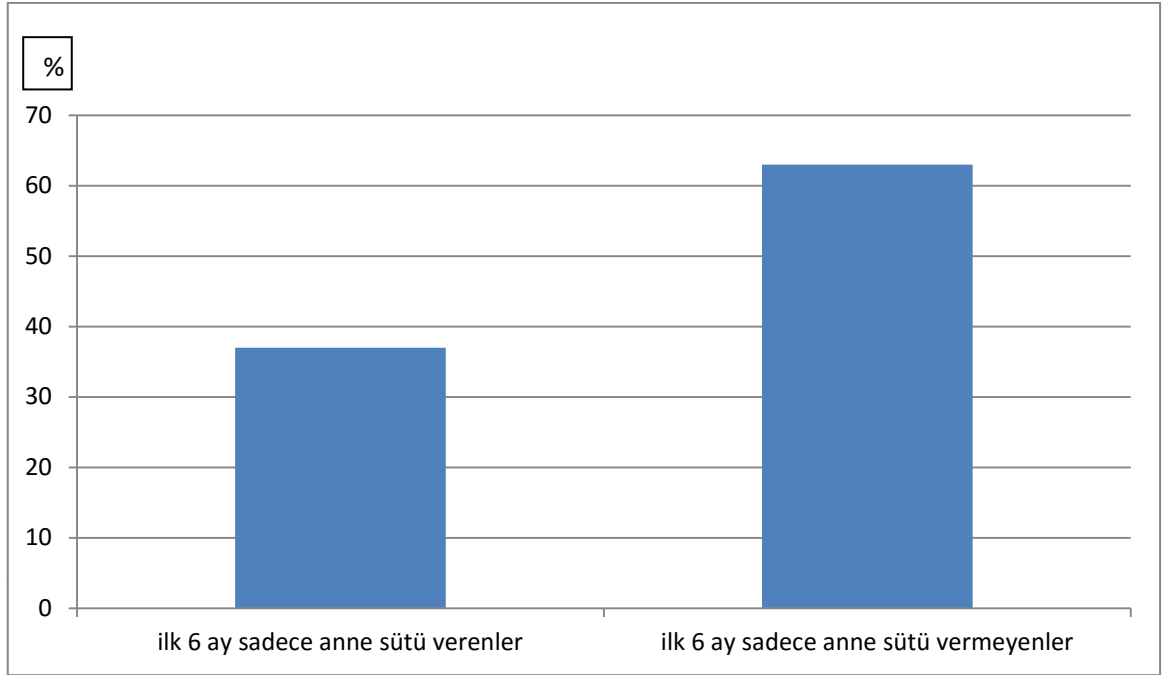
Araştırmaya katılan kadınların % 53,2'sinde emzirme sürecinde meme başında çatlak, yara, kanama gibi sorunlar oluşmuştu (Tablo 5,6).

Araştırmaya katılan kadınlardan üçü (% 1,1) bebeğini hiç emzirmemişti. Emzirmeme nedeni ise, annelerden birinde meme başının hiç olmaması, birinde annenin sütünün gelmemesi, birinde ise bebeğin emmeyi reddetmesi idi.

Araştırmaya katılan kadınların % 37,0'si bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermişti (Şekil 3). Kadınların % 10,9'u bebeğin birinci ayı içinde, % 11,3'ü ikinci ay, % 11,6'sı üçüncü ay, % 15,1'i dördüncü ay, % 11,6'sı beşinci ay, % 2,5'i ise altıncı ay içinde ek gıdaya başlamışlardı. Sadece anne sütü ile beslenmenin aylara göre dağılımı şekil 4'te verilmiştir.

Tablo 5. Kadınların Anne Sütü Verme Durumu ve Buna Etki Eden Özelliklerin Dağılımı

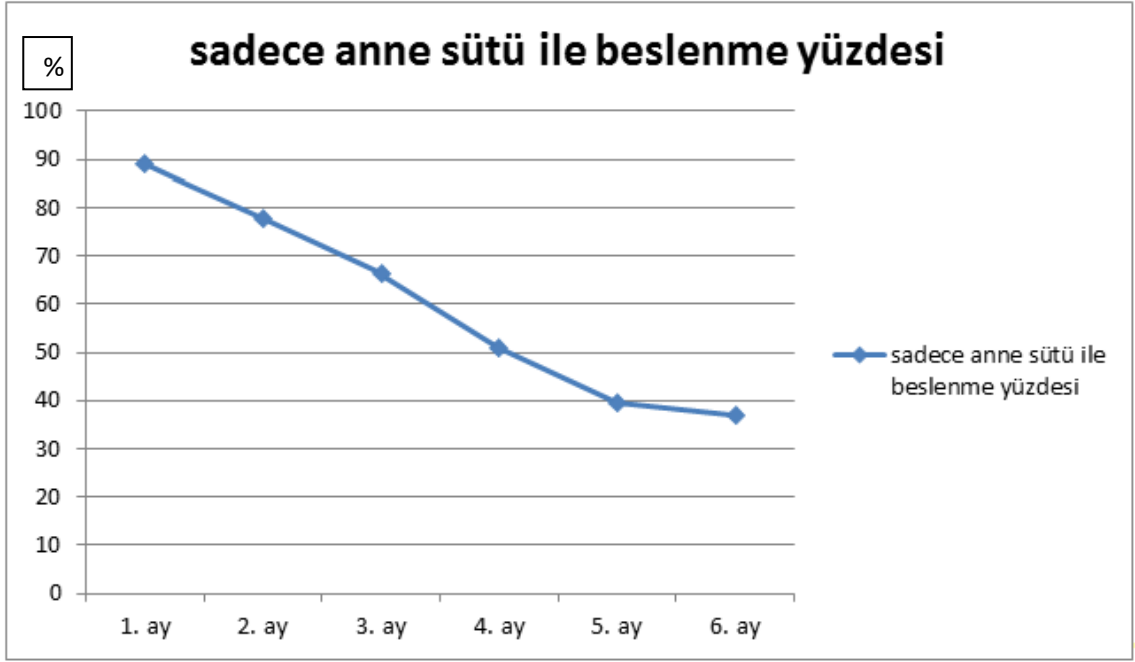
Özellikler		Sayı	%
Bebeğe ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumu	Evet	105	37,0
	Hayır	179	63,0
Bebeğe kolostrum verme durumu	Evet	272	95,8
	Hayır	12	4,2
Doğum sonrası ilk yarım saat içinde emzirme durumu	Evet	182	64,1
	Hayır	102	35,9
Sigara kullanma	Evet	73	25,7
	Hayır	211	74,3
Aile büyüklerinden etkilenme durumu	Evet	156	54,9
	Hayır	128	45,1
Bebeğin ilk 6 ay hastalık geçirme durumu	Evet	98	34,5
	Hayır	186	65,5
Doğumdan sonra bebekten ayrı kalma durumu	Evet	21	7,4
	Hayır	263	92,6
Annenin meme başında çatlak, kanama vs. olma durumu	Evet	151	53,2
	Hayır	133	46,8
Toplam		284	100,0



Şekil 3. Annelerin İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı

Tablo 6. Bebeklerin İlk 6 Ay Geçirdikleri Hastalık Türleri ve Anneden Ayrı Kalma Nedenlerinin Dağılımı

Özellikler		Sayı	%
Bebğin geçirdiği hastalık türü	Yenidoğan Sarılığı	31	10,9
	İshal	35	12,3
	Solunum Yolu Enfeksiyonu	26	9,1
	İdrar Yolu Enfeksiyonu	2	0,7
	Diğer	4	1,5
	Toplam	98	34,5
Bebğin anneden ayrı kalma nedeni	Bebğin YB' da kalması nedeniyle	19	6,7
	Annedeki bir hastalık nedeniyle	2	0,7
	Toplam	21	7,4



Şekil 4. Sadece Anne Sütü İle Beslenmenin Aylara Göre Dağılımı

4.4. Ek Gıda Süreci İle İlgili Bilgiler

Araştırmaya katılan kadınlardan ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyen annelere baktığımızda, bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü vermeme nedenleri ise, % 45,8’inde annenin sütünün yetersiz geldiğini düşünmesi, % 23,9’unda bebeğin yeteri kadar kilo almaması, % 18,4’ünde annenin çalışmaya tekrar başlaması, % 3,4’ünde anneanne veya babaannenin bebeğe ek gıda vermesi, % 8,5’inde ise diğer nedenlerdi.

Araştırmaya katılan kadınlardan ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyenlere baktığımızda, ek gıdaya başlama zamanları % 17,3’ünde 1. ay, % 17,9’unda 2. ay, % 18,5’inde 3. ay, % 23,9’unda 4. ay, % 18,5’inde 5. ay, % 3,9’unda ise 6. ay içerisinde (Tablo 7).

Araştırmaya katılan kadınlardan ilk 6 ay içinde anne sütü dışında ek gıda veren annelerden, % 77,6’sı bebeğine ek gıdalardan ilk olarak formül mama vermiş olup, % 10,0’u yoğurt, % 3,9’u çorba, % 3,9’u su, % 2,3’ü meyve püresi, % 2,3’ü ise diğer gıdalardan vermişti. Bebeklere ilk olarak verilen ek gıda türü şekil 4’te verilmiştir.

Tablo 7. Bebeğin Ek Gıda Süreci İle İlgili Bilgiler

Özellikler		Sayı	Kendi içindeki %
Bebeğe ilk 6 ay sadece anne sütü vermeme nedeni	Annenin sütünün yetersiz olması	82	45,8
	Bebeğin yeteri kadar kilo alması	43	23,9
	Annenin çalışmaya başlaması	33	18,4
	Anneanne/babaannenin ek gıda vermesi	6	3,4
	Diğer nedenler	15	8,5
Ek gıdaya başlama zamanı	1. Ay	31	17,3
	2. Ay	32	17,9
	3. Ay	33	18,5
	4. Ay	43	23,9
	5. Ay	33	18,5
	6. Ay	7	3,9
Bebeğe ilk olarak verilen ek gıda	Formül mama	139	77,6
	Yoğurt	18	10,0
	Çorba	7	3,9
	Su	7	3,9
	Meyve püresi	4	2,3
	Diğer	4	2,3
Toplam		179*	100,0

*Tüm katılımcılar arasında ilk 6 ayda ek gıdaya başlayanların sayısıdır.



Şekil 5. Bebeklere İlk Olarak Verilen Ek Gıda Türü

4.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Psikopatolojik Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların ruhsal belirtiler puan ortalamalarına baktığımızda; somatizasyon puan ortalaması $0,55 \pm 0,65$, obsesif kompulsif bozukluk puan ortalaması $0,92 \pm 0,70$, kişiler arası duyarlılık $0,64 \pm 0,85$, depresyon $1,04 \pm 0,98$, anksiyete bozukluğu $0,64 \pm 0,66$, hostilite $0,29 \pm 0,59$, fobik anksiyete $0,14 \pm 0,41$, paranoid düşünce $0,44 \pm 0,68$, psikotizm $0,13 \pm 0,46$, ek maddeler $0,20 \pm 0,44$, rahatsızlık ciddiyet indeksi $0,09 \pm 0,08$, belirti toplamı $16,77 \pm 10,49$, semptom rahatsızlık indeksi $0,24 \pm 0,11$ olarak bulunmuştur.

Kısa semptom envanterine göre 9 alt ölçek ve ek maddelerden en yüksek puan ortalamasına sahip olan ruhsal belirtiler sırayla depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, anksiyete bozukluğudur ve bu puanlar orta dereceye daha yakındır. En az puan ortalaması olan ruhsal belirti psikotizmdir. Global indekslerden ise rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları orta düzeyin altındadır (Tablo 8).

Tablo 8. Kadınların Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ruhsal belirtiler	Puan ortalamaları	Beklenen değerler	
	$X \pm SD$	Minimum	Maximum
Somatizasyon	$0,55 \pm 0,65$	0	4
Obsesif Kompulsif Bozukluk	$0,92 \pm 0,70$	0	4
Kişiler Arası Duyarlılık	$0,64 \pm 0,85$	0	4
Depresyon	$1,04 \pm 0,98$	0	4
Anksiyete Bozukluğu	$0,64 \pm 0,66$	0	4
Hostilite	$0,29 \pm 0,59$	0	4
Fobik Anksiyete	$0,14 \pm 0,41$	0	4
Paranoid Düşünce	$0,44 \pm 0,68$	0	4
Psikotizm	$0,13 \pm 0,46$	0	4
Ek Maddeler	$0,20 \pm 0,44$	0	4
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	$0,09 \pm 0,08$	0	4
Belirti Toplamı	$16,77 \pm 10,49$	0	53
Semptom Rahatsızlık İndeksi	$0,24 \pm 0,11$	0	4

4.6. Kadınların Yaş, Eğitim Durumu, Bebek Cinsiyeti, Gebelik Ve Doğum Özelliklerine Göre İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı

Araştırmaya katılan 19–29 yaş grubundaki kadınların % 41,3'ü, 30–39 yaş grubundaki kadınların % 34,6'sı, 40-49 yaş grubundaki kadınların % 33,3'ü bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü verdiğini beyan etmiştir. Yaş grupları arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=1,207$, $p=0,272$).

Araştırmaya katılan kadınları lise öncesi okullardan mezun olanlar ve lise ve üzeri okullardan mezun olanlar diye iki gruba ayırıp baktığımızda, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumunda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=27,230$, $p<0,001$). Lise öncesi grubunda ilk 6 ay sadece anne sütü verenler %18,6 iken, lise ve üzeri grubunda bu oran % 49,1'dir.

Araştırmaya katılan kadınlardan erkek bebek sahibi olanların ilk 6 ay SAS verme oranı % 39,4 iken, kız bebek sahibi olanların ilk 6 ay SAS verme oranı % 34,5'tir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0,740$, $p=0,390$).

Araştırmaya katılan kadınlardan planlı olarak gebe kalmış olanların SAS verme oranı % 39,3 iken, planlı olarak gebe kalmayanların ilk 6 ay SAS verme oranı % 26,0'dır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=3,135$ $p=0,077$).

Araştırmaya katılan kadınlardan gebeliği sırasında herhangi bir sağlık kuruluşunda süt eğitimi alanların ilk 6 ay SAS verme oranı % 45,5 iken, bu oran eğitim almayanlarda % 20,0 idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=17,645$, $p<0,001$). Araştırmaya katılan kadınlardan normal vajinal yolla doğum yapanların ilk 6 ay SAS verme oranı % 36,2 iken, sezeryan ile doğum yapanlarda bu oran % 37,5 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0,049$, $p=0,824$) (Tablo 9).

Tablo 9. Kadınların Yaş, Eğitim Durumu, Bebek Cinsiyeti, Gebelik Ve Doğum Özelliklerine Göre İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı

	İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü				Toplam		p
	Verenler		Vermeyenler				
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Yaş Grupları							
19-29	43	41,3	61	58,7	104	36,6	0,272
30-39	56	34,6	106	65,4	162	57,0	
40-49	6	33,3	12	66,7	18	6,3	
Eğitim Grupları							
Lise Öncesi	21	18,6	92	81,4	113	39,8	<0,001
Lise ve Üzeri	84	49,1	87	50,9	171	60,2	
Bebek Cinsiyeti							
Erkek	56	39,4	86	60,6	142	50,0	0,390
Kız	49	34,5	93	65,5	142	50,0	
Planlı Gebelik							
Evet	92	39,3	142	60,7	234	82,4	0,077
Hayır	13	26,0	37	74,0	50	17,6	
Süt Eğitimi Alanlar							
Evet	86	45,5	103	54,5	189	66,5	<0,001
Hayır	19	20,0	76	80,0	95	33,5	
Doğum Şekli							
Normal Vajinal Yol	42	36,2	74	63,8	116	40,8	0,824
Sezeryan	63	37,5	105	62,5	168	59,2	

*Satır yüzdesi

**Kolon yüzdesi

4.7. Kadınların Yaşı İle İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınlardan ilk 6 ay SAS verenlerin ortalama yaşı 30,74 iken, ilk 6 ay SAS vermeyenlerin ortalama yaşı 31,18'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,673$, $p=0,502$) (Tablo 10).

Tablo 10. Kadınların Yaşı İle İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı

	İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumu	Mean	Sd	t	p
Annenin Yaşı	Evet	30,74	4,82	-0,673	0,502
	Hayır	31,18	5,51		

4.8. Bebeklerin Hastalık Öyküsü, Anneden Ayrı Kalma ve Doğum Sonrası İlk Yarım Saat İçinde Emzirme Durumlarına Göre Annelerin İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınların bebeklerinde, ilk 6 ay herhangi bir hastalık öyküsü olanların ilk 6 ay SAS verme oranı % 8,2 iken, bu oran bebekleri ilk 6 ay hastalık geçirmeyenlerde % 52,2 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=53,293$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılan kadınlardan doğumdan sonra herhangi bir sebeple bebeğinden ayrı kalanların hiçbiri ilk 6 ay SAS vermemişken, ayrı kalmayanların ise % 39,9'u ilk 6 ay SAS verdiğini beyan etmiştir. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=13,302$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılan kadınlardan doğum sonrası ilk yarım saat içinde bebeğini emzirenlerin % 56,0'sı bebeğine ilk 6 ay SAS vermiş, ilk yarım saat içinde emzirmeyenlerin ise % 2,9'u bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=79,101$, $p<0,001$) (Tablo 11).

Tablo 11. Bebeklerin Hastalık Öyküsü, Anneden Ayrı Kalma ve Doğum Sonrası İlk Yarım Saat İçinde Emzirme Durumlarına Göre Annelerin İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı

	İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü				Toplam		p
	Verenler		Vermeyenler				
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Bebekte Hastalık Öyküsü							
Evet	8	8,2	90	91,8	98	34,5	<0,001
Hayır	97	52,2	89	47,8	186	65,5	
Bebekten Ayrı Kalma Durumu							
Evet	–	–	21	100,0	21	7,4	<0,001
Hayır	105	39,9	158	60,1	263	92,6	
İlk Yarım Saat İçinde Emzirme Durumu							
Evet	102	56,0	80	44,0	182	64,1	<0,001
Hayır	3	2,9	99	97,1	102	35,9	

*Satır yüzdesi

**Kolon yüzdesi

4.9. Aile büyükleriyle Beraber Yaşama veya Aile Büyüklerinin Bebek Beslenmesini Etkileme Durumlarına Göre Annelerin İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyüklerinin bebek beslenmesini etkilediğini söyleyenlerden % 26,9'u, etkilemediğini söyleyenlerin ise % 49,2'si ilk 6 ay SAS verdiğini beyan etmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=14,999$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılan kadınların evde aile büyükleriyle beraber yaşayanlardan % 14,8'i , beraber yaşamayanlardan ise % 42,2'si ilk 6 ay SAS verdiğini beyan etmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=14,048$, $p<0,001$) (Tablo 12).

Tablo 12. Aile büyükleriyle Beraber Yaşama veya Aile Büyüklerinin Bebek Beslenmesini Etkileme Durumlarına Göre Annelerin İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı

	İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü				Toplam		p
	Verenler		Vermeyenler		Sayı	%**	
	Sayı	%*	Sayı	%*			
Aile Büyüklerinin Etkileme Durumu							
Evet	42	26,9	114	73,1	156	54,9	<0,001
Hayır	63	49,2	65	50,8	128	45,1	
Evde Aile Büyükleriyle Beraber Yaşama Durumu							
Evet	8	14,8	46	85,2	54	19,0	<0,001
Hayır	97	42,2	133	57,8	230	81,0	

*Satır yüzdesi

**Kolon yüzdesi

4.10. Annelerin Yaşadığı Meme Başında Çatlak, Kanama vs. Sorunları, Şu Anki Çalışma Durumu ve Sigara Kullanma Durumuna Göre İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınlardan emzirme sürecinde meme başında çatlak, kanama vs. gibi sorunlarla karşılaşanların SAS verme oranı % 31,1 iken, bu sorunlarla karşılaşamayanlarda ilk 6 ay SAS verme oranı % 43,6 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=4,729$, $p=0,030$).

Araştırmaya katılan kadınlardan anketin uygulandığı sırada çalışanların % 21,2'si, çalışmayan veya izinli olanların ise % 40,5'i ilk 6 ay SAS verdiğini beyan etmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=55,586$, $p=0,009$).

Araştırmaya katılan kadınlardan sigara içenlerin % 4,1'i, içmeyenlerin ise % 48,3'ü ilk 6 ay SAS verdiğini beyan etmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=45,535$, $p<0,001$) (Tablo 13).

Tablo 13. Annelerin Yaşadığı Meme Başında Çatlak, Kanama vs. Sorunları, Şu Anki Çalışma Durumu ve Sigara Kullanma Durumuna Göre İlk 6 Ay Bebeklerine Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı

	İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü				Toplam		p
	Verenler		Vermeyenler		Sayı	%**	
	Sayı	%*	Sayı	%*			
Memede Çatlak,Kanama vs							
Evet	47	31,1	104	68,9	151	53,2	0,030
Hayır	58	43,6	75	56,4	133	46,8	
Şu Anda Çalışma Durumu							
Evet	11	21,2	41	78,8	52	18,3	0,009
Hayır	94	40,5	138	59,5	232	81,7	
Sigara Kullanma							
Evet	3	4,1	70	95,9	73	25,7	<0,001
Hayır	102	48,3	109	51,7	211	74,3	

*Satır yüzdesi

**Kolon yüzdesi

4.11. Annelerin Gebelik Sayısına Göre İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınlardan birinci gebeliği olanların % 44,1'i, ikinci gebeliği olanların % 38,7'si, üçüncü ve üzeri gebeliği olanların ise % 27,0'si bebeğine ilk altı ay sadece anne sütü vermiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=5,889$, $p=0,046$) (Tablo 14).

Tablo 14. Annelerin Gebelik Sayısına Göre İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarının Dağılımı

	İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü				Toplam		p
	Verenler		Vermeyenler				
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Gebelik sayısı							
1. gebelik	45	44,1	57	55,9	102	35,9	0,015
2. gebelik	36	38,7	57	61,3	93	32,7	
3. ve üzeri gebelik	24	27,0	65	73,0	89	31,3	

*Satır yüzdesi

**Kolon yüzdesi

4.12. Annenin Doğum Şekline Göre Doğumdan Sonraki İlk Yarım Saat İçinde Bebeği Emzirme Durumlarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınlardan normal vajinal yolla doğum yapanların % 78,4'ü, sezeryan ile doğum yapanların ise % 54,2'si bebeğini doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirdiğini beyan etmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=17,578$, $p<0,001$) (Tablo 15).

Tablo 15. Annenin Doğum Şekline Göre Doğumdan Sonraki İlk Yarım Saat İçinde Bebeği Emzirme Durumlarının Dağılımı

	İlk Yarım Saat Emzirme Durumu				Toplam		p
	Evet		Hayır		Sayı	%**	
	Sayı	%*	Sayı	%*			
Doğum Şekli							
Normal Vajinal Yol	91	78,4	25	21,6	116	40,8	<0,001
Sezeryan	91	54,2	77	45,8	168	59,2	

*Satır yüzdesi

**Kolon yüzdesi

4.13. Kadınların İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınların ruhsal belirti puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları Şekil 6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18'de verilmiştir.

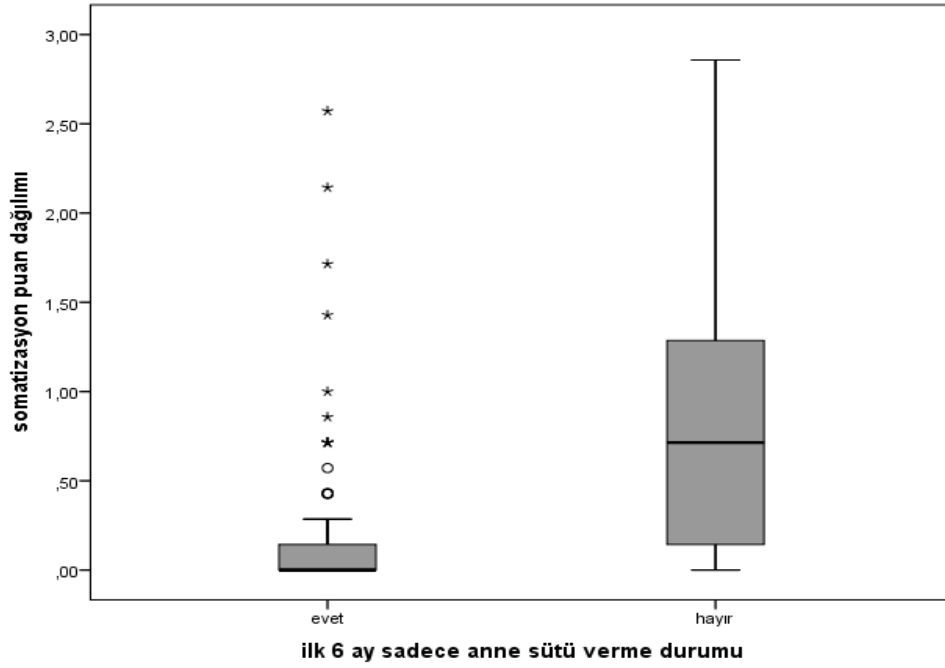
Araştırmaya katılan kadınlardan ilk 6 ay SAS verenlerin somatizasyon puan ortalamaları $0,19\pm0,41$, vermeyenlerin ise $0,77\pm0,67$ olarak bulunmuştur. İlk 6 ay SAS verenlerin obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamaları $0,43\pm0,49$, vermeyenlerin ise $1,21\pm0,64$ olarak bulunmuştur. İlk 6 ay SAS verenlerin kişiler arası duyarlılık puan ortalamaları $0,20\pm0,46$, vermeyenlerin ise $0,90\pm0,91$ olarak bulunmuştur. İlk 6 ay SAS verenlerin depresyon puan ortalamaları $0,27\pm0,42$, vermeyenlerin ise $1,49\pm0,94$ olarak bulunmuştur. İlk 6 ay SAS verenlerin anksiyete bozukluğu puan ortalamaları $0,22\pm0,41$, vermeyenlerin ise $0,89\pm0,66$ olarak bulunmuştur. İlk 6 ay SAS verenlerin hostilite puan ortalamaları $0,10\pm0,33$, vermeyenlerin ise $0,40\pm0,68$ olarak bulunmuştur. İlk 6 ay SAS verenlerin fobik anksiyete puan ortalamaları $0,03\pm0,19$, vermeyenlerin ise $0,20\pm0,49$

olarak bulunmuştur. İlk 6 ay SAS verenlerin paranoid düşünce puan ortalamaları $0,09 \pm 0,29$, vermeyenlerin ise $0,64 \pm 0,76$ olarak bulunmuştur. İlk 6 ay SAS verenlerin psikotizm puan ortalamaları $0,01 \pm 0,13$, vermeyenlerin ise $0,20 \pm 0,56$ olarak bulunmuştur. İlk 6 ay SAS verenlerin ek maddelerden aldıkları puan ortalamaları $0,15 \pm 0,31$, vermeyenlerin ise $0,24 \pm 0,50$ olarak bulunmuştur.

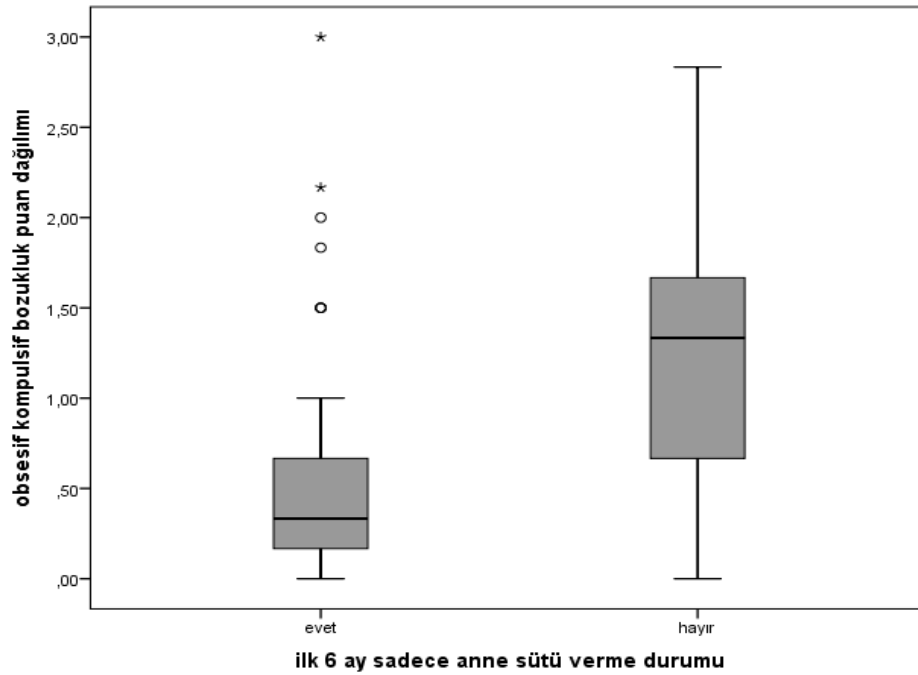
Araştırmaya katılan kadınlardan ilk 6 ay SAS verenlerin rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları $0,03 \pm 0,04$, vermeyenlerin ise $0,13 \pm 0,08$ olarak bulunmuştur. İlk 6 ay SAS verenlerin belirti toplamı puan ortalamaları $8,54 \pm 6,6$, vermeyenlerin ise $21,41 \pm 9,4$ olarak bulunmuştur. İlk 6 ay SAS verenlerin semptom rahatsızlık indeksi $0,16 \pm 0,08$, vermeyenlerin ise $0,28 \pm 0,11$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınlardan bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyenlerin somatizasyon ($p < 0,001$), obesesif kompulsif bozukluk ($p < 0,001$), kişiler arası duyarlılık ($p < 0,001$), depresyon ($p < 0,001$), anksiyete bozukluğu ($p < 0,001$), hostilete ($p < 0,001$), fobik anksiyete ($p < 0,001$), paranoid düşünce ($p < 0,001$) ve psikotizm ($p < 0,001$) puan ortalamaları ilk 6 ay sadece anne sütü verenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Ölçekte yer alan ek maddeler dışında tüm ruhsal belirtiler ile annenin bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermesi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Araştırmaya katılan kadınların bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumları ile ek maddelerden aldıkları puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p = 0,152$).

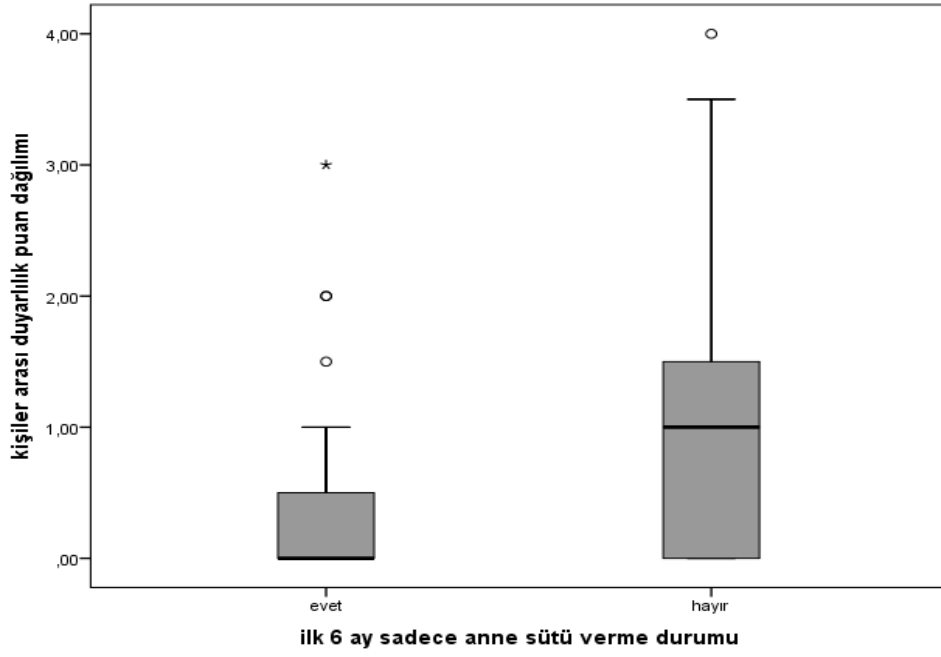
Ayrıca bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyen kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi ($p < 0,001$), belirti toplamı ($p < 0,001$), semptom rahatsızlık indeksi ($p < 0,001$) puan ortalamaları, ilk 6 ay sadece anne sütü veren kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 16).



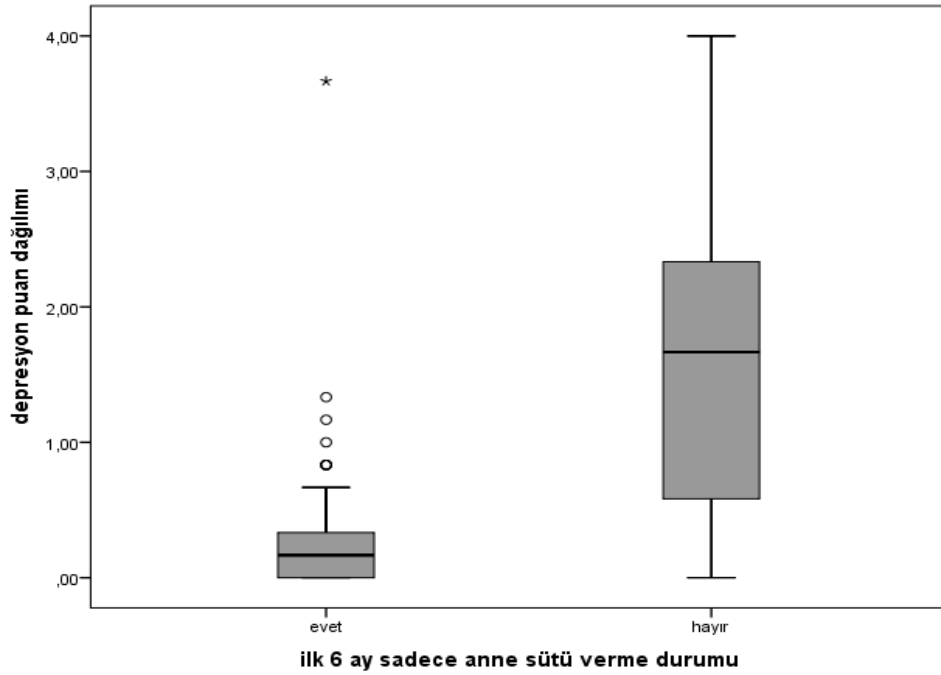
Şekil 6. Kadınların somatizasyon puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları



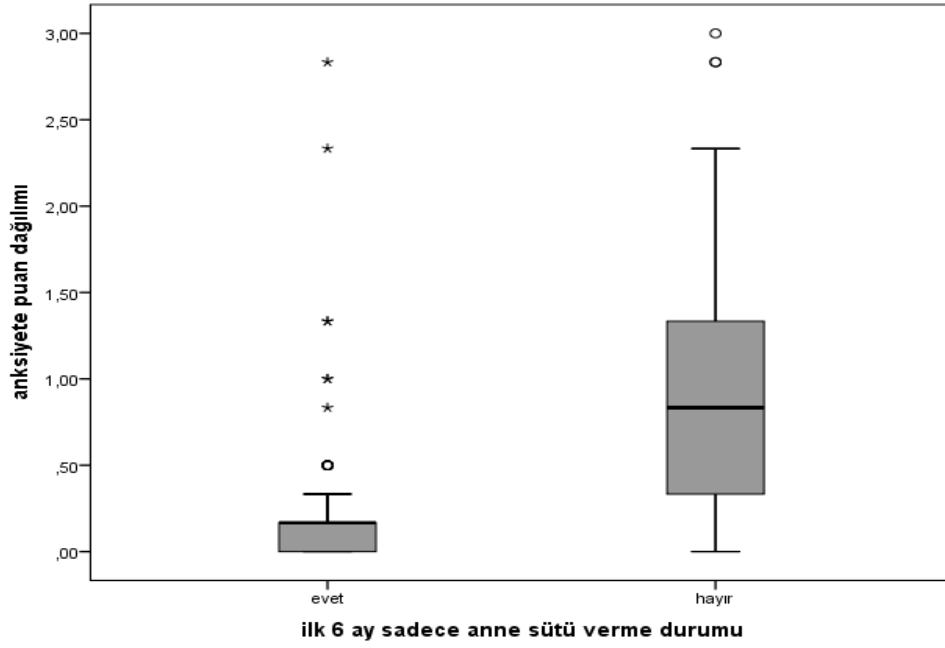
Şekil 7. Kadınların obsesif kompulsif bozukluk puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları



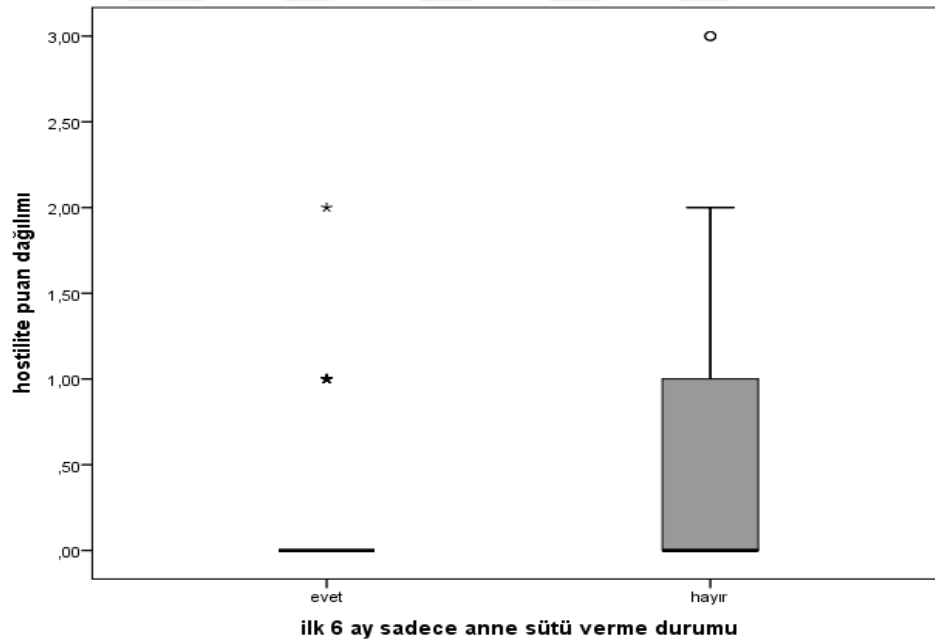
Şekil 8. Kadınların kişiler arası duyarlılık puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları



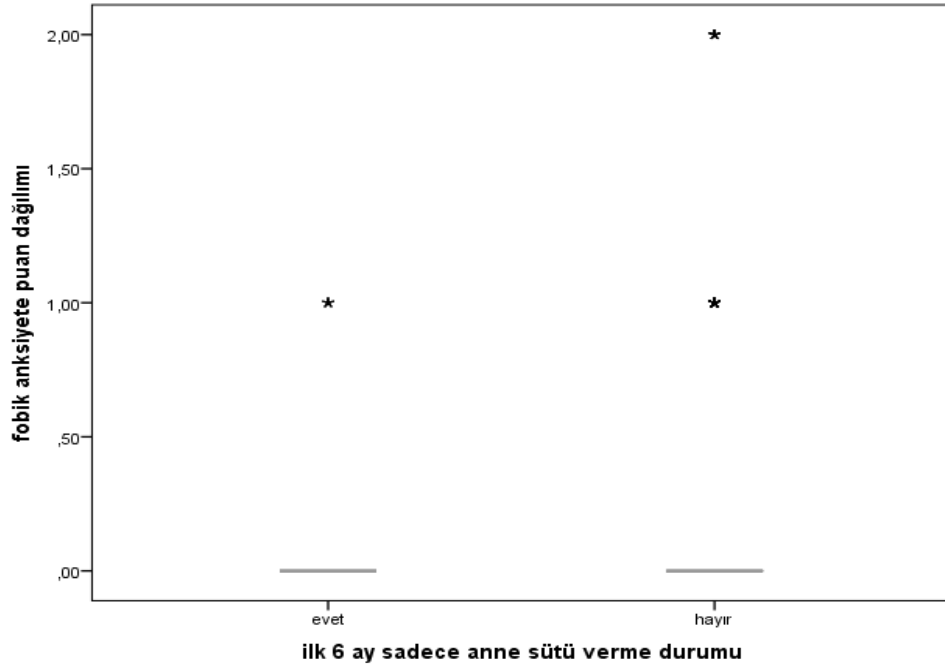
Şekil 9. Kadınların depresyon puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları



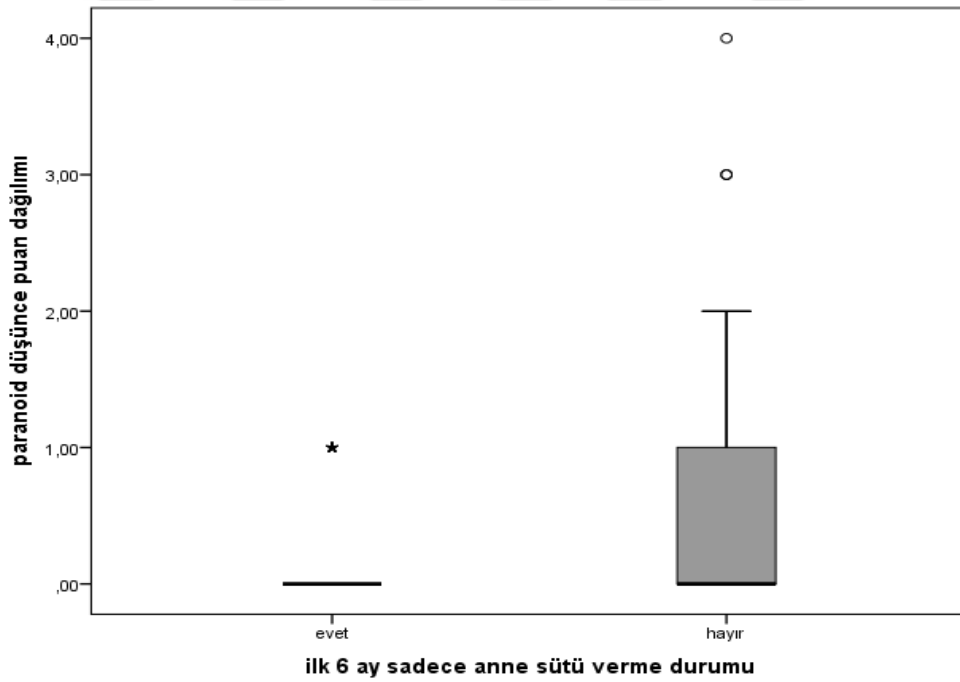
Şekil 10. Kadınların anksiyete puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları



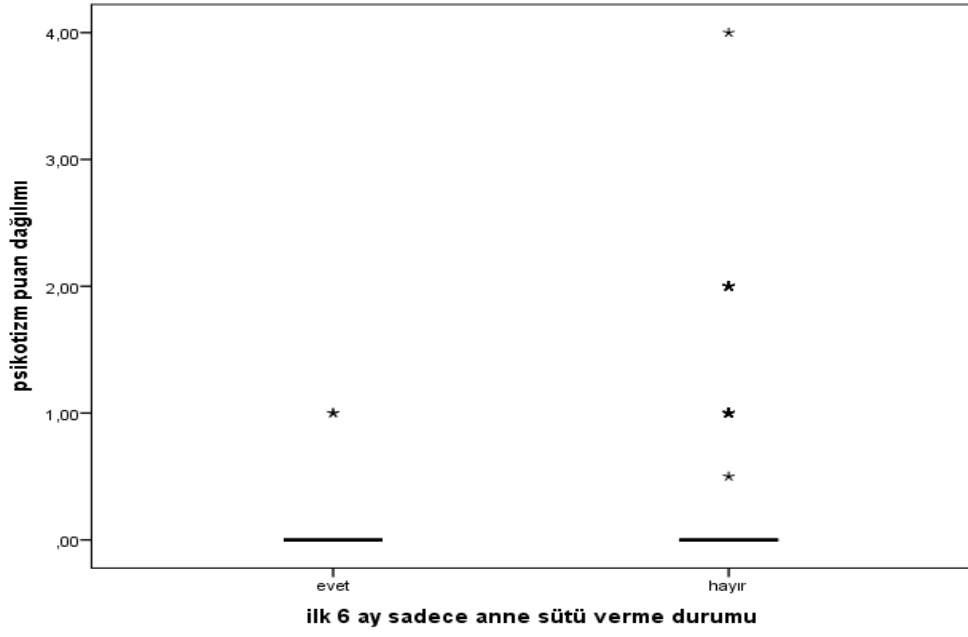
Şekil 11. Kadınların hostilite puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları



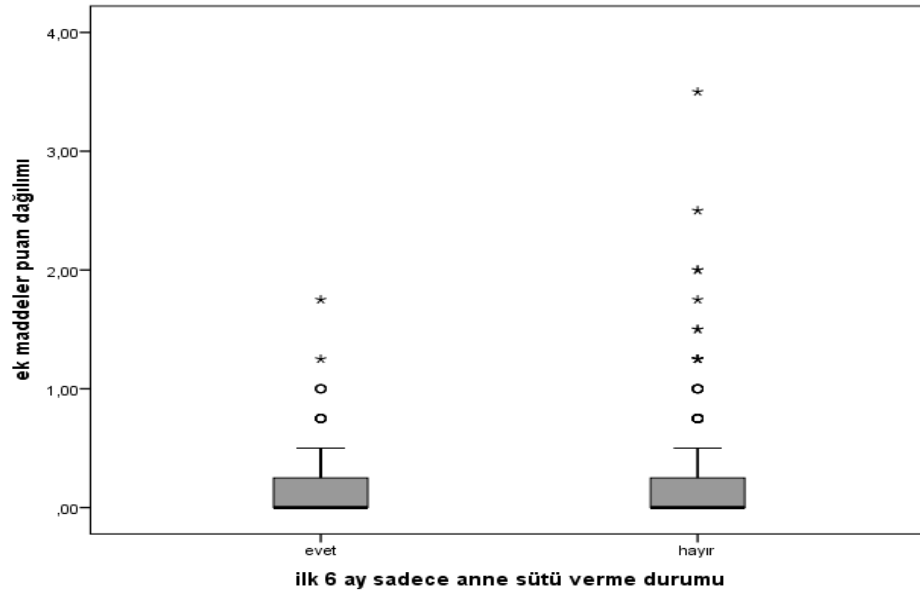
Şekil 12. Kadınların fobik anksiyete puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları



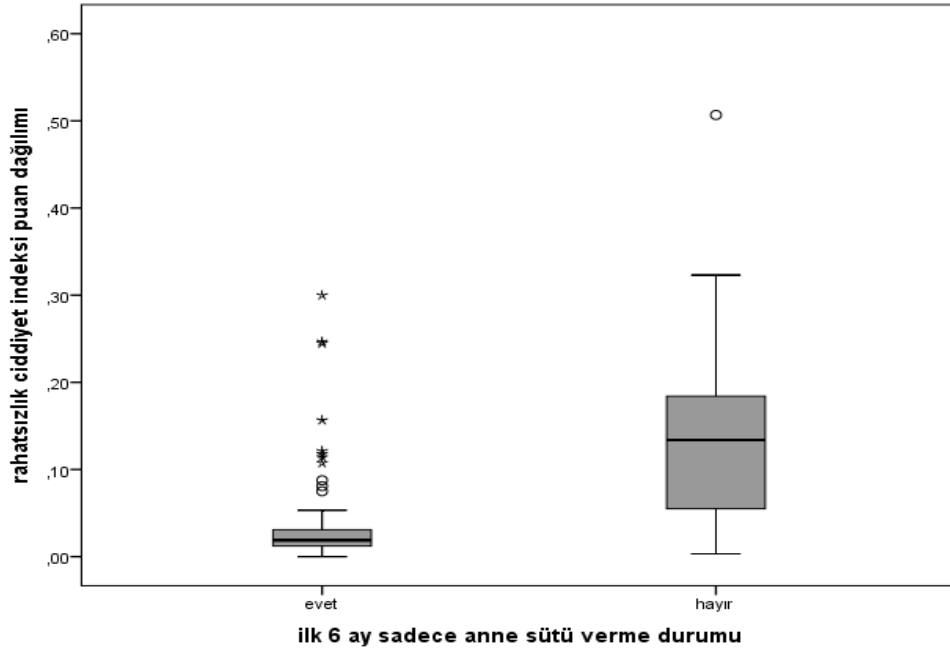
Şekil 13. Kadınların paranoid düşünce puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları



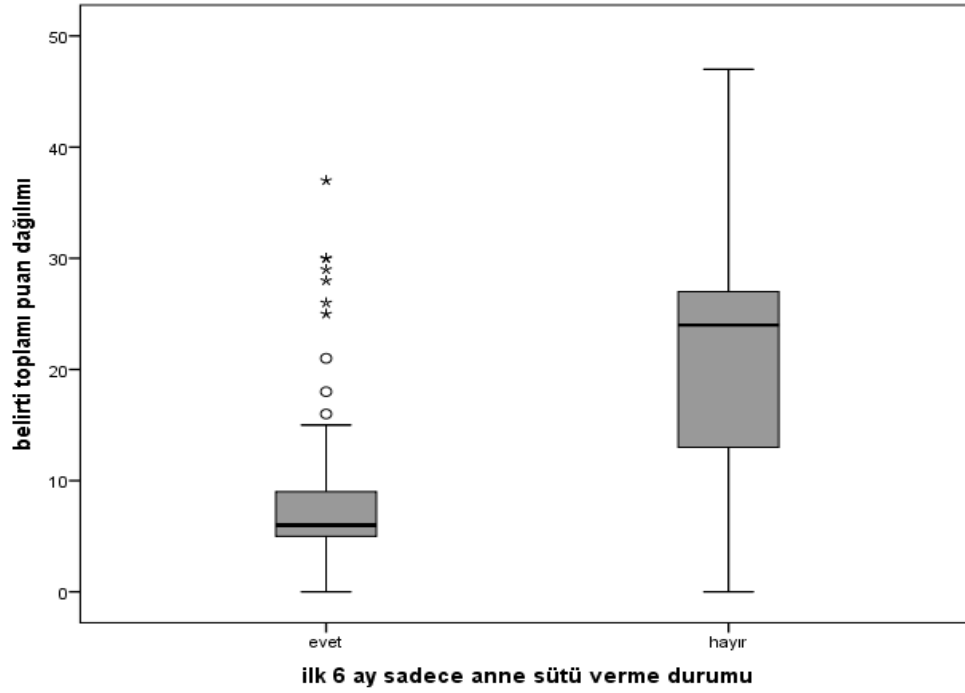
Şekil 14. Kadınların psikotizm puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları



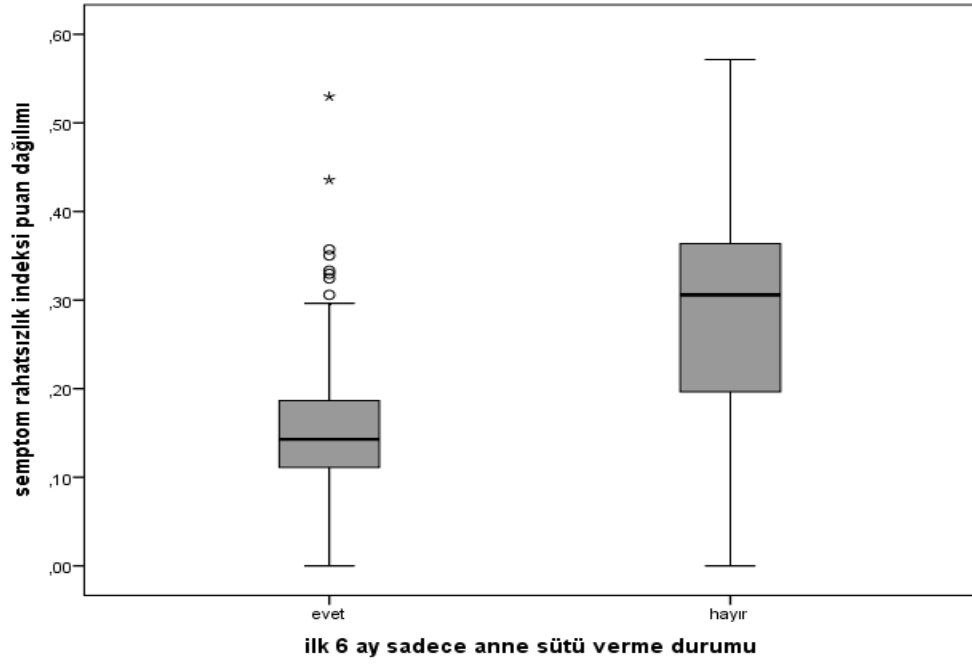
Şekil 15. Kadınların ek maddeler puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları



Şekil 16. Kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları



Şekil 17. Kadınların belirti toplamı puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları



Şekil 18. Kadınların semptom rahatsızlık indeksi puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına göre dağılımları

Tablo 16. Kadınların İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ruhsal Belirtiler	İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumu	Mean	Sd	Minimum-maximum	Median	p
Somatizasyon	Evet Hayır	0,19 0,77	0,41 0,67	0,00-2,57 0,00-2,86	0,00 0,71	<0,001
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet Hayır	0,43 1,21	0,49 0,64	0,00-3,00 0,00-2,83	0,33 1,33	<0,001
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet Hayır	0,20 0,90	0,46 0,91	0,00-3,00 0,00-4,00	0,00 1,00	<0,001
Depresyon	Evet Hayır	0,27 1,49	0,42 0,94	0,00-3,67 0,00-4,00	0,16 1,66	<0,001
Anksiyete Bozukluğu	Evet Hayır	0,22 0,89	0,41 0,66	0,00-2,83 0,00-3,00	0,16 0,83	<0,001
Hostilite	Evet Hayır	0,10 0,40	0,33 0,68	0,00-2,00 0,00-3,00	0,00 0,00	<0,001
Fobik Anksiyete	Evet Hayır	0,03 0,20	0,19 0,49	0,00-1,00 0,00-2,00	0,00 0,00	<0,001
Paranoid Düşünce	Evet Hayır	0,09 0,64	0,29 0,76	0,00-1,00 0,00-4,00	0,00 0,00	<0,001
Psikotizm	Evet Hayır	0,01 0,20	0,13 0,56	0,00-1,00 0,00-4,00	0,00 0,00	<0,001
Ek Maddeler	Evet Hayır	0,15 0,24	0,31 0,50	0,00-1,75 0,00-3,50	0,00 0,00	0,152
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	Evet Hayır	0,03 0,13	0,04 0,08	0,00-0,30 0,00-0,51	0,01 0,13	<0,001
Belirti Toplamı	Evet Hayır	8,54 21,41	6,6 9,4	0,00-37,00 0,00-47,00	6,00 24,00	<0,001
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet Hayır	0,16 0,28	0,08 0,11	0,00-0,53 0,00-0,57	0,14 0,30	<0,001

4.14. Kadınların Şu Anki Çalışma Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışanların somatizasyon puan ortalaması $0,20 \pm 0,34$ iken, çalışmayanların ise $0,75 \pm 0,68$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışanların obsesif kompulsif bozukluk puan ortalaması $0,67 \pm 0,50$ iken, çalışmayanların ise $1,11 \pm 0,71$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışanların kişiler arası duyarlılık puan ortalaması $0,25 \pm 0,50$ iken, çalışmayanların ise $0,82 \pm 0,92$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışanların depresyon puan ortalaması $0,54 \pm 0,45$ iken, çalışmayanların ise $1,33 \pm 1,03$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışanların anksiyete bozukluğu puan ortalaması $0,25 \pm 0,43$ iken, çalışmayanların ise $0,84 \pm 0,68$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışanların hostilete puan ortalaması $0,15 \pm 0,41$ iken, çalışmayanların ise $0,38 \pm 0,66$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışanların fobik anksiyete puan ortalaması $0,00 \pm 0,00$ iken, çalışmayanların ise $0,21 \pm 0,49$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışanların paranoid düşünce puan ortalaması $0,17 \pm 0,38$ iken, çalışmayanların ise $0,60 \pm 0,75$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışanların psikotizm puan ortalaması $0,03 \pm 0,19$ iken, çalışmayanların ise $0,18 \pm 0,54$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışanların ek maddeler puan ortalaması $0,12 \pm 0,21$ iken, çalışmayanların ise $0,26 \pm 0,51$ olarak bulunmuştur.

Ayrıca araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışanların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalaması $0,04 \pm 0,04$ iken, çalışmayanların ise $0,12 \pm 0,09$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışanların belirti toplamı puan ortalaması $11,19 \pm 6,6$ iken, çalışmayanların ise $20,11 \pm 10,4$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışanların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması $0,18 \pm 0,08$ iken, çalışmayanların ise $0,27 \pm 0,11$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışmayanların, somatizasyon ($p < 0,001$), obsesif kompulsif bozukluk ($p = 0,018$), kişiler arası duyarlılık

($p<0,001$), depresyon ($p=0,002$), anksiyete bozukluğu ($p<0,001$), fobik anksiyete ($p=0,003$), paranoid düşünce ($p=0,002$) puan ortalamaları çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ölçekte yer alan ek maddeler, hostilite ve psikotizm dışında tüm ruhsal belirtiler ile annenin çalışma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ek maddelerle ($p=0,794$), hostilite ($p=0,077$) ve psikotizmle ($p=0,100$) ise anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Ayrıca kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışmayanların, rahatsızlık ciddiyet indeksi ($p<0,001$), betlirti toplamı ($p<0,001$), semptom rahatsızlık indeksi ($p=0,001$) puan ortalamaları, çalışan kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 17).



Tablo 17. Kadınların Şu Anki Çalışma Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ruhsal Belirtiler	Annenin Çalışma Durumu	Mean	Sd	Minimum-Maximum	Median	p
Somatizasyon	Evet Hayır	0,20 0,75	0,34 0,68	0,00-1,43 0,00-2,86	0,00 0,28	<0,001
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet Hayır	0,67 1,11	0,50 0,71	0,00-2,17 0,00-3,00	0,50 1,00	0,018
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet Hayır	0,25 0,82	0,50 0,92	0,00-2,50 0,00-4,00	0,00 0,50	<0,001
Depresyon	Evet Hayır	0,54 1,33	0,45 1,03	0,00-1,67 0,00-4,00	0,50 0,75	0,002
Anksiyete Bozukluğu	Evet Hayır	0,25 0,84	0,43 0,68	0,00-2,33 0,00-3,00	0,16 0,50	<0,001
Hostilite	Evet Hayır	0,15 0,38	0,41 0,66	0,00-2,00 0,00-3,00	0,00 0,00	0,077
Fobik Anksiyete	Evet Hayır	0,00 0,21	0,00 0,49	- 0,00-2,00	- 0,00	0,003
Paranoid Düşünce	Evet Hayır	0,17 0,60	0,38 0,75	0,00-1,00 0,00-4,00	0,00 0,00	0,002
Psikotizm	Evet Hayır	0,03 0,18	0,19 0,54	0,00-1,00 0,00-4,00	0,00 0,00	0,100
Ek Maddeler	Evet Hayır	0,12 0,26	0,21 0,51	0,00-1,00 0,00-3,50	0,00 0,00	0,794
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	Evet Hayır	0,04 0,12	0,04 0,09	0,00-0,19 0,00-0,51	0,03 0,09	<0,001
Belirti Toplamı	Evet Hayır	11,19 20,11	6,6 10,4	1,00-29,00 0,00-0,47	10,00 18,00	<0,001
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet Hayır	0,18 0,27	0,08 0,11	0,06-0,45 0,00-0,57	0,16 0,25	0,001

4.15. Kadınların Yaşları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınlardan 19-29 yaş grubunda olanların somatizasyon puan ortalamaları $0,31\pm0,53$, 30-39 yaş grubunda olanların $0,70\pm0,67$, 40-49 yaş grubunda olanların ise $0,61\pm0,67$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan 19-29 yaş grubunda olanların obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamaları $0,74\pm0,65$, 30-39 yaş grubunda olanların $1,04\pm0,71$, 40-49 yaş grubunda olanların ise $0,87\pm0,60$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan 19-29 yaş grubunda olanların kişiler arası duyarlılık puan ortalamaları $0,43\pm0,83$, 30-39 yaş grubunda olanların $0,81\pm0,84$, 40-49 yaş grubunda olanların ise $0,27\pm0,57$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan 19-29 yaş grubunda olanların depresyon puan ortalamaları $0,75\pm0,82$, 30-39 yaş grubunda olanların $1,27\pm1,04$, 40-49 yaş grubunda olanların ise $0,65\pm0,72$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan 19-29 yaş grubunda olanların anksiyete bozukluğu puan ortalamaları $0,50\pm0,69$, 30-39 yaş grubunda olanların $0,75\pm0,62$, 40-49 yaş grubunda olanların ise $0,54\pm0,72$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan 19-29 yaş grubunda olanların hostilite puan ortalamaları $0,19\pm0,57$, 30-39 yaş grubunda olanların $0,32\pm0,57$, 40-49 yaş grubunda olanların ise $0,55\pm0,78$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan 19-29 yaş grubunda olanların fobik anksiyete puan ortalamaları $0,11\pm0,42$, 30-39 yaş grubunda olanların $0,16\pm0,40$, 40-49 yaş grubunda olanların ise $0,11\pm0,47$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan 19-29 yaş grubunda olanların paranoid düşünce puan ortalamaları $0,23\pm0,50$, 30-39 yaş grubunda olanların $0,60\pm0,76$, 40-49 yaş grubunda olanların ise $0,22\pm0,42$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan 19-29 yaş grubunda olanların psikotizm puan ortalamaları $0,15\pm0,55$, 30-39 yaş grubunda olanların $0,12\pm0,39$, 40-49 yaş grubunda olanların ise $0,16\pm0,51$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan 19-29 yaş grubunda olanların ek maddeler puan ortalamaları $0,25\pm0,42$, 30-39 yaş grubunda olanların $0,16\pm0,45$, 40-49 yaş grubunda olanların ise $0,31\pm0,45$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınlardan 30-39 yaş grubunda olanların somatizasyon ($F=12,090$, $p<0,001$), obsesif kompulsif bozukluk ($F=5,940$, $p=0,003$) ve anksiyete bozukluğu ($F=4,830$, $p=0,009$) puan ortalamaları, 19-29 yaş grubunda olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Araştırmaya katılan kadınlardan 30-39 yaş grubunda olanların kişiler arası duyarlılık ($F=8,538$, $p<0,001$), depresyon ($F=10,819$, $p<0,001$) ve paranoid düşünce ($F=11,089$, $p<0,001$) puan ortalamaları, 19-29 ve 40-49 yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların hostilite ($F=3,552$, $p=0,050$) ve fobik anksiyete ($F=0,540$, $p=0,584$) puan ortalamalarında ise yaş grubuna göre anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 18).



Tablo 18. Kadınların Yaşları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ruhsal Belirtiler	Annenin Yaşı	Mean	Sd	F	p
Somatizasyon	19-29 yaş	0,31	0,53	12,090	<0,001
	30-39 yaş	0,70	0,67		
	40-49 yaş	0,61	0,67		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	19-29 yaş	0,74	0,65	5,940	0,003
	30-39 yaş	1,04	0,71		
	40-49 yaş	0,87	0,60		
Kişiler Arası Duyarlılık	19-29 yaş	0,43	0,83	8,538	<0,001
	30-39 yaş	0,81	0,84		
	40-49 yaş	0,27	0,57		
Depresyon	19-29 yaş	0,75	0,82	10,819	<0,001
	30-39 yaş	1,27	1,04		
	40-49 yaş	0,65	0,72		
Anksiyete Bozukluğu	19-29 yaş	0,50	0,69	4,830	0,009
	30-39 yaş	0,75	0,62		
	40-49 yaş	0,54	0,72		
Hostilite	19-29 yaş	0,19	0,57	3,552	0,050
	30-39 yaş	0,32	0,57		
	40-49 yaş	0,55	0,78		
Fobik Anksiyete	19-29 yaş	0,11	0,42	0,540	0,584
	30-39 yaş	0,16	0,40		
	40-49 yaş	0,11	0,47		
Paranoid Düşünce	19-29 yaş	0,23	0,50	11,089	<0,001
	30-39 yaş	0,60	0,76		
	40-49 yaş	0,22	0,42		
Psikotizm	19-29 yaş	0,15	0,55	0,141	0,869
	30-39 yaş	0,12	0,39		
	40-49 yaş	0,16	0,51		
Ek Maddeler	19-29 yaş	0,25	0,42	1,651	0,194
	20-39 yaş	0,16	0,45		
	40-49 yaş	0,31	0,45		

4.16. Annelerin Yaşları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınlardan 19-29 yaş grubunda olanların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları $0,07 \pm 0,08$, 30-39 yaş grubunda olanların $0,11 \pm 0,08$, 40-49 yaş grubunda olanların ise $0,08 \pm 0,07$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan 19-29 yaş grubunda olanların belirti toplamı puan ortalamaları $13,71 \pm 9,33$, 30-39 yaş grubunda olanların $18,75 \pm 11,03$, 40-49 yaş grubunda olanların ise $14,78 \pm 8,55$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan 19-29 yaş grubunda

olanların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları $0,21\pm0,11$, 30-39 yaş grubunda olanların $0,25\pm0,11$, 40-49 yaş grubunda olanların ise $0,24\pm0,10$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınlardan 30-39 yaş grubunda olanların rahatsızlık ciddiyet indeksi ($F=8,053$, $p<0,001$), belirti toplamı ($F=7,883$, $p<0,001$) ve semptom rahatsızlık indeksi ($F=5,774$, $p=0,003$) puan ortalamaları 19-29 yaş grubunda olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 19).

Tablo 19. Annelerin Yaşları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı

Ruhsal Belirtiler	Anne Yaşı	Mean	Sd	F	p
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	19-29 yaş	0,07	0,08	8,053	<0,001
	30-39 yaş	0,11	0,08		
	40-49 yaş	0,08	0,07		
Belirti Toplamı	19-29 yaş	13,71	9,33	7,883	<0,001
	30-39 yaş	18,75	11,03		
	40-49 yaş	14,78	8,55		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	19-29 yaş	0,21	0,11	5,774	0,003
	30-39 yaş	0,25	0,11		
	40-49 yaş	0,24	0,10		

4.17. Annelerin Eğitim Durumları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların somatizasyon puan ortalamaları $0,96\pm0,63$ iken, lise ve üzeri okullardan mezun olanların $0,28\pm0,51$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamaları $1,29\pm0,63$ iken, lise ve üzeri okullardan mezun olanların $0,68\pm0,63$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların kişiler arası duyarlılık puan ortalamaları $1,08\pm0,85$ iken, lise ve üzeri okullardan mezun olanların $0,35\pm0,71$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların depresyon puan ortalamaları $1,64\pm0,97$ iken, lise ve üzeri okullardan mezun olanların $0,65\pm0,77$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların anksiyete bozukluğu puan ortalamaları $1,00\pm0,62$ iken, lise ve üzeri okullardan mezun olanların $0,41\pm0,58$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların hostilete puan ortalamaları $0,52\pm0,75$ iken, lise ve üzeri okullardan mezun olanların $0,14\pm0,39$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların fobik anksiyete puan ortalamaları $0,27\pm0,52$ iken, lise ve üzeri okullardan mezun olanların $0,05\pm0,30$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların paranoid düşünce puan ortalamaları $0,82\pm0,81$ iken, lise ve üzeri okullardan mezun olanların $0,19\pm0,43$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların psikotizm puan ortalamaları $0,16\pm0,49$ iken, lise ve üzeri okullardan mezun olanların $0,12\pm0,44$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların ek maddeler puan ortalamaları $0,17\pm0,46$ iken, lise ve üzeri okullardan mezun olanların $0,23\pm0,43$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların somatizasyon ($p<0,001$), obsesif kompulsif bozukluk ($p<0,001$), kişiler arası duyarlılık ($p<0,001$), depresyon ($p<0,001$), anksiyete bozukluğu ($p<0,001$), hostilete ($p<0,001$), fobik anksiyete ($p<0,001$), paranoid düşünce ($p<0,001$), ek maddeler ($p=0,039$) puan ortalamaları, lise ve üzeri okullardan mezun olanlara göre daha yüksektir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların lise öncesi veya lise ve üzeri okullardan mezun olmasıyla psikotizmden ($p=0,501$) aldığı puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Annelerin Eğitim Durumları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ruhsal Belirtiler	Annenin Eğitim Durumu	Mean	Sd	Minimum-Maximum	Median	p
Somatizasyon	Lise öncesi	0,96	0,63	0,00-2,71	1,00	<0,001
	Lise ve üzeri	0,28	0,51	0,0-2,86	0,00	
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Lise öncesi	1,29	0,63	0,00-3,00	1,33	<0,001
	Lise ve üzeri	0,68	0,63	0,00-2,67	0,50	
Kişiler Arası Duyarlılık	Lise öncesi	1,08	0,85	0,00-2,50	1,00	<0,001
	Lise ve üzeri	0,35	0,71	0,00-4,00	0,00	
Depresyon	Lise öncesi	1,64	0,97	0,00-3,00	2,00	<0,001
	Lise ve üzeri	0,65	0,77	0,00-4,00	0,33	
Anksiyete Bozukluğu	Lise öncesi	1,00	0,62	0,00-2,83	0,83	<0,001
	Lise ve üzeri	0,41	0,58	0,00-3,00	0,16	
Hostilite	Lise öncesi	0,52	0,75	0,00-3,00	0,00	<0,001
	Lise ve üzeri	0,14	0,39	0,00-2,00	0,00	
Fobik Anksiyete	Lise öncesi	0,27	0,52	0,00-2,00	0,00	<0,001
	Lise ve üzeri	0,05	0,30	0,00-2,00	0,00	
Paranoid Düşünce	Lise öncesi	0,82	0,81	0,00-4,00	1,00	<0,001
	Lise ve üzeri	0,19	0,43	0,00-2,00	0,00	
Psikotizm	Lise öncesi	0,16	0,49	0,00-2,00	0,00	0,501
	Lise ve üzeri	0,12	0,44	0,00-4,00	0,00	
Ek Maddeler	Lise öncesi	0,17	0,46	0,00-3,50	0,00	0,039
	Lise ve üzeri	0,23	0,43	0,00-2,50	0,00	

4.18. Annelerin Eğitim Durumları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları $0,15 \pm 0,07$ iken, lise ve üzeri okullardan mezun olanların $0,05 \pm 0,07$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların belirti toplamı puan ortalamaları $23,12 \pm 8,90$ iken, lise ve üzeri okullardan mezun olanların $12,38 \pm 9,32$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları $0,30 \pm 0,10$ iken, lise ve üzeri okullardan mezun olanların $0,19 \pm 0,10$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların rahatsızlık ciddiyet indeksi ($p<0,001$), belirti toplamı ($p<0,001$), semptom rahatsızlık indeksi ($p<0,001$) puan ortalamaları, lise ve üzeri okullardan mezun olanlara göre daha yüksektir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 21).

Tablo 21. Annelerin Eğitim Durumları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı

Ruhsal Belirtiler	Anne Eğitim Durumu	Mean	Sd	Minimum-Maximum	Median	p
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	Lise öncesi	0,15	0,07	0,00-0,32	0,15	<0,001
	Lise ve üzeri	0,05	0,07	0,00-0,51	0,02	
Belirti Toplamı	Lise öncesi	23,12	8,90	0,00-42,00	26,00	<0,001
	Lise ve üzeri	12,38	9,32	0,00-47,00	9,00	
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Lise öncesi	0,30	0,10	0,00-0,48	0,31	<0,001
	Lise ve üzeri	0,19	0,10	0,00-0,57	0,16	

4.19. Annelerin Aile Büyükleri İle Birlikte Yaşama Durumları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle birlikte aynı evde yaşayanların somatizasyon puan ortalamaları, $0,70\pm0,61$ iken, aynı evde yaşamayanların $0,52\pm0,66$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle birlikte aynı evde yaşayanların obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamaları, $1,13\pm0,60$ iken, aynı evde yaşamayanların $0,87\pm0,71$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle birlikte aynı evde yaşayanların kişiler arası duyarlılık puan ortalamaları, $0,83\pm0,78$ iken, aynı evde yaşamayanların $0,60\pm0,86$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle birlikte aynı evde yaşayanların depresyon puan ortalamaları, $1,50\pm0,91$ iken, aynı evde yaşamayanların $0,94\pm0,97$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle birlikte aynı evde yaşayanların anksiyete bozukluğu puan ortalamaları, $1,06\pm0,67$ iken, aynı evde yaşamayanların $0,55\pm0,62$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle birlikte aynı evde yaşayanların hostilite puan ortalamaları, $0,42\pm0,71$ iken, aynı evde yaşamayanların $0,26\pm0,56$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle birlikte aynı evde yaşayanların fobik anksiyete puan ortalamaları, $0,48\pm0,63$ iken, aynı evde yaşamayanların $0,06\pm0,29$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle birlikte

aynı evde yaşayanların paranoid düşünce puan ortalamaları, $0,68 \pm 0,66$ iken, aynı evde yaşamayanların $0,38 \pm 0,68$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle birlikte aynı evde yaşayanların psikotizm puan ortalamaları, $0,32 \pm 0,77$ iken, aynı evde yaşamayanların $0,09 \pm 0,34$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle birlikte aynı evde yaşayanların ek maddeler puan ortalamaları, $0,29 \pm 0,48$ iken, aynı evde yaşamayanların $0,18 \pm 0,43$ idi.

Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle aynı evde yaşayanların somatizasyon ($p=0,005$), obsesif kompulsif bozukluk ($p=0,008$), kişiler arası duyarlılık ($p=0,006$), depresyon ($p<0,001$), anksiyete bozukluğu ($p<0,001$), fobik anksiyete ($p<0,001$), paranoid düşünce ($p<0,001$), psikotizm ($p=0,004$) ve ek maddeler ($p=0,045$) puan ortalamaları, aile büyükleriyle aynı evde yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların aile büyükleriyle yaşama durumlarıyla hostiliteden ($p=0,076$) aldığı puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Annelerin Aile Büyükleri İle Birlikte Yaşama Durumları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ruhsal Belirtiler	Aile Büyükleriyle Birlikte Yaşama Durumu	Mean	Sd	Minimum-Maximum	Median	p
Somatizasyon	Evet Hayır	0,70 0,52	0,61 0,66	0,00-2,86 0,00-2,86	0,71 0,14	0,005
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet Hayır	1,13 0,87	0,60 0,71	0,00-3,00 0,00-2,83	1,16 0,66	0,008
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet Hayır	0,83 0,60	0,78 0,86	0,00-3,00 0,00-4,00	0,50 0,00	0,006
Depresyon	Evet Hayır	1,50 0,94	0,91 0,97	0,00-4,00 0,00-3,67	1,66 0,50	<0,001
Anksiyete Bozukluğu	Evet Hayır	1,06 0,55	0,67 0,62	0,00-3,00 0,00-2,83	1,16 0,33	<0,001
Hostilite	Evet Hayır	0,42 0,26	0,71 0,56	0,00-3,00 0,00-3,00	0,00 0,00	0,076
Fobik Anksiyete	Evet Hayır	0,48 0,06	0,63 0,29	0,00-2,00 0,00-2,00	0,00 0,00	<0,001
Paranoid Düşünce	Evet Hayır	0,68 0,38	0,66 0,68	0,00-2,00 0,00-4,00	1,00 0,00	<0,001
Psikotizm	Evet Hayır	0,32 0,09	0,77 0,34	0,00-4,00 0,00-2,00	0,00 0,00	0,004
Ek Maddeler	Evet Hayır	0,29 0,18	0,48 0,43	0,00-2,50 0,00-3,50	0,00 0,00	0,045

4.20. Annelerin Aile Büyükleri İle Birlikte Yaşama Durumları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle birlikte aynı evde yaşayanların rahatsızlık ciddiyet indeksi puan ortalamaları, $0,14 \pm 0,08$ iken, aynı evde yaşamayanların $0,08 \pm 0,08$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle birlikte aynı evde yaşayanların belirti toplamı puan ortalamaları, $22,44 \pm 8,82$ iken, aynı evde yaşamayanların $15,29 \pm 10,47$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle birlikte aynı evde yaşayanların semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları, $0,28 \pm 0,10$ iken, aynı evde yaşamayanların $0,22 \pm 0,11$ idi.

Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle aynı evde yaşayanların rahatsızlık ciddiyet indeksi ($p < 0,001$), belirti toplamı ($p < 0,001$), semptom rahatsızlık

indeksi ($p<0,001$) puan ortalamaları aile büyükleriyle aynı evde yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 23).

Tablo 23. Annelerin Aile Büyükleri İle Birlikte Yaşama Durumları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı

Ruhsal Belirtiler	Aile Büyükleriyle Birlikte Yaşama Durumu	Mean	Sd	Minimum-Maximum	Median	p
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	Evet Hayır	0,14 0,08	0,08 0,08	0,00-0,51 0,00-0,32	0,14 0,03	<0,001
Belirti Toplamı	Evet Hayır	22,44 15,29	8,82 10,47	0,00-47,00 0,00-44,00	25,00 11,50	<0,001
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet Hayır	0,28 0,22	0,10 0,11	0,00-0,57 0,00-0,54	0,30 0,19	<0,001

4.21. Annelerin Sigara İçme Durumları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınlardan devamlı olarak sigara içenlerin somatizasyon puan ortalamaları $1,09\pm0,67$ iken, içmeyenlerin $0,37\pm0,53$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan devamlı olarak sigara içenlerin obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamaları $1,40\pm0,62$ iken, içmeyenlerin $0,75\pm0,64$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan devamlı olarak sigara içenlerin kişiler arası duyarlılık puan ortalamaları $1,12\pm0,92$ iken, içmeyenlerin $0,47\pm0,75$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan devamlı olarak sigara içenlerin depresyon puan ortalamaları $1,76\pm0,92$ iken, içmeyenlerin $0,79\pm0,88$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan devamlı olarak sigara içenlerin anksiyete bozukluğu puan ortalamaları $1,27\pm0,62$ iken, içmeyenlerin $0,43\pm0,53$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan devamlı olarak sigara içenlerin hostilite puan ortalamaları $0,72\pm0,76$ iken, içmeyenlerin $0,14\pm0,43$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan devamlı olarak sigara içenlerin fobik anksiyete puan ortalamaları $0,39\pm0,61$ iken, içmeyenlerin $0,05\pm0,27$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan devamlı olarak sigara içenlerin paranoid düşünce puan ortalamaları $1,00\pm0,88$ iken, içmeyenlerin $0,25\pm0,47$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan devamlı olarak sigara içenlerin psikotizm puan ortalamaları $0,33\pm0,74$ iken,

içmeyenlerin $0,07 \pm 0,29$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan devamlı olarak sigara içenlerin ek maddeler puan ortalamaları $0,26 \pm 0,60$ iken, içmeyenlerin $0,18 \pm 0,36$ idi.

Araştırmaya katılan kadınlardan sigara içenlerin somatizasyon ($p < 0,001$), obsesif kompulsif bozukluk ($p < 0,001$), kişiler arası duyarlılık ($p < 0,001$), depresyon ($p < 0,001$), anksiyete bozukluğu ($p < 0,001$), hostilite ($p < 0,001$), fobik anksiyete ($p < 0,001$), paranoid düşünce ($p < 0,001$), psikotizm ($p < 0,001$) puan ortalamaları, sigara içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ek maddeler puan ortalamaları ise, sigara içen ve içmeyen kadınlar arasında anlamlı bulunamamıştır ($p = 0,653$) (Tablo 24).

Tablo 24. Annelerin Sigara İçme Durumları İle Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ruhsal Belirtiler	Annenin Sigara İçme Durumu	Mean	Sd	Minimum-Maximum	Median	P
Somatizasyon	Evet	1,09	0,67	0,00-2,86	1,00	<0,001
	Hayır	0,37	0,53	0,00-2,57	0,14	
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	1,40	0,62	0,00-2,83	1,33	<0,001
	Hayır	0,75	0,64	0,00-3,00	0,50	
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	1,12	0,92	0,00-3,50	1,00	<0,001
	Hayır	0,47	0,75	0,00-4,00	0,00	
Depresyon	Evet	1,76	0,92	0,00-4,00	2,00	<0,001
	Hayır	0,79	0,88	0,00-3,67	0,33	
Anksiyete Bozukluğu	Evet	1,27	0,62	0,00-3,00	1,33	<0,001
	Hayır	0,43	0,53	0,00-2,83	0,16	
Hostilite	Evet	0,72	0,76	0,00-3,00	1,00	<0,001
	Hayır	0,14	0,43	0,00-3,00	0,00	
Fobik Anksiyete	Evet	0,39	0,61	0,00-2,00	0,00	<0,001
	Hayır	0,05	0,27	0,00-2,00	0,00	
Paranoid Düşünce	Evet	1,00	0,88	0,00-4,00	1,00	<0,001
	Hayır	0,25	0,47	0,00-2,00	0,00	
Psikotizm	Evet	0,33	0,74	0,00-4,00	0,00	<0,001
	Hayır	0,07	0,29	0,00-2,00	0,00	
Ek Maddeler	Evet	0,26	0,60	0,00-3,50	0,00	0,653
	Hayır	0,18	0,36	0,00-2,00	0,00	

4.22. Annelerin Sigara İçme Durumları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınlardan devamlı olarak sigara içenlerin rahatsızlık ciddiye indeksi puan ortalamaları $0,17 \pm 0,08$ iken, içmeyenlerin $0,06 \pm 0,06$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan devamlı olarak sigara içenlerin belirti toplamı puan ortalamaları $25,52 \pm 9,13$ iken, içmeyenlerin $13,58 \pm 9,19$ idi. Araştırmaya katılan kadınlardan devamlı olarak sigara içenlerin semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları $0,33 \pm 0,11$ iken, içmeyenlerin $0,20 \pm 0,10$ idi.

Araştırmaya katılan kadınlardan sigara içenlerin rahatsızlık ciddiye indeksi ($p < 0,001$), belirti toplamı ($p < 0,001$), semptom rahatsızlık indeksi ($p < 0,001$), puan ortalamaları sigara içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 25).

Tablo 25. Annelerin Sigara İçme Durumları İle İndeks Puanı Ortalamalarının Dağılımı

Ruhsal Belirtiler	Annenin Sigara İçme Durumu	Mean	Sd	Minimum-Maximum	Median	p
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	Evet	0,17	0,08	0,00-0,51	0,17	<0,001
	Hayır	0,06	0,06	0,00-0,31	0,03	
Belirti Toplamı	Evet	25,52	9,13	0,00-47,00	27,00	<0,001
	Hayır	13,58	9,19	0,00-44,00	10,00	
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	0,33	0,11	0,00-0,57	0,34	<0,001
	Hayır	0,20	0,10	0,00-0,53	0,18	

4.23. Doğum Sonrası İlk 6 Aylık Döneminde SAS Alımını Etkileyen Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi

Çoklu lojistik regresyon analizinde, annenin eğitim durumu (lise öncesi/lise ve üzeri), planlı bir gebelik olup olmama durumu, annenin gebelik süresince herhangi bir sağlık kuruluşunda emzirme eğitimi alma durumu, annenin şu anki çalışma durumu (çalışıyor/çalışmıyor veya izinde), annenin sigara kullanma durumu, aile büyükleriyle birlikte yaşama durumu, aile büyüklerinin bebek beslenmesi konusunda anneyi etkileme durumu ve kısa semptom envanteri ile elde edilen somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik

anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek maddeler puanlarının, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumuna etkisi incelenmiştir. Obsesif kompulsif bozukluk puanındaki bir birimlik artış ilk 6 ay SAS vermeme riskini 2,56 kat (OR 2,56 % 95 GA 1,22-5,37), depresyon puanındaki bir birim artış ise, ilk 6 ay SAS vermeme riskini 8,20 kat (OR 8,20 %95 GA 3,80-17,69) artırmaktadır. Ayrıca sigara kullanmak bu riski 19,09 kat (OR 19,09 % 95 GA 4,81-75,68), annenin çalışması ise 12,39 kat (OR 12,39 %95 GA 5,15-29,84) artırmaktadır (Tablo 26).

Tablo 26. Doğum Sonrası İlk 1-1,5 Aylık Doneminde SAS Alımını Etkileyen Faktorler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	P	OR	%95 GA
Obsesif Kompulsif Bozukluk	0,012	2,56	1,22-5,37
Depresyon	<0,001	8,20	3,80-17,69
Sigara Kullanmayanlar-Ref. Kullanmayanlar	<0,001	19,09	4,81-75,68
Çalışma Durumu Çalışanlar-Ref. Çalışmayanlar	<0,001	12,39	5,15-29,84

5. TARTIŞMA

Tarih boyunca hemen hemen her kültürde karşımıza çıkan annenin bebeğini emzirmesi, anne sütü içindeki besin maddelerini bebeğe en sağlıklı şekilde sunma yoludur. Anne sütü bebeklerin duygusal ve bilişsel gelişimlerini destekler, onları bulaşıcı ve kronik hastalıklardan korur ve bağışıklık sistemlerini güçlendirir. Araştırmalar anne sütü ile beslenen bebeklerin solunum yolu enfeksiyonları, ishal, pnömoni ve atopik deri hastalıkları gibi hastalıklara daha az yakalandığını ve hastalıktan daha hızlı iyileşme dönemleri yaşadığını göstermiştir.²⁻⁴

Annenin bebeğini anne sütü ile besleme kararı, sosyodemografik özelliklerden ve çocukla ilgili çeşitli etkenlerden etkilenir.¹⁴⁴ Ayrıca annelerin görüş ve bilgileri, yürütülen eğitim programlarıyla ve çevrenin desteğiyle kolaylıkla değiştirilebilir. Annenin emzirme konusunda bilgili olması, bebeğini bilinçli bir şekilde beslemesinde önemli rol oynamaktadır.¹⁴⁵ Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki araştırmalara göre, daha iyi emzirme bilgisine sahip olan gebe kadınlar, bebeklerinin beslenmesini daha iyi planlamaktadırlar.^{146,147}

Yapılan bazı çalışmalara göre, annenin psikososyal özellikleri, demografik özelliklere kıyasla emzirme dönemini daha çok etkilemektedir.¹⁴⁸ Annede anksiyete ve depresyona neden olabilecek durumlar, emzirmeyi bırakma üzerinde etkili olur.¹⁴⁹ Bazı çalışmaların sonuçlarına göre, emzirme sıklığı ile maternal anksiyete arasında ters bir ilişki vardır. Anne sütü vermeyi bırakma ise, emzirme ve anksiyetenin artmasının bir nedenidir.¹⁵⁰

Bu çalışmada Adana'nın sosyoekonomik yönden gelişmiş sayılabilecek bir ilçesi olan Çukurova İlçesi'ndeki annelerin, ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına etki eden sosyodemografik ve psikopatolojik özelliklerinin ve psikopatolojik özelliklerine etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Örneklem tabakalı rastgele örneklem yöntemiyle seçilmiş ve araştırma, örneklemdeki annelerin bebeklerinin aşı ve takip günlerinde yaptıkları Aile Sağlığı Merkezi ziyaretleri sırasında, yüz yüze anket yöntemi ile yapılmıştır.

5.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmamıza katılan kadınların % 1,1'i 19 yaşında iken, % 11,6'sı 20-24, % 23,9'u 25-29 yaş grubunda, % 40,5'i 30-34 yaş grubunda idi. Kadınların % 6,3'ü ise 40 yaş ve üzerindeydi (Tablo 2). TNSA-2013'de, en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda gözlemlenmiştir. Daha önceki araştırmalarda en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 20-24 yaş grubunda ortaya çıkarken, ilk kez TNSA-2008 araştırmasında en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubuna ilerlemiştir. Bu sonuç, Türkiye'de yaşa özel doğurganlık örüntüsünün değiştiğini ve doğumların ileri yaşlara ertelendiğini göstermektedir. Yaşa özel doğurganlığa bakıldığında, Türkiye'de kadınların halen üreme çağlarının başlarında çocuk doğurma eğiliminde oldukları görülmektedir. Türkiye'de doğumların % 64'ü 30 yaşından önce meydana gelmektedir.⁶ Bizim çalışmamızda araştırmanın yapıldığı yer itibariyle annelerin eğitim durumunun daha yüksek olması, bir çoğunun lise veya üniversite mezunu olması nedeniyle annelerin çoğunluğu 30-34 yaş grubunda tespit edilmiş olabilir.

Çalışmamızda ilk 6 ay sadece anne sütü veren annelerin yaş ortalaması $30,74 \pm 4,82$ iken, ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyen annelerin yaş ortalaması $31,18 \pm 5,51$ 'dir (Tablo 10). Çalışmamızda annenin yaşı ile bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yaş gruplarına göre dağılıma baktığımızda ise, 19-29 yaş grubundaki annelerin % 41,3'ü, 30-39 yaş grubundaki annelerin % 34,6'sı, 40-49 yaş grubundaki annelerin ise % 33,3'ü ilk 6 ay sadece anne sütü vermiştir (Tablo 9). Her ne kadar yaş arttıkça ilk 6 ay sadece anne sütü verme yüzdesi azalmış olsa da, istatistiksel olarak anlamlı değildir. Şahin'in İstanbul'da annelerin emzirme ile ilgili bilgi, uygulama ve davranışlarını değerlendirdiği çalışmasında annenin yaşı ile bebeğin anne sütüyle beslenme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir.¹⁵¹ Anne sütüyle besleme süresine etki eden faktörleri araştıran Gijsbers ve arkadaşlarının çalışmasında 25 yaşın üzerindeki annelerin emzirme sürelerinin daha uzun olduğu tespit edilmiştir.¹⁵² Örün ve arkadaşlarının 2006 yılında Ankara'da, ilk 1,5 ayda SAS verme ile ilgili yaptıkları çalışmalarında ise bizim çalışmamıza benzer şekilde anne yaşının SAS veren ve vermeyen annelerde istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği sonucuna varmışlardır.¹⁵³

Araştırmamıza katılan kadınlardan % 60,2'si en az lise mezunuydu (Tablo 2). TNSA 2013 raporuna göre Türkiye'de kentte yaşayan kadınların % 35,3'ü en az lise mezunuydu, kırsal bölgede yaşayan kadınlarda ise bu oran % 13,1 idi.⁶ Bizim çalışmamızda en az lise mezunu olan kadınların oranı daha fazla bulunmuştur. Ayrıca araştırmamıza katılan kadınlardan herhangi bir eğitim düzeyini tamamlamayanlar % 0,8 idi (Tablo 2). TNSA 2013 raporuna göre ise kırsal bölgede yaşayanlarda bu oran % 20,9 iken, kentte yaşayanlarda % 9,9'dur.⁶ Araştırmamızın Türkiye'nin büyük illerinden birinin sosyoekonomik yönden gelişmiş sayılabilecek bir ilçesinde yapılmış olması ve araştırmaya katılan kadınların ileri yaşta olmamaları nedeniyle eğitim seviyeleri daha yüksek bulunmuş olabilir.

Bizim çalışmamızda, okuryazar olmayan bir kişi, herhangi bir okuldaki mezun olmayan fakat okuyazar olan bir kişi olması, ayrıca lise ve üzeri okullardan mezun olan annelerin sayıca çok olması sebebiyle, lise öncesi/ lise ve üzeri olarak iki grupta annelerin eğitim durumu incelenmiştir. Araştırmamızda annelerin % 39,8'i lise öncesi, % 60,2'si lise ve üzeri okullardan mezundu. Ayrıca lise öncesi okullardan mezun olanların % 18,6'sı bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermiş iken, bu oran lise ve üniversite mezunu olan annelerde % 49,1 idi (Tablo 9). Lise ve üzeri okullardan mezun olan annelerin bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü verme oranları diğer annelere göre anlamlı bir farkla daha yüksekti. Durmuş, 2009'da annelerin bebeklerine ilk altı ay sadece anne sütü vermelerini etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında, ilköğretim mezunu annelerin % 32,1'i, ortaokul mezunu annelerin % 42,9'u, lise mezunu annelerin % 25'i, üniversite mezunu 2 annenin her ikisi ve okuryazar olmayan annelerin % 12,5'i bebeği ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslemişti. Eğitim seviyesi arttıkça bilinçli emzirme üniversite mezunlarında artmasına rağmen, çalışmada eğitim durumu ile ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.¹⁵⁴ Anne eğitim düzeyinin yüksek olmasının daha az sayıda çocuk sahibi olma, ailede çocuk başına düşen gelirin daha yüksek olması, annenin çocuk beslenmesine daha çok zaman ayırması ve emzirmeye daha uzun süre devam etmesi ile ilişkili olduğu yorumu yapılmıştır.⁸

Araştırmamıza katılan kadınlardan görüşme yapıldığı sırada çalışanlar % 18,3'dü. Doğumdan önceki çalışma durumları sorulduğunda ise bu oranın % 63,0 olduğu görüldü (Tablo 2). TNSA 2013 raporuna göre kırsal bölgede çalışan kadınların

oranı % 41 iken, bu oran kentsel bölgede yaşayan kadınlarda % 29'dur.⁶ Bizim çalışmamızda bebek sahibi olan kadınların çalışma oranlarındaki düşüş göze çarpmaktadır. Kadınların doğum sonrası çalışma oranları Türkiye ortalamasının altında bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda, çalışan annelerin % 21,2'si, çalışmayan annelerin ise % 40,5'i bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermişti (Tablo 13). Aradaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Yani annenin çalışması, bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermesini olumsuz etkilemişti. Ayrıca yapılan çoklu lojistik regresyon analizinin sonucuna göre, annenin çalışması, ilk 6 ay SAS vermeme riskini 12,39 kat artırmıştı (Tablo 26). Ünsal ve arkadaşları, anne çalışma durumunun ilk altı ay anne sütü ile beslenmeye bir etkisini bulmazken, çalışan annelerin çalışmayan annelere göre toplam emzirme sürelerinin anlamlı derecede kısa olduğunu saptamışlardır. Bebeklerini 19-24 ay gibi uzun bir süre emziren annelerin % 84'ünün ev hanımı, % 16'sının çalışıyor olduğunu ifade etmişlerdir.⁷ Durmuş, 2009'da yaptığı çalışmasında, çalışma durumu ile ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışan annelerin % 22,2'si, çalışmayan annelerin % 34,1'i bebeği ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslemişti.¹⁵⁴ Ülkemizde olduğu gibi dünyada da çalışan anneler arasında emzirme sıklığı, çalışmayanlara göre daha düşüktür.¹⁵⁵ Çalışan annelerin emzirme süresini kısaltan etkenler; işyerinde emzirme koşulları, annenin izin süresi, annenin sigara kullanımı ve süt pompası kullanımıdır. İş yerinde emzirme koşullarının iyileştirilmesi ve emzirme izin sürelerinin uzun olması gereklidir.^{155,156} Anne sütü ile beslenme oranlarının artırılması için sadece annelerin anne sütü ve emzirmenin faydaları konusunda eğitilmesi yeterli değildir. Anneler kadar toplumun da özellikle çalışan kadınlar için işverenlerin de bu konuda eğitilmesi ve emziren anneleri desteklemeleri sağlanmalıdır. Çalışan anneler için işyerlerinde bebeklerini emzirebilecekleri veya sütlerini sağıp saklayabilecekleri uygun ortamın sağlanması, gerekirse hükümetler tarafından bu konuyla ilgili yasal düzenlemeler yapılması anne sütü ile beslenme oranlarını arttıracaktır.^{157,158}

Çalışmamızda, annenin sigara içmesinin ilk 6 ay sadece anne sütü vermeme riskini 19 kat artırdığı görülmüştür (Tablo 26). Sigara içen annelerin % 4,1'i, sigara içmeyen annelerin ise % 48,3'ü bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü vermiştir (Tablo 13). Amerika'nın Arizona eyaletinde yapılan bir çalışmada, annenin sigara içmesinin

emzirme şeklini ve süresini olumsuz etkilediği gösterilmiştir.¹⁵⁹ Yunanistan’da Ladomenou ve arkadaşları ise çalışmalarında sigaranın hem anne hem bebek için bilinen pek çok olumsuz etkisi yanında, nikotinin prolaktin düzeyini baskılayarak süt üretimini azalttığı bildirmiştir. Ayrıca sigara içilmesinin anne sütünde düşük yağ konsantrasyonu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunun sonucunda bebek yeterince kilo alamaz ve bu durum erken tamamlayıcı besin başlanmasına yol açabilir.¹⁰¹ Jihong ve arkadaşlarının çalışmasında hamilelik öncesi, hamilelik sırası ve sonrasında sigara içen annelerin, hiç sigara içmeyen annelere göre ek gıdaya daha erken başladıkları tespit edilmiştir.¹⁶⁰ Yine Amir ve arkadaşları da sigara içen annelerin içmeyen annelere göre emzirmeye başlamaları ve emzirme sürelerini daha kısa bulmuşlardır.¹⁶¹ Yapılan farklı çalışmalarda da eğitim düzeyi düşük olan kadınların sigara içmeye daha meyilli oldukları ve yüksek okul bitiren kadınların aksine, gebelik ve emzirme döneminde sigara bırakma oranlarında herhangi bir değişiklik göstermedikleri saptanmıştır.^{162,163}

Araştırmamızda aile büyükleriyle aynı evde yaşama oranı % 19,0 olarak bulunmuştur (Tablo 2). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yapılan bir çalışmada ise, kalabalık aile oranı % 10,9 olarak bulunmuştur.¹⁶⁵ Çalışmamızın bir yaşın altında bebeği olan ailelerde uygulanmış olması sebebiyle, geçici olarak aile büyükleriyle birlikte yaşayanlar, bu oranın artmasına sebep olmuş olabilir. Aynı evde yaşamaktan bağımsız olarak, aile büyüklerinin bebek beslenmesi konusunda anneyi etkileme durumları sorgulandığında ise, annelerin % 54,9’u evet yanıtını vermiştir (Tablo 5). Bu yüksek oran toplumumuzda bebek beslenmesindeki anneanne/babaanne faktörünü ortaya çıkarmaktadır.

Aile büyükleriyle aynı evde yaşayan annelerin % 14,8’i ilk 6 ay SAS vermiş iken, aynı evde yaşamayan annelerin % 42,2’si ilk 6 ay SAS vermişti (Tablo 12). Yani, aile büyükleriyle aynı evde yaşamak anlamlı olarak annenin bebeğine ilk 6 ay SAS vermesini olumsuz yönde etkilemişti. Yine aynı evde yaşamaktan bağımsız olarak aile büyüklerinin bebek beslenmesi konusunda söz sahibi olduğunu söyleyen annelerin % 26,9’u ilk 6 ay SAS vermiş iken, diğer annelerde bu oran % 49,2 idi (Tablo 12). Yani anneanne veya babaannenin bebek beslenmesi konusunda anneyi etkilemesi, ilk 6 ay SAS ile beslenmeyi anlamlı olarak olumsuz etkilemektedir. Elbette bunun tersi yönde bulguları olan çalışmalara da rastlanmıştır. Örneğin, Türkiye’de emzirme davranışını etkileyen faktörler üzerine Çetinkaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre, anne

sütü ile beslenme olasılığını arttıran faktörler; düşük sosyoekonomik düzey, annenin ev dışında bir işte çalışmıyor olması, annenin geniş ailede yaşıyor olması ve annenin eğitim düzeyinin düşük olması olarak tespit edilmiştir.¹⁶⁶ Kore’de yapılan bir çalışmada anne sütüyle beslenmeyi olumsuz etkileyen faktörlerden biri, ailelerin çekirdek aileye dönüşmekte olması olarak vurgulanmıştır.¹⁶⁷

5.2. Kadınların Gebelik Dönemleri ve Doğumlarıyla İlgili Bilgiler

Araştırmamıza katılan kadınların % 17,6’sı son gebeliklerinin planlı olmadığını beyan etmişlerdi (Tablo 4). İnce ve arkadaşları ise, annelerin emzirme danışmanlığı alma durumları ile ilgili yaptıkları çalışmada, plansız olarak gebe kalma oranını % 15,4 olarak bulmuşlardır.¹⁶⁴ Bu sonuç bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda planlı olarak gebe kalan annelerin % 39,3’ü, plansız olarak gebe kalan annelerin ise % 26,0’sı bebeğini ilk 6 ay SAS ile beslemişti. Aradaki fark anlamlı değildi. Bu sonuç bize, gebeliği önceden planlamış olmanın, anne sütü verme üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını düşündürmektedir. Örün ve arkadaşlarının 2006’da Ankara’da yapmış oldukları çalışmalarında ise, görüşülen annelerin % 69,3’ünün gebeliğinin planlı olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada beklenenin aksine, planlı gebelik yaşayan annelerin SAS verme oranı, anlamlı olarak daha düşük bulunmuştu.¹⁵³

Doğum şeklinin, emzirmeye başlama zamanını etkilediği, annelerin ihtiyaç duyduğu desteği artırıp azalttığına ilişkin çalışmalar vardır. Sezaryen ile doğum yapan annelerin emzirme için bebeklerini tutma başta olmak üzere normal vajinal yol ile doğum yapan annelere göre daha fazla desteğe ihtiyaç duydukları gösterilmiştir.¹⁶⁸ Sezaryen ile doğum yapan annelerin cerrahi işlem geçirdiklerinden dolayı bebeklerini emzirme pozisyonunda rahat tutamadıkları ve anestezinin de etkisiyle emzirmeye geç başladıkları bildirilmiştir.¹⁶⁹ Bizim çalışmamızda, annelerin % 40,8’i normal vajinal yol ile, % 59,2’si ise sezaryen ile doğum yapmıştı (Tablo 4). Normal vajinal yolla doğum yapan annelerin % 36,2’si, sezaryen ile doğum yapanların ise % 37,5’i bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermişti (Tablo 9). İki grup arasındaki fark anlamlı değildi. Yani araştırmamıza katılan annelerin doğum şekli, bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarını etkilememişti. Ayrıca normal vajinal yol ile doğum yapan annelerin % 78,4’ü doğumdan sonra ilk yarım saat içerisinde bebeğini emzirmiş iken, bu oran sezaryen ile doğum yapan annelerde % 54,2 idi (Tablo 15). Normal vajinal yol ile

doğum yapan annelerin doğum sonrası ilk yarım saat içinde emzirme oranları anlamlı olarak daha yüksekti. Başka bir çalışmada ise, normal spontan yolla, doğan bebeklerin ilk 6 ayda anne sütü verilme oranları yüksek, doğumda sağlık problemi olan, ilk emzirme zamanı geciktirilmiş bebeklerin düşük olarak bulunmuştur.⁷ Karatoprak ve arkadaşlarının çalışmasında ise sezeryan doğumun anne sütü ile beslenme başarısını azaltmadığı tespit edilmiştir.¹⁷⁰ Akyüz ve arkadaşları normal doğum yapan annelerin yarısının bebeklerini ilk yarım saat içinde emzirdiklerini belirtmişlerdir.¹⁷¹

Çalışmamızda, kadınların % 100'ü doğum öncesinde düzenli olarak bir sağlık kuruluşuna kontrole gitmiştir. Bu çalışmanın Adana gibi tüm hastaneleri Bebek Dostu Hastane olan ve yüksek sosyoekonomik seviyede bir ilçede yapılmış olması nedeniyle, görüşülen tüm anneler doğum öncesinde düzenli olarak bir sağlık kuruluşuna kontrole gittiklerini beyan etmişlerdir. 2003 yılında İsviçre'de emzirme prevelansı ve süresinin değerlendirildiği 2.861 bebeği kapsayan bir çalışmada UNICEF rehberlerine uyumu yüksek olan 'Bebek Dostu Hastane'lerde doğan bebeklerin daha uzun süre anne sütü aldığı gösterilmiştir.¹⁷² Ankara'da bir üniversite hastanesinde "Bebek dostu hastane" olmadan önceki ve olduktan sonraki emzirme durumları karşılaştırılmıştır. "Bebek Dostu Hastane" olduktan sonra doğan bebeklerde ilk altı ayda tek başına anne sütü ile beslenme oranları daha yüksek bulunmuş ve "Bebek Dostu Hastane" olmanın emzirme süresini 1,5 kat arttığı saptanmıştır.¹⁷³ Adana ilinde ise tüm hastaneler Bebek Dostu Hastane olmuştur. Doğum öncesi bakım alma ve emzirme ilişkilerini araştıran çalışmada, araştırmaya katılan annelerin % 48'i beş kezden fazla doğum öncesi bakım almıştır. Kentsel kesimde yeterli doğum öncesi bakım alma, kırsal kesime göre iki kat daha fazladır. Eğitim durumu ile yeterli doğum öncesi bakım alma sayısı ilişkili bulunmuştur.¹⁷⁴ TNSA 2013 raporuna göre doğum öncesi düzenli kontrole gidenlerin oranı (gebelik süresince en az 4 kez) kentsel bölgede yaşayanlarda % 92,4, kırsal bölgede yaşayanlarda ise % 74,7'dir.⁶

Araştırmamıza katılan kadınlar arasında doğum öncesi sağlık kuruluşunda emzirme ve anne sütü ile ilgili eğitim almış olanların oranı % 66,5 idi (Tablo 4). Bu eğitimi alanların ilk 6 ay sadece anne sütü verme oranı % 45,5 iken, eğitim almayanlarda bu oran % 20,0 idi (Tablo 9). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, anneye verilen emzirme ve anne sütü eğitiminin olumlu sonuçları görülmüştür. Literatüre bakıldığında Kavuncuoğlu ve arkadaşları eğitimin gebeliğin 32. haftasından

önce başlamasını, doğum öncesine, doğumda ve doğum sonrasında devam etmesini önermektedir.⁵⁴ Meyers ve arkadaşları ise gebenin ilk ziyaretinden itibaren emzirme eğitiminin başlamasını ve tüm gebelik süresince devam etmesi gerektiğini bildirmektedir.⁵⁵ Tunçel ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin % 37,6'sının son gebelikleri sırasında ve doğum sonrası dönemde emzirme ile ilgili bilgi almadıkları gösterilmiştir.¹⁷⁵ Koç ve arkadaşlarının Ankara'da gebelerin emzirmeyle ilgili tutumlarını ve emzirme davranışlarını etkileyen faktörler üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise gebelerin % 60,1'inin şimdiki gebeliklerinde anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim almadıkları gösterilmiştir.¹⁷⁶

Varol'un İstanbul'da yaptığı bir çalışmada anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim verilip 6 ay boyunca ev ziyaretleri ve telefon görüşmesi yoluyla annelerin sürekli olarak desteklenmesi durumunda bebeklerin 6 ay tek başına anne sütüyle beslendikleri gösterilmiştir.¹⁷⁷ Groleu ve arkadaşları Vietnamlı göçmen kadınlar arasında yapay beslenmenin oldukça yaygın olduğunu, tek başına anne sütü veren annenin neredeyse hiç olmadığını tespit etmişler ve bu durumu Vietnamlı göçmen kadınların emzirmeyi başlatmak ve sürdürmek için sosyal desteklerinin ve eğitimlerinin olmayışına bağlamışlardır.¹⁷⁸ Tüm bu sonuçlar, anne sütüyle beslenmenin, annelere verilen eğitimler sonucunda arttığını bize açık bir şekilde göstermektedir. Gebelik döneminde ve sonrasında annelerin takibi ve bilgilendirilmesi son derece önemlidir.

Çalışmamızda annelerin % 35,9'unun 1. gebeliği, % 32,7'sinin 2. gebeliği, %31,3'ünün ise 3. ve üzeri gebeliği idi (Tablo 4). İlk gebeliği olanların % 44,1'i, ikinci gebeliği olanların % 38,7'si, üçüncü ve üzeri gebeliği olanların ise % 27,0'si bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermiştir (Tablo 14). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, gebelik sayısının artmasının sadece anne sütü vermeyi olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır. Ünsal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise tek çocuk sahibi olan annelerin birden fazla çocuğu olan annelerle kıyaslandığında ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme yüzdelerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir.⁷ Durmuş'un çalışmasında ise annelerin % 44'ünün ilk doğumuydu, ilk doğumu olan annelerin % 36,4'ü, ikinci doğumu olan annelerin % 26,7'si, üçüncü doğumu olan annelerin % 35,7'si, dört ve üzeri doğum yapan annelerin % 33,3'ü bebeğini ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslemişti. Yaptıkları çalışmada doğum sayısı ile

ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.¹⁵⁴

Araştırmamıza katılan annelerin % 2,1'i ikiz gebelik yaşamıştı (Tablo 4). İkiz doğumların çalışmamızda sayıca az olması sebebiyle, annelerden ikiz doğumlarda bebeklerden sadece biri düşünülerek sorulara yanıt vermesi istenmiştir. Böylece ikiz doğumların sadece anne sütüyle beslenmeye olan etkisi çalışmamıza dahil edilmemiştir. Yokoyama ve arkadaşlarının Japonya'da yaptığı çalışmada, biberonla besleme oranlarının ikiz ve çoğul doğumlarda daha yüksek olduğu bulunmuş, sadece anne sütü ya da anne sütü ve ek gıda alımı süresinin daha kısa olduğu görülmüştür.¹⁷⁹ Japonya'da yapılan başka bir çalışmada da ikiz ya da çoğul bebeklerin sadece anne sütüyle beslenme oranlarının tek bebeklere göre daha düşük olduğu bulunmuştur.¹⁸⁰ Damato ve arkadaşlarının çalışmasında ikizlerin tüm bakım zorluklarına rağmen anne sütü ile besleme konusunda annelerin eğilimlerinin yüksek olduğu tesbit edilmiştir.¹⁸¹

Araştırmamızda, annelerin % 50'sinin bebeği erkekti (Tablo 4). Erkek bebeği olan annelerin % 39,4'ü, kız bebeği olan annelerin ise % 34,5'i bebeğini ilk 6 ay SAS ile beslemişti (Tablo 9). Çalışmamızda bebek cinsiyeti ile, ilk 6 ay SAS ile beslenme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Karaçam ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada bebeğin erkek cinsiyette olması, düşük doğum sayısı ve vajinal yoldan doğum yapmış olmanın emzirme insidansını arttırdığı ve doğru emzirme tekniği ve annenin sürekli olarak desteklenmesinin emzirme süresini uzattığı gösterilmiştir.¹⁸² Günümüzde hâlâ toplumsal cinsiyetin, bebek beslenmesinde önemli bir rolü olduğunu bilmekteyiz. Bizim çalışmamızda bebek cinsiyetinin anne sütü ile beslenmeyi etkilemediğini görmek, bu açıdan sevindirici bir sonuç olmuştur. Eğitim düzeyi kısmen yüksek olan bir bölgede çalışmanın yapılmış olmasının, bu sonucu doğurmuş olduğunu düşünmekteyiz.

5.3. Bebeklerin Beslenmeleri İle İlgili Bilgiler

Çalışmamızda, emzirme döneminde meme başında çatlak, kanama, vs. gibi sorun yaşayan anneler, bu sorunları yaşamayan annelere göre, anlamlı olarak daha düşük oranda bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü vermiştir. Meme başı sorunu yaşayan annelerin ilk 6 ay sadece anne sütü verme oranı % 31,1 iken, bu oran diğer annelerde % 43,6 olarak bulunmuştur (Tablo 13). Bizim çalışmamızla benzer şekilde

sonuçlar elde edilen, Brazilya'nın Porto Alegre şehrinde 2008 yılında yapılan bir çalışmada ise, annenin ilk günlerde meme başı sorunu yaşamasının biberon kullanımına yönelttiği gösterilmiştir.¹⁸³ ürün ve arkadaşlarının çalışmasında ise, meme başında yara sorunu yaşayan annelerin oranı % 47,5 idi. Aynı çalışmada, bu ve benzeri emzirme sorunu yaşayan annelerin, bu sorunları yaşamayan annelere göre anlamlı olarak daha düşük oranda SAS verdikleri sonucuna ulaşılmıştır.¹⁵³ Meme başında yara oluşumunun esas nedeninin bebeğin memeye kötü yerleşmesinden kaynaklandığı göz önünde bulundurularak, doğum sonrası ilk günlerde emzirmenin gözlemlenerek desteklenmesi, annenin sadece anne sütü ile beslemesini sağlayacaktır.

Araştırmamıza katılan kadınların % 64,1'i doğum sonrası ilk yarım saat içinde emzirmeye başlamıştı (Tablo 5). Doğum sonrası ilk yarım saat içinde emziren annelerin % 56,0'sı ilk 6 ay sadece anne sütü vermişken, bu oran ilk yarım saat içinde emzirmeyen annelerde % 2,9 olarak bulunmuştur (Tablo 11). Aradaki fark ise istatistiksel olarak anlamlıdır. Emzirmeye erken başlanması hem anne, hem de bebek için yararlıdır. Emzirmek anne rahminin doğumdan sonra kasılmasını sağlayan oksitosin hormonun yapımını uyarak rahmin kısa sürede normal ölçüsüne ve fonksiyonuna ulaşmasını sağlar. Kolostrum denilen ilk anne sütü çok yoğun şekilde antikor içerdiği için yenidoğanı enfeksiyonlardan korur. TNSA-2013'ten elde edilen bilgi, çocukların % 50'sinin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmeye başlandığını göstermektedir.⁶ Literatürle benzer şekilde, erken emzirmeye başlamanın ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmeye olan olumlu etkisi bizim çalışmamızda da görülmüştür. nsal ve arkadaşları hastanelerinde annelerin % 71,8'inin bebeklerini doğumdan sonraki ilk bir saat içerisinde emzirdiklerini; erken emzirmeye başlamanın ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmeye olumlu etkisi olduğunu belirtmiştir.⁷ Tunçel ve arkadaşları yaptıkları çalışmada bebeklerin % 68,5'inin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirildiği saptanmıştır.¹⁷⁵ Yıldız ve arkadaşları çalışmalarında annelerin % 76'sının doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bebeklerini emzirmeye başladığını kaydetmişlerdir. Aynı çalışmada, doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebeğini emzirmeye başlayan annelerin, ilk bir saatten sonra emzirmeye başlayan annelerden daha uzun süre bebeklerini emzirdiği görülmüştür.¹⁸⁴

Annenin doğum şekline göre, bebeğini ilk yarım saat içinde emzirme dağılıma baktığımızda ise, normal vajinal yol ile doğum yapan annelerin % 78,4', sezaryen ile

doğum yapan annelerin ise, % 54,2'si doğum sonrası ilk yarım saat içinde emzirmişti. Yani çalışmamızda sezaryen doğum şekli, anlamlı olarak ilk yarım saat içinde emzirmeyi olumsuz olarak etkilemişti. İnce ve arkadaşlarının Kayseri ve Ankara'daki iki üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmalarında ise, normal doğum yapan annelerin % 79,6'sı, sezaryen ile doğum yapan annelerin ise % 48,4'ü bebeklerini doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmişti, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştu.¹⁶⁴

Araştırmamıza katılan annelerin bebeklerinin doğum sonrası 6 aylık dönem içerisinde herhangi bir hastalık geçirme durumlarına baktığımızda; bebeklerin % 12,3'ü ishal, % 10,9'u yenidoğan sarılığı, %9,1'i solunum yolu enfeksiyonu, % 0,7'si idrar yolu enfeksiyonu, % 1,5'i ise diğer hastalık türlerinden geçirmişti. Toplamda % 34,5'i doğum sonrası herhangi bir hastalık geçirmişlerdi (Tablo 6). Bebeğin bir hastalık geçirmesi, ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenme durumunu olumsuz yönde etkilemiştir. Annelerden bebeği herhangi bir hastalık geçirenlerin % 8,2'si, hastalık geçirmeyenlerin ise % 52,2'si ilk 6 ay sadece anne sütü vermişti (Tablo 11). İstanbul'da ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmeye etki eden faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada, doğum sonrası bir sorunu olmayanlar % 65 oranında idi. Bu çalışmada doğumdan sonra sorun yaşama ile ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştı.¹⁵⁴ Örün ve arkadaşlarının 1,5 ay SAS ile beslenmeyi inceledikleri çalışmalarında ise annelerin yaklaşık üçte biri ilk 1-1,5 ayda bebeklerinde bir sağlık problemi yaşadıklarını belirtti. En sık problemler sırasıyla sarılık (% 23,6), üst solunum yolu enfeksiyonu (% 11,0) ve kabızlık (% 9,0) idi. Bizim çalışmamızın sonuçları ile benzer şekilde, sağlık problemi yaşayan bebeklerin SAS alma yüzdeleri, yaşamayan bebeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü (sırasıyla % 55,1 ve % 68,1, $p<0,05$).¹⁵³

Doğum sonrası ilk 6 aylık süreç içerisinde bebekle annenin herhangi bir sebepten ayrı kalma durumlarını incelediğimizde ise, bu oranın çalışmamızda % 7,4 olduğunu görmekteyiz (Tablo 5). Annelere bebeklerinden ayrı kalma nedenlerini sorduğumuzda ise, % 6,7 oranında bebeğin doğum sonrası yoğun bakımda tedavi görmesi yanıtını aldık. Annelerin % 0,7'si ise, annedeki herhangi bir hastalık nedeniyle bebeklerinden bir süre ayrı kaldıklarını ifade etmişlerdi (Tablo 6).

Kolostrumun bebek için zararlı olduğu inancı ve “ilk gelen pis sütün akması gerekir; bebeğe ağır gelir; mikropludur; sağılması gerekir” söylemlerine ülkemizde rastlanmaktadır.¹⁸⁵ Araştırmamıza katılan annelerin % 95,8’i bebeğine kolostrum (ağız sütü) verdiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 5). Bu oranın yüksek olmasının, annelerin bilinçli olması, bir çoğunun doğum öncesinde anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim almış olması ve tüm doğumların ‘Bebek Dostu Hastaneler’de gerçekleşmiş olması sebebiyle olduğunu düşünmekteyiz. Buna rağmen ülkemizin kırsal kesimlerinde kolostrumla ilgili halen yanlış inanışlar devam etmektedir. İbn-i Sina El-Kanun Fi’t-Tıb adlı eserinde bebek bakımı ile ilgili bir bölüme yer vermiştir. Bu bölümde ünlü tıp adamı bebek beslenmesiyle ilgili olarak bebekler için en uygun besinin anne sütü olduğunu söylemiş ancak kolostrumla ilgili olarak bebeğe verilmemesini, yenidoğan bebeğe ilk olarak ılık bal verilmesini önermiştir.¹⁸⁶ Türk toplumunda geleneksel olarak kolostrumun verilmemesi, onun yerine şekerli su veya bal gibi prelakteal gıda verilmesinin altında yerleşmiş olan bu kültür yatıyor olabilir. Bunu yanlış inanışı yıkmanın yolu ise, annelere eğitim vererek bu konuda bilinçlenmelerinin sağlamaktır.

Araştırmamıza katılan annelerin % 63’ü ilk 6 ayda ek gıdaya başlamıştı. Ek gıdaya başlama nedenlerine baktığımızda ise, % 45,8 oranında annenin sütünün yetersiz olduğunu düşünmesi birinci sıradaydı. Bunu % 23,9 oranında bebeğin yeterince kilo almaması, % 18,4 oranında annenin çalışmaya başlaması, % 3,3 oranında anneanne/ babaannenin beslenmeye müdahale etmesi, % 8,4 oranında diğer nedenler izliyordu (Tablo 7). Ünsal ve arkadaşları tarafından anne sütünü kesmenin en sık nedeni (%36,3) olarak bebeğin emmeyi bırakması gösterilmiştir.⁷ Akyüz ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin % 43,3’ü bebeklerinin doymadığını düşündüğünden ek gıda ile erken beslenmeye geçmişlerdir.¹⁷¹ Durmuş’un çalışmasında ise ek besinlere başlama nedeni olarak % 53 oranında annelerin sütlerinin yetersiz olduğunu ifade etmelerini saptamıştı. Bunu, su ve bitki çayının gerekli olduğunu düşünenler, bebeğin emmeyi reddetmesi ve doğumdan sonra yaşanan sorunlar izliyordu.¹⁵⁴ Öncü ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, anne sütü bırakma nedenini yanıtlayanlardan (88 kişi) “sütüm gelmedi veya yetersiz geldi” diye yanıtlayan 19 kişi (% 21,6), “yaramadığı için” diye yanıtlayan 6 kişi (% 6,8), “çocuk istemedi” diye yanıtlayan 8 kişi (% 9,1), “kesme zamanı geldiği için” diye yanıtlayan 32 kişi (% 36,4), “çalıştığım için” diye yanıtlayan 5 kişi (% 5,7), diğerlerini işaretleyenler 18 kişi (% 20,5) olarak hesaplanmıştır. Diğerleri şeklinde

yanıtlayanların nedenleri ise anne hastalığı, kardeşinin olması olarak belirtilmiştir.¹⁸⁷ Kore’de yapılan bir çalışmada emzirme oranlarındaki düşüşün meme ve meme başı problemleri, anne sütünün olmayışı, yeterince süt üretemeyeceği endişesi ve emzirmeyle ilgili bilgi yetersizliği gibi annelere bağlı sebepler olduğu tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada emzirme ve emzirmenin özendirilmesi ile ilgili eğitim yetersizliği, ailelerin daha çok çekirdek aile haline dönüşmesi ve kadınların iş hayatında daha fazla yer alması gibi sosyal faktörlerin de emzirmeyi etkilediği gözlenmiştir.¹⁶⁷ Tunçel ve arkadaşlarının çalışmasında, süten kesme nedenleri bebeğin emmek istememesi ve sütün yetmemesi ve bebeğin hastalığı olarak tespit edilmiştir.¹⁷⁵

Araştırmamızda ek gıda sürecinde bebeğe ilk olarak verilen ek gıdalara baktığımızda ise, % 77,6 ile formül mama birinci sırada yer almaktaydı. Bunu % 10,0’la yoğurt, % 3,9’la çorba, % 3,9’la su, % 2,2’yle meyve/meyve püresi, % 2,2 ile ise diğer gıdalar takip etmekteydi (Tablo 7). TNSA 2013 raporuna göre ise, altı aydan küçük ve emzirilen çocuklar için % 28 ile hazır mama en çok verilen ek gıdadır. İlk bir yılda hiç emzirilmeyen çocuklar için ise gözlem sayısı az olmasına rağmen, bu grup için de hazır mamanın, bebek büyüdükçe verilen diğer süt çeşitleriyle birlikte, yaşamın ilk aylarında oldukça yoğun bir biçimde kullanıldığı görülmektedir.⁶ Tunçel ve arkadaşlarının çalışmasında ortalama ek gıdaya başlama zamanı 2 ay olarak bulunmuş olup ilk ek gıda olarak bebeklerin % 68’ine formül mama, % 11’ine unlu sütlü mama başlandığı görülmüştür. Ortalama emzirme süresi ise 4,8 ay olarak bulunmuştur.¹⁷⁵

5.4. Annelerin Kısa Semptom Envanteri Sonuçları ve İlişkili Faktörler

Araştırmamızda uyguladığımız Kısa Semptom Envanteri ile aldığımız sonuçlara göre, bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyen annelerdeki somatizasyon puan ortalaması 0,77, obsesif kompulsif bozukluk 1,21, kişiler arası duyarlılık 0,90, depresyon 1,49, anksiyete bozukluğu 0,89, hostilite 0,40, fobik anksiyete 0,20, paranoid düşünce 0,64, psikotizm 0,20, ek maddeler (yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duyguları) 0,24, rahatsızlık ciddiyet indeksi 0,13, belirti toplamı 21,41, semptom rahatsızlık indeksi ise 0,28 olarak bulunmuştur (Tablo 16). Bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyen annelerde ek maddeler hariç diğer tüm alt gruplar ve indeksler, ilk 6 ay sadece anne sütü veren annelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yaptığımız Çoklu Lojistik

Regresyon Analizi sonuçlarına göre ise, obsesif kompulsif bozukluk puanındaki bir birimlik artış SAS vermeme riskini 2,56 kat (OR 2,56 % 95 GA 1,22-5,37), depresyon puanındaki bir birim artış ise, SAS vermeme riskini 8,20 kat (OR 8,20 %95 GA 3,80-17,69) artırmaktadır (Tablo 26). Bu sonuçlara dayanarak, sadece anne sütü vermeyi etkileyen faktörlerden bir tanesinin de annenin psikolojik durumu olduğu yorumunu yapabiliriz.

Brezilya’da, doğum sonrası ilk 2 ayında olan annelerle yapılan bir çalışmada postpartum depresyon ile, sadece anne sütüyle beslenme arasındaki ilişki araştırılmış, doğum sonrası depresif belirtileri olan annelerin çocuklarının anne sütü ile beslenmelerinin erken kesilmesi riskinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.¹⁸⁸ Avustralya’da Herderson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise, emzirme süresinin erken doğum yapan annelerdeki postpartum depresyon ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.¹⁸⁹ Hurley ve arkadaşları Nijerya’da yaptıkları çalışmalarında, depresif annelerin emzirmeyi daha erken bırakma riskinin yüksek olduğunu ve bu annelerin bebeklerinin ishal ve diğer bulaşıcı hastalıklara yakalanma olasılığının daha yüksek olduğunu bildirdiler.¹⁹⁰ Benzer şekilde Birleşik Arap Emirlikleri’nde yapılan bir çalışmada da, doğum sonrası 12. haftada biberonla besleyen annelerin depresyon ölçek puanları anne sütü ile besleyenlerden daha yüksek bulunmuştur.¹⁹¹

2006 yılında, Kanada ve Amerika’da yapılan çalışmalarda depresif annelerin anne sütüne devamlılık konusunda daha başarısız oldukları gösterilmiştir.^{16,17} Avustralya’da 159 anne üzerinde yapılan bir çalışmada, annelerin % 91’inin sadece anne sütü vermeye başladığı ancak 6 ay sonunda ancak % 49,6’sının sadece anne sütüne devam ettikleri saptanmıştır. Anne sütü verme süresi uzun olanların depresif belirtileri düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir.¹⁸

Kanada’da yapılmış bir çalışmada 594 annenin doğum sonrası 1, 4 ve 8. haftalarda duygudurumları ve bebek besleme yöntemleri, besleme yöntemlerine ilişkin memnuniyetleri, beslenme zorlukları ve emzirme öz yeterlilikleri karşılaştırılmıştır. Özellikle 4 ve 8. haftalarda depresif belirtileri ortaya çıkan annelerin, emzirmeyi bıraktıkları, emzirmeye yönelik öz yeterliliklerinin daha az olduğu, bebeklerini besleme ve besleme yöntemleri konularında daha fazla sorun yaşadıkları saptanmıştır.¹⁹²

Doğum sonrası depresyonun incelendiği, Yonkers ve arkadaşlarının çalışmalarında, emzirme ile postpartum depresyon arasında belirgin bir ilişki tespit

edilmiştir. Hatta emzirme, postpartum depresyon tedavisi için bile önemli bir konu olarak gösterilmiş ve emzirmeyi bırakmanın oluşturduğu sosyal baskı ve suçluluk duygusu dolayısıyla başlıbaşına ek bir stresör haline geleceği söylenmiştir.¹⁹³ Bir diğer hipotezde de, emzirmemeyle depresyon arasında orta derece bir ilişki bulunan bir çalışma sonucu ileri sürülmüştür. Gebelikte Risk Saptanması İzleme Sistemi (PRAMS) bünyesinde Amerika’da 32 eyalette sürdürülen araştırmaların 3 eyaletten 14.609 kadının sonuçlarını değerlendiren bu çalışmada, emzirmemenin depresyon için bir risk faktörü değil, depresyonun sonucu olduğu varsayılmıştır.¹⁹⁴

Düşük sosyoekonomik seviyede yapılan çalışmaları incelediğimizde ise, Chung ve arkadaşları düşük sosyoekonomik düzeye sahip Afrikan Amerikalı annelerde gebelik ve postpartum dönemde depresyon semptomlarının olması ile emzirme süresi arasında ilişki bulamamıştır.¹⁹⁵ Benzer şekilde Lee ve arkadaşları da düşük sosyoekonomik düzeye sahip Afrikan Amerikalı annelerde prenatal ziyaretlerde emzirme istekleri ile depresyon semptomları arasında ilişki olmadığını göstermiştir.¹⁹⁶

Dennis ve arkadaşlarının çalışması değerlendirildiğinde bebek besleme yönteminin annenin depresyona girmesi ya da depresyonunu düzeltmesi ile ilişkili olmadığı; depresif belirtisi ya da klinik depresyonu olan kadınların emzirmeye başlama ve devamlılık konusunda başarısız oldukları sonucuna varılmaktadır.¹⁹² Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular sonucunda da, bu konunun ayrıntılı olarak incelenmesi ve ileri çalışmalar yapılması gerektiği kanaatine varmış bulunmaktayız.

Araştırmamız yapıldığı sırada çalışmayan kadınların, çalışanlara göre somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete ve paranoid düşünce puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 17). Yani annenin çalışmaması durumunda, psikiyatrik bozukluklara karşı daha riskli olduğu görülmüştür. Dökmen’in çalışmasında somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve belirti toplamı puan ortalamaları ev hanımlarında, çalışan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.¹⁹⁷ Türkiye’nin doğu ve güneydoğu bölgesindeki 5 ilde 2001 senesinde, 2514 kadın üzerinde yapılan çalışmada eğitimle depresyonda belirgin azalma eğilimi görülmüştür. Yine aynı çalışmaya göre eğitimi olmayan kadınlardaki postpartum depresyon riski, üniversite mezunlarına kıyasla 2 kat daha fazladır.¹⁹⁸

Çalışmamızda kadınların yaşları ile ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı incelenirken, 19-29/ 30-39/ 40-49 olarak 3 grupta incelenmiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan 30-39 yaş grubunda olanların somatizasyon obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete bozukluğu puan ortalamaları, 19-29 yaş grubunda olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca araştırmaya katılan kadınlardan 30-39 yaş grubunda olanların kişiler arası duyarlılık, depresyon ve paranoid düşünce puan ortalamaları, 19-29 ve 40-49 yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Bulduğumuz indeks puan ortalamalarına baktığımızda ise, araştırmaya katılan kadınlardan 30-39 yaş grubunda olanların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 19-29 yaş grubunda olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Genel olarak çalışmamızda, 30-39 yaş grubunun ruhsal belirti puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Ekemen'in 2006 yılında Kayseri'de 15-49 yaş dönemindeki kadınların ruhsal durumlarını incelediği çalışmasında, kısa semptom envanterini uygulamışlardır. Bu çalışmada, kadınların yaşı ile, ölçek puanları dağılımına baktığımızda, somatizasyon ve ek maddelerde en düşük puanı 15-19 yaş grubu kadınlar alırken, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete bozukluğu, paranoid düşünce ve psikotizm gibi alanlarda en düşük ruhsal belirti puan ortalamasını 35-39 yaş grubu kadınlar almışlardır. Ruhsal belirtilerden en yüksek puan ortalamalarını, obsesif kompulsif bozuklukta 25-29, kişilerarası duyarlılıkta 15-19 ve 40-49, depresyon, hostilite ve fobik anksiyetede 15-19, anksiyete bozukluğunda 20-24, paranoid düşünce ve psikotizmde 15-19 ve 25-29 ek maddelerde 40-49 yaş grupları almışlardır.¹⁹⁹

Rahatsızlık ciddiyet indeksinde en yüksek ruhsal belirti puan ortalaması alan yaş grubu 25-29 yaş arası kadın grubu, en düşük ortalama ise 15-19 yaş arası kadın grubudur. Belirti toplam indeksinde bütün puan ortalamaları yüksektir. Semptom rahatsızlık indeksinde en düşük puan ortalaması olan grup 20-24 yaş ve 30-34 yaş grubu iken en yüksek ortalama ise 40-49 yaş grubu kadınlardır. Araştırmaya katılanların yaşları arttıkça, somatizasyon puan ortalaması artmakta ($p<0,001$), ancak hostilite puan ortalaması ($p<0,05$) ile psikotizm puan ortalaması azalmaktadır ($p<0,05$). Ruhsal belirtiler içerisinde somatizasyon ile yaş grupları ortalamaları arasındaki fark anlamlı

bulunmuştur. Ancak diğer ruhsal belirtiler ile yaş grupları arasındaki fark anlamlı bulunamamıştır (Tablo 18).

Araştırmamızda annelerin eğitim durumu ile ruhsal belirti puan ortalamalarını incelerken, eğitim durumunu lise öncesi/lise ve üzeri olarak iki gruba ayırdık. Buna göre, araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce puan ortalamaları, lise ve üzeri okullardan mezun olanlara göre daha yüksektir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmaya katılan kadınların lise öncesi veya lise ve üzeri okullardan mezun olmasıyla psikotizmden aldığı puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 20).

İndeks puan ortalamalarına baktığımızda ise, araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplamı, semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları, lise ve üzeri okullardan mezun olanlara göre daha yüksektir (Tablo 21). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Yani bu sonuçlara göre, annenin eğitim durumunun düşük olması ile ruhsal bozuklukların daha fazla görülmesi arasında ilişki vardır diyebiliriz.

Ekemen'in çalışmasına baktığımızda ise, ruhsal belirtilere yönelik tüm alanlarda okur-yazar olmayanlar, diğer gruplara göre daha yüksek puan ortalaması almışlardır. Rahatsızlık ciddiyet indeksi ve semptom rahatsızlık indeksinde de en yüksek puan alan grup okur-yazar olmayanlardır. Belirti toplam indeksinde puanlar epeyce yüksek düzeydedir. Kadınların ruhsal belirti puan ortalamalarından somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Ayrıca tüm ruhsal belirti puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında ters bir ilişki vardır. Eğitim düzeyi yükseldikçe ruhsal belirti puan ortalamaları azalmaktadır.¹⁹⁹

Araştırmamızda, sigara içen annelerin içmeyenlere göre, somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$), (Tablo 24). 2003 yılında Yeni Zelanda'da,

1265 çocuğun 16-21 sene takibi ile yapılan bir çalışmada DSM IV'e göre major depresyon kriterlerine uyan genç popülasyonda yükselmiş günlük sigara tüketimi ve nikotin bağımlılığı tespit edilmiştir.²⁰⁰ 2000 yılında Brown ve arkadaşlarının 526 kişi üzerinde yaptığı bir başka çalışmada sigara içimi ve depresif semptomlar arasındaki ilişki araştırılmıştır ve nikotin bağımlılığı klinik seviyede kendini gösteren depresif semptomlarla belirgin olarak ilişkili çıkmıştır.²⁰¹ Pensilvanya'da yapılan bir başka çalışmada ise, Şubat 2000- Kasım 2001 arasında, 774 kadın üzerinde postpartum depresyonu olan kadınlar arasında düşük eğitim düzeyinin oldukça yaygın olduğu belirtilmiştir.¹⁹⁵ Depresyonu olan annelerin bebekleriyle olan ilişkisinin incelendiği, yaşları 1 ay ile 1 yıl arasında bebeği olan 84 kadını çocuklarına yaklaşımlarını gözlemlemek için kameraya alan bir çalışmada, özellikle genç yaş grubundaki annelerde (<21 yaş) eğitim seviyesindeki düşüşle çocuğa karşı duyarsızlık arasında belirgin bir ilişki görülmüştür.²⁰² İnandı ve arkadaşlarının Türkiye'nin doğu ve güneydoğu bölgesindeki 5 ilde, 2514 kadın üzerinde yapılan çalışmada eğitimle depresyonda belirgin azalma eğilimi görülmüştür. Yine aynı çalışmaya göre eğitimi olmayan kadınlardaki postpartum depresyon riski, üniversite mezunlarına kıyasla 2 kat daha fazladır.¹⁹⁸

5.5. Annelerin İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumları

Araştırmamızda ilk 6 ay sadece anne sütü verme oranı % 37 olarak bulunmuştur. TNSA 2013 raporuna göre ise, bebeklerin % 31'i yaşamının ilk 6 ayında sadece anne sütü ile beslenmiştir. Emzirme Türkiye'de yaygın olmasına rağmen, çocuklarda sadece anne sütü ile beslenme TNSA-2008'de % 42 iken, TNSA 2013'te % 30'a düşmüştür; dolayısıyla sadece anne sütüyle beslenme önerildiği gibi yaygın olarak uygulanmamaktadır.⁶ Edirne il merkezinde yapılan bir çalışmada ise ebe/hemşirelerin % 46,8'inin, danışmanlık verdikleri annelerin % 40,4'ünün bebeklerini en az 6 ay sadece anne sütü ile beslediği gösterilmiştir.²⁰³ Uzunhan ve arkadaşlarının İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde yaptığı çalışmada, dört aylık bebeklerin tek başına anne sütü ile beslenme oranı 1998'de % 50 iken, 2005 yılında % 78'e yükselmiştir. Altı aylık bebeklerin tek başına anne sütü ile beslenme oranı 1998 yılında % 13, 2005 yılında % 41 olarak belirlenmiştir.²⁰⁴ Düzce'de emzirme

uygulamaları ile ilgili yapılan bir çalışmada ilk 6 ay tek başına emzirme oranı % 22,4 saptanmıştır.²⁰⁵

Kadınlar için doğum sonrası dönem, oldukça hassas bir dönem olmakla birlikte ve psikiyatrik rahatsızlık risklerinin de arttığı bir dönemdir. Bu psikiyatrik rahatsızlıklar çoğu kez sağlık çalışanları tarafından tespit edilemezken, ileri dönemde anne için olduğu kadar bebek için de hayati risk taşır. Fakat ne yazık ki klinik semptomlarının ağırlaşması dahi teşhis şansını arttırmamaktadır.²⁰⁶

Hormonal dalgalanmaların olduğu gebelik ve laktasyon dönemleri duygudurum bozukluğu olan kadınlar için riskli dönemlerdir. Gebeliğin bu dönemde koruyucu olmadığına yönelik bulgular vardır. Duygudurum bozukluklarından bipolar bozukluk olgularında tanı konup tedaviye başlanması çoğunlukla çocuk doğduktan sonra olmaktadır. Doğum sonrasında duygudurum atak sıklığı % 67 olup, bu atak sıklıkla depresyondur.¹²

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Anne sütü ile beslenme, bebeklerin büyüme ve gelişmeleri açısından oldukça büyük bir öneme sahiptir. Her ne kadar toplumumuzda emzirme oranları yüksek olsa da, ilk 6 ay sadece anne sütü verme konusunda henüz istediğimiz noktaya gelememiş bulunmaktayız. Yapılan çalışmalar bizlere göstermiştir ki; anneye ilgili bir çok faktör anne sütüyle beslenmeyi etkilemektedir. Bu konuda annelerin sosyodemografik ve psikopatolojik özelliklerinin etkisini incelemek amacıyla çalışmamızı planladık. Bu çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar şu şekildedir:

- Araştırmada, araştırma süresi içinde halen Çukurova ilçesinde oturmakta ve 6-12 aylar arasında bebeği olan 284 kadın ile görüşülmüştür.
- Araştırmaya katılan kadınların median yaşları 31,00'dır. İlk 6 ay SAS veren ve vermeyen annelerin yaş ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktu.
- Lise ve üzeri okullardan mezun olan annelerin ilk 6 ay sadece anne sütü verme oranı, lise önce okullardan mezun olan annelere göre anlamlı olarak daha yüksekti.
- Araştırmanın yapıldığı sırada halen çalışan kadınların, çalışmayan veya izinli olan kadınlara göre ilk 6 ay SAS verme oranı anlamlı olarak daha düşüktü.
- Aile büyükleriyle aynı evde yaşayanların ilk 6 ay SAS verme oranı, aynı evde yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktü.
- Planlı olarak gebe kalmanın ilk 6 ay SAS verme üzerine anlamlı bir etkisi bulunamadı.
- Araştırmaya katılan kadınların % 100'ü gebelik sırasında düzenli olarak herhangi bir sağlık kuruluşuna kontrole gitmişti fakat % 66,5'i gittiği sağlık kuruluşunda anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim almıştı. Anne sütü ve emzirme eğitimi almış olan annelerin ilk 6 ay SAS verme oranı, bu eğitimi almayan annelere göre anlamlı olarak daha yüksekti.
- Gebelik sayısının artması, anlamlı olarak ilk 6 ay SAS ile beslenmeyi olumsuz yönde etkilemişti.
- Annenin normal vajinal yolla ve sezaryenle doğum yapmış olmasının, ilk 6 ay SAS ile beslenmeye olan etkisi anlamlı değildi. Fakat normal vajinal yolla

doğum yapmış olan annelerin bebeğini doğum sonrası ilk yarım saat içinde emzirme oranı, sezaryen ile doğum yapmış annelere göre anlamlı olarak daha yüksekti.

- Araştırmaya katılan kadınların % 2,1'inin ikiz bebeği olmuştu.
- Araştırmaya katılan kadınların % 50'si kız bebek sahibi, % 50'si ise erkek bebek sahibi olmuştu. Bebeğin kız veya erkek olmasının ilk 6 ay SAS ile beslenmeye olan etkisi anlamlı değildi.
- Sigara içen annelerin ilk 6 ay SAS verme oranı, sigara içmeyen annelere göre anlamlı olarak daha düşüktü.
- Bebek beslenmesi konusunda aile büyüklerinden etkilenen annelerin ilk 6 ay SAS verme oranı, etkilenmeyen annelere göre anlamlı olarak daha düşüktü.
- Araştırmaya katılan kadınların % 34,5'inin bebeği ilk 6 ay herhangi bir hastalık geçirmişti. Bebeklerin % 10,9'u sarılık, % 12,3'ü ishal, % 6,3'ü üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), % 2,8'i alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE), % 0,7'si idrar yolu enfeksiyonu (İYE), % 1,5'i ise diğer hastalıklardan geçirmişti. Bebeği hastalık geçiren annelerin ilk 6 ay SAS verme oranı, geçirmeyen annelere göre anlamlı olarak daha düşüktü.
- Araştırmaya katılan kadınların % 7,4'ü doğumdan sonra herhangi bir sebeple bebeğinden ayrı kalmıştı. Kadınların % 4,9'u prematüre doğum nedeniyle bebeği yoğun bakımda kalmış, % 1,4'ü yenidoğan sarılığı nedeniyle bebeği yoğun bakımda kalmış, % 0,4'ü diğer hastalıklar nedeniyle bebeği yoğunbakımda kalmış, % 0,7'si ise annedeki herhangi bir hastalık nedeniyle bebeğinden ayrı kalmıştı. Bebeğinden ayrı kalan annelerin ilk 6 ay SAS verme oranı, ayrı kalmayan annelere göre anlamlı olarak daha düşüktü.
- Araştırmaya katılan kadınlardan % 95,8'i bebeğine ilk gelen süt olan kolostrumu (ağız sütü) vermişti ve % 64,1' i doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde bebeğini emzirmişti. Doğum sonrası ilk yarım saat içinde bebeğini emziren annelerin ilk 6 ay SAS verme oranı, ilk yarım saat emzirmeyen annelere göre anlamlı olarak daha yüksekti.
- Meme başı sorunu yaşayan annelerin ilk 6 ay SAS verme oranı, sorun yaşamayan annelere göre anlamlı olarak daha düşüktü.

- Araştırmaya katılan kadınlardan üçü (% 1,1) bebeğini hiç emzirmemişti. Emzirmeme nedeni ise, annelerden birinde meme başının hiç olmaması, birinde annenin sütünün gelmemesi, birinde ise bebeğin emmeyi reddetmesi idi.
- Araştırmaya katılan kadınların % 37,0'si bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermişti. Kadınların % 10,9'u bebeğin birinci ayı içinde, % 11,3'ü ikinci ay, % 11,6'sı üçüncü ay, % 15,1'i dördüncü ay, % 11,6'sı beşinci ay, % 2,5'i ise altıncı ay içinde ek gıdaya başlamışlardı.
- Araştırmaya katılan kadınlardan ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyen annelere baktığımızda, bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü vermeme nedenleri ise, % 45,8'inde annenin sütünün yetersiz geldiğini düşünmesi, % 23,9'unda bebeğin yeteri kadar kilo almaması, % 18,4'ünde annenin çalışmaya tekrar başlaması, % 3,3'ünde anneanne veya babaannenin bebeğe ek gıda vermesi, % 8,4'ünde ise diğer nedenlerdi.
- Araştırmaya katılan kadınlardan ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyenlere baktığımızda, ek gıdaya başlama zamanları % 17,3'ünde 1. ay, % 17,9'unda 2. ay, % 18,4'ünde 3. ay, % 23,9'unda 4. ay, % 18,4'ünde 5. ay, % 3,9'unda ise 6. ay içerisindeydi.
- Araştırmaya katılan kadınlardan ilk 6 ay içinde anne sütü dışında ek gıda veren annelerden, % 77,6'sı bebeğine ek gıdalardan ilk olarak formül mama vermiş olup, % 10,0'u yoğurt, % 3,9'u çorba, % 3,9'u su, % 2,2'si meyve püresi, % 2,2'si ise diğer gıdalardan vermişti.
- Kısa semptom envanterine göre 9 alt ölçek ve ek maddelerden en yüksek puan ortalamasına sahip olan ruhsal belirtiler sırayla depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, anksiyete bozukluğudur ve bu puanlar orta dereceye daha yakındır. En az puan ortalaması olan ruhsal belirti psikotizmdir. Global indekslerden ise rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları orta düzeyin altındadır.
- Araştırmaya katılan kadınlardan bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyenlerin somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm puan ortalamaları ilk 6 ay sadece anne sütü verenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Ölçekte yer alan ek maddeler dışında tüm ruhsal

belirtiler ile annenin bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermesi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

- Bebeğine ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyen kadınların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplamı, semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları, ilk 6 ay sadece anne sütü veren kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Araştırmaya katılan kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışmayanların, somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete, paranoid düşünce puan ortalamaları çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Kadınlardan anket yapıldığı sırada çalışmayanların, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplamı, semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları, çalışan kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Araştırmaya katılan kadınlardan 30-39 yaş grubunda olanların somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete bozukluğu puan ortalamaları, 19-29 yaş grubunda olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Araştırmaya katılan kadınlardan 30-39 yaş grubunda olanların kişiler arası duyarlılık, depresyon ve paranoid düşünce puan ortalamaları, 19-29 ve 40-49 yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan kadınların hostilite ve fobik anksiyete puan ortalamalarında ise yaş grubuna göre anlamlı bir fark bulunamamıştır.
- Araştırmaya katılan kadınlardan 30-39 yaş grubunda olanların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları 19-29 yaş grubunda olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve ek maddeler puan ortalamaları, lise ve üzeri okullardan mezun olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

- Araştırmaya katılan kadınlardan lise öncesi okullardan mezun olanların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplamı, semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları, lise ve üzeri okullardan mezun olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.
- Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle aynı evde yaşayanların obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek maddeler puan ortalamaları, aile büyükleriyle aynı evde yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyükleriyle aynı evde yaşayanların rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplamı, semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları aile büyükleriyle aynı evde yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan kadınlardan sigara içenlerin somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostile, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, puan ortalamaları, sigara içmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan kadınlardan sigara içenlerin rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplamı, semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları sigara içmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Çoklu lojistik regresyon analizinde, obsesif kompulsif bozukluk puanındaki bir birimlik artış ilk 6 ay SAS vermeme riskini 2,56 kat, depresyon puanındaki bir birim artış ise, ilk 6 ay SAS vermeme riskini 8,20 kat artırmaktadır. Ayrıca sigara kullanmak bu riski 19,09 kat, annenin çalışması ise 12,39 kat artırmaktadır.

İnsanın büyüme gelişmesi, özellikle doğumu izleyen ilk 18 aylık dönemde çok hızlı olduğundan, bebek ve küçük çocukların beslenme durumu, çocuğun daha sonraki fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişimi açısından büyük önem taşır. Bu nedenle emzirme, kadın sağlığı ve bebek büyümesi açısından oldukça önemli bir yere sahiptir.

Kadınların ilk 6 ay SAS verme oranının da annenin sosyodemografik ve psikopatolojik bir çok özelliğinin etkili olduğu açıktır. Her zamankinden daha fazla desteğe ihtiyaç duydukları bu dönemde kadınlar, hem aileleri hem sağlık çalışanlarınca

desteklenmelidir. Ayrıca anne sütünün önceliği konusunda sağlık personelinin eğitimi sürdürülmeli ve yaygınlaştırılmalıdır. Annelerin gebelikten itibaren anne sütünün yararları konusunda bilgilendirilmesi, emzirme tekniğinin öğretilmesi, sadece anne sütü ile besleme konusunda cesaretlendirilmesi ve bu durumu olumsuz yönde etkileyecek koşullardan uzak durması için eğitilmesi gereklidir.

Anne sütü ile beslenme oranlarının artırılması için sadece annelerin anne sütü ve emzirmenin faydaları konusunda eğitilmesi yeterli değildir. Anneler kadar toplumun da özellikle çalışan kadınlar için işverenlerin de bu konuda eğitilmesi ve emziren anneleri desteklemeleri sağlanmalıdır. Çalışan anneler için işyerlerinde bebeklerini emzirebilecekleri veya sütlerini sağıp saklayabilecekleri uygun ortamın sağlanması, gerekirse hükümetler tarafından bu konuyla ilgili yasal düzenlemeler yapılması anne sütü ile beslenme oranlarını arttıracaktır.

Ülkemizdeki gerek sadece anne sütü ile besleme, gerekse toplam anne sütü verme süreleri gelişmiş ülkeler seviyesinin üzerine çıkartılmalı, bu konuda aileler cesaretlendirilmelidir. Özellikle çalışan annelerin yeterli süre ve kaliteli bir şekilde anne sütü verebilmeleri için aileleri ve toplum tarafından desteklenmeleri ve gerekli yasal kolaylıkların sağlanması çok önemlidir.

İlk 6 ay sadece anne sütü vermeme konusunda riskli olanlar, çalışan, sigara içen, aile büyükleriyle birlikte yaşayan, eğitim düzeyi düşük, bebeği hastalık geçiren veya bebeğinden ayrı kalan, psikolojik olarak sorunlar yaşayan annelerdir. Anne sütü ve emzirme eğitimi verilirken bu gruptaki annelere daha dikkatli yaklaşılmalıdır.

Sadece anne sütü ile beslenme konusunda Halk Sağlığı Kurumu ve Kamu Hastaneler Birliği, hekimlerine ve yardımcı sağlık personeline bu konuda eğitim vererek, annelere gereken hassasiyetin gösterilmesini sağlamalıdır. Özellikle aile hekimleri annelere, anne sütünün önemi konusunda gerekli uyarılarda bulunmalıdır. Bebek Dostu Hastanelerin, üzerine düşen görevi yerine getirip getirmediği, yetkililer tarafından denetlenmelidir.

Gelecek nesillerin büyüme ve gelişmesine katkı sağlayabileceğini düşünerek planladığımız bu çalışmamız sonucunda, annelere verilecek sağlık hizmetlerinin büyük öneme sahip olduğunu bir kez daha görmüş bulunmaktayız.

KAYNAKLAR

1. **Özbaş S.** Anne Sütü ile Beslenmenin Sürdürülmesi. 9. Uluslararası Katılımlı Beslenme ve Metabolizma Kongresi. İstanbul, Türkiye. s.78–81, **2007**.
2. **Cangöl E, Şahin NH.** Factors affecting breastfeeding and breastfeeding counselling. *Med Bull Zeynep Kamil* **2014**; 45:100-105.
3. **Arora S, McJunkin J, Wehrer J, Kuhn P.** Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics* **2000**; 106:67-72.
4. **Tanrıverdi S, Köroğlu ÖA, Kültürsay N, Egemen A.** Mothers' opinions and attitudes about the factors increasing breast milk. *J Pediatr Res* **2014**; 1:84-86.
5. Ten facts on breastfeeding, World Health Statistics. (Erişim Tarihi: 12.10.2016) Erişim: URL: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en>
6. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara 2013. (Son Erişim Tarihi Şubat 2017). Erişim: URL: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
7. **Ünsal H, Altıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H.** Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* **2005**; 48:226-33.
8. **Betrini G, Perugi S, Dani C, Rezzati M, Trochini M, Rubaltelli FF.** Maternal education and the incidence and duration of breastfeeding: A prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* **2003**; 37(4):447-452.
9. **Forster D, McLachlan H, Lumley J, Beanland C.** Attachment to the breast and family attitudes to breastfeeding. The effect of breastfeeding education in the middle of pregnancy on the initiation and duration of breastfeeding: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* **2003**; 3(5):1-12.
10. **O'Hara M, Swain A.** Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. **1996**; 8:37-54.
11. **Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC.** Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess* **2005**; 119:1-8.
12. **Kesebir S, Etlik AA.** Üreme hormonları ve duygudurum bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry* **2010**; 2:281-307.
13. **Green J, Murray D.** The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria. *In Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*:180-198. London, United Kingdom, Gaskell, **1994**.
14. **Seimyr L, Edhborg M, Lundh W, Sjogren B.** In the shadow of maternal depressed mood: experiences of parenthood during the first year after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* **2004**; 25:23-34.
15. **Pippins JR, Brawarsky P, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Haas JS.** Association of breastfeeding with maternal depressive symptoms. *J Womens Health (Larchmt)* **2006**; 15:754-762.

16. **Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I.** The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* **2006**; 35:87-97.
17. **McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W.** Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med* **2006**; 160:279-284.
18. **Papinczak TA, Turner CT.** An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeed Rev* **2000**; 8:25-33.
19. **Bick DE, MacArthur C, Lancashire RJ.** What influences the uptake and early cessation of breast feeding? *Midwifery* **1998**; 14:242-247.
20. **Cooper PJ, Murray L, Stein A.** Psychosocial factors associated with the early termination of breast-feeding. *J Psychosom Res* **1993**; 37:171-176.
21. **Misri S, Sinclair DA, Kuan AJ.** Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship. *Can J Psychiatry* **1997**; 42:1061-1065.
22. **Kent JC.** How Breastfeeding Works. *J Midwifery Womens Health* **2007**; 52:564-570
23. **Paramasium K, Michie C, Opara E, Jewell AP.** Human Breast Milk İmmunology: A review. *Int J Fertil Womens Med* **2006**; 51:208-17
24. **Goldman AS.** The immune system in human milk and the developing infant. *Breastfeed Med* **2007**; 2:195-204.
25. Infant and young child feeding. A tool for assessing national practices, policies and programmes. WHO 2003 http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/icyf.pdf (erişim tarihi: 18.07.2007)
26. Breastfeeding rates, OECD (Son Erişim Tarihi: Ağustos 2016). Erişim: URL: <http://www.oecd.org/els/family/43136964.pdf>
27. **Özalp İ.** Anne Sütü ve Anne Sütü İle Beslenme. *Katkı Pediatri Dergisi* **1996**; (1):37-53
28. **Köksal O.** Anne sütünün bebek beslemesindeki önemi ve süresi. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni* **1980**; 1(4):5-6.
29. **Bernardo L, José C, Cesar G.** Evidence on the long-term effects of breastfeeding. *World Health Organization* **2007**; 52
30. **Lawrence RA, Lawrence RM.** Management of the mother-infant nursing couple. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. **1999**; 255-316.
31. Emzirme Teknikleri Nelerdir? (Published 2014 June 21) Available from: URL: <http://gebelikvehesaplama.com/emzirme-teknikleri-nelerdir/bebekemzirme-teknikleri-3>
32. **Kearney MH, Cronenwett L.** Breastfeeding and employment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* **1991**; 20(6):471-80.
33. **Vestermarck V, Høgdall CK, Plenov G, Birch M, Toftager-Larsen K.** The duration of breast-feeding. A longitudinal prospective study in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health* **1991**; 19(2):105-9.

34. **Raisler J.** Midwifery care research: what questions are being asked? What lessons have been learned?. *Journal of Midwifery & Women's Health* **2000**; 45(1):20-36.
35. **Hoyer S, Pokorn D.** The influence of various factors on breast feeding in Slovenia. *advanced nursing* **1998**; 27(6):1250-6.
36. **Powers NG, Slusser W.** Breastfeeding update 2: clinical lactation management. *Pediatrics in Review* **1997**; 18:147-61.
37. **Aygül A, Kaya T, Nur S.** Determination of Breastfeeding Behaviors of Mothers and Influencing Factors. *TAF Preventive Medicine Bulletin* **2007**; 6.
38. **Mezzacappa ES, Katkin ES.** Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology* **2002**; 21(2):187.
39. **Moran VH, Dinwoodie K, Bramwell R, Dykes F.** A critical analysis of the content of the tools that measure breast-feeding interaction. *Midwifery* **2000**; 16(4):260-8.
40. **Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, Healy GN.** Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation* **2004**; 20(1):30-8.
41. **Horta, B. L., Victora, C. G.** Long-term effects of breastfeeding-a systematic review. *World Health Organization* **2013**
42. **Thurman SE, Allen PJ.** Integrating lactation consultants into primary health care services: are lactation consultants affecting breastfeeding success?. *Pediatric nursing* **2008**; 34(5):419.
43. **Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE.** Support for breastfeeding mothers (Review). *Cochrane Database Syst Rev* **2007**; 1:CD001141.
44. **Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ.** Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* **2005**; 2(2).
45. **Sökücü FY, Aslan E.** Kadının Çalışma Durumunun Emzirmeye Etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* **2012**; 20(1):62-8.
46. **Peregrin T.** Education, peer counseling, and paternal support: three ways to encourage a healthful breastfeeding schedule. *Journal of the American Dietetic Association* **2002**; 102(7):943.
47. Anne sütüyle ilgili gerçekler, UNİCEF (Erişim Tarihi: 05.08.2016) Erişim: URL: <http://www.unicef.org/turkey/ir/ mc29.html>).
48. **Özbaş S.** Anne Sütü ile Beslenmenin Sürdürülmesi. 9. Uluslararası Katılımlı Beslenme ve Metabolizma Kongresi. İstanbul Türkiye, **2007**: 78–81.
49. **Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U.** Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* **2005**; 116(5):702–8.
50. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Ankara
51. Halk Sağlığı Kurumu. Erişim: http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/05/Stratejik_Plan_2014-2017.pdf

52. **Kurtuluş YE, Tezcan S.** Bebeklerin beslenme alışkanlıkları, çocukların ve annelerin beslenme durumu. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması* **2003**; 12:141–55.
53. **Kumar D, Goel NK, Mittal PC, Mısra P.** Influence of infant feeding practices on nutritional status of underfive children. *Indian J Pediatr* **2006**; 73:417–21.
54. **Kavuncuğlu S, Akın MA, Aldemir H.** Bebek dostu hastanede emzirme eğitimi ve anne sütü ile beslenmeye etkisi. *Ege Pediatri Bülteni* **2005**; 12(3):147–50.
55. **Meyers D.** Promoting and supporting breastfeeding. *Am Fam Physician* **2001**; 64:981–8.
56. **Khassawneh M, Khader YS, Amarin ZO, Alkavajei A.** Knowledge, attitude and practice of breastfeeding in the North Jordan: A cross- sectional study. *Int Br J* **2006**; 1:44–56.
57. **Ludvigsson FJ.** Breastfeeding in Bolivia- information and attitudes. *BMC Pediatrics* **2003**; 3:123–36.
58. **Erdem G, Ergin H, Saraçel M, Yurdakök M, Tekinalp G.** Anne sütü ile beslenme izlem çalışması. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* **1995**; 38:305–19.
59. **Bağ Ö, Yaprak I, Halicioğlu O, Parlak Ö, Harputoğlu N, Astarcioglu G.** Annelerin anne sütü hakkındaki bilgi düzeyi ve sadece anne sütü ile beslenmeyi etkileyen psikososyal Faktörler. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi* **2006**; 16(2):63–70.
60. **Chang JH, Chan, WT.** Analysis of factors associated with initiation and duration of breastfeeding: A study in Taitung Taiwan. *Acta Paediatr Taiwan* **2003**; 44(1):29–34.
61. **Hofvander Y.** Why women don't breastfeed: a national survey. *Acta Paediatr* **2003**; 92(11): 1243–4.
62. **Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E.** Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. Department Health Sciences, University of Skoude, Sweeden. *J Hum Lact* **2003**; 19:172–8.
63. **Noble L, Hand I, Haynes D, McVeigh T, Kim M, Yoon JJ.** Factors influencing initiation of breastfeeding among urban women. *Am J Perinatol* **2003**; 20(8):477–83.
64. **Atıcı A, Polat S, Turhan AH.** Anne Sütü ile Beslenme. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* **2007**; 3(6):1–5.
65. **Tansuğ N, Yılmaz Ö, Kasırga E, İkizoğlu HT, Gözmen S, Şerifhan M, Pesenvural Ş.** Manisa Bölgesinde Emzirme Uygulamaları. *Ege Pediatri Bülteni* **2006**; 13(3):155–61.
66. **Guyton AC.** Textbook of Medical Physiology. W.B. Saunders Company, Philadelphia, **1981**; 201-268.
67. **Coşkun T** Çocuk Beslenmesinde Temel İlkeler. Anne sütü ve anne sütü ile beslenme. *Katki Pediatri Dergisi* **1996**; 1:7-37.
68. **Gaull GE, Wright CE, Isaacs CE.** Significance of growth modulators in human milk. *Pediatrics* **1985**; 75:142-45
69. **Lonnerdal B.** Nutritional and physiologic significance of human milk proteins. *Am J Clin Nutr* **2003**; 77:1537S-1543S
70. **Lammi-Keefe CJ.** Lipids in human milk. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* **1984**; 3:172-98.

71. **Jensen RG, Hagerty MM, McMahon KE.** Lipit of human milk and infant formulas. *Am J Clin Nutr* **1978**; 31:990-1016.
72. **Copa GV, Pierani P, Zampini L, Carloni I, Carlucci A, Gabrielli O.** Oligosaccharides in human milk during different phases of lactation. *Acta Pediatr Suppl* **1999**; 430:iv.
73. **Hambreas L.** Prioritary milk versus human breast milk in infant feeding. *Pediatr Clin N Amer* **1977**; 27:17.
74. **Lonnerdal B.** Effects of maternal dietary intake on human milk composition. *J Nutr* **1986**; 116:499-513.
75. **Bosscher D, Van Caillie-Bertrand M, Robberecht H, [Van Dyck K](#), [Van Cauwenbergh R](#), [Deelstra H](#).** In vitro availability of calcium, iron, and zinc from first-age infant formulae and human milk. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* **2001**; 32:54-8.
76. **Schams D, Karg H.** Hormones in milk. *Ann N Y Acad Sci* **1986**; 464:75-86.
77. **Koldocsky O.** Hormonally active peptides in human milk. *Acta Pediatr Suppl* **1994**; 402:89-93.
78. **Kiersen JA, Dimatteo DM, Locke RG.** Ghrelin and cholecystokinin in term and preterm human breast milk. *Acta Pediatr* **2006**; 95:991-5.
79. **Coşkun T.** Anne sütü ile beslenme. Tunçbilek E. (editör). Çocuk sağlığı temel bilgiler. 3. baskı, Ankara. **1995**: 19-46.
80. **Miyazawa K, Mantel C, Lu L.** Lactoferrin lipopolysaccharide interactions: Effect of lactoferrin binding to monocyte-macrophage differentiated HL-60 cells. *J Immunol* **1991**; 146:723.
81. **Hamosh M.** Protective functions of proteins and lipits in human milk. *Biol Neonate* **1999**; 74:163.
82. **Tat'yana GK, Svetlana EB, Dmitry VS.** Multiple enzymic activities of human milk lactoferrin. *Eur J Biochem* **2003**; 270:3353-61.
83. **Kelleher SL, Lonnerdal B.** Immunological activities associated with milk. *Adv Nutr Res* **2001**; 10:39-65.
84. **Chandra RK.** Immunological aspects of human milk. *Nutr Rev* **1978**; 36:265.
85. **Xanthou M, Bines J, Walker WA.** Human milk and intestinal host defense in newborns: an update. *Adv Pediatr* **1995**; 42:171-208.
86. **Giovanni VC, Orazio G, Pierluigi G.** Preliminary study of breastfeeding and bacterial adhesion touroepithelial cells. *Lancet* **1990**; 335:569-1.
87. **Hancock JT, Salisbury V, Cristina M.** Antimicrobial properties of milk:Dependence on presence of xanthine oxidase and nitrite. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy* **2002**; 46:3308-10.
88. **DiFranza JR, Lew RA.** Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *J Fam Pract* **1995**, 40(4):385-94.
89. **Venners Sa, Wang X, Chen C, Wang L, Chen D, Guang W, Huang A, Ryan L, O'Connor J, Lasley B, Overstreet J, Wilcox A, Xu X.** Paternal smoking and pregnancy loss: a prospective study using a biomarker of pregnancy. *Am J Epidemiol* **2004**; 159,(10):993-1001.
90. **Higgins S.** Smoking in pregnancy. *Curr Opin Gynecol* **2002**; 14(2):145-151.

91. **Haglund B, Cnattingius S.** Cigarette smoking as a risk factor for sudden infant death syndrome: a population based study. *Am J Public Health* **1990**; 80:29-32.
92. **Brook JS, Brook DW, Whiteman M.** The influence of maternal smoking during pregnancy on the toddler's negativity. *Arch Pediatr Adolesc Med* **2000**; 154:381-385.
93. **Saarinén UM, Kajosaari M.** Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet* **1995**; 346:1065-9.
94. **Hasan SU.** ATS statement-cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* **1996**; 154:1579-80.
95. **Duff A, Pomeranz E, Gelber L, Price GW, Farris H, Hayden FG, Platts-Mills TA, Heymann PW.** Risk factors for acute wheezing in infant and children: viruses, passive smoke and IgE antibodies to inhalant allergen. *Pediatrics* **1993**; 92:535-534.
96. **Chang MY, Hogan AD, Rakes CP.** Salivary cotinine levels in children presenting with wheezing to an emergency department. *Ped Pulmonol* **2000**; 29:257-263.
97. **Yalçın S.** Büyümenin izlenmesi. *Katkı dergisi* 2003; 25(1),43-61.
98. **Galler J, Harrison R, Ramsey F, Chawla S, Taylor J.** Postpartum feeding attitudes, maternal depression, and breastfeeding in Barbados. *Infant Behav Dev* **2006**; 29:189- 203.
99. **Çavuşoğlu H.** Çocuk sağlığı ve hemşireliği, Bizim bürobasımevi, Ankara, **2001**
100. **Aidam BA, Perz-Escamilla R, Lartey A, Aidam J.** Factors associated with exclusive breastfeeding in Accra, Ghana. *Eur J Clin Nutr* **2005**; 59: 789-796.
101. **Ladomenou F, Kafatos A, Galanakis E.** Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatr* **2007**; 96:1441-1444.
102. **Santo LC, de Oliveira LD, Giugliani ER.** Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth* **2007**; 34:212-219.
103. **Vogel A, Hutchison BL, Mitchell EA.** Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr* **1999**; 88:1320-1326.
104. **Howard CR, Howard FM, Langhear B, Eberly S.** Randomized clinical trial of pacifier use and and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* **2003**; 111:511-8.
105. **Can E, Süleymanoğlu S, Aydınöz S, Meral C, Karademir F, Özkaya H, Göçmen İ.** Bir eğitim hastanesinde anne sütü ve D vitamini bilincinin değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi* **2008**; 8(1):37-9.
106. **Ryan AS, Rush D, Knieger FW, Lewandowski GE.** Recent declines in breastfeeding in the United States, 1984 through 1989. *Pediatrics* **1991**; 88:719-27.
107. **Kuriniş N, Shiono PH.** Early formula supplementation of breastfeeding. *Pediatrics* **1991**; 88:745-50.
108. **Hörnell A, Aarts C, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M.** Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Upsalla, Sweden. *Acta Paediatr* **1999**; 88:203-11.
109. **Haug K, Irgens LM, Baste V, Marksetad T, Skjaerven R, Schreuder P.** Secular trends in breastfeeding and parental smoking. *Acta Paediatr* **1998**; 87:1023-7.

110. **Tucker H.** Lactation and its hormonal control. In *Physiology of Reproduction Vol. 2* (Eds E Knobil, JD Neill):1065-1098. New York, Raven Press, **1994**.
111. **Grattan DR.** Behavioural significance of prolactin signalling in the central nervous system during pregnancy and lactation. *Reproduction* **2002**; 123:497-506.
112. **Freeman ME, Kanyicska B, Lerant A, Nagy G.** Prolactin structure, function, and regulation of secretion. *Physiol Rev* **2000**; 80:1523-1631.
113. **Noel MB, Woodside B.** Effects of systemic and central prolactin injections on food intake, weight gain, and estrous cyclicity in female rats. *Physiol Behav* **1993**; 54:151-154.
114. **McNeilly AS.** Suckling and the control of gonadotropin secretion. In *Physiology of Reproduction Vol. 2* (Eds E Knobil, JD Neill): 1179-1212. New York, Raven Press, **1994**.
115. **Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G, Riad-Fahmy D.** The hormonal environment of postnatal depression. *Br J Psychiatry* **1989**; 154:660-667.
116. **Asher I, Kaplan B, Modal I, Nari A, Valeuski A, Weizman A.** Mood and hormonal changes during late pregnancy and puerperium. *Clin Exp Obstet Gynecol* **1995**; 22:321-325.
117. **George AJ, Copeland JRM, Wilson KCM.** Serum prolactin and the postpartum blues syndrome. *Br J Pharmacol* **1980**; 70:102-103.
118. **Abou-Saleh MT, Ghubash R, Karim L, Krymski M, Bhai I.** Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology* **1998**; 23:465-475.
119. **Uvnäs-Moberg K.** Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology* **1998**; 23:819-835.
120. **Uvnäs-Moberg K.** Antistress pattern induced by oxytocin. *News Physiol Sci* **1998**; 13:22-26.
121. **Uvnäs-Moberg K, Eriksson M.** Breastfeeding: physiological, endocrine and behavioural adaptations caused by oxytocin and local neurogenic activity in the nipple and the mammary gland. *Acta Paediatr* **1996**; 85:525-530.
122. **Uvnäs-Moberg K, Posloncec B, Åhlberg L.** Influence on plasma levels of somatostatin, gastrin, glucagon, insulin and VIP-like immunoreactivity in peripheral venous blood of anesthetized cats induced by low intensity afferent stimulation of the sciatic nerve. *Acta Physiol Scand* **1986**; 126:225-230.
123. **Widström AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnäs-Moberg K, Werner S, Winberg J.** Short-term effects of early suckling on maternal behaviour and breast-feeding performance. *Early Hum Dev* **1990**; 21:153-163.
124. **Nissen E, Uvnäs-Moberg K, Svensson K, Stock S, Widström AM, Winberg J.** Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Hum Dev* **1996**; 45:103-118.
125. **Nissen E, Gustavsson P, Widström AM, Uvnäs-Moberg K.** Oxytocin, prolactin and cortisol levels in response to nursing in women after Sectio Caesarea and vaginal delivery-relationship with changes in personality patterns post partum. *J Psychosom Obstet Gynaecol* **1998**; 19:49-58.
126. **Carter CS.** Oxytocin and sexual behavior. *Neurosci Biobehav Rev* **1992**; 16:131-144.
127. **Cooper P, Murray L.** Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry* **1995**; 166:191-195.

128. **Hart S, Field T, Nearing G.** Depressed mothers' neonates improve following the MABI and a Brazelton demonstration. *J Pediatr Psychol* **1998**; 23:351-356.
129. **Weinberg MK, Tronick EZ.** Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics* **1998**; 102:1298-1304.
130. **Murray L, Woolgar M, Cooper P, Hipwell A.** Cognitive vulnerability to depression in 5-year-old children of depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry* **2001**; 42:891-899.
131. **Rahman A, Harrington R, Bunn J.** Can maternal depression increase infant risk of illness and growth impairment in developing countries? *Child Care Health Dev* **2002**; 28:51-56.
132. **Gülseren L.** Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* **1999**; 10(2),58-67.
133. **Uyar S.** Postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması. (Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Enstitüsü), **2005**
134. **Aşkın R.** (1999) Depresyon El Kitabı (2. Baskı), Roche Mühtazaları, Konya.
135. Amerikan psikiyatri birliği(1998) mental bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı DSM-IV (Dördüncü baskı). (çev.ed: Köroğlu E.,) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
136. **Kum N.** Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Birlik Ofset Limited Şirketi, İstanbul **1996**
137. **Alper Y, Bayraktar E, Karaçam Ö.** Herkes İçin Psikiyatri, Kaya Matbaası, İstanbul 2000
138. **Öztürk O.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2002
139. **Güleç C, Köroğlu E.** Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1998
140. **Berenzon S, Juarez F.** Mental health Services to Poor Patients with Affective Disorders in Mexico City, *Rev Saude Publica* **2005**; 39(4):619-26
141. **Şahin HN, Batgün DA.** Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlilik, Güvenirlilik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2002**; 13(2):125-135
142. <http://www.cukurova.gov.tr/cografi-yapi>
143. SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 19 For Windows
144. **Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Wojdan-Godek E.** Factors affecting exclusive breastfeeding in Poland: cross-sectional survey of population-based samples. *SozPraventivmed* **2005**; 50(1):52-59.
145. **Meedya S, FahyK, Kable A.** Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth* **2010**; 23(4):135-145.
146. **Mitra AK, Khoury AJ, Hinton AW, Carothers C.** Predictors of breastfeeding intention among low-income women. *Matern Child Health J* **2004**; 8(2):65-70.
147. **Stuebe AM, Bonuck K.** What predicts intent to breastfeed exclusively Breastfeeding knowledge, attitudes, and beliefs in a diverse urban population. *Breastfeed Med* **2011**; 6 (6):413-420.
148. **O'Brien M, Buikstra E, Hegney D.** The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *J Adv Nurs* **2008**; 63(4): 397-408.

149. **Fairlie TG, Gillman MW, Rich-Edwards J.** High pregnancy-related anxiety and prenatal depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed and breastfeeding initiation. *J Womens Health (Larchmt)* **2009**; 18(7): 945-53.
150. **Ystrom E.** Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC pregnancy and childbirth* **2012**; 12(1): 36.
151. **Şahin G.** Emziren annelerin emzirme ile ilgili bilgi, uygulama ve Davranışlarının değerlendirilmesi. İstanbul Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. *Uzmanlık Tezi*, İstanbul, **2008**.
152. **Gijsbers B, Mesters I, Knottnerus A, Van Schayck CP.** Factors associated with the duration of exclusive breast-feeding in astmatic families. *Health Education Research* **2008**; 23(1):158-169.
153. **Örün E, Yalçın SS, Madendağ Y, Eras ZÜ, Dursun A, Mutlu B, Kutluk Ş, Yurdakök K.** Annelerin sosyodemografik ve psikopatolojik özellikleri ile bebeklerini ilk 1,5 ayda sadece anne sütü ile besleme durumlarına etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* **2009**; 52(4).
154. **Durmuş N.** 0-2 Yaş Arası Bebeklerin, Annelerinin Gebelik ve Perinatal Dönemlerinin, Sosyodemografik Özelliklerinin İlk Altı Ay Sadece Anne Sütü İle Beslenmeye Etkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2009**
155. **Skafida V.** Juggling work and motherhood: The impact of employment and maternity leave on breastfeeding duration – a survival analysis on Growing Up in Scotland Data. *Maternal and Child Health Journal* **2011**; 16(12):519-527.
156. **Stewart Glenn J.** Knowledge, perceptions, and attitudes of managers, coworkers, and employed breastfeeding mothers. *AAOHN J* **2008**; 56(10): p. 423-9; quiz 430-1.
157. **Jacknowitz A.** Understanding Gains In Breastfeeding Rates. *Women's Health Issues* **2006**; 16:101-3.
158. **Gatrell CJ.** Secrets and lies: Breastfeeding and professional paid work. *Social Science & Medicine* **2007**; 65: 393-404.
159. **Goldade K, Nichter M, Nichter M, Adrian S, Tesler L, Muramoto M.** Breastfeeding and smoking among low-income women: results of a longitudinal qualitative study. *Birth* **2008**; 35: 230-240.
160. **Jihong L, Kenneth D, Rosenberg MD, Alfredo P, Sandoval MS.** Breastfeeding Duration and Perinatal Cigarette Smoking. *American Journal of Public Health* **2006**; 96(2):309-314.
161. **Amir LH, Donath SM.** Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? The epidemiological evidence. *Birth* **2002**; 29(2):112-123.
162. **Reitzel LR, Viridine JI, Li Y, Mullen PD, Velasquez MM, Cinciripini PM, Ofta- Woerpel L, Greisinger A, Wetter DW.** The influence of subjective social status on vulnerability to postpartum smoking among young pregnant women. *Am J Public Health* **2007**; 97(8):1476-82.
163. **Kahn RS, Certasn L, Whitaker R.** A reexamination of smoking before, during and after pregnancy. *Am J Public Health* **2002**; 92(11):1801-8.
164. **İnce T, Kondolot M, Yalçın, SS, Yurdakök K.** Annelerin emzirme danışmanlığı alma durumları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* **2010**; 53(3).

165. **Koturoğlu G, Akşit S, Kurugöl Z.** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Polikliniği'nde izlenen bebeklerin yatış pozisyonunun değerlendirilmesi Orijinal Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi* **2004**; 39(2).
166. **Çetinkaya F.** Kayseri'de Kentsel Alanda 12-36 Aylık Çocuklarda Anne Sütü Alma Durumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* **1999**; 42: 375-88.
167. **Kang JS, Choi SL, Ryu EJ.** Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies* **2007**
168. **Çakmak H, Kuğuoğlu S.** Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: an observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *International journal of nursing studies* **2007**; 44(7):1128-37.
169. **Heck KE, Schoendorf KC, Chávez GF, Braveman P.** Does Postpartum Length of Stay Affect Breastfeeding Duration? A Population *Breastfeeding* **2008**; 30(3):153-9.
170. **Karatoprak N, Yazar S, Sönmez ÖZE, Nuhoglu Ç, Yavrucu S, Özgüner A.** Anne Sütü ile Beslenmeye Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi* **2003**; 3(1):44-48.
171. **Akyüz A, Kaya T, Şenel N.** Annenin Emzirme Davranışının ve Emzirmeyi Etkileyen Durumların Belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* **2007**; 6(5):331-335
172. **Merten S, Dratva J, Ackermann- Liebrich U.** Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* **2005**; 116 (5): 702-8
173. **Duyan ÇA, Özkan S, Yüksel D, Paslı F, Şahin F, Beyazova U.** The effect of the baby – friendly hospital initiative on long-term breastfeeding. *Int J Clin Pract* **2007**; 61(8):1251-5.
174. **Çetin F, Güneş G, Karaoğlu L, Üstün Y.** Turgut Özal Tıp Merkezinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma ve Emzirmeye Başlama Durumları ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2005**; 12(4) :247- 252
175. **Tunçel EK, Dünder C, Canbaz S, Pesken Y.** Bir Üniversite Hastanesine Başvuran 0-24 Aylık Çocukların Anne Sütüyle Beslenme Durumlarının Saptanması. *C.Ü. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi* **2006**; 10-1.
176. **Koç I, Tezcan S.** Gebelerin Emzirmeye İlişkin Tutumları ve Emzirme Tutumunu Etkileyen Bazı Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2005**; 1-13.
177. **Varol D.** Doğum Sonrası 6 Ay Boyunca Sürdürülen Emzirme Eğitiminin Tek Başına Anne Sütüyle Beslenme Süresine ve Büyümeye Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, *Doktora Tezi*, İstanbul **2004**
178. **Groleu D, Souliere M, Kirmayer LJ.** Breastfeeding and the cultural configuration of social space among Vietnamese immigrant woman. *Health & Place* **2006**; 12:516-26.
179. **Yokoyama Y, Ooki S.** Breastfeeding and bottle-feeding of twins, triplets and higher order multiple births. *Japanese Journal of Public Health* **2004**; 51(11):969-974.
180. **Yokoyama Y, Wada S, Sugimoto M, Katayama M, Saito M, Sono J.** Breastfeeding rates among singletons, twins and triplets in Japan. *Twin Res Hum Genet* **2006**; 9(2):298-302.
181. **Damato EG, Dowling DA, Madigan EA.** Thanattherakul C. Duration of Breastfeeding for Mothers of Twins. *JOGNN Clinical Research* **2005**; 34:201-209.

182. **Karaçam Z.** Factors affecting ezclusive breastfeeding of healthy babies aged zero to four months: a community-based study of Turkish women. *Journal of Clinical Nursing* **2008**; 17: 341-9.
183. **Franca MC, Giugliani ER, Oliveira LD, Weigert EM, Santo LC, Köhler CV, Bonilha AL.** Bottle feeding during the first month of life: determinants and effect on breastfeeding technique. *Rev Saude Publica* **2008**; 42: 607-614.
184. **Yıldız A, Baran E, Akdur R, Ocaktan E, Kanyılmaz O.** Bir sağlık ocağı bölgesinde 0–11 aylık bebekleri olan annelerin emzirme durumları ve etkileyen faktörler. 11. Halk Sağlığı Kongresi. s.1–14, Denizli, 2007.
185. **Samlı G, Kara B. and Ünalın PC, Samlı B, Sarper N, Gökalp AS.** Annelerin emzirme ve süt çocuğu beslenmesi konusundaki bilgi, inanış ve uygulamaları: Niteliksel bir araştırma. *Marmara Med J* **2006**; 19: 13-20.
186. **İbn-i Sina El-Kanun Fi't-Tıb**, Birinci Kitap; Çeviren Prof. Dr. Esin Kahya; Ankara **1995**; Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Atatürk Kültür Merkezi, Sayı: 103, Külliyyatlar Dizisi, Sayı:5, sayfa:229-242
187. **Öncü Ü, Nalbantoğlu B, Güzel, E, Nalbantoğlu, A, Demirsoy U, Çakan M.** Bir-Beş Yaş Arası Çocukların Persantillerine Ailenin Sosyoekonomik Düzeyinin ve Annenin Beslenme Konusundaki Bilgisinin Etkisi. *Journal of the Child/Cocuk Dergisi* **2011**; 11(2).
188. **Hasselmann MH, Werneck GL, Cardim da Silva CV.** Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro* **2008**; 24(Sup 2):S341–52.
189. **Henderson JJ, Evans SF, Straton JY, Priest SR, Hagan R.** Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth Berkeley* **2003**; 30(3):175–80.
190. **Hurley KM, Surkan PJ, Black MM.** Maternal depression and child growth in developing countries: a focus on the postnatal period. In: Preedy VR, editor. Handbook of growth and growth monitoring in health and disease. *New York: Springer* **2012**; 2023–46.
191. **Green K, Broome H, Mirabella J.** Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychol Health Med* **2006**; 11:425-431.
192. **Dennis CL, McQueen K.** Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr* **2007**; 96:590-594.
193. **Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Heartwell SF, Leveno KJ.** Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* **2001**; 158:1856-63.
194. **Gross KH, Wells CS, Radigan-Garcia A, Dietz PM.** Correlates of self-reports of being very depressed in the months after delivery: results from the pregnancy risk assessment monitoring system. *Maternal and Child Health Journal* **2002**; 6(4):247-53.
195. **Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Lee HJ, Culhane JF.** Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics* **2004**; 113: e523-e529.
196. **Lee HJ, Rubio MR, Elo IT, McCollum KF, Chung EK, Culhane JF.** Factors associated with intention to breastfeed among low-income, inner-city pregnant women. *Matern Child Health J* **2005**; 9: 253-261.
197. **Dökmen ZY.** Çalışma durumları farklı üç grup kadında ruh sağlığı, kontrol odağı inancı ve cinsiyet rolü. *Türk psikoloji dergisi* **2003**; 111-124.

198. **İnandı T, Elci OC, Ozturk A, Eğri M, Polat A, Şahin TK.** Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology* **2002**; 31:1201-7.
199. **Ekemen N,** 15-49 Yaş Dönemindeki Kadınlarda Kısa Semptom Envanteri İle Ruhsal Durumun Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, **2006**
200. **Fergusson DM, Goodwin RD, Horwood LJ.** Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study. *Psychol Med* **2003**; 33(8):1357-67.
201. **Brown C, Madden PA, Palenchar DR, Cooper-Patric L.** The association between depressive symptoms and cigarette smoking in an urban primary care sample. *Int J Psychiatry Med* **2000**; 30(1):15-26.
202. **van Doesum KT, Hosman CM, Riksen-Walraven JM, Hoefnagels C.** Correlates of depressed mothers' sensitivity toward their infants: the role of maternal, child, and contextual characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2007**; 46(6):747-56.
203. **Duran S.** Ebe ve Hemşirelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebeklerini Anne Sütü ile Beslenme Davranışlarına Etkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Edirne, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; **2008**.
204. **Uzunhan TA, Işık E, Karabayır N, Gökçay G, Baysal US.** Bir Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde Emzirme Oranlarının Yıllara Göre Değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi* **2007**; 7(3):166-172.
205. **Yeşildal N, Aytar G, Kocabay K, Mayda AS, Dağlı SC, Bahçebaşı T.** Breastfeeding practices in Duzce, Turkey. *J Hum Lact* **2008**; 24(4):393-400.
206. **Heneghan AM, Silver EJ, Bauman LJ, Stein REK.** Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms? *Pediatrics* **2000**; 106:1367-73

EKLER

Ek 1:Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

ADANA İLİ ÇUKUROVA İLÇESİNDEKİ ANNELERİN İLK 6 AY SADECE ANNE SÜTÜ VERME DURUMLARINA SOSYODEMOGRAFİK VE PSİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN ETKİSİ

Ben Didem Ata Yüzügüllü. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D’nda doktor olarak çalışmaktayım. ‘ADANA İLİ ÇUKUROVA İLÇESİNDEKİ ANNELERİN İLK 6 AY SADECE ANNE SÜTÜ VERME DURUMLARINA SOSYODEMOGRAFİK VE PSİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN ETKİSİ’’ konulu bir çalışma yapıyorum. Sizinle konuşmak, bu konuda bazı sorular sormak istiyorum.

Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

Dr. Didem Ata Yüzügüllü

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

**TARİH
AD-SOYADI**

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

Ek 2:Anket Formu

ADANA İLİ ÇUKUROVA İLÇESİNDEKİ ANNELERİN İLK 6 AY SADECE ANNE SÜTÜ VERME DURUMLARINA SOSYODEMOGRAFİK VE PSİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN ETKİSİ

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Anket No:.....

1. Yaş:.....
2. Eğitim durumu: A)okuryazar değil B)okuryazar C)ilkokul D)ortaokul E)lise F)üniversite
3. Doğum şekli: A)normal doğum B)sezeryan
4. Kaçınıcı gebeliğinizdi?
5. Doğumdaki bebek sayısı kaçtı?
A)tek bebek B)ikiz C)çoğul doğum
6. Bebeğinizin cinsiyeti nedir? A)kız B)erkek
7. Hamile kalmayı planlıyor muydunuz? A)evet B)hayır
8. Bebeğinizin doğum vakti normalmiydi?
A)prematüre (37. Haftadan önce doğum)
B)miadında (38-42. Haftalar arasında doğum)
C)postmatüre (42. Haftadan sonra doğum)
9. Doğum öncesi bir sağlık kuruluşuna düzenli kontrole gittiniz mi ? A) evet
B)hayır
10. Bir sağlık kuruluşunda anne sütü ile ilgili eğitim aldınız mı? A)evet B)hayır
11. Sigara içiyor musunuz? A)evet B)hayır
12. Doğumdan önce çalışıyor muydunuz? A)evet B)hayır
13. Şu an çalışıyor musunuz? A)evet B)hayır C)çalışıyorum ama izindeyim
14. Evde sizinle yaşayan aile büyükleri var mı? A)evet B)hayır
15. Varsa sizi anne sütü verip vermeme konusunda etkiliyorlar mı? A)evet
B)hayır

16. Bebeğiniz ilk 6 ay içinde herhangi bir hastalık geçirdi mi?
17. Geçirdiyse hangi hastalık?
18. Doğumdan sonra herhangi bir sebeple bebekten ayrı kaldınız mı? A)evet
B)hayır
19. Eğer ayrı kaldıysanız sebebi neydi?
.....
20. Bebeğinize ağız sütü(doğumdan sonra ilk gelen süt) verdiniz mi? A)evet
B)hayır
21. Bebeğinizi ilk yarım saat içinde emzirdiniz mi? A)evet B)hayır
22. Meme başında hiç çatlak,kanama,vs. oldu mu? A)evet B)hayır
23. Bebeğinizi hiç emzirmediyseniz nedeni nedir?
.....
24. İlk 6 ay sadece anne sütü mü verdiniz? A)evet B)hayır
25. Eğer sadece anne sütü vermediyseniz nedeni nedir?
.....
26. Eğer sadece anne sütü vermediyseniz ilk olarak hangi ek gıdayı verdiniz?
.....
27. Bu ek gıdaya hangi ayda başladınız?
A)1. ayda B)2. Ayda C)3. Ayda D)4. Ayda E)5. Ayda F)6. ayda

Ek 3: Kısa Semptom Envanteri

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

ACIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gözönüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasının karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirerseniz ilk yazdığımız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle uygulayınız ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

0- HIÇ
1- ÇOK AZ
2- ORTA DERECEDE
3- OLDUKÇA FAZLA
4- İLERİ DERECEDE

1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali
2. Baygınlık, baş dönmesi
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu
5. Olayları hatırlamada güçlük
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu
9. Yaşamınıza son verme düşüncesi
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi
11. İştahta bozukluklar
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları

14. Başka insanlarla beraberken bile yalnız hissetme
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme
16. Yalnızlık hissetme
17. Hüzünlü, kederli hissetme
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak
19. Kendini ağlamaklı hissetme
20. Kolayca incinebilme, kırılma
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanma
22. Kendini diğer insanlardan daha aşağı görmek
23. Mide bozukluğu, bulantı
24. Diğer insanların sizi gözlediği yada hakkınızda konuştuğu duygusu
25. Uykuya dalmada güçlük
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek
27. Karar vermede güçlükler
28. Otobüs, tren gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma
29. Nefes darlığı, nefesiz kalma
30. Sıcak, soğuk basmaları
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer yada etkinliklerden uzak durmak
32. Kafanızın bomboş kalması
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar

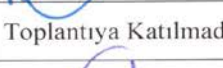
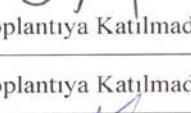
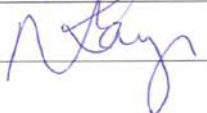
34. Hatalarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları
36. Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği
41. Birşeyleri kırma, dökme isteği
42. Diğer insanların yanında iken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak
43. Kalabalıklardan rahatsızlık duymak
44. Başka insanlara hiç yakınlık duymamak
45. Dehşet ve panik nöbetleri
46. Sık sık tartışmaya girmek
47. Yalnız kaldığında sinirlilik hissetme
48. Başarılarınıza rağmen diğer insanlardan yeterince takdir görmemek
49. Kendini yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek
50. Kendini değersiz görme duygusu
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
52. Suçluluk duyguları
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri

Ek 4: Etik Kurul Onayı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
46	2 Ekim 2015

KARAR NO 6- Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Necdet Ataç yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Didem Ata Yüzügüllü tarafından yürütülmesi öngörülen, "Adana İli Çukurova İlçesindeki Annelerin İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarına Sosyodemografik ve Psikopatolojik Özelliklerinin Etkisi" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465. Faks: 0322 338 67 22

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Didem Ata Yüzügüllü
Doğum Tarihi Ve Yeri : 1988, Kayseri
Medeni Durumu : Evli
Adres : Güzelyalı Mahallesi 81052. Sok. İntur Apt.
Kat:4 No:4 Çukurova / ADANA
Telefon : 0 505 941 45 47
E-Mail : didemata8@gmail.com

Mezun Olduğın Tıp Fakültesi : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev Yerleri : Nevşehir Kozaklı Toplum Sağlığı Merkezi 2012 yılı
Pratisyen Hekim

Yabancı Dil : İngilizce