



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

0-24 AY BEBEĞİ OLAN EMZİREN VE EMZİRMEYEN ANNELERİN YAŞAM KALİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Elif YALÇIN

Antalya, 2021



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

0-24 AY BEBEĞİ OLAN EMZİREN VE EMZİRMEYEN ANNELERİN YAŞAM KALİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Elif YALÇIN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2021

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, tez çalışmasının planlanması, yürütülmesi ve yazımı aşamasında her kademedede vermiş olduğu desteklerinden dolayı değerli hocam Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e,

Uzmanlık eğitimimdeki katkılarından dolayı değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya ve Doç. Dr. Ethem KAVUKCU'ya,

Tez araştırma ve yazımı sürecinin her noktasında desteğini hiç esirgemeyen, her zaman yanımda olan eşim, yol arkadaşım Hüseyin Erdem YALÇIN'a,

Varlığıyla beni mutlu eden ve yaşam enerjisi veren canım oğlum Ediz Kağan YALÇIN'a,

Sonradan katıldığım ailelerinde beni sevgiyle karşılayan, her zaman destek olan, varlıkları için şükrettiğim, annem Suna YALÇIN'a, babam Yusuf YALÇIN'a, teyzem Sultan KARAÜZÜM'e, Evrim ve Melike YALÇIN'a,

Bugünlere gelmemde büyük payı olan, imkanlarını zorlayarak eğitimime ve hayatıma katkılar sağlayan, beni destekleyen annem Fatma GÖKDAŞ'a, babam Hasan GÖKDAŞ'a, kardeşlerime ve bütün aileme,

Birlikte çalıştığım araştırma görevlisi arkadaşlarım ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı personellerine, özellikle değerli Mine KOCAGÖZ'e,

Rotasyon yaptığım kliniklerdeki tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

En içten teşekkürlerimi sunarım ...

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Çizelgeler Dizini	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇLAR	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Emzirme	5
2.1.1. Emzirme Süreci	6
2.1.2. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler	7
2.1.2.1. Emzirme eğitimi alma durumu	8
2.1.2.2. Annenin doğum öncesi emzirme tutumu	9
2.1.2.3. Annenin çocuk sayısı ve emzirme deneyimi	10
2.1.2.4. Annenin eğitim düzeyi	11
2.1.2.5. Annenin yaşı	11
2.1.2.6. Annenin çalışma durumu	12
2.1.2.7. Gelir düzeyi	13
2.1.2.8. Aile yapısı	13
2.1.2.9. Gebeliğin planlı olması	13
2.1.2.10. Doğum şekli ve doğum sonrası emzirmeye başlama süresi	14
2.1.2.11. Bebeğin doğum haftası	14
2.1.3. Emzirmede Sık Karşılaşılan Sorunlar	14
2.1.3.1. Meme sorunları	14
2.1.3.2. Yetersiz süt	15
2.1.3.3. Annenin ilaç kullanması	16
2.1.3.4. Memenin reddedilmesi	16
2.1.4. Emzirmenin Anne ve Bebek Açısından Yararları	16
2.1.4.1. Emzirmenin bebekler açısından yararları	16
2.1.4.2. Emzirmenin anne sağlığı açısından yararları	17

2.2. Yaşam Kalitesi	18
2.2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Tarihçesi	18
2.2.2. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	18
2.2.3. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırma Evreni ve Uygulama Şekli	20
3.3. Araştırmaya Kabul Kriterleri	20
3.4. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri	20
3.5. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler	21
3.5.1. Sosyodemografik Özellikler ve Tıbbi Öykü Anketi	21
3.5.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	21
3.6. Etik Kurul Onayı	21
3.7. İstatistiksel Analiz	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	57
7. ÖZET	59
8. ABSTRACT	61
9. KAYNAKLAR	63
10. EKLER	78
Ek 1. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	78
Ek 2. Anket Formu	81
Ek 3. SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Formu	84
Ek 4. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	88

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAP	American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)
ALL	Akut Lenfositik Lösemi
AML	Akut Miyeloid Lösemi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESPGHAN	The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji ve Nutrisyon Birliği)
GÖRH	Gastroözefageal Reflü Hastalığı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
WHOQOL	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	23
4.2. Katılımcıların kronik hastalık durumu	24
4.3. Annelerin obstetrik özellikleri, emzirme durumu ve bebekleri ile ilgili genel özellikler	25
4.4. Annelerin kendileri ve bebek bakımı ile ilgili destek alma durumları ve emzirme hakkında görüşleri	26
4.5. Anne ve bebek ile ilgili genel özellikler	27
4.6. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarından alınan puanlar	27
4.7. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması	28
4.8. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının aile yapılarına göre karşılaştırılması	29
4.9. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annenin çalışma durumuna göre karşılaştırılması	30
4.10. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annede kronik hastalık varlığına göre karşılaştırılması	31
4.11. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annenin emzirme durumuna göre karşılaştırılması	32
4.12. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının emzirme sürecinde meme hastalıkları yaşama durumuna göre karşılaştırılması	33
4.13. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annenin emzirmede sorun yaşama durumuna göre karşılaştırılması	34
4.14. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının gebeliğin planlı olması durumuna göre karşılaştırılması	35

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.15. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının doğum sonrası bireysel bakım durumuna göre karşılaştırılması	36
4.16. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının çocuk bakımı, ev işleri konusunda çevresinden destek alma durumuna göre karşılaştırılması	37
4.17. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annelerin yakınlarından duygusal destek alma durumuna göre karşılaştırılması	38
4.18. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının bakıcı desteği olması durumuna göre karşılaştırılması	39
4.19. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annelerin aile hekimi ve ebeden destek alma durumlarına göre karşılaştırılması	40
4.20. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının katılımcıların emzirmenin anne sağlığına faydalı olduğunu düşünme durumlarına göre karşılaştırılması	41
4.21. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının katılımcılarının aylık gelir düzeyine göre karşılaştırılması	42
4.22. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının katılımcıların çocuk sayısına göre karşılaştırılması	43
4.23. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının katılımcıların çocuk sonrası uyku durumuna göre karşılaştırılması	44
4.24. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının bebek bakımında destek görülen kişiye göre karşılaştırılması	46
4.25. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının anne ve bebek yaşı, emzirme süresi ve ek gıda başlangıç süresi arasındaki ilişkisi	48
5.1. Doğum sonrası dönemde annelerin yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi için yapılan bazı çalışmaların sonuçları	50

1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

Emzirme eylemi halk sağlığı açısından önemli konulardan biridir. Anne sütüyle beslenme oranları, anne bebek sağlığı için önemli bir parametredir (1). Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (2) ve Amerikan Pediatri Akademisi (3) de tüm bebeklerin, altı ay boyunca sadece anne sütü ile beslenmelerini ve altı aylık emzirme süresini takiben en az bir yıl tamamlayıcı gıda ilavesiyle beraber emzirmenin devam ettirilmesini önermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (4) ise bir çocuğun en az iki yıl emzirilmesini önermektedir. Anne ve bebek sağlığının geliştirilmesi için emzirmenin bu süreler dikkate alınarak devam ettirilmesi çok önemlidir (5). Aile hekimleri, tüm aileye kapsamlı bir bakım hizmeti sağladıkları için anne ve ailenin diğer üyelerini emzirme ile ilgili bilgilendirme fırsatına sahiptirler (2).

Annelere emzirmenin yararları ve teşvik edilmesine yönelik yeterli eğitim verilebilmesi amacıyla tıp fakültelerinde, aile hekimliği ile ilgili merkezlerde, kurslar verilmesi noktasında aile hekimlerinin görevi büyüktür. Emzirmenin başlatılmasında ki temel unsurlardan biri, bir hekimin ya da diğer aile üyelerinin anneyi emzirmeye yönelik teşvikidir (6).

Emzirme eylemi sonuçlarıyla ilgili olarak değiştirilebilir faktörler arasında; emzirmeye ilişkin tutumlar, deneyim, memnuniyet ve emzirmeye duyulan güven bulunmaktadır (7,8). Doğum sonrası dönemde emzirme eylemi ile kadının günlük yaşam faaliyetleri arasında da bir bağlantı söz konusudur. Kadının biyolojik sorumluluğu olan emzirme, kadında duygusal ve fiziksel değişimlere yol açmanın yanı sıra kadının sosyal yaşamında da değişikliklere neden olabilmektedir. Bu bağlamda; sağlık personelinin, anneleri emzirmeye teşvik ederken emzirmenin, annenin günlük yaşam yükü içinde nasıl bir yere sahip olduğunun da bilincinde olması önemlidir (9).

Gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçler kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli sağlık sorunlarının ortaya çıktığı dönemlerdir (10). Yeni doğum yapan bir kadın sosyal, duygusal ve fiziksel değişikliklerle karşı karşıya kalmakta ve bu değişiklikler yaşam kalitesini etkilemektedir. Annelerin, bu süreçte hem kendi bakımı, hem de bebek bakımı ile ilgili pek çok kaygıları ve bilgi

eksiklikleri vardır. Annenin yaşadığı stres, kaygı, iç kontrol kaybı, performans yetersizliği gibi duygular fonksiyonel durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Annenin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemek adına; iç kontrol ve sosyal destek önemlidir (11).

Doğum sonu dönemde kadınlarda; doğum sonu kanamaları, enfeksiyon, tromboemboli, meme başı çatlakları, meme apsesi, memelerde hassasiyet, kabızlık ve depresyon gibi sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir (12). Bunların yanı sıra ailedeki değişiklikler, evdeki işlere geri dönme, bebek bakımı ve sorumluluklarını üstlenme, uyku durumunda bozulmaya ve yorgunluğa neden olabilmekte ve annenin yaşam kalitesini etkilemektedir (13).

Yeni doğum yapan kadının yaşadığı fiziksel ve ruhsal değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolünü ve bebeğini kabullenmesi, kendine ve bebeğine bakabilmesi önemlidir. Anneler kendi öz bakımlarıyla ve yaşadıkları sorunlarla baş ederken, diğer taraftan sosyal aktivitelerini sürdürmek ve bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak durumundadırlar (14).

Yaşam kalitesi, biyopsikososyal sağlık modelinin önemli bir bileşenidir ve kişinin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme durumunun değerlendirilmesinde önemli bir göstergedir (15).

DSÖ, 1946 yılında sağlığı “*sadece hastalık ve sakatlık olmaması değil bedensel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali*” olarak tanımlamıştır (15). Daha sonra, 1984’de bu tanımları genişletmiş ve “*bireyin özlemlerini gerçekleştirme ve gereksinimlerini karşılamada; çevreyle başa çıkma ve onları değiştirebilmede yetkinlik*” kavramlarını sağlık tanımına eklemiştir (16). Sağlığın tanımı yaşam kalitesi kavramını gündeme getirmiştir. Yaşam kalitesi basit bir kavram gibi algılansa da yaşamın pek çok alanını içermesi, sürekli gelişim ve değişim içinde olması bu kavramın tanımlanmasını zorlaştırmaktadır. Yaşam kalitesi kişiden kişiye değişebilen, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenen bir kavramdır. Yaşam kalitesinin, tüm bilimler tarafından kabul edilmiş tek bir tanımı bulunmamaktadır. Ancak tüm tanımlardaki ortak nokta insan ve onun öznel değerlendirme sistemidir.

DSÖ’ne göre, yaşam kalitesi bireyin amaçlarına, ümitlerine, yaşam standartlarına ve çıkarlarına göre yaşadığı, bireysel olarak önceliklendirilmiş bir

kültürel ve değer sistemidir (17). Bu, bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığını, bağımsızlık derecelerini, sosyal bağlantılarını ve çevreleriyle nasıl ilişkilendiklerini içeren detaylı bir kavramdır (18). Yaşam kalitesi, giderek artan miktarda ilgi çeken bir çalışma alanıdır. Yaşam kalitesi kavramı, bireyin yaşamının birçok yönünün “iyiliğini” nasıl ölçtüğünü kapsamaktadır. Bu değerlendirmeler, kişinin yaşam olaylarına karşı duyduğu duygusal tepkiler, tutum, yaşam doyumu ve tatmin duygusu ile iş ve kişisel ilişkilerden memnuniyeti içerir (18-20).

Ana çocuk sağlığı hizmetleri içinde önemli bir yeri olan doğum sonrası bakım, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün geliştirdiği ‘Güvenli Annelik Paketi’nde annenin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerini sağlıklı geçirmesi dolayısıyla anne sağlığının en üst seviyeye çıkartılıp, morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması konusuna da değinilmiştir (21).

TNSA 2008 ileri analiz sonuçlarına göre doğum sonrası dönemde annelerin doğumun etkilerine bağlı olarak sağlık sorunları yaşadıkları ve bu sorunların çoğunun uzun süre devam etmesine rağmen kadınların çok azının sağlık çalışanlarından yardım aldığı belirlenmiştir (22). Doğum sonrası süreçlerde yaşanan tüm bu problemler zamanında fark edilip destek verilmedikçe kronikleşip kadınların yaşam kalitelerini düşürebilmektedir (23).

Literatürde emzirme ile ilgili yapılan araştırmalar çoğunlukla bebek ve bebeğin beslenmesi ile ilgili olup annelerin hayatında emzirmenin yeri, sosyal yaşamlarına, emosyonel durumlarına ve fiziksel fonksiyonlarına etkisi ile ilgili ne yazık ki çalışma yapılmamıştır. Doğum sonrası annelerin yaşam kalitesini araştıran az sayıda çalışmanın ise sadece 4-6 haftalık kısa bir süreç olan doğum sonu dönemle sınırlı olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada doğum sonrası iki yıllık dönemde bebeklerini emziren ve emzirmeyen annelerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması hedeflenmektedir. Çalışmamızdaki amaçlarımızdan biri de uzun süre devam edebilen emzirme eyleminin annenin yaşam kalitesine etkisinin ve ilişkili bazı faktörlerin belirlenmesidir. Bu çalışmadan elde edilecek verilerle emziren annelerin yaşamındaki değişiklikleri saptamak, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumların tespiti ve bu konulara yönelik çözüm önerilerinin bulunması hedeflenmektedir.

Biz bu çalışmamızda doğum sonrası 0-24 aylık dönemde bebeklerini emziren ve emzirmeyen annelerin sosyodemografik özellikleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin tespit edilmesini amaçladık. Yaşam kalitesini etkileyebileceğini düşündüğümüz faktörleri, SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin sonuçları ile karşılaştırdık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Emzirme

Emzirme insan türünün yaşamını devam ettirebilmesi için önemli faktörlerden olmasının yanında annelik sembolünün de anahtarıdır. Sağlık çalışanlarının ve toplumun çoğunluğu tarafından bir yaşam tarzı olarak algılanmasına rağmen sosyal, moral ve biyomedikal açılardan çatışmalarla yüklü bir konudur (24).

Anne sütü; yeni doğanın büyüme ve gelişmesi için gerekli olan tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren, biyoyararlılığı yüksek, sindirimi kolay, doğal bir besindir. Anne sütü ve emzirmenin; başta beslenme olmak üzere hem anne hem bebek için bağışıklık, gelişimsel, psikolojik, sosyal açıdan birçok yararı vardır. Ayrıca anne sütü ile beslenme, hem anne ve bebek, hem de toplum için sosyal ve ekonomik yönden de faydalıdır (25,26). Bu nedenle optimal büyüme, gelişme ve sağlık için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşamın ilk 6 ayında tek başına anne sütü ile beslenmeyi önermektedir (27).

Hem kadın hem de yeni doğan için emzirmenin sağlık ve psikososyal açıdan faydalarının sayılamayacak kadar çok olmasına rağmen bütün dünyada şu anki emzirme oranları istenilen düzeyde değildir (24). Ayrıca anne sütü ile beslenmenin önemi konusunda toplum önceki dönemlere göre daha bilinçli olduğu halde sadece anne sütü ile beslenme oranları da tüm dünyada istenilen düzeye ulaşmamıştır. Dünyada ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenme oranının %37, anne sütü ile birlikte ek gıda verme oranının ise %55 düzeyinde olduğu bildirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ilk altı ayda sadece anne sütüyle beslenme oranı %38 iken, az gelişmiş ülkelerde bu oran %18'e kadar düşmektedir (28-31).

Çocukluk çağında sağlıklı beslenme; çocuğun yaşamını sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmesi, büyüme ve gelişmesi için gereken tüm enerji ve besin öğelerini karşılayan beslenmedir. Çocukların metabolizmaları ve büyüme hızları yaşa göre değişir. Yaşamın ilk 2 yılı büyümenin ve gelişmenin en hızlı olduğu dönemdir. Bu dönemde doğru beslenmenin ileri yaşlara da yansıyan önemli etkileri vardır. DSÖ anne sütü ile beslenmenin 2 yaşa kadar sürdürülmesini önermektedir (27,32,33).

UNICEF’e göre, bebek ve çocuk ölümlerini azaltmanın en önemli yollarından biri, bebeklerin yeterli sürede ve uygun biçimde emzirilmesidir (34).

2.1.1. Emzirme Süreci

Emzirme bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için en uygun beslenme yöntemidir. İdeal beslenme olmasının yanında anne ve bebeğin sağlığını ve duygusal yakınlığını olumlu etkileyen ruhsal ve sosyal yönleri de olan kültürel bir olgudur. Emzirme süreci anne ve bebek arasında sevgi bağının kurulduğu, güçlendiği ve birbirleri için anlamlarını keşfettikleri dönemdir. Bu dönem bebek için olduğu kadar anne açısından da büyük önem taşır (5,29,35,36).

Bebek ve çocuk sağlığı açısından anne sütüyle beslenmenin önemi tüm dünya ülkeleri tarafından kabul edilmektedir. Türkiye'nin de içinde bulunduğu pek çok ülke tarafından imzalanan ve uygulamaya konulan Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde “toplumun bütün kesimlerinin emzirme konusunda bilgilendirilmesi, desteklenmesi ve bu alandaki eğitim olanaklarına kavuşturulması” amaçlanarak anne sütünün bebek için en iyi besin olduğu belirtilmiş ve emzirme bir insan hakkı olarak kabul edilmiştir (37,38).

Annelerin bebeklerini yeterli ve etkili şekilde emzirebilmesi için anne sütünün önemini kavramanın yanında, emzirme tekniklerini, etkin emzirmeyi, emzirme sıklığını, süresini bilmeleri ve doğum sonrası erken dönemde desteklenmeleri önemlidir (39). Bebeklerin doğumdan hemen sonra annenin göğüs/karın bölgesine konması ve sonraki ilk 30-60 dakikada emzirilmeye başlanmasının emzirme oranlarını ve emzirmeye devam etme süresini olumlu etkilediği gösterilmiştir. Anne ve bebeğin ten tene teması başarılı emzirme için temel bir bileşendir. Özel bir neden yoksa bebek ve anne aynı odada bulunmalı ve bebek, ağladıkça beslenmelidir. Bebeğin sık sık ve uygun teknikle emzirilmesi, süt yapımının sürekliliğini sağlar. Bu sayede emzirme alışkanlığı daha hızlı kazanılır. Annenin meme sorunları azalır ve bebeğin kilo alımı daha iyi olur (40-43). Doğum sonrası ilk günler bebek en az beş dakika her iki memeden de emzirilmelidir. Sonraki günler için bu süre yaklaşık 15 dakikaya çıkarılmalıdır. Beslenme sıklığı bebekten bebeğe değişmekle birlikte, bebek her istediğinde emzirilmelidir. Başarılı emzirmenin başlatılması ve sürdürülebilmesi için annelerin gebelik sırasında ve

doğumu izleyen dönemde, aile, toplum ve sağlık ekibi tarafından desteklenmesi gerekmektedir (44,45).

Annenin fiziksel ve ruhsal yönden emzirmeye hazırlanması, emzirme dönemini huzurlu ve rahat geçirmesi, hem süt yapımının sağlanması hem de annenin bu süreçte karşılaşılabileceği zorluklarla baş edebilmesi açısından çok önemlidir. Emzirme sürecinin başarılı olması ve sağlıklı bir şekilde devam ettirilebilmesi için annenin ortamının rahat ve huzurlu olması gerekir. Bu açıdan yakın çevrenin desteği de önemlidir (46).

2.1.2. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler

Başarılı bir emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi, doğum sonrası dönemde birçok faktörden etkilenmektedir. Bu konuda yapılmış olan çalışmalarda; annenin yaşı, sosyoekonomik durumu, sigara içme durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, emzirmeye karşı tutumu, doğum deneyimi, ek gıdaya başlanması gibi faktörlerin emzirmeye başlamayı ve emzirmeyi devam ettirme durumunu etkilediği gösterilmiştir. Ayrıca annenin bebekle aynı odada bulunması ve erken taburculuk gibi hastane politikalarına yönelik özellikler ve annenin çevresinden aldığı destek, emzirme konusundaki geleneksel davranışların da emzirme üzerine etkileri vardır (9,47,48).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada; annenin yaşı, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, aile yapısı, doğum öncesi dönemde izlem sıklığı, anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim alma durumu ve yaşayan çocuk sayısının emzirme davranışını etkileyen faktörlerden olduğu belirlenmiştir. Ancak annelerin gelir durumu, anne sütü ve emzirme konusunda eğitim aldığı kişi, gebeliğin planlı olması ve doğum şekli ile ilk altı ay sadece anne sütü verme arasında ilişki bulunmamıştır (49).

Yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmanın sonucunda annelerin emzirme süresini etkileyen faktörlerin; annenin yaşı, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, ailenin aylık gelir durumu ve anne sütünün faydalarının öğrenildiği kaynaklar olarak bulunmuştur. Anne yaşı, çocuk sayısı, ailenin aylık geliri arttıkça, annenin eğitim düzeyi yükseldikçe ve emzirmeyle ilgili gerekli bilgiler sağlık personelinin öğrenildikçe emzirme süresinin uzadığı gözlenmiştir (50).

Kore’de yapılan bir çalışmada emzirme oranlarındaki azalmanın annelere bağlı sebepler olduğu tespit edilmiştir. Bunlar; meme ve meme başı problemleri, annenin yeterince süt üretemeyeceği endişesi ve emzirmeyle ilgili bilgi yetersizliği gibi nedenlerdir. 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 (51).

Emzirme süresini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılmış bir çalışmada özellikle eğitim düzeyi düşük ve ilk kez doğum yapan annelerin, emzirmeleri yönünde desteklenme ve cesaretlendirilmeye gereksinimleri olduğu tespit edilmiştir (52). Emzirme, en çok kabul gören bebek besleme yöntemidir ancak anne emzirmeyi tercih etmez ise bu seçiminden dolayı suçlu hissettirilmemelidir. Anneye bebeğin beslenmesine yönelik, gerekli olan tüm bilgiler verildikten sonra kararın kendisine bırakılması önemlidir. Annenin, karar vermiş olduğu beslenme yöntemi konusunda rahat ve güvende hissetmeye ihtiyacı vardır (53).

2.1.2.1. Emzirme eğitimi alma durumu

Emzirme öğrenilmesi gereken doğal bir süreçtir. Bu süreçte emzirme davranışının istenilen düzeye ulaşabilmesi için, annelere gebelik ve doğum sonrası erken dönemde emzirme konusunda bilgi verilmesi ve danışmanlık yapılması önemlidir. Emzirme başarısı için annelerin konu ile ilgili bilgi sahibi olmaları ve duygusal destek almaları gerekir. Doğum öncesi emzirme eğitimi ve doğum sonrası emzirme desteği, emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi konusunda annenin kararını etkilemektedir (54). Etkili emzirme desteği, aile merkezli bakım sağlamanın temel bir bileşenidir (2).

Doğurganlık dönemindeki tüm kadınlar emzirmenin yararları ve başarılı emzirme adımları konusunda sağlık personeli tarafından bilgilendirilmelidir. Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği protokolde doğum öncesi bakım ve izlem sayısı en az dört olarak belirlenmiştir. Bu izlemlerde gebelik ile ilgili bakım hizmetlerinin yanında mutlaka emzirme ile ilgili eğitimin de verilmesi önem arz etmektedir. Annelerin bebeklerini yeterli ve nitelikli emzirmesi için annelerin yanında, babaların da emzirme ve anne sütünün önemine ilişkin bilgi sahibi olmaları gerekir.

Babaların bu süreçte eşlerinin yanında olması ve eşlerini desteklemesi annenin emzirme konusunda motivasyonunu artırarak emzirmenin başarılı olmasına katkı sağlayacaktır. Ülkemizde duygusal bir süreç olarak da görülen emzirme konusunda özellikle babaların eşlerine destek olmalarının, emzirme oranını artıracığı düşünülmektedir (21,55-57).

Bebeği ile sağlık kuruluşuna gelen annelerin, başvurma nedenleri ne olursa olsun, bebeğin beslenme durumu mutlaka sorgulanmalı, emziren annelere emzirme danışmanlığı verilmeli, emzirme gözlenmeli ve ebeveynler emzirmenin sürdürülmesi yönünde teşvik edilmelidir (58,59).

Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF anne sütünün özellikleri konusunda farkındalığı artırmak, emzirmeye özendirmek ve anne sütü ile beslenme sırasında ortaya çıkabilecek sorunların çözümlerini sunabilmek amacıyla “Emzirme Danışmanlığı” programını oluşturmuştur. Bu programın uygulanmasının emzirmeye başlama sıklığını artırdığı ve emzirme süresini uzattığı gösterilmiştir (60).

Konu ile ilgili yapılmış bir çalışma sonucunda da doğum öncesi dönemde verilen emzirme eğitiminin hem emzirmeye başlama oranlarını hem de emzirme sürelerini arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca 4 ve üzeri doğum öncesi izlem alan ve bu izlemler sırasında anne sütü ve emzirme konusunda eğitim alan annelerin ilk altı ay sadece anne sütü verme oranının yüksek olduğu gözlenmiştir (61).

Dyson L. ve ark. (62) tarafından yapılan çalışmanın sonucunda, anne sütü ve emzirme eğitimlerinin doğum öncesi dönemde başlaması ve doğum sonrası erken dönemde devam etmesi önerilmiştir. Hem ülkemizde hem dünyada bu konuda yapılmış diğer çalışmalarda ise hem gebelikte hem de doğum sonrası erken dönemde verilen emzirme eğitiminin anne sütü ile beslenme ve emzirmeyi devam ettirme oranlarını arttırdığı bildirilmiştir (42,63-65).

2.1.2.2. Annenin doğum öncesi emzirme tutumu

Birçok kadının gebe olmadan önce veya gebeliğinin çok erken dönemlerinde bebeklerini nasıl besleyeceklerine dair kararlarını verdikleri çalışmalar sonucunda gösterilmiştir. Ayrıca emzirme kararı ne kadar erken verilirse emzirme olasılığının o kadar artacağına dair kanıtlar da mevcuttur (66).

Annenin bebeğini emzirme isteği ve emzirmeyi doğum öncesinde planlamış olmasının emzirme süresini olumlu etkilediği bilinmektedir (67). Anne adayının, psikolojik, fiziksel ve davranışsal olarak emzirmeye hazırlanması önemlidir (40). Doğum öncesi dönem, özellikle de gebeliğin son trimesteri, anne adayını emzirmeye hazırlamak için en uygun dönemdir. Çünkü bu dönemde anne adayı bu konuya ilgi duymaya başlar ve kendini emzirmeye daha yakın hisseder (40,62).

Arora ve ark.'nın (68) yaptıkları bir çalışmada annelerin emzirme kararlarını gebelik öncesi dönemde ve gebeliğin ilk 3 ayında verdikleri gözlenmiştir. Emzirme kararının gebelikten önce veya gebelik sırasında verilmiş olmasının emzirme süresini etkilediği, gebelikten önce bebeğini emzirme kararı alan annelerin bebeklerini daha uzun süre emzirdikleri gösterilmiştir. Emzirmenin “doğal” olduğunun ve bebek için “en iyisi” olduğunun düşünülmesi, duygusal bağlanma gibi faktörlerin, annelerin emzirme kararını etkilediği tespit edilmiştir.

Erkek egemen toplumlarda memelerin annelik objesi olarak görülmeyp cinsel obje olarak algılanması kadınların “annelik” ve “cinsellik” kavramları arasında kavram kargaşası yaşamasına, strese neden olmakta ve emzirmeye yaklaşımlarını da olumsuz etkileyebilmektedir (69).

2.1.2.3. Annenin çocuk sayısı ve emzirme deneyimi

Önceki bebeklerini emzirmiş, iki ve üzeri çocuğa sahip olan ve bu konuda olumlu deneyimi olan annelerin bebeklerini emzirme davranışlarının da daha iyi olduğu saptanmıştır (70,71,72). Olumsuz deneyimler ise annenin motivasyonu üzerinde olumsuz etki yapmaktadır. Belirli bir davranışı/işi yerine getirebilme konusunda bireyin hissettiği yeterlilik duygusuna **öz-yeterlilik** denir. Bu duygu annenin emzirme adına hissedeceği motivasyonu belirleyen en önemli faktörlerdendir (73,74).

Örün ve ark.'nın (75) yaptığı çalışmada, birden fazla çocuğu olan annelerin, tek çocuğu olan annelere göre bebeklerini daha erken anne sütü ile beslemeye başladıkları görülmüştür. Bazı çalışmaların sonucunda ise çocuk sayısı ile anne sütü verme arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir (29,63,76).

2.1.2.4. Annenin eğitim düzeyi

Bu konuda yapılmış çalışmalarda annenin eğitim düzeyinin yükselmesi ile emzirmeye başlama süresi arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (76,77). Kaya ve ark.'nın (78) yaptığı çalışmanın sonucunda da annelerin eğitim seviyesi yükseldikçe ilk bir saat içinde emzirme ve ilk besin olarak anne sütünün verilmesi oranının arttığı gözlenmiştir.

Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar sonucunda annenin eğitim seviyesi yükseldikçe emzirme süresinin arttığı gözlenmiştir (79,80). Gelişmekte olan ülkelerde ise anne sütü ile beslemeye devam etmenin eğitim seviyesi ile ters orantılı olduğu görülmüştür (5,81,82).

Ülkemizde yapılan bir çalışma sonucunda gelişmiş veya gelişmekte olan ülke genellemelerinin aksine, eğitim seviyesi düşük olan ve çalışmayan annelerin anne sütü verme oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun da ülkemizde eğitim seviyesi yüksek kadınların farklı iş ortamlarında ve farklı çalışma saatlerine dahil olmalarına bağlı olduğu düşünülmüştür (49).

2.1.2.5. Annenin yaşı

Emzirmeyi etkileyen önemli faktörlerden biri de annenin yaşıdır. Birçok çalışmada anne yaşının küçük olmasının, yetersiz emzirmeyle sonuçlandığı gösterilmiştir. Bu durum da genç annelerin tecrübe ve bilgi yetersizliğine bağlanmıştır (83). Özer ve ark.'nın (26) çalışmasında, 20-34 yaş grubundaki annelerin anne sütü ve emzirmeye ilişkin bilgi düzeyi, 15-19 yaş grubundaki annelerden daha yüksek olduğu görülmüştür.

Anne yaşı ve anne sütü ile beslenme oranları arasındaki ilişki; ülkelere ve bölgelere göre farklılık göstermektedir. Anne sütüyle beslenme süresine etki eden faktörleri araştıran çalışmalarda 25 yaş üzerindeki annelerin emzirme sürelerinin daha uzun olduğu gösterilmiştir (84,85). Avusturalya'da primipar kadınlarla yapılmış farklı bir çalışmada da, genç ve emzirme hakkında az bilgisi olan annelerin emzirme başarısızlığı yönünden risk altında oldukları belirtilmiştir (86). Ancak bazı çalışmaların sonucunda anne yaşı ve emzirme oranları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (71,87).

2.1.2.6. Annenin çalışma durumu

Annelerin emzirme ve anne sütü hakkında bilgi düzeylerini araştıran bir çalışmada annenin çalışma durumu ve ailenin gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış; çalışan ve gelir durumu yüksek olan annelerin bilgi düzeyi, çalışmayanlardan yüksek bulunmuştur (88). Çalışan annelerin anne sütü ve emzirme konusunda bilgi düzeylerinin, çalışmayan annelere göre daha yüksek olmasına rağmen birçok çalışmada, çalışan annelerin doğum sonrası işe dönmelerinin, bebeklerinin yetersiz anne sütü almasına neden olduğu tespit edilmiştir (89).

Doğumdan bir süre sonra işe dönmek durumunda olan anneler çalıştıkları dönemde emzirmeye devam etmeleri yönünde desteklenmelidir. Çalışan annelerin iş ortamının sütlerini sağmalarını desteklememesi durumunda, bebeklerini süttten kesmeyi düşündüklerini gösteren çalışmalar vardır (90,91).

Çalışan annelerin iş hayatına başlamalarıyla beraber ev içi sorumluluklarının da devam ettiği gerçeği düşünüldüğüne yeterli doğum iznine ve süt iznine ihtiyaç duymaları kaçınılmazdır. Anneler işe başladığında gelişen bu tempolu süreç emzirmenin sürdürülmesi konusunda önemli bir sorun teşkil etmektedir. Anne sütü ile beslenme oranlarının artırılması için emzirme ve anne sütünün faydaları konusunda sadece annelerin eğitilmesi yeterli değildir. Anneler kadar toplumun da özellikle çalışan kadınlar için işverenlerin de bu konuda eğitilmesi ve emziren anneleri desteklemeleri sağlanmalıdır. İyi beslenmiş, iyi doyurulmuş sağlıklı bir çocuk her topluma katkıdır. Çalışan anneler için iş yerlerinde bebeklerini emzirebilecekleri veya sütlerini sağıp saklayabilecekleri uygun ortamın sağlanması gerekir. Sonuç olarak anne sütü ile beslenme oranlarını arttırmak için çalışma politikaları geliştirilerek, annenin çalışırken de bebeğini emzirebilmesine olanak sağlanmalıdır (69,92).

Annenin emzirme izni toplumsal bir sorumluluk olarak görülmelidir (93,94). Yapılan çalışmalarda da annelerin işe dönüş zamanının anne sütü ile beslenme süresini belirlemede oldukça etkili olduğu görülmüştür (89,95).

2.1.2.7. Gelir düzeyi

Yapılmış çalışmalarda eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek annelerin, düşük olan annelere göre, emzirme oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (1). Ancak bazı çalışmaların sonucunda, gelir düzeyi iyi olmayan annelerin bebeklerini daha çok emzirdikleri gözlenmiştir (71,96).

Annelerin emzirmeye ilişkin bilgi düzeylerini araştıran bir araştırmanın sonucunda ise ailenin gelir düzeyi, emzirme süresini bir miktar artırsa da bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (97).

2.1.2.8. Aile yapısı

Emzirme davranışının ilk olarak geniş aile içerisinde, emziren kadınlar ve onların bebekleri ile birlikte yaşayarak öğrenildiği bilinmektedir. Son zamanlarda aile yapısının değişmesi, çekirdek ailelerin artması kadınlar için bu kendiliğinden öğrenme fırsatlarını azaltmıştır (54). Yapılan çalışmalarda çekirdek ailelerin artmasıyla birlikte annelerin desteklenmediğinde ve bebek bakımını tek başına üstlendiğinde kendilerini yalnız ve yetersiz hissetmeleri, bebekle arasındaki bağın gelişmesinde, anneliğe uyum sağlamada ve emzirme konusunda zorluklar yaşadığı gözlenmiştir (98).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada geniş aile yapısına sahip olan annelerin ilk altı ay sadece anne sütü verme oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle aile üyeleri tarafından, yeni doğum yapan anneye verilen doğum sonrası emzirme desteğinin etkili emzirmenin sürdürülmesi açısından önemli olduğu belirtilmiştir (49).

2.1.2.9. Gebeliğin planlı olması

Gebeliğin planlı olması ve bebeğin istenmesi emzirme davranışını etkileyen faktörlerdendir. Yapılan çalışmalarda, isteyerek gebe kalan kadınların anne-bebek ilişkilerinin daha olumlu olduğu ve annelik rolüne daha rahat uyum sağladıkları saptanmıştır. Annelerin gebeliklerini istemeleri ve planlamaları emzirme davranışını desteklemesi bakımından olumlu bir durumdur (99,100).

2.1.2.10. Doğum şekli ve doğum sonrası emzirmeye başlama süresi

Doğum şekli vajinal yolla da olsa sezaryenle da olsa, doğum yapan her anne bebeğini emzirebilir. Ancak sezaryen doğum yapan anneler emzirme konusunda daha fazla sorunla karşılaşabilmektedir (101). Sinusas ve ark.'nın (102) yaptığı çalışma sonucunda, sezaryen doğum şeklinin doğum sonrası emzirmeye başlama süresini olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Ülkemizde yapılmış bir çalışmanın sonucunda ise sezaryen doğumun anne sütü ile beslenme oranını ve başarısını azaltmadığı gözlenmiştir (103).

Doğumdan sonra ilk 30 dakika ile 1 saat içinde emzirmeye başlamanın süt yapımının başlatılmasında, anne sütünün yeterli ve sürekli olmasını sağlamada, emzirmenin devam ettirilmesinde kritik öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır (9,102).

2.1.2.11. Bebeğin doğum haftası

37. gebelik haftasını tamamlamadan doğan tüm yenidoğanlar prematüre ya da preterm olarak adlandırılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre her yıl yaklaşık 15 milyon bebek erken doğmaktadır ve bu dünya çapında her 10 bebekten 1'inden daha fazladır (104).

Prematüre bebekler intrauterin gelişimlerini tamamlamadan doğdukları ve tüm sistemleri yeterince gelişmediği için pek çok sorunla karşılaşabilmektedir. Bu sorunların başında beslenme gelmektedir. Prematüre bebeklerin bakımında uygun beslenmenin sağlanması gerekir. Amerikan Pediatri Akademisi ve Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji ve Nutrisyon Birliği (ESPGHAN) prematüre bebeklerin beslenmesinde ilk tercihin anne sütü olması ve emzirmenin desteklenmesi için çaba sarf edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (105,106).

2.1.3. Emzirmede Sık Karşılaşılan Sorunlar

2.1.3.1. Meme sorunları

Emziren annelerde; dolu meme, memede tıkanıklık ve birikme, kanal tıkanıklığı, süt kistleri, mastit ve meme apsesi ile içe çökük ve ağrılı/çatlak meme başı gibi meme sorunları ile karşılaşılabilir (107).

Normalde emzirme ağırlı bir eylem olmamasına karşın sadece bazı anneler ilk günlerde emzirme sonrası meme uçlarında bir miktar hassasiyet hissedebilir. Ancak bu kısa sürede geçmesi beklenen bir durumdur; eğer ağrı çok fazlaysa ya da meme başında görülebilir bir zedelenme varsa müdahale edilmelidir. Emzirme sırasında en sık karşılaşılan meme sorunlarından birisi meme başı çatlağıdır. Emziren annelerin %34-99'unun ağırlı ve çatlak meme başı sorunu yaşadıkları bildirilmiştir. Özellikle ilk bebeğini emziren annelerde meme başı çatlakları doğum sonu ilk 5-10 gün içinde görülebilmektedir (108,109).

Doğum öncesi dönemde meme başının düz veya içe çökük tespit etmek ve erken ten tene temas ile bebeğin memeye kendi başına yerleşmesine izin vermek gerekir. Memeye iyi yerleştirilmiş bir bebek, meme başının şekli ne olursa olsun emme sırasında zorluk çekmez. Annelere bebeklerin meme başını değil, memeyi emdiği ve bebeklerin emerken oluşturdıkları negatif basınçla meme ucunun belirginleşeceği açıklanmalıdır (110).

Emzirme dönemindeki meme sorunlarının bir diğeri de mastittir. Emziren kadınların yaklaşık %3-33'ünde gözlemlenebilen mastit; memenin bağ dokusu ve salgı bezlerini içine alan sellülitidir (111). Göğüsler şiş, kızarık ve ağrılıdır. Halsizlik, üşüme, titreme ve ateş görülebilir. Mastit durumunda emzirmeye ara verilmez. Tedavide temel yaklaşım; yatak istirahati, memelere nemli sıcak uygulama, sıvı alımının artırılması, antibiyotik verilmesi ve emzirme sonrasında memedeki fazla sütün sağılmasıdır (112,113).

2.1.3.2. Yetersiz süt

Yapılan çalışmalar sonucunda bebeklerin yaklaşık yarısının sütün yetmemesi ve bebeğin emmek istememesi gibi nedenlerden dolayı süttten kesilmektedir. Oysa gerçekte anne sütü yetersizliği nadir bir durumdur. Ancak emzirme sürecindeki uygulamalarda yapılan hatalar süt üretimini azaltabilir (114).

Sütünün yetersiz olduğunu düşünen anneler çoğunlukla bebeklerini biberonla beslemeye veya ek gıdaya erken başlamaya yönelebilirler. Bu da emzirmede yapılan hatalı davranışlardır. Bu nedenle bebeğin gerçekten yeterli anne sütü alamadığını gösteren; kilo alımının yetersiz olması ve yetersiz idrar yapımı gibi güvenilir belirtiler anneye anlatılmalıdır (114,115).

2.1.3.3. Annenin ilaç kullanması

Emzirme döneminde anneye, akut veya kronik sağlık problemi nedeniyle ilaç tedavisi gerekebilir. Emziren anne için güvenli olan ilaç seçilmeli ve anneye ilaç mutlaka gerekli ise kullanılmalıdır. Bebek, ilaç alımı öncesinde emzirilmeli ve anne bebeğini uyutmadan önce ilacını almalıdır (116).

İlaç tedavisinin bebeğe ve anneye olan faydaları, bebeğin potansiyel ilaç maruziyet riskine karşı dengelenmelidir. Emziren anne ilaçlarının güvenliğiyle ilgili en kapsamlı ve güncel bilgi kaynağı, Ulusal Tıp Kütüphanesi / Ulusal Sağlık Enstitüleri tarafından yayınlanan internet erişimli bir kaynak olan LactMed'dir (117).

2.1.3.4. Memenin reddedilmesi

Bebeğin memeyi reddetmesi durumunda bebek emmeye karşı isteksizdir. Emmeye istekli olsa dahi memeye yerleşemeyebilir ve kısa sürede memeden ayrılır. Bebeğin memeyi reddetme nedenleri arasında; bebeğin aç olmaması, preterm veya hasta olması, doğum sırasında anneye verilen ilaçların sedatif etkisi, forseps ya da vakum uygulanan bölgede ağrı, süt azlığı ya da fazlalığı, emzirme tekniğinde sorunlar, emzik ve biberon kullanımı, burun tıkanıklığı ve oral moniliyazis sayılabilir (9,115).

2.1.4. Emzirmenin Anne ve Bebek Açısından Yararları

2.1.4.1. Emzirmenin bebekler açısından yararları

Anne sütü içerdiği immunglobulinler sayesinde bebeğin immun sisteminin olgunlaşmasına yardım eder ve bebeği enfeksiyonlara (sepsis, bakteriyemi, menenjit, solunum yolu, üriner ve gastrointestinal sistem enfeksiyonları, apandisit, kulak enfeksiyonları) nekrotizan enterokolite, invajinasyona, pılör stenozuna, ani bebek ölüm riskine ve alerjik hastalıklara karşı korur. Anne sütünün içeriğinde bulunan çeşitli antikorlar, bebeğin aşılarla verdiği yanıtı da artırır (118).

Anne sütünün özel kokusunun pretermelerde analjezik etki sağladığı gösterilmiştir. Emzirme bebekte hem güven duygusu yaratarak hem de endorfin salgısını arttırarak analjezik etki sağlar ve ağlama miktarını azaltıcı etki gösterir. Anne sütünün bu etkisinin lokal analjezik kullanımına benzer olduğu

gözlemlenmiştir ve aşı uygulamalarında emzirmenin analjezik etkisinden faydalanılmasını öneren çalışmalar mevcuttur (118,119).

Anne sütünün bebeğe olan yararları sadece bebeklik dönemi ile sınırlı kalmayıp ileri yaşam sağlığına da olumlu etkileri bulunmaktadır. Anne sütü bebeğin ihtiyacı olan miktar ve içerikte üretilmesi, daha az yağ ve kalorili olması sebebiyle; bebeği obeziteden korur. Yetişkinlik döneminde aşırı kilo alma riskini azaltır. Ayrıca emzirmenin, tip 1 ve tip 2 diyabet, çölyak hastalığı ve inflamatuvar hastalıklar gibi bazı bağışıklık ile ilgili hastalıklara karşı koruma sağladığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (114,120-122).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; bebeği altı aydan uzun süre emzirmenin çocukluk çağı lenfoid malignitelerinden, özellikle akut miyeloid ve akut lenfositik lösemi'den (AML) ve (ALL) koruduğu tespit edilmiştir (123). Nadem'in yaptığı çalışmada sadece anne sütü ile beslenen ve uzun süre anne sütü alan bebeklerin IQ skorlarının ve kognitif fonksiyonlarının, almayanlara göre önemli ölçüde geliştiği gözlenmiştir (124).

2.1.4.2. Emzirmenin anne sağlığı açısından yararları

Emzirmenin bebek sağlığının yanında, anne sağlığına da önemli katkıları bulunmaktadır (96). Emzirmenin başlaması ile salgılanan oksitosin, uterusun kasılarak gebelik öncesi şeklini almasını kolaylaştırır. Emziren annelerde emzirmeyen annelere göre doğumdan sonra uterusun normal boyutuna dönmesi daha kısa sürede tamamlanır. Bu sayede emziren annelerde kanama ve kan kaybı azalacağından anemiye bağlı halsizlik, çarpıntı, çabuk yorulma gibi yakınmalar daha nadir görülür (25,124).

Emzirmenin uzun vadede de anne sağlığına faydaları bulunmaktadır. Bu konuda yapılmış birçok çalışmanın sonucunda emziren annelerde meme kanseri, over ve endometriyal kanser riskinde azalma saptanmıştır (124-127). Emzirmenin kardiyovasküler hastalıklar üzerine de olumlu etkileri vardır. Schwarz ve ark.'nın (128) yaptığı çalışmada emzirmenin annede hiperlipidemiye %19, diyabet gelişme riskini %20 ve hipertansiyonu %12 azalttığı bildirilmiştir. On iki araştırmanın incelendiği bir meta analizde de emzirilen her ay için osteoporoz riskinin %0,9, kalça kırığının ise %1,2 azaldığı bulunmuştur (129).

Mekanizması tam olarak bilinmese de emziren annelerde başta romatoid artrit olmak üzere romatizmal hastalıkların daha az oranda görüldüğünü, multipl sklerozu olanlarda atak sayısının azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (130,131).

2.2. Yaşam Kalitesi

2.2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Tarihçesi

“Yaşam Kalitesi” kavramının tarihi, hem sosyolojik hem tıbbi alanda çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır. Yaşam kalitesi yıllarca felsefenin de tartışma konusu olmuştur ve çoğu filozofa göre yaşamın temel amacı, kişilerin en yüksek düzeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olması olarak düşünülmüştür (132). Tıp alanında da Hipokrat zamanında bile hekimlere, hastaların iyileştirilmesi ve yakınmalarının giderilmesi sırasında olabildiğince iyilik halinin en yükseğe çıkarılması konusunda sorumluluk almaları öğretilmiştir (133).

DSÖ tarafından 1946 yılında sağlığın tanımı; “sadece hastalık ve sakatlık olmaması değil bedensel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali” olarak yapmıştır. Daha sonra 1984’te, “bireyin özlemlerini gerçekleştirme ve gereksinimlerini karşılamada; çevreyle başa çıkma ve onları değiştirebilmede yetkinlik” kavramlarının sağlık tanımına eklenmesi ile yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır (15). Yıllarca yaşam süresini uzatmaya çalışan bilim dünyası, uzatılan yaşamın niteliğini artırma çabasına girmiştir. Yaşama yıllar katma arayışından, yıllara yaşam katma arayışına yönelim olduğu gözlenmiştir (134).

2.2.2. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesi; çok yönlü ve sürekli gelişim halinde olması, kişiden kişiye değişebilmesi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması ve değerlendirilmesi zor bir kavramdır (136). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu yaşam kalitesini; ‘bireylerin, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı’ olarak tanımlamaktadır (17).

Kişinin gereksinimleri ve beklentileri karşılandığında yaşam kalitesi yükselmekte, karşılanmadığı zaman ise düşmektedir. Yaşam kalitesinin fiziksel ve ruhsal sağlık, sosyal katılım, kişiler arası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme, entelektüel gelişim, çevresel özellikler ile ilgili boyutları vardır. Birbirinden farklı birçok boyutu içermesi; zaman, mekan ve kişiye göre farklılık gösterebilmesi yaşam kalitesinin ölçülmesini güçleştirmektedir (137,138).

2.2.3. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Günümüzde toplumların ulaşmayı amaçladığı en önemli evrensel hedeflerden birisi olan yaşam kalitesi, yaşamın tüm alanlarını içermekte ve dolayısıyla yaşamın her alanından etkilenmektedir. Çalışmalar genel olarak; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sosyal destek, yaşanılan yer, kronik hastalık varlığı, meslek sahibi olmak ve meslekten alınan doyum, boş zaman aktiviteleri gibi faktörlerin yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir. Bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmalar, yaşam kalitesinin yaşamın her alanını içerdiğini göstermesi ve bu alanlardan ne şekilde etkilendiğini ortaya koyması açısından önemlidir (136,139-144).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kesitsel-gözlemsel şekilde tasarlanmış tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Uygulama Şekli

Kesitsel tipte planlanan çalışmanın evrenini 2019 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran 0-24 ay arası bebeğe sahip anneler oluşturmuştur. Çalışma evreni bu bilgiler doğrultusunda 925 olarak belirlenmiştir. Bu kadınlardan 602'sinin emzirdiği, 323'ünün emzirmeyen kadınlar olduğu görülmüştür. Çalışmada basit rastgele örnekleme yöntemi ile %5 hata ve %95 güven ile 235 hastanın evreni temsil edebileceği görülmüştür. Araştırma kapsamında poliklinik başvurusu yapan 226'sı emziren 108'i emzirmeyen olmak üzere toplam 334 kadına ulaşılmıştır. Veriler araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlara yüz yüze anket görüşmesi yoluyla toplanmıştır.

3.3. Araştırmaya Kabul Kriterleri

1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğine başvurmak,
2. 0-24 ay arası çocuğa sahip olmak,
3. Çalışmaya katılmak için onay vermiş olmak (Ek-1).

3.4. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

1. Çalışmaya katılım için gönüllü olmamak,
2. Çalışmaya kaldığı halde anket veya ölçekleri doldurmayıp çalışmayı yarıda bırakmak.

3.5. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler

3.5.1. Sosyodemografik Özellikler ve Tıbbi Öykü Anketi

Katılımcılara, sosyodemografik özelliklerin, tıbbi öykülerinin ve bebekleri ile ilgili özelliklerin sorgulandığı 30 sorudan oluşan anket yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır (Ek-2).

Söz konusu anket, ulusal ve uluslararası bilimsel literatürde yer alan anket ve çalışmaların kapsamlı bir incelemesinden sonra araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, 30 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Ankette yer alan 1 ila 8 arası sorular; sosyodemografik özellikleri ve tıbbi öykü, 9-22 arası sorular obstetrik durumları ve bebekleri ile ilgili özellikleri, 23-30 arası sorular ise katılımcıların çevrelerinden aldığı destek ve emzirme ile ilgili görüşlerini belirlemeyi amaçlamıştır.

3.5.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Annelerin yaşam kalitesini değerlendirmek için araştırmamızda kullandığımız SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-3) klinik uygulamalarda en sık kullanılan ölçeklerden biridir. Ware ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (144,145). Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, ruhsal sağlık, canlılık, genel sağlık olmak üzere sekiz alt skalada 36 soru içerir; her bir alt skalanın puanı 0-100 arasında değişir. Puan ile yaşam kalitesi doğru orantılıdır. Fiziksel bileşen ve ruhsal bileşen olmak üzere iki özet skalası vardır. Fiziksel bileşen özet skalası; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık alt skalalarından, ruhsal bileşen özet skalası ise; canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve ruhsal sağlık alt skalalarından oluşur. Ölçekte yer alan tüm ifadeler, son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir (146).

3.6. Etik Kurul Onayı

Araştırmamız, 'Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu' tarafından, 23.07.2020 tarih ve 70904504/468 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-4).

3.7. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi konusunda; tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma değerleri ile kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Çalışmada kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin gruplara ve kadınların demografik özelliklerine göre incelenmesi için t testi analizi ve varyans analizi yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile korelasyon analizi ayrıca çoklu düzeydeki ilişkilerin tespit edilmesi için doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analizler SPSS versiyon 20.0 ile yapılmıştır. Çalışmada hesaplanan evren-örneklem, güç düzeyi ve etki büyüklüğü hesaplamaları G*Power versiyon 3.1.7. ile tespit edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza katılan toplam 334 kadının sosyodemografik verileri değerlendirilmiştir. Katılımcıların %57,5'i 30 yaş üzerinde, %63,5'i üniversite veya yüksekokul düzeyinde eğitime ve %55,1'i orta gelir düzeyine sahiptir. Katılımcıların %59,9'u şehir merkezlerinde ve %87,1'i çekirdek aile ile yaşamaktadır. Çizelge 4.1 çalışma katılımcılarının sosyodemografik özelliklerini, göstermektedir.

Çizelge 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Soru ve Maddeler		Sayı (n)	Oran (%)
Yaş grubu	30 yaş altı	142	42,5
	30 yaş üzeri	192	57,5
Eğitim düzeyi	İlköğretim	44	13,2
	Lise	78	23,4
	Üniversite veya yüksekokul	212	63,5
Şu anda nerede yaşıyorsunuz?	Köy	16	4,8
	İlçe	118	35,3
	Şehir merkezi	200	59,9
Yaşadığınız aile tipi	Çekirdek aile	291	87,1
	Geniş aile	43	12,9
Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?	Evet	197	59
	Hayır	137	41
Ailedeki toplam gelir düzeyi	Düşük 3000 TL altı	65	19,5
	Orta 3000-10000 TL	184	55,1
	Yüksek 10000 TL üzeri	85	25,4

Katılımcıların %7,2'si (n=24) kronik bir hastalığı olduğu için sürekli ilaç kullanmak zorunda olduğunu ifade etmiştir. Kronik hastalığı olan bireyler %12,2 ile hipertansiyon, %9,8 ile böbrek nakli, cilt hastalığı, guatr, hepatit B, migren, KOAH, %7,3 ile astım, diyabet, %4,9 ile Hashimoto hastalığı, %2,4 ile

gastroözefageal reflü hastalığı (GÖRH), hipotiroidi, koroner kalp hastalığı ve sedef hastalığı olduğunu belirtmiştir. Çizelge 4.2 çalışmaya katılan annelerin kronik hastalık durumunu göstermektedir.

Çizelge 4.2. Katılımcıların kronik hastalık durumu

Soru ve Maddeler		Sayı (n)	Oran (%)
Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?	<i>Evet</i>	24	7,2
	<i>Hayır</i>	310	92,8
Kronik hastalık	<i>Hipertansiyon</i>	5	12,20
	<i>Böbrek nakli</i>	4	9,80
	<i>Cilt rahatsızlıkları</i>	4	9,80
	<i>Guatr</i>	4	9,80
	<i>Hepatit B</i>	4	9,80
	<i>Migren</i>	4	9,80
	<i>KOAH</i>	4	9,80
	<i>Astım</i>	3	7,30
	<i>Diyabet</i>	3	7,30
	<i>Hashimoto hastalığı</i>	2	4,90
	<i>GÖRH</i>	1	2,40
	<i>Hipotiroidi</i>	1	2,40
	<i>Koroner kalp hastalığı</i>	1	2,40
	<i>Sedef hastalığı</i>	1	2,40

Araştırmamıza katılan annelerin %61,4'ünün (n=205) bir, %31,1'inin iki (n=104) ve %7,5'inin (n=25) 3 ve üzerinde çocuğu vardır. Katılımcıların %60,8'inin (n=203) birinci, %32,9'unun (n=110) ikinci ve %6,3'ünün (n=21) üçüncü bebekleri olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %67,7'si (n=226) bebeklerini hala aktif olarak emzirdiklerini, %69,2'si (n=231) bebeklerine ek gıda verdiklerini bildirmiştir. Katılımcıların %9,9'unun (n=33) aile bireylerinde ek bakım gerektiren bir kronik hastalık olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %41'i (n=137) emzirme sürecinde meme başı çatlağı, meme apsesi, mastit vs. gibi meme hastalıkları yaşadığını; %24,6'sı (n=82) emzirme sürecinde iken çok büyük meme olması, meme başının düz olması, bebeğin damak

güçsüzlüğü, meme reddi nedenleri ile sorun yaşadıklarını bildirmiştir. Katılımcıların %77,8'i (n=260) yaşadıkları en son gebeliği planladıklarını, %22,2'si plansız bir gebelik olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların son doğumlarının %69,2 (n=231) ile sezaryen, %30,8 ile normal doğum şeklinde olduğu saptanmıştır. Çizelge 4.3 annelerin obstetrik özellikleri, emzirme durumu ve bebekleri ile ilgili genel özelliklerini göstermektedir.

Çizelge 4.3. Annelerin obstetrik özellikleri, emzirme durumu ve bebekleri ile ilgili genel özellikler

Soru ve Maddeler		Sayı (n)	Oran (%)
Yaşayan kaç çocuğunuz var?	<i>Tek çocuk</i>	205	61,4
	<i>2 çocuk</i>	104	31,1
	<i>3 çocuk ve üzeri</i>	25	7,5
Çocuklarınızdan ve diğer aile üyelerinden ek bakım gerektiren kronik hastalığı olan var mı?	<i>Evet</i>	33	9,9
	<i>Hayır</i>	301	90,1
Bu bebeğiniz kaçınıcı yaşayan bebeğiniz?	<i>1</i>	203	60,8
	<i>2</i>	110	32,9
	<i>3 ve üzeri</i>	21	6,3
Bu bebeğinizi halen emziriyor musunuz?	<i>Evet</i>	226	67,7
	<i>Hayır</i>	108	32,3
Emzirme sürecinizde; meme başı çatlağı, meme apsesi, mastit vs. gibi meme hastalıkları yaşadınız mı?	<i>Evet</i>	137	41
	<i>Hayır</i>	197	59
Emzirme ile ilgili sorun (çok büyük meme olması, meme başının düz olması, bebeğin damak güçsüzlüğü, meme reddi vs.) yaşadınız mı?	<i>Evet</i>	82	24,6
	<i>Hayır</i>	252	75,4
Bebeginize ek gıda vermeye başladınız mı?	<i>Evet</i>	231	69,2
	<i>Hayır</i>	103	30,8
En son gebeliğiniz planlanmış bir gebelik mi?	<i>Evet</i>	260	77,8
	<i>Hayır</i>	74	22,2
Son doğum şekliniz nedir?	<i>Sezaryen</i>	231	69,2
	<i>Normal doğum</i>	103	30,8

Katılımcıların %63,8'i (n=213) doğumundan sonra beslenme, uyku, dinlenme, banyo yapma gibi kendi bakımına yönelik konularda sorun yaşadığını; %65,9'u (n=220) çocuk bakımı ve ev işleri konusunda çevreden yeterli destek aldığını ifade etmiştir. Destek aldığını ifade eden katılımcılar %58,6 (n=133) ile

aile, %37,9 ile eş ve %3,5 ile arkadaş ve diğer yakınlarından destek aldıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların %64,4'ü (n=215) yakınlarından yeterli duygusal destek aldığını; %97,3'ü emzirmenin anne sağlığına faydalı bir eylem olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %74,3'ü aile hekimi ve ebesinden yeterli destek aldığını düşünmektedir. Bebeğin doğumundan sonra katılımcıların %3,6'sı (n=12) 1 saatten az, %55,1'i (n=184) 1-3 saat arası, %41,3'ü 3 saat ve üzerinde uyuduklarını bildirmiştir. Çizelge 4.4 annelerin kendileri ve bebek bakımı ile ilgili destek alma durumları ve emzirme hakkında görüşlerini göstermektedir.

Çizelge 4.4. Annelerin kendileri ve bebek bakımı ile ilgili destek alma durumları ve emzirme hakkında görüşleri

Soru ve Maddeler		Sayı (n)	Oran (%)
Bebğinizin doğumundan sonra beslenme, uyku, dinlenme, banyo yapma gibi kendi bakımınıza yönelik konularda sorun yaşadınız mı?	<i>Evet</i>	213	63,8
	<i>Hayır</i>	121	36,2
Çocuk bakımı ve ev işleri konusunda çevrenizden yeterli destek aldığınızı düşünüyor musunuz?	<i>Evet</i>	220	65,9
	<i>Hayır</i>	114	34,1
Bebğinizin doğumundan sonra beslenme, uyku, dinlenme, banyo yapma gibi kendi bakımınıza yönelik konularda sorun yaşadınız mı?	<i>Aile</i>	133	58,6
	<i>Eş</i>	86	37,9
	<i>Arkadaş veya diğer yakınlar</i>	8	3,5
Yakınlarınızdan yeterli duygusal destek aldığınızı düşünüyor musunuz?	<i>Evet</i>	215	64,4
	<i>Hayır</i>	119	35,6
Bebğinizin bakımı ile ilgilenmeniz size yardımcı olması için bakıcı tuttunuz mu?	<i>Evet</i>	36	10,8
	<i>Hayır</i>	298	89,2
Aile Sağlığı Merkezinden; aile hekiminiz ve ebenizden yeterli destek aldığınızı düşünüyor musunuz?	<i>Evet</i>	248	74,3
	<i>Hayır</i>	86	25,7
Emzirmenin anne sağlığına faydalı bir eylem olduğunu düşünüyor musunuz?	<i>Evet</i>	325	97,3
	<i>Hayır</i>	9	2,7
Bebğinizin doğumundan sonra en uzun ne kadar süre aralıksız uyudunuz?	<i>1 saatten az</i>	12	3,6
	<i>1-3 saat arası</i>	184	55,1
	<i>3 saat ve üzeri</i>	138	41,3

Katılımcıların ortalama yaşlarının $29,70 \pm 4,44$ ve bebeklerinin ortalama $12,05 \pm 9,18$ aylık olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların bebeklerinin ortalama $37,51 \pm 1,35$ haftalık olarak doğduğu saptanmıştır. Katılımcıların ortalama emzirme

sürelerinin $9,57\pm5,92$ olduğu ve ek gıdaya $5,77\pm3,44$ aylarda başladıkları tespit edilmiştir. Çizelge 4.5 anne ve bebek ile ilgili genel özellikleri göstermektedir.

Çizelge 4.5. Anne ve bebek ile ilgili genel özellikler

Ölçüm	Sayı (n)	Ortalama
Yaş	334	$29,70\pm4,44$
Bebeğiniz kaç aylık?	334	$12,05\pm9,18$
Ne kadar süredir emziriyorsunuz? (ay)	334	$9,57\pm5,92$
Bebeğiniz kaç haftalık doğdu?	334	$37,51\pm1,35$
Ek gıdaya başlama zamanı (ay)	231	$5,77\pm3,44$

Çalışmada katılımcıların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının puanları yukarıdaki Çizelge 4.6’da verilmiştir. Buna göre katılımcıların fiziksel fonksiyon düzeylerinin $81,14\pm19,23$, fiziksel rol güçlüğü düzeylerinin $62,05\pm42,87$, emosyonel rol güçlüğü düzeylerinin $55,09\pm42,44$, canlılık düzeylerinin $46,88\pm19,86$, ruh sağlığı düzeylerinin $35,69\pm14,18$, sosyal işlevsellik düzeylerinin $42,99\pm16,25$, ağrı düzeylerinin $26,77\pm24,10$, genel sağlık algısı düzeylerinin $35,75\pm12,07$ ve genel yaşam kalitesi düzeylerinin $48,30\pm11,29$ seviyesinde olduğu görülmektedir. Çizelge 4.6 katılımcıların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği boyutlarında aldıkları puanları göstermektedir.

Çizelge 4.6. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarından alınan puanlar

SF-36 Alt Boyutları	Sayı (n)	X±s.s
Fiziksel fonksiyon	334	$81,14\pm19,23$
Fiziksel rol güçlüğü	334	$62,05\pm42,87$
Emosyonel rol güçlüğü	334	$55,09\pm42,44$
Canlılık	334	$46,88\pm19,86$
Ruh sağlığı	334	$35,69\pm14,18$
Sosyal işlevsellik	334	$42,99\pm16,25$
Ağrı	334	$26,77\pm24,10$
Genel sağlık algısı	334	$35,75\pm12,07$
Genel yaşam kalitesi düzeyi	334	$48,30\pm11,29$

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları yaş gruplarına göre değerlendirilmiştir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine göre katılımcıların genel yaşam kalitesi düzeylerinin 30 yaş üzerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek seviyelerde olduğu saptanmıştır ($p=0,04$). SF-36 ölçeğinin alt boyutları ayrı ayrı değerlendirilmiş ve katılımcıların fiziksel fonksiyon düzeyleri, fiziksel rol güçlüğü düzeyleri ve ruh sağlığı düzeylerinin 30 yaş üzerinde daha yüksek seviyelerde olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların emosyonel rol güçlüğü düzeylerinin, canlılık düzeylerinin, ağrı düzeylerinin ve genel sağlık algısı düzeylerinin yaşlarına göre benzer seviyelerde olduğu görülmüştür ($p>0,05$). Çizelge 4.7’de SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılmasının sonuçlarını göstermektedir.

Çizelge 4.7. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

SF-36	Yaş Grubu	X±s.s.	p
Fiziksel fonksiyon	<i>30 yaş altı</i>	77,08±19,77	0,01*
	<i>30 yaş üzeri</i>	84,14±18,3	
Fiziksel rol güçlüğü	<i>30 yaş altı</i>	54,93±42,13	0,01*
	<i>30 yaş üzeri</i>	67,32±42,76	
Emosyonel rol güçlüğü	<i>30 yaş altı</i>	58,22±39,19	0,25
	<i>30 yaş üzeri</i>	52,78±44,65	
Canlılık	<i>30 yaş altı</i>	46±16,94	0,48
	<i>30 yaş üzeri</i>	47,54±21,79	
Ruh sağlığı	<i>30 yaş altı</i>	33,29±12,68	0,01*
	<i>30 yaş üzeri</i>	37,46±14,98	
Sosyal işlevsellik	<i>30 yaş altı</i>	45,95±19,17	0,01*
	<i>30 yaş üzeri</i>	40,81±13,33	
Ağrı	<i>30 yaş altı</i>	24,4±23,99	0,12
	<i>30 yaş üzeri</i>	28,52±24,09	
Genel sağlık algısı	<i>30 yaş altı</i>	34,67±12,51	0,16
	<i>30 yaş üzeri</i>	36,54±11,71	
Genel yaşam kalitesi düzeyi	<i>30 yaş altı</i>	46,82±11,73	0,04*
	<i>30 yaş üzeri</i>	49,39±10,85	

* 0,05 düzeyine göre anlamlı farklılık, ** Bağımsız t testi analizi yapılmıştır

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları aile yapılarına göre değerlendirilmiştir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine göre katılımcıların genel yaşam kalitesi düzeylerinin geniş ailede yaşayanlarda daha yüksek seviyelerde olduğu saptanmıştır ($p=0,03$). SF-36 ölçeğinin alt boyutları ayrı ayrı değerlendirilmiş ve geniş ailede yaşayan katılımcıların emosyonel rol güçlüğü, ruh sağlığı ve genel sağlık algısı düzeylerinin daha yüksek seviyelerde olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, canlılık, sosyal işlevsellik ve ağrı düzeylerinin aile tiplerine göre benzer seviyelerde olduğu görülmüştür ($p>0,05$).

Çizelge 4.8. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının aile yapılarına göre karşılaştırılması

SF-36	Aile Tipi	X±s.s.	p
Fiziksel fonksiyon	Çekirdek aile	81,05±19,60	0,83
	Geniş aile	81,74±16,72	
Fiziksel rol güçlüğü	Çekirdek aile	60,48±43,57	0,08
	Geniş aile	72,67±36,52	
Emosyonel rol güçlüğü	Çekirdek aile	53,26±42,88	0,04*
	Geniş aile	67,44±37,44	
Canlılık	Çekirdek aile	46,53±20,21	0,40
	Geniş aile	49,26±17,36	
Ruh sağlığı	Çekirdek aile	34,71±13,33	0,01*
	Geniş aile	42,28±17,81	
Sosyal işlevsellik	Çekirdek aile	43,61±16,62	0,07
	Geniş aile	38,84±12,82	
Ağrı	Çekirdek aile	27,42±24,01	0,20
	Geniş aile	22,33±24,53	
Genel sağlık algısı	Çekirdek aile	35,15±12,23	0,02*
	Geniş aile	39,74±10,15	
Genel yaşam kalitesi düzeyi	Çekirdek aile	47,78±11,07	0,03*
	Geniş aile	51,79±12,23	

* 0,05 düzeyine göre anlamlı farklılık, ** Bağımsız t testi analizi yapılmıştır

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları annelerin çalışma durumuna göre değerlendirilmiştir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine göre katılımcıların genel yaşam kalitesi düzeylerinin gelir getiren bir işte çalışma ve çalışmama durumunda benzer seviyelerde olduğu görülmüştür ($p=0,30$). SF-36 ölçeğinin alt boyutları ayrı ayrı değerlendirilmiş ve fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, canlılık, ruh sağlığı düzeylerinin çalışan annelerde daha yüksek seviyelerde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı düzeylerinin çalışma durumuna göre benzer seviyelerde olduğu görülmüştür ($p>0,05$). Çizelge 4.9’da SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annenin çalışma durumuna göre karşılaştırılmasının sonuçları gösterilmektedir.

Çizelge 4.9. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annenin çalışma durumuna göre karşılaştırılması

SF-36	Gelir getiren bir işte çalışma	X±s.s.	p
Fiziksel fonksiyon	<i>Evet</i>	83,96±16,16	0,01*
	<i>Hayır</i>	77,08±22,38	
Fiziksel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	66,12±41,77	0,04*
	<i>Hayır</i>	56,2±43,91	
Emosyonel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	54,48±44,52	0,75
	<i>Hayır</i>	55,96±39,39	
Canlılık	<i>Evet</i>	44,73±21,24	0,02*
	<i>Hayır</i>	49,98±17,3	
Ruh sağlığı	<i>Evet</i>	33,71±14,24	0,01*
	<i>Hayır</i>	38,54±13,65	
Sosyal işlevsellik	<i>Evet</i>	43,03±14,18	0,96
	<i>Hayır</i>	42,94±18,88	
Ağrı	<i>Evet</i>	27,99±23,8	0,26
	<i>Hayır</i>	25,00±24,5	
Genel sağlık algısı	<i>Evet</i>	36,58±11,4	0,13
	<i>Hayır</i>	34,55±12,93	
Genel yaşam kalitesi düzeyi	<i>Evet</i>	48,83±10,91	0,30
	<i>Hayır</i>	47,53±11,81	

* 0,05 düzeyine göre anlamlı farklılık, ** Bağımsız t testi analizi yapılmıştır

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları annelerdeki kronik hastalık durumuna göre değerlendirilmiştir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine göre kronik hastalığı bulunmayan annelerde genel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür ($p=0,01$). SF-36 ölçeğinin alt boyutları ayrı ayrı değerlendirilmiş ve fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı düzeylerinin çalışan annelerde daha yüksek seviyelerde olduğu aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların canlılık ve ruh sağlığı düzeylerinin kronik hastalık durumuna göre benzer seviyelerde olduğu görülmüştür ($p>0,05$).

Çizelge 4.10'da SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annenin kronik hastalık durumuna göre karşılaştırılmasının sonuçları gösterilmektedir.

Çizelge 4.10. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annede kronik hastalık varlığına göre karşılaştırılması

SF-36	Kronik Hastalık	X $\pm$ s.s.	p
Fiziksel fonksiyon	<i>Evet</i>	63,75 $\pm$ 26,51	0,01*
	<i>Hayır</i>	83,04 $\pm$ 17,36	
Fiziksel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	27,08 $\pm$ 43,56	0,01*
	<i>Hayır</i>	65,28 $\pm$ 41,7	
Emosyonel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	36,11 $\pm$ 42,75	0,02*
	<i>Hayır</i>	56,86 $\pm$ 42,32	
Canlılık	<i>Evet</i>	41,88 $\pm$ 17,12	0,19
	<i>Hayır</i>	47,37 $\pm$ 20,14	
Ruh sağlığı	<i>Evet</i>	32,43 $\pm$ 9,80	0,23
	<i>Hayır</i>	36,04 $\pm$ 14,51	
Sosyal işlevsellik	<i>Evet</i>	34,27 $\pm$ 17,06	0,01*
	<i>Hayır</i>	43,26 $\pm$ 15,71	
Ağrı	<i>Evet</i>	39,79 $\pm$ 28,95	0,01*
	<i>Hayır</i>	25,96 $\pm$ 23,52	
Genel sağlık algısı	<i>Evet</i>	29,63 $\pm$ 15,10	0,01*
	<i>Hayır</i>	36,18 $\pm$ 11,77	
Genel yaşam kalitesi düzeyi	<i>Evet</i>	38,12 $\pm$ 7,83	0,01*
	<i>Hayır</i>	49,25 $\pm$ 11,11	

* 0,05 düzeyine göre anlamlı farklılık, ** Bağımsız t testi analizi yapılmıştır.

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları annelerin emzirme durumuna göre değerlendirilmiştir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, canlılık, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı ve genel yaşam kalitesi düzeylerinin katılımcıların emzirme durumuna göre farklı düzeylerde olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çizelge 4.11’de emziren ve emzirmeyen katılımcıların yaşam kalitesi düzeylerinin benzer seviyelerde olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.11. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annenin emzirme durumuna göre karşılaştırılması

SF-36	Aktif Emzirme	X±s.s.	p
Fiziksel fonksiyon	<i>Evet</i>	82,32±18,57	0,10
	<i>Hayır</i>	78,66±20,42	
Fiziksel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	59,18±44,18	0,08
	<i>Hayır</i>	68,06±39,54	
Emosyonel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	57,67±41,61	0,11
	<i>Hayır</i>	49,69±43,83	
Canlılık	<i>Evet</i>	51,01±17,29	0,12
	<i>Hayır</i>	58,24±22,08	
Ruh sağlığı	<i>Evet</i>	35,85±13,92	0,76
	<i>Hayır</i>	35,35±14,78	
Sosyal işlevsellik	<i>Evet</i>	42,26±16,68	0,23
	<i>Hayır</i>	44,54±15,25	
Ağrı	<i>Evet</i>	26,04±24,8	0,43
	<i>Hayır</i>	28,29±22,6	
Genel sağlık algısı	<i>Evet</i>	35,54±12,35	0,66
	<i>Hayır</i>	36,17±11,51	
Yaşam kalitesi genel düzeyi	<i>Evet</i>	48,74±11,63	0,30
	<i>Hayır</i>	47,37±10,52	

**** Bağımsız t testi analizi yapılmıştır.**

Genel yaşam kalitesi düzeylerinin meme hastalıkları yaşama durumuna göre farklı seviyelerde olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı

düzeylerinin de emzirme sürecinde meme hastalıklarını yaşama durumlarına göre benzer seviyelerde olduğu görülmüştür ($p>0,05$). Canlılık, ruh sağlığı, ağrı düzeylerinin ise emzirme sürecinde meme hastalıkları yaşama durumlarına göre farklı olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,01$). Sorun yaşayan katılımcıların canlılık ve ruh sağlığı düzeylerinin daha düşük, ağrı düzeylerinin ise daha yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür. Çizelge 4.12’de SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annenin emzirme sürecinde meme hastalıkları yaşama durumuna göre karşılaştırılmasının sonuçları gösterilmektedir.

Çizelge 4.12. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının emzirme sürecinde meme hastalıkları yaşama durumuna göre karşılaştırılması

SF-36	Emzirme sürecinizde; meme başı çatlağı, meme apsesi, mastit vs. gibi meme hastalıkları yaşadınız mı?	$\bar{X} \pm s.s.$	p
Fiziksel fonksiyon	<i>Evet</i>	17,49±17,49	0,11
	<i>Hayır</i>	20,28±20,28	
Fiziksel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	43,08±43,08	0,30
	<i>Hayır</i>	42,73±42,73	
Emosyonel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	40,18±40,18	0,24
	<i>Hayır</i>	43,89±43,89	
Canlılık	<i>Evet</i>	15,28±15,28	0,01*
	<i>Hayır</i>	22,06±22,06	
Ruh sağlığı	<i>Evet</i>	12,53±12,53	0,01*
	<i>Hayır</i>	14,96±14,96	
Sosyal işlevsellik	<i>Evet</i>	15,94±15,94	0,21
	<i>Hayır</i>	16,43±16,43	
Ağrı	<i>Evet</i>	25,25±25,25	0,01*
	<i>Hayır</i>	22,75±22,75	
Genel sağlık algısı	<i>Evet</i>	12,8±12,8	0,28
	<i>Hayır</i>	11,53±11,53	
Genel yaşam kalitesi düzeyi	<i>Evet</i>	11,44±11,44	0,12
	<i>Hayır</i>	11,14±11,14	

* 0,05 düzeyine göre anlamlı farklılık, ** Bağımsız t testi analizi yapılmıştır

Genel yaşam kalitesi düzeylerinin emzirme sürecinde sorun yaşama durumuna göre farklı seviyelerde olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ölçeğin alt boyutları değerlendirildiğinde; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, canlılık, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı düzeylerinin de emzirmede sorun yaşama durumuna göre benzer seviyelerde olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Çok büyük meme olması, meme başının düz olması, bebeğin damak güçsüzlüğü, meme reddi gibi konulardan dolayı emzirmede sorun yaşayan katılımcıların ağrı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,01$). Çizelge 4.13'te SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annenin emzirme sürecinde sorun yaşaması durumuna göre karşılaştırılmasının sonuçları gösterilmektedir.

Çizelge 4.13. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annenin emzirmede sorun yaşama durumuna göre karşılaştırılması

SF-36	Emzirme ile ilgili sorun (çok büyük meme olması, meme başının düz olması, bebeğin damak güçsüzlüğü, meme reddi vs.) yaşadınız mı?	X±s.s.	p
Fiziksel fonksiyon	<i>Evet</i>	84,02±13,84	0,12
	<i>Hayır</i>	80,2±20,62	
Fiziksel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	53,96±45,89	0,05
	<i>Hayır</i>	64,68±41,6	
Emosyonel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	50,81±45,13	0,29
	<i>Hayır</i>	56,48±41,52	
Canlılık	<i>Evet</i>	50,82±14,06	0,06
	<i>Hayır</i>	48,95±21,08	
Ruh sağlığı	<i>Evet</i>	36,17±10,22	0,72
	<i>Hayır</i>	35,53±15,26	
Sosyal işlevsellik	<i>Evet</i>	40,43±15,62	0,10
	<i>Hayır</i>	43,83±16,39	
Ağrı	<i>Evet</i>	40,55±24,78	0,01*
	<i>Hayır</i>	22,28±22,13	
Genel sağlık algısı	<i>Evet</i>	34,45±13,8	0,26
	<i>Hayır</i>	36,17±11,45	
Yaşam kalitesi genel düzeyi	<i>Evet</i>	49,15±13,05	0,43
	<i>Hayır</i>	48,02±10,67	

* 0,05 düzeyinde anlamlı farklılık, ** Bağımsız t testi analizi yapılmıştır

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının skorları annenin gebeliğinin planlı olması durumuna göre karşılaştırılmasının sonuçları gösterilmektedir. Katılımcıların ölçekteki tüm boyutların düzeylerinin en son yaşadıkları gebeliklerinin planlı olması durumuna göre farklı seviyelerde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çizelge 4.14'te çalışmada planlı gebeliği olan katılımcıların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı, genel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek ve canlılık, ağrı, emosyonel rol güçlüğü düzeylerinin ise daha düşük seviyelerde olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.14. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının gebeliğin planlı olması durumuna göre karşılaştırılması

SF-36	En son gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi?	X±s.s.	p
Fiziksel fonksiyon	<i>Evet</i>	83,73±17,01	0,01*
	<i>Hayır</i>	72,03±23,49	
Fiziksel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	66,63±41,85	0,01*
	<i>Hayır</i>	45,95±42,81	
Emosyonel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	57,82±42,98	0,03*
	<i>Hayır</i>	45,5±39,24	
Canlılık	<i>Evet</i>	45,05±19,49	0,01*
	<i>Hayır</i>	53,32±19,95	
Ruh sağlığı	<i>Evet</i>	39,47±14,88	0,01*
	<i>Hayır</i>	34,96±10,4	
Sosyal işlevsellik	<i>Evet</i>	43,94±14,86	0,04*
	<i>Hayır</i>	39,66±20,15	
Ağrı	<i>Evet</i>	25,13±24,83	0,02*
	<i>Hayır</i>	32,5±20,48	
Genel sağlık algısı	<i>Evet</i>	37,6±10,76	0,01*
	<i>Hayır</i>	29,22±14,07	
Yaşam kalitesi genel düzeyi	<i>Evet</i>	49,3±11,35	0,01*
	<i>Hayır</i>	44,77±10,4	

* 0,05 düzeyinde anlamlı farklılık, ** Bağımsız t testi analizi yapılmıştır

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları annelerin doğum sonrası bireysel bakım durumlarına göre değerlendirilmiştir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, canlılık, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı ve genel yaşam kalitesi düzeylerinin katılımcıların doğum sonrası bireysel bakım durumuna göre farklı düzeylerde olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çizelge 4.15'te doğum sonrası bireysel bakım konusunda sorun yaşayan ve yaşamayan katılımcıların yaşam kalitesi düzeylerinin benzer seviyelerde olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.15. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının doğum sonrası bireysel bakım durumuna göre karşılaştırılması

SF-36	Bebeğinizin doğumundan sonra beslenme, uyku, dinlenme, banyo yapma gibi kendi bakımınıza yönelik konularda sorun yaşadınız mı?	X±S.s.	p
Fiziksel fonksiyon	Evet	80,33±19,50	0,31
	Hayır	82,56±18,74	
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	59,15±43,76	0,10
	Hayır	67,15±40,96	
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	58,36±43,24	0,12
	Hayır	56,94±38,37	
Canlılık	Evet	46,92±20,62	0,96
	Hayır	46,81±18,53	
Ruh sağlığı	Evet	34,68±13,51	0,08
	Hayır	37,47±15,18	
Sosyal işlevsellik	Evet	43,59±15,88	0,37
	Hayır	41,94±16,88	
Ağrı	Evet	26,81±20,64	0,97
	Hayır	26,69±29,30	
Genel sağlık algısı	Evet	35,70±11,89	0,93
	Hayır	35,82±12,42	
Genel yaşam kalitesi düzeyi	Evet	47,94±11,07	0,09
	Hayır	50,10±11,31	

* 0,05 düzeyinde anlamlı farklılık, ** Bağımsız t testi analizi yapılmıştır

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları annelerin çocuk bakımı ve ev işleri konusunda yeterli destek aldığını düşünme durumlarına göre değerlendirilmiştir. Katılımcıların genel yaşam kalitesi ve alt boyutlardan fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik düzeylerinin çevreden yeterli desteği aldığını düşünme durumlarına göre farklı seviyelerde olduğu tespit edilmiştir ($p=0,01$). Destek almadığını düşünen annelerde ise emosyonel rol güçlüğü düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,01$). Çizelge 4.16’da çevresinden yeterli destek aldığını düşünen bireylerin fiziksel fonksiyon, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik ve genel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.16. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının çocuk bakımı, ev işleri konusunda çevresinden destek alma durumuna göre karşılaştırılması

SF-36	Çocuk bakımı ve ev işleri konusunda çevrenizden yeterli destek aldığınızı düşünüyor musunuz?	$\bar{X} \pm s.s.$	p
Fiziksel fonksiyon	<i>Evet</i>	83,64±18,66	0,01*
	<i>Hayır</i>	76,32±19,49	
Fiziksel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	63,98±42,94	0,25
	<i>Hayır</i>	58,33±42,68	
Emosyonel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	41,36±42,47	0,01*
	<i>Hayır</i>	62,98±39,84	
Canlılık	<i>Evet</i>	45,55±20,14	0,09
	<i>Hayır</i>	49,46±19,14	
Ruh sağlığı	<i>Evet</i>	37,31±14,17	0,01*
	<i>Hayır</i>	32,55±13,73	
Sosyal işlevsellik	<i>Evet</i>	46,95±15,11	0,01*
	<i>Hayır</i>	40,93±17,66	
Ağrı	<i>Evet</i>	25,95±25,58	0,39
	<i>Hayır</i>	28,33±20,97	
Genel sağlık algısı	<i>Evet</i>	35,59±12,1	0,74
	<i>Hayır</i>	36,05±12,05	
Genel yaşam kalitesi düzeyi	<i>Evet</i>	49,29±11,66	0,01*
	<i>Hayır</i>	46,37±10,31	

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları annelerin yakınlarından duygusal destek alma durumlarına göre değerlendirilmiştir. Katılımcıların genel yaşam kalitesi ve alt boyutların düzeylerinin yakınlarından duygusal destek alma durumuna göre farklı seviyelerde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Duygusal destek almadığını ifade eden katılımcıların ise ağrı düzeylerinin daha yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür. Çalışmada yakınlarından duygusal destek aldığını düşünen katılımcıların genel yaşam kalitesi ve fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, canlılık, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı düzeylerinin daha yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çizelge 4.17’de SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annelerin yakınlarından duygusal destek alma durumuna göre karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 4.17. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annelerin yakınlarından duygusal destek alma durumuna göre karşılaştırılması

SF-36	Yakınlarınızdan yeterli duygusal destek aldığınızı düşünüyor musunuz?	X±S.s.	p
Fiziksel fonksiyon	<i>Evet</i>	85,65±16,47	0,01*
	<i>Hayır</i>	72,98±21,16	
Fiziksel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	70,35±42,02	0,01*
	<i>Hayır</i>	47,06±40,41	
Emosyonel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	63,72±42,47	0,01*
	<i>Hayır</i>	39,50±37,82	
Canlılık	<i>Evet</i>	55,00±19,65	0,01*
	<i>Hayır</i>	42,71±17,06	
Ruh sağlığı	<i>Evet</i>	37,80±15,35	0,04*
	<i>Hayır</i>	30,29±11,68	
Sosyal işlevsellik	<i>Evet</i>	46,56±14,44	0,03*
	<i>Hayır</i>	40,97±19,11	
Ağrı	<i>Evet</i>	22,98±22,33	0,01*
	<i>Hayır</i>	33,61±25,7	
Genel sağlık algısı	<i>Evet</i>	36,68±10,66	0,04*
	<i>Hayır</i>	32,05±14,16	
Genel yaşam kalitesi düzeyi	<i>Evet</i>	49,97±11,53	0,01*
	<i>Hayır</i>	45,27±10,21	

* 0,05 düzeyinde anlamlı farklılık, ** Bağımsız t testi analizi yapılmıştır

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları bakıcı desteğinin olması durumuna göre değerlendirilmiştir. Katılımcıların genel yaşam kalitesi ve alt boyutların düzeylerinin bakıcı desteği olması durumuna göre farklı seviyelerde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmada bebeğin bakımı için bakıcı tutan annelerin genel yaşam kalitesi ve fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, canlılık, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı düzeylerinin daha yüksek, bakıcı tutmayan annelerin ise ağrı düzeylerinin daha yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çizelge 4.18’de SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının bakıcı desteği olması durumuna göre karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 4.18. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının bakıcı desteği olması durumuna göre karşılaştırılması

SF-36	Bebeğinizin bakımı ile ilgilenmeniz size yardımcı olması için bakıcı tuttunuz mu?	X±s.s.	p
Fiziksel fonksiyon	<i>Evet</i>	92,08±12,61	0,01*
	<i>Hayır</i>	79,82±19,49	
Fiziksel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	73,61±41,38	0,01*
	<i>Hayır</i>	60,65±42,91	
Emosyonel rol güçlüğü	<i>Evet</i>	59,33±46,72	0,01*
	<i>Hayır</i>	54,7±41,96	
Canlılık	<i>Evet</i>	48,54±29,21	0,01*
	<i>Hayır</i>	37,89±18,23	
Ruh sağlığı	<i>Evet</i>	43,33±13,61	0,01*
	<i>Hayır</i>	34,77±13,99	
Sosyal işlevsellik	<i>Evet</i>	49,5±6,18	0,01*
	<i>Hayır</i>	40,05±17,07	
Ağrı	<i>Evet</i>	17,78±13,55	0,01*
	<i>Hayır</i>	27,85±24,87	
Genel sağlık algısı	<i>Evet</i>	43,56±7,37	0,01*
	<i>Hayır</i>	34,8±12,19	
Yaşam kalitesi genel düzeyi	<i>Evet</i>	53,22±11,41	0,01*
	<i>Hayır</i>	45,94±11,24	

* 0,05 düzeyinde anlamlı farklılık, ** Bağımsız t testi analizi yapılmıştır

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları annelerin aile hekimi ve ebelerinden destek alma durumlarına göre değerlendirilmiştir. Katılımcıların genel yaşam kalitesi ve alt boyutların düzeylerinin aile hekimi ve ebelerinden yeterli destek aldığını düşünme durumlarına göre farklı seviyelerde olduğu saptanmıştır ($p=0,01$). Çalışmada aile hekimi ve ebeden yeterli destek aldığını düşünen katılımcıların genel yaşam kalitesi, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, canlılık, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı düzeylerinin daha yüksek, ağrı seviyelerinin ise daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çizelge 4.19’da SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annelerin aile hekimi ve ebeden destek alma durumlarına göre karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 4.19. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının annelerin aile hekimi ve ebeden destek alma durumlarına göre karşılaştırılması

SF-36	Aile Sağlığı Merkezinden; aile hekiminiz ve ebenizden yeterli destek aldığınızı düşünüyor musunuz?	X±s.s.	p
Fiziksel fonksiyon	Evet	82,6±18,84	0,01*
	Hayır	76,92±19,83	
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	63,21±42,56	0,01*
	Hayır	51,72±43,85	
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	59,54±40,22	0,01*
	Hayır	42,25±46,14	
Canlılık	Evet	44,47±19,51	0,01*
	Hayır	53,85±19,31	
Ruh sağlığı	Evet	40,4±14,03	0,01*
	Hayır	31,53±14,66	
Sosyal işlevsellik	Evet	44,36±16,64	0,01*
	Hayır	39,04±14,41	
Ağrı	Evet	22,62±21,73	0,01*
	Hayır	38,72±26,6	
Genel sağlık algısı	Evet	40,58±12,24	0,01*
	Hayır	31,21±11,64	
Yaşam kalitesi genel düzeyi	Evet	51,47±11,19	0,01*
	Hayır	44,78±11,62	

* 0,05 düzeyinde anlamlı farklılık, ** Bağımsız t testi analizi yapılmıştır

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları katılımcıların emzirmenin anne sağlığına olumlu etkisi olduğunu düşünme durumlarına göre değerlendirilmiştir. Ölçeğin genel yaşam kalitesi ve alt boyutlarının düzeylerinin emzirmenin anne sağlığı için faydalı olduğunu düşünme durumlarına göre farklı seviyelerde olduğu saptanmıştır ($p=0,01$). Çalışmada emzirmenin anne sağlığı için faydalı olduğunu düşünen annelerin genel yaşam kalitesi ve fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, canlılık, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı düzeylerinin daha yüksek, ağrı düzeylerinin ise daha düşük seviyelerde olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çizelge 4.20’de SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının katılımcıların emzirmenin anne sağlığına faydalı olduğunu düşünme durumlarına göre karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 4.20. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının katılımcıların emzirmenin anne sağlığına faydalı olduğunu düşünme durumlarına göre karşılaştırılması

SF-36	Emzirmenin anne sağlığına faydalı bir eylem olduğunu düşünüyor musunuz?	X±s.s.	p
Fiziksel fonksiyon	Evet	81,46±19,18	0,04*
	Hayır	69,44±18,45	
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	63,77±42,18	0,01*
	Hayır	0,00±0,00	
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	56,62±42	0,01*
	Hayır	0,00±0,00	
Canlılık	Evet	56,6±19,78	0,01*
	Hayır	47,22±21,08	
Ruh sağlığı	Evet	40,71±14,37	0,01*
	Hayır	30,76±1,48	
Sosyal işlevsellik	Evet	49,95±16,21	0,01*
	Hayır	39,44±18,45	
Ağrı	Evet	26,55±23,97	0,01*
	Hayır	34,44±28,99	
Genel sağlık algısı	Evet	45,61±12,2	0,01*
	Hayır	30,78±2,64	
Yaşam kalitesi genel düzeyi	Evet	48,66±11,21	0,01*
	Hayır	35,14±4,14	

* 0,05 düzeyinde anlamlı farklılık, ** Bağımsız t testi analizi yapılmıştır

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları katılımcıların gelir düzeylerine göre değerlendirilmiştir.

Ölçeğin genel yaşam kalitesi ve alt boyutlarının düzeylerinin aylık gelir durumlarına göre farklı seviyelerde olduğu saptanmıştır ($p=0,01$). Çalışmada aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcıların genel yaşam kalitesi ve fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, canlılık, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı düzeylerinin, orta ve yüksek gelirli gruplara göre daha düşük, ağrı düzeyinin ise daha yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çizelge 4.21’de SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının katılımcıların aylık gelir düzeyine göre karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 4.21. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının katılımcıların aylık gelir düzeyine göre karşılaştırılması

SF-36	Gelir Düzeyi	X±s.s.	p
Fiziksel fonksiyon	Düşük 3000 TL altı	79,38±21,82	0,01*
	Orta 3000-10000 TL	78,34±20,01	
	Yüksek 10000 TL üzeri	88,53±12,51	
Fiziksel rol güçlüğü	Düşük 3000 TL altı	45±46,18	0,01*
	Orta 3000-10000 TL	61,41±41,88	
	Yüksek 10000 TL üzeri	76,47±37,47	
Emosyonel rol güçlüğü	Düşük 3000 TL altı	36,92±39,14	0,01*
	Orta 3000-10000 TL	60,87±41,12	
	Yüksek 10000 TL üzeri	56,47±44,25	
Canlılık	Düşük 3000 TL altı	43,74±16,66	0,01*
	Orta 3000-10000 TL	48,8±17,98	
	Yüksek 10000 TL üzeri	49,13±25,09	
Ruh sağlığı	Düşük 3000 TL altı	40,01±9,61	0,01*
	Orta 3000-10000 TL	34,38±15,2	
	Yüksek 10000 TL üzeri	35,21±14,32	
Sosyal işlevsellik	Düşük 3000 TL altı	37,27±16,07	0,01*
	Orta 3000-10000 TL	44,44±16,89	
	Yüksek 10000 TL üzeri	44,24±14,03	
Ağrı	Düşük 3000 TL altı	33,23±24,33	0,01*
	Orta 3000-10000 TL	25,16±23,33	
	Yüksek 10000 TL üzeri	25,59±25,48	
Genel sağlık algısı	Düşük 3000 TL altı	32,11±11,27	0,01*
	Orta 3000-10000 TL	35,63±12,5	
	Yüksek 10000 TL üzeri	38,78±10,99	
Yaşam kalitesi genel düzeyi	Düşük 3000 TL altı	42,08±13,57	0,01*
	Orta 3000-10000 TL	49,63±10,33	
	Yüksek 10000 TL üzeri	51,55±10,02	

* 0,05 düzeyinde anlamlı farklılık, ** Varyans analizi yapılmıştır

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları annelerin çocuk sayısına göre değerlendirilmiştir. Ölçeğin genel yaşam kalitesi ve alt boyutlarının düzeylerinin çocuk sayısına göre farklı seviyelerde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmada genel yaşam kalitesi ve genel sağlık algısı düzeylerinin bir veya iki çocuğu olan katılımcılarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Üç ve üzeri sayıda çocuğu olan katılımcıların fiziksel fonksiyon, canlılık seviyesinin daha düşük, fiziksel rol güçlüğü düzeyinin ise diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Tek çocuğu olan katılımcıların ise emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik düzeyinin diğer katılımcılara göre daha yüksek ağrı ve ruh sağlığı düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Çizelge 4.22’de SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının katılımcıların çocuk sayısına göre karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 4.22. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının katılımcıların çocuk sayısına göre karşılaştırılması

SF-36	Çocuk sayısı	X±s.s.	p
Fiziksel fonksiyon	1	83,47±18,67	0,01*
	2	87,68±20,31	
	3 ve üzeri	75,75±11,41	
Fiziksel rol güçlüğü	1	62,93±45,01	0,01*
	2	55±39,75	
	3 ve üzeri	90,01±20,52	
Emosyonel rol güçlüğü	1	60,26±44,1	0,02*
	2	48,48±39,27	
	3 ve üzeri	41,67±33,99	
Canlılık	1	49,45±21,28	0,01*
	2	48,45±18,71	
	3 ve üzeri	40,05±8,38	
Ruh sağlığı	1	30,23±14,17	0,01*
	2	38,14±14,45	
	3 ve üzeri	40,8±10,85	
Sosyal işlevsellik	1	51,82±15,62	0,04*
	2	43,52±16,48	
	3 ve üzeri	11,75±19,42	
Ağrı	1	24,75±23,29	0,04*
	2	30,86±26,35	
	3 ve üzeri	33,5±15,65	
Genel sağlık algısı	1	37,08±11,21	0,01*
	2	34,85±13,27	
	3 ve üzeri	28,40±9,55	
Yaşam kalitesi genel düzeyi	1	51,00±10,99	0,04*
	2	49,62±12,20	
	3 ve üzeri	40,49±8,33	

* 0,05 düzeyinde anlamlı farklılık, ** Varyans analizi yapılmıştır

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları annelerin çocuk sonrası uyuma sürelerine göre değerlendirilmiştir. Ölçeğin genel yaşam kalitesi ve alt boyutlarının düzeylerinin çocuk sonrası uyku sürelerine göre farklı seviyelerde olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmada günlük 3 saat ve altında uyuyan annelerin genel yaşam kalitesi ve fiziksel fonksiyon, fiziksel rol gücü, emosyonel rol gücü, canlılık, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı düzeylerinin daha düşük, ağrı düzeylerinin ise daha yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çizelge 4.23'te SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının katılımcıların çocuk sonrası uyku durumuna göre karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 4.23. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının katılımcıların çocuk sonrası uyku durumuna göre karşılaştırılması

SF-36	Çocuktan sonra günlük uyku saati	X±s.s.	p
Fiziksel fonksiyon	1 saatten az	60,01±34,51	0,01*
	1-3 saat	79,43±19,05	
	3 saat ve üzeri	85,25±16,08	
Fiziksel rol gücü	1 saatten az	41,67±51,49	0,01*
	1-3 saat	59,92±40,83	
	3 saat ve üzeri	66,67±44,33	
Emosyonel rol gücü	1 saatten az	33,33±49,24	0,01*
	1-3 saat	55,62±40,4	
	3 saat ve üzeri	56,28±44,27	
Canlılık	1 saatten az	46,92±20,72	0,01*
	1-3 saat	47,14±17,71	
	3 saat ve üzeri	55,02±22,39	
Ruh sağlığı	1 saatten az	33,03±8,62	0,01*
	1-3 saat	34,33±13,31	
	3 saat ve üzeri	40,97±15,66	
Sosyal işlevsellik	1 saatten az	32,08±20,78	0,01*
	1-3 saat	37,12±16,09	
	3 saat ve üzeri	49,11±15,65	
Ağrı	1 saatten az	50,42±31,58	0,01*
	1-3 saat	27,5±25,58	
	3 saat ve üzeri	23,73±19,96	
Genel sağlık algısı	1 saatten az	32,42±7,91	0,01*
	1-3 saat	34,9±11,05	
	3 saat ve üzeri	37,16±13,5	
Yaşam kalitesi genel düzeyi	1 saatten az	42,61±13,87	0,04*
	1-3 saat	47,74±11,32	
	3 saat ve üzeri	49,52±10,88	

* 0,05 düzeyinde anlamlı farklılık, ** Varyans analizi yapılmıştır

Yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının skorları annelerin bebek bakımında destek gördükleri kişilere göre değerlendirilmiştir. Ölçeğin genel yaşam kalitesi, fiziksel fonksiyon, canlılık, ağrı, genel sağlık algısı düzeylerinin katılımcıların destek gördükleri kişilere göre farklı seviyelerde olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,01$). Çalışmada eşlerinden destek aldığını ifade eden bireylerin genel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Ölçeğin alt boyutları ayrı ayrı değerlendirilmiş ve eşlerinden destek alan annelerin fiziksel fonksiyon ve genel sağlık algısı düzeylerinin daha yüksek, arkadaşlarından ve diğer yakınlarından destek aldığını ifade eden bireylerin ağrı ve canlılık düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0,01$). Fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik düzeylerinin ise bebek bakımında destek görülen kişiye göre farklı seviyelerde olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Çizelge 4.24'te SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının bebek bakımında destek görülen kişiye göre karşılaştırılması görülmektedir.

Çizelge 4.24. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının bebek bakımında destek görülen kişiye göre karşılaştırılması

SF-36	Bebek Bakımında Destek Görülen Kişi	X±s.s.	p
Fiziksel fonksiyon	<i>Aile</i>	79,10±20,86	0,01*
	<i>Eş</i>	89,36±13,89	
	<i>Arkadaş veya Diğer Yakınlar</i>	80,01±16,04	
Fiziksel rol güçlüğü	<i>Aile</i>	60,85±42,42	0,58
	<i>Eş</i>	71,34±44	
	<i>Arkadaş veya Diğer Yakınlar</i>	50,01±53,45	
Emosyonel rol güçlüğü	<i>Aile</i>	64,66±42,99	0,09
	<i>Eş</i>	51,94±42,96	
	<i>Arkadaş veya Diğer Yakınlar</i>	66,67±35,64	
Canlılık	<i>Aile</i>	50,02±18,61	0,01*
	<i>Eş</i>	39,92±20,88	
	<i>Arkadaş veya Diğer Yakınlar</i>	30,01±5,35	
Ruh sağlığı	<i>Aile</i>	38,29±14,65	0,13
	<i>Eş</i>	34,99±12,75	
	<i>Arkadaş veya Diğer Yakınlar</i>	42,6±14,33	
Sosyal işlevsellik	<i>Aile</i>	41,97±15,47	0,28
	<i>Eş</i>	38,81±15,44	
	<i>Arkadaş veya Diğer Yakınlar</i>	43,75±6,68	
Ağrı	<i>Aile</i>	30,71±26,26	0,01*
	<i>Eş</i>	22,38±24,67	
	<i>Arkadaş veya Diğer Yakınlar</i>	5,00±5,35	
Genel sağlık algısı	<i>Aile</i>	33,05±11,49	0,01*
	<i>Eş</i>	49,55±12,03	
	<i>Arkadaş veya Diğer Yakınlar</i>	35,5±2,67	
Genel yaşam kalitesi düzeyi	<i>Aile</i>	46,96±11,18	0,01*
	<i>Eş</i>	50,29±11,84	
	<i>Arkadaş veya Diğer Yakınlar</i>	45,44±14,76	

* 0,05 düzeyinde anlamlı farklılık, ** Varyans analizi yapılmıştır

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının anne ve bebek yaşı, emzirme süresi ve ek gıda başlangıç süresi arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Katılımcıların yaşları ile genel yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı seviyelerde ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Aynı zamanda alt boyutlardan; fiziksel rol güçlüğü, canlılık, ruh sağlığı, genel sağlık algısı ile de anne yaşı arasında anlamlı seviyede ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların yaşları ile emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik düzeyleri arasında anlamlı, negatif düzeyde ve zayıf güçte ilişki olduğu saptanmıştır. Çizelge 4.25'te yaşça büyük olan bireylerin emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür ($r=-0,11$, $p=0,04$, $p<0,05$).

Katılımcıların ve bebeklerinin yaşları ile ağrı düzeyleri arasında anlamlı, pozitif düzeyde ve zayıf güçte ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmada yaşça büyük olan bireylerin ağrı düzeylerinin daha yüksek, bebekleri ay olarak büyük olan ağrı düzeylerinin daha düşük seviyede olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Katılımcıların bebeklerinin ayları ile fiziksel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik düzeyleri arasında anlamlı, pozitif düzeyde ve zayıf güçte ilişki olduğu saptanmıştır. Bebekleri daha büyük olan bireylerin fiziksel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik düzeylerinin daha yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Katılımcıların bebeklerinin ayları ile emosyonel rol güçlüğü ve canlılık düzeyleri arasında anlamlı, negatif düzeyde ve zayıf güçte ilişki saptanmıştır. Daha büyük bebeği olan bireylerin emosyonel rol güçlüğü ve canlılık seviyelerinin daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Katılımcıların bebeklerinin ayları ile genel yaşam kalitesi ve ruh sağlığı, genel sağlık algısı düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların emzirme süreleri ve ek gıdaya geçiş süresi (ay) ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı seviyelerde ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Çizelge 4.25'te SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının anne ve bebek yaşı, emzirme süresi ve ek gıda başlangıç süresi arasındaki ilişkisi verilmiştir.

Çizelge 4.25. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel ve alt boyutlarının anne ve bebek yaşı, emzirme süresi ve ek gıda başlangıç süresi arasındaki ilişkisi

SF-36		Yaş	Bebeğin Yaşı (ay)	Emzirme Süresi (ay)	Ek gıda Başlangıç Ayı
Fiziksel rol güçlüğü	r	0,11	0,13*	0,04	0,04
	p	0,06	0,02	0,42	0,59
Emosyonel rol güçlüğü	r	-0,11*	-0,20*	-0,09	0,08
	p	0,04	0,01	0,10	0,24
Canlılık	r	0,03	-0,13*	0,01	-0,06
	p	0,62	0,02	0,85	0,36
Ruh sağlığı	r	0,06	-0,08	0,01	-0,06
	p	0,28	0,17	0,85	0,38
Sosyal işlevsellik	r	-0,11*	0,11*	-0,01	-0,01
	p	0,04	0,04	0,92	0,92
Ağrı	r	0,11*	-0,15*	0,01	-0,09
	p	0,04	0,01	0,88	0,16
Genel sağlık algısı	r	0,04	0,05	0,06	0,02
	p	0,49	0,38	0,27	0,72
Genel yaşam kalitesi düzeyi	r	0,04	-0,07	-0,09	0,01
	p	0,43	0,22	0,12	0,88

* 0,05 düzeyinde anlamlı ilişki, ** Korelasyon analizi yapılmıştır

5. TARTIŞMA

Bu araştırma doğum sonrası 0-24 aylık dönemde olan annelerin emzirme deneyimlerinin ve ilişkili olabilecek diğer faktörlerin yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Doğum sonrası dönemdeki kadınların yaşamında fiziksel, duygusal ve sosyal değişiklikler olmaktadır. Bu durumlar annelerin sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde önemli ölçüde etki etmektedir. Emzirme de doğum sonrası dönemde gelişen fizyolojik bir süreç olup halk sağlığı açısından önemli konulardan biridir (1). Doğum sonrası dönem, lohusalık, emzirme süreçleri kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen önemli sağlık sorunlarının ortaya çıkabileceği dönemlerdir (10). Bu özel dönemlerde annenin sağlık durumunun incelenmesi; sorunların tespiti, bunlara çözüm önerisinde bulunabilmek ve anne-bebek sağlığının geliştirebilmek açısından önemlidir. Annelerin bu süreçte hem kendi bakımı, hem de bebek bakımı ile ilgili pek çok kaygıları ve bilgi eksiklikleri vardır. Doğum sonrası süreçlerde yaşanan problemler zamanında fark edilip destek verilmedikçe kronikleşip kadınların yaşam kalitelerini düşürebilmektedir (23).

Literatürde emzirme ile ilgili yapılan araştırmaların çoğunlukla bebeğin beslenmesi ve bebek sağlığıyla ilgilidir. Ülkemizde, doğum sonrası dönemde olan annelerin yaşam kalitesini araştıran az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmalar da ne yazık ki sadece doğumdan sonraki 4-6 haftalık süreci kapsayan kısa döneme yönelik yapılmıştır (23,88,153). Dünya genelinde annelerin hayatında emzirmenin yeri, sosyal yaşamlarına, emosyonel durumlarına, fiziksel fonksiyonlarına ve yaşam kalitelerine etkisiyle ilgili yapılan çalışmalarda bu konuda farklı sonuçların olduğu görülmektedir. Çizelge 5.1 doğum sonrası dönemde annelerin yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi için yapılan bazı çalışmaların sonuçlarını özetlemektedir.

Çizelge 5.1. Doğum sonrası dönemde annelerin yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi için yapılan bazı çalışmaların sonuçları

Kaynak No	Yazarlar	Ülke	Sayı (n)	Ölçek	Çalışma tipi	Doğum sonrası kaçınıcı ay	Yaşam kalitesi ortalama puanı / Ölçekten alınabilecek maksimum puan	Sonuç
	Çalışmamız	Türkiye	334	SF-36	Kesitsel	0-24 ay	48,30±11,29/100	Emziren ve emzirmeyen annelerin yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer olarak doğum şeklinin de yaşam kalitesi üzerine etkilerinde farklılık saptanmamıştır. Ayrıca doğum üzerinden geçen süre de yaşam kalitesi açısından fark yaratmamış ancak bazı alt gruplar düzeyinde farklılıklar bulunmuştur.
143	Oliveira et al. (2015)	Brezilya	210	MAPP-QOL	Kesitsel	0-1 ay	15,24±0,08/30	Evli veya partner ile yaşayan, birden fazla çocuğu olan, sosyoekonomik düzeyi yüksek, sosyal desteği daha fazla olan kadınların doğum sonrası dönemde yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur. Doğumun ardından uzun süre geçmesi ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel bileşenin daha iyi olduğu ifade edilmiştir.
147	Bai ve ark. (2019)	Hollanda	4312	SF-12	Kohort	Gebelik başlangıcı – 6 ay	47,43±9,03 (fiziksel bileşen)/100 48,79±10,21 (zihinsel bileşen)/100	Emziren ve emzirmeyen annelerin yaşam kalitesi skorları benzer bulunmuştur. Ayrıca doğumdan sonra daha uzun süre geçen, vajinal doğum yapmış olan ve eğitim düzeyi daha yüksek olan annelerin yaşam kalitesi skorları daha yüksek olup, doğum sonrası ilk yıllarda ise annelerin yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir.
148	Martinez-Galiona ve ark. (2017)	İspanya	2990	SF-36	Kesitsel	<12 ay 12-36 ay >36 ay	71,94±17,48/100 71,75±18,01/100 70,23±19,25/100	Emziren ve emzirmeyen annelerin yaşam kalitesi skorları benzer bulunmuştur. Ayrıca doğumdan sonra daha uzun süre geçen, vajinal doğum yapmış olan ve eğitim düzeyi daha yüksek olan annelerin yaşam kalitesi skorları daha yüksek olup, doğum sonrası ilk yıllarda ise annelerin yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir.
149	Emmanuel ve ark. (2011)	Avustralya	473	SF-12	Boylamsal, prospektif	Gebeliğin 36. Haftası- 3 ay	72,1/100 74,9/100	Sosyal desteği daha iyi olan perinatal dönemdeki kadınların hem fiziksel hem zihinsel alanda yaşam kalitesi skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
150	Rezaei ve ark. (2016)	İran	380	SF-36	Kesitsel	0-6 ay	-----	Emziren ve emzirmeyen kadınlar arasında yaşam kalitesinin (emosyonel rol güclüğü alt boyutu hariç) ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
151	Chen ve ark. (2006)	Taiwan	1747	SF-36	Kesitsel	0-6 ay	70,2/100	Altı ay ve daha uzun süre emziren annelerin yaşam kalitesi skorları diğer annelere göre daha yüksek saptanmıştır.
155	Trivino-Juarez et al. (2015)	İspanya	364	SF-36	Boylamsal, prospektif	3-6 ay	-----	Emziren ve emzirmeyen annelerin yaşam kalitesi skorlarının benzer olduğu bulunmuştur.

Kısaltmalar: SF-36: Short form 36 yaşam kalitesi ölçeği, MAPP-QOL: Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire, SF-12: Short form 12 yaşam kalitesi ölçeği

Araştırmaya katılan kadınların yaklaşık olarak yarısı 30 yaş üzerindedir. Katılımcıların yaşlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması incelendiğinde; genel yaşam kalitesi düzeylerinin 30 yaş üzerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek seviyelerde olduğu saptanmıştır. Bai ve ark.'nın (147) Hollanda'da doğum sonrası iki aylık dönemde olan kadınlarla SF-12 ile yaptığı çalışmada da yaşı daha büyük olan annelerin ölçeğin hem mental hem fiziksel alanından düşük puan aldıkları bildirilmiştir. Bu bulgular çalışmamızın sonuçları ile çelişmektedir. Bunun nedeni bizim çalışmamızda daha çok sorunun yaşandığı doğum sonrası ilk ayların değil, iki yıllık geniş bir dönemin incelenmiş olması olabilir. Yapılmış bazı çalışmaların sonucunda ise annenin yaşı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır (148,149). Rezaei ve ark.'nın (150) İran'da yaptığı çalışma sonucunda ise 30 yaş altında olan annelerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışmalar arasındaki fark; araştırmaların farklı köken kadınlarda, farklı ülkelerde ve farklı zaman dilimlerinde yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarının skorları annelerin eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde; eğitim düzeyleri ilköğretim, lise ve üniversite olan annelerin genel yaşam kalitesi ve ölçeğin alt boyutlarının düzeyleri benzer seviyelerde saptanmıştır. Bai ve ark.'nın (147) çalışmasında da annelerin eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Martinez-Galiano ve ark.'nın (148) çalışmasında lise veya üniversite eğitime sahip kadınların doğum sonrası dönemde yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmesinin nedeni farklı ülkelerde eğitim sistemi ve programlarının arasındaki farklılıklardan kaynaklanabilir. Ayrıca anket sorularında eğitim düzeyi sınıflandırmasının farklı olması da sonuçlardaki farklılığa neden olmuş olabilir.

Katılımcıların gelir düzeyleri değerlendirildiğinde; aylık gelir düzeyinin genel yaşam kalitesi ve SF-36 anketinin tüm alt boyutlarını etkilediği görülmektedir (Çizelge 4.21). Orta ve yüksek gelirli grupların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Düşük gelir grubunda ise ağrı alt boyutunun daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 4.21). Chen ve ark.'nın (151) çalışmasının sonucu, bulgularımız ile paralellik göstermektedir. Gelir düzeyi önemli bir faktör

olmasına rağmen Rezaei ve ark.'nın (150) çalışmasında kadınların yaşam kalitesi ile gelir düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmalar arasındaki fark, kişilerin gerçek mali durumlarının açıklamama eğilimlerinden kaynaklanmış olabilir.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine göre katılımcıların genel yaşam kalitesi düzeylerinin gelir getiren bir işte çalışma ve çalışmama durumunda benzer seviyelerde olduğu görülmüştür. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, canlılık, ruh sağlığı gibi alt boyutların düzeyleri ise çalışan annelerde daha yüksek seviyelerdedir ($p<0,05$). Yapılan çalışmalar da, araştırmamızın bulgularını desteklemektedir (143,150,152). Çalışan annelerin evdeki sorumlulukları, ev ve çocuk bakımı işleri de devam etmektedir. Bu yüzden kişisel bakım, uyku, kendileri için yeterli zaman bulamayabilirler. Ancak annelerin çalışması aynı zamanda sosyal ilişkilerde ve ekonomik özgürlükte artış, ev içi yaşamda bir mola, entelektüel gelişime katkı sağlama gibi nedenlerle sağlığın iyileşmesinde önemli rol oynamaktadır.

Araştırmamızda konik hastalığı bulunmayan annelerin genel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. SF-36 ölçeğinin alt boyutları ayrı ayrı değerlendirilmiş ve altı alt boyutun düzeyleri (canlılık ve ruh sağlığı alt boyutları hariç) kronik hastalığı bulunmayan annelerde daha yüksek seviyelerde olduğu bulunmuştur. Kronik bir hastalığa sahip olmak, hastalığın semptomları ile baş etmek, tedavinin getirdiği sıkıntılar, geleceğe yönelik yaşanan endişeler ve pek çok olumsuz duygu bireylerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Benzer şekilde Rezaei ve ark.'nın (150) çalışmasında gebelikte hastalık öyküsü olan kadınların yaşam kalitesi skorlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Annelerin yaşadığı yere göre yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak beraber yaşadıkları aile tipi yaşam kalitesi düzeyleri açısından fark yaratmaktadır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine göre katılımcıların genel yaşam kalitesi düzeylerinin geniş ailede yaşayanlarda daha yüksek seviyelerde olduğu saptanmıştır ($p=0,03$). Emosyonel rol güçlüğü, ruh sağlığı ve genel sağlık algısı alt boyutların düzeylerinin geniş ailede yaşayan katılımcılarda daha yüksek seviyelerde olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bunun nedeni geniş ailede yaşayan kadınların çevresinde tecrübeli bireylerin olması ve aile

içinde daha fazla destek alabileceği kişinin bulunması olabilir. Öztürk'ün (153) çalışmasında ise çekirdek ailede yaşayan kadınların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, çekirdek ailelerdeki bireylerin daha fazla birbirine zaman ayırması ve duygularını daha rahat ifade etmesinden kaynaklanmış olabilir. Aradaki fark, çalışmaların farklı bölgeler ve kültürlerdeki kadınlarla yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

Katılımcıların %77,8'inin (n=260) yaşadıkları en son gebeliği planladıkları ve gebeliklerinin planlı olması durumuna göre ölçekteki tüm boyutların düzeylerinin farklı seviyelerde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.14). Çalışmada planlı gebeliği olan katılımcıların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı, genel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Planlayarak gebe kalanların SF-36 genel yaşam kalitesi düzeyleri gebeliğini planlamadan yaşayan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak planlayarak gebe kalma durumunun yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Öztürk (153) ve Bai ve ark.'nın (147) yaptığı çalışmaların bulguları da araştırmamızın sonucu ile paralellik göstermektedir. Gebeliğin planlı olmasının yaşam kalitesi üzerindeki potansiyel etkileri, kadınlara üreme sağlığı ile ilgili danışmanlık verirken göz önünde bulundurulabilir.

Çalışmamıza katılan annelerin çoğunun bebeklerini emzirdiği görülmektedir (Çizelge 4.3). Çalışmamız sonucunda emziren ve emzirmeyen annelerin yaşam kalitesi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların emzirme süreleri ve ek gıdaya geçiş süresi (ay) ile yaşam kalitesi düzeyleri ve tüm alt boyutların düzeyleri arasında anlamlı seviyelerde ilişki olmadığı saptanmıştır. Araştırmamızın bu sonucu emzirmenin yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen bazı çalışmalarla paralellik göstermekte (148,150) bazılarıyla ise çelişmektedir. Bulgumuzun karşıt olduğu çalışmalarda emzirmenin annenin yaşam kalitesini olumlu etkilediği bildirilmiştir (151,154,155). Chen ve ark.'nın (151) yaptıkları çalışmada emzirmenin annenin yaşam kalitesini artırmaya yardımcı olduğu ve emzirme süresinin bu konuda en önemli faktör olduğu bildirilmiştir. Doğum sonrası beşinci haftada çalışan kadınların sağlığını inceleyen bir çalışmada kadınların emzirme ve zihinsel yaşam kalitesi arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir. Ancak

bu çalışmada emzirme, meme rahatsızlıkları, artan yorgunluk ve aşırı terleme gibi önemli ölçüde daha fazla fiziksel semptomla ilişkili bulunmuştur (156). Çalışmalar arasındaki metodolojik farklılıklar, aralarındaki bazı önemli farklılıkları netleştirmeye yardımcı olabilir.

Araştırmamızın sonuçlarında, annenin emzirme sürecinde sorun ve meme hastalıkları yaşamasının, doğum sonrası bireysel bakımın azalmasının genel yaşam kalitesi düzeylerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Ayrıca son doğum şeklinin vajinal doğum veya sezaryen olmasının yaşam kalitesini etkilemediği ve doğum şekilleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bunun nedeni verilerin toplandığı zaman diliminin; annelerin yaralarının iyileştiği, doğumun etkilerinin geçmeye başladığı ve daha bağımsız hale geldikleri dönem olmasından kaynaklanabilir. Bai ve ark.'nın (147) çalışmasında elektif sezaryen ile doğum yapan kadınlar ile spontan vajinal doğum yapan kadınlar arasında doğum sonrası sağlıkla ilgili yaşam kalitesi fiziksel boyutunun ortalama skorunda klinik olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sezaryen doğum; ağrı, rahatsızlık ve diğer sağlık semptomlarına neden olabilen bir ameliyat olduğundan kadınlar fiziksel sağlıklarını, vajinal doğum yapan kadınlardan daha kötü olarak algılamış olabilirler. Bu çalışma doğum sonrası daha erken dönemde yapıldığından çalışmamızdan farklı sonuçlar bulunmuş olabilir. Çalışmamız sonucunda emzirme sorunları ve meme hastalıkları yaşayan kadınlarda sadece ağrı alt boyutu düzeyi yüksek bulunmuştur. McGroven ve ark.'nın (156) çalışmasında da sezaryen ile doğum yapan kadınların fiziksel sağlıklarının, vajinal doğum yapanlara göre anlamlı derecede daha kötü olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmanın sonucunda emzirme, önemli ölçüde daha fazla fiziksel semptom ve meme hastalıkları ile ilişkili bulunmuştur. Bu durumun da emzirmenin fiziksel süreci ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Doğumdan itibaren geçen sürenin ve bebeğe ek gıda vermeye başlanmasının da annenin genel yaşam kalitesi, ruh sağlığı ve genel sağlık algısı üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bebekleri ay olarak büyük olan; doğumdan itibaren geçen sürenin daha uzun olduğu annelerde canlılık, emosyonel rol güçlüğü ve ağrı düzeylerinin daha düşük, fiziksel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik düzeylerinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızın sonucu

Bahrami ve ark.'nın (157) yaptığı çalışmanın bulguları ile uyumludur. Çalışmalarının sonucunda üç aydan daha uzun süre önce doğum yapmış kadınların hem bedensel ağrı hem de fiziksel rol alt ölçeklerinde daha yüksek yaşam kalitesi puanlarına sahip olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, Li ve ark. (158) doğumdan bu yana geçen sürenin; doğum sonrası kadınların yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin anlamlı olmadığını bildirmişlerdir.

Çocuk bakımı ve ev işleri konusunda çevresinden yeterli destek aldığını düşünen bireylerin fiziksel fonksiyon, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik ve genel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda katılımcıların genel yaşam kalitesi ve alt boyutların düzeylerinin yakınlarından duygusal destek alma durumuna göre farklı seviyelerde olduğu saptanmıştır. Destek aldığını düşünen kişilerin genel yaşam kalitesi ve ağrı hariç diğer alt boyutların düzeylerinin daha yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür. Yapılan diğer çalışmalar da sosyal desteğin daha az olması, çocuk bakımı stresi, yaşam stresi gibi durumların annenin yaşam kalitesinin daha kötü olmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir ve bulgularımızı desteklemektedir (95,149,151).

Isabella, uzun süreli emziren annelerin, evliliklerini daha doyurucu ve sevgi dolu olarak nitelendirdiklerini ve en çok eşlerinden aldıkları desteğin niteliği ve kapsamından memnun olduklarını bildirmiştir (159). Bizim çalışmamızda da çocuk bakımı ve ev işlerinde eşlerinden daha fazla destek aldığını ifade eden kadınların genel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmada bebeğin bakımı için bakıcı tutan annelerin genel yaşam kalitesi ve fiziksel fonksiyon, fiziksel rol gücü, emosyonel rol gücü, canlılık, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı düzeylerinin daha yüksek, bakıcı tutmayan annelerin ise ağrı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda bakıcı tutanların oranı %10,7 (n=36) daha az olduğundan sonuç yanıltıcı olabilir ancak annelerin bebek bakımı stresinin azalması kendilerine daha fazla zaman ayırabilmeleri, dinlenebilmeleri yaşam kalitesini artırıyor görünmektedir. Ekonomik olarak yeterliliği olan annelere yardımcı bakıcı desteği almaları önerilebilir.

Çalışmamızın sonuçlarında önemli bir bulgu olarak; aile sağlığı merkezlerinden yeterli destek aldığını ve emzirmenin anne sağlığı için faydalı

olduğunu düşünen kadınların genel yaşam kalitesi ve ağrı hariç diğer alt boyutların düzeylerinin daha yüksek, ağrı seviyelerinin ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç Annelerin sağlık hizmetlerine kolay ulaşabildiklerinde, yeterli danışmanlık alabildiklerinde bilgi düzeylerinin arttığı ve streslerinin azaldığını göstermektedir. Annelerin doğum sonrası gelişen fizyolojik süreç veya komplikasyonlar, bebek bakımı, emzirme konusunda aile hekiminden ve ebelerden aldığı danışmanlık ve diğer sağlık hizmetleri anne-bebek sağlığının geliştirilmesi ve daha kaliteli yaşam için önem arz etmektedir. Her fırsatta, her muayenede bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Bazı çalışmaların sonuçlarına göre düzenli doğum öncesi bakım alan kadınların daha yüksek yaşam kalitesi skorları olduğu bildirilmiştir (143,156).

Çalışmada genel yaşam kalitesi ve genel sağlık algısı düzeylerinin bir veya iki çocuğu olan katılımcılarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Oliveira ve ark. (143) çalışmalarının sonucunda, bizim çalışmamızın aksine, dörtten fazla çocuğu olan ve fiziksel şikayeti olmayan annelerde ortalama yaşam kalitesi puanının anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu çalışma annelerin, çocuk bakımı ve anne olmanın getirecekleri konusunda deneyim sahibi olmalarının da yaşam kalitesine olumlu etkisi olabileceğini göstermektedir. Başka bir çalışmada ise kadınların yaşam kalitesi ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (150). Sonuçlardaki farklılık; çocuk sahibi olma konusunda veya çocuk bakımında, çalışmaların yapıldığı ülkelerdeki kültürel ve sosyal ilişkilerdeki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Katılımcılara doğum sonrası en uzun ne kadar süre aralıksız uyudukları sorulduğunda %96'sı (n=322) günlük üç saat ve altında uyuduklarını ifade etmiştir. Günlük üç saat veya daha az süre uyuyan annelerin, beklenildiği gibi, genel yaşam kalitesi ve ağrı hariç diğer alt boyutların düzeylerinin daha düşük, ağrı düzeylerinin ise daha yüksek seviyelerde olduğu bulunmuştur. Bir çalışmada katılımcılar toplam 6.4 saat uyuduklarını, gecede 2,6 kez uyandıklarını ve %50'si sabah uyandıktan sonra hiç veya nadiren dinlenmiş hissettiklerini bildirmişler. Aynı çalışmanın sonucunda saptanan en sık bulgu olan yorgunluğun nedeni de artan çocuk bakımı sorumlulukları ve azalmış uyku süresi olabilir (156).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan 334 katılımcının %42,5'i 30 yaşın altında olup, %87,1'i çekirdek aile ile yaşadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %80'i orta veya yüksek gelir düzeyinde olduğunu, %59'u gelir getiren bir işte çalıştıklarını ifade etmiştir. Annelerin %7,2'sinin ilaç kullanması gereken kronik bir hastalığı mevcuttur. Araştırmaya katılan annelerin %65,9'u çocuk bakımı ve ev işleri konusunda çevrelerinden destek aldıklarını, %37,9'u bu desteği eşlerinden aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %77,8'i planlı gebelik yaşayan, %67,7'si bebeklerini halen emziren annelerdir.

1- SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının;

- a. 30 yaş ve üzerinde olan kadınların 30 yaş altındakilere göre, çekirdek ailede yaşayanların geniş ailede yaşayan kadınlara göre, gelir düzeyi daha yüksek olanların düşük gelir düzeyli annelere göre yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu,
- b. Kronik hastalığı olan annelerin kronik hastalığı bulunmayanlara göre, bakıcı tutmayan annelerin tutanlara göre yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu,
- c. Çocuk bakımı ve ev işleri konusunda çevresinden destek görenlerin görmeyenlere göre, bu desteği eşinden alanların diğer kişilerden alanlara göre yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu,
- d. Planlı gebelik yaşayanların gebeliği plansız olan kadınlara göre, emzirmenin kendi sağlıklarına faydalı olduğu düşünen annelerde düşünmeyenlere göre yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu,
- e. Aile sağlığı merkezinden yeterli destek aldığını düşünen kadınların destek görmediğini düşünenlere göre yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu,
- f. 3 ve daha fazla çocuğu olanların daha az sayıda çocuğu olanlara göre, aralıksız olarak 3 saat ve altında uyuyanlarda daha fazla uyuyabilenlere

göre yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu,

- g. Genel yaşam kalitesi düzeyleri; emzirme, ek gıdaya başlanması, emzirmede sorun ve meme hastalıkları yaşanması, son doğum şekli, yaşanan yer ve eğitim düzeyinden anlamlı derecede etkilenmemiştir.

Sonuç olarak; aile hekimlerinin birinci basamak hekimi olarak temel görevi bireyin aynı zamanda toplumun sağlığını korumak ve geliştirmektir. Bu süreçte, bireylerin kendi sağlık sorunları ile başa çıkabilme kabiliyetini de arttırmaktır. Aile hekimleri, tüm aileye kapsamlı bir bakım hizmeti sağladıkları için anneleri ve ailenin diğer üyelerini bilgilendirme, gerekli danışmanlıkları verme fırsatına sahiptir. Anne ve bebek sağlığı açısından önemli bir yeri olan doğum sonrası bakım, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün anne ve yeni doğanın doğum sonrası bakımı ile ilgili yayınladığı rehberde annelerin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerini sağlıklı geçirmesi, anne sağlığının en üst seviyeye çıkarılmasıyla, morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması konusuna da değinilmiştir (21). Gebelik ve doğum sonrası dönemde özellikle; lohusalık, emzirme, çocuk bakımı gibi süreçlerle ilgili anneye, annenin desteklenmesi ile ilgili diğer aile üyelerine bilgi verilmesi ve danışmanlık yapılması önemlidir. Bu konularda verilecek destek, aile merkezli bakım sağlamanın temel bir bileşenidir. Emzirme süreci, kadında duygusal ve fiziksel değişimlere yol açmanın yanı sıra kadının sosyal yaşamında da değişikliklere neden olabilmektedir. Bu bağlamda; sağlık personelinin, anneleri emzirmeye teşvik ederken emzirmenin, annenin günlük yaşam yükü içinde nasıl bir yere sahip olduğunun da bilincinde olması önemlidir (9). Anne ve bebek sağlığının geliştirilmesi açısından da annelerin gebelik sırasında ve doğumu izleyen dönemde, aile, toplum ve sağlık ekibi tarafından desteklenmesi gerekmektedir. Sosyal desteğin zayıf olduğu koşullar doğum sonrası dönemde düşük yaşam kalitesi için risktir ve bu durumda olan kadınlar sağlık uzmanlarının özel ilgisini hak etmektedir.

7. ÖZET

0-24 Ay Bebeği Olan Emziren ve Emzirmeyen Annelerin Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması

Giriş ve Amaç: Doğum sonrası dönemde kadınların yaşamında fiziksel, duygusal ve sosyal değişiklikler olmaktadır. Bu durumlar annelerin sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde önemli ölçüde etkilidir. Çalışmamızın amacı doğum sonrası fizyolojik bir süreç olan bazen sorunların da gelişebildiği emzirme deneyiminin annelerin yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmaktır.

Materyal ve Metot: Kesitsel tipte planlanan çalışmanın evrenini 2019 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran 0-24 ay arası bebeğe sahip anneler oluşturmuştur. Araştırma kapsamında poliklinik başvurusu yapan 226'sı emziren 108'i emzirmeyen olmak üzere toplam 334 kadına ulaşılmıştır. Veriler, 23.07.2020 – 23.10.2020 arasındaki üç aylık sürede araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlara yüz yüze anket görüşmesi yoluyla toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya toplam 334 kişi katılmıştır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması $48,30 \pm 11,29$ 'dur. Emziren ve emzirmeyen annelerin yaşam kalitesi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Otuz yaş ve üzerinde olan, kronik hastalığı bulunmayan annelerin, bulunanlara göre yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Emzirmenin kendi sağlıklarına faydalı olduğunu, aile sağlığı merkezinden yeterli destek aldığını düşünen annelerin düşünmeyenlere göre yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Üç ve daha fazla çocuğu olan, aralıksız olarak 3 saat ve altında uyuyan annelerin daha fazla uyuyabilenlere göre yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür. Genel yaşam kalitesi düzeyleri son doğum şekli, yaşanan yer ve eğitim düzeyinden anlamlı derecede etkilenmemiştir. En yüksek yaşam kalitesini bildiren kadınlar, planlı gebelik yaşayan, sosyal desteği daha fazla olan ve aile sağlığı merkezinden yeterli destek aldığını düşünenlerdir.

Sonuç: Emzirme yaşam kalitesi üzerinde etkili olmamakla birlikte, emzirme döneminde hekimlerinden ve ailelerinden yeterli destek alan annelerin yaşam kalitesi daha yüksektir. Bu nedenle, aile hekimlerinin gebelik öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve izlemlerin aksatılmaması kadınların sağlığını ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Aile sağlığı merkezine yapılan her ziyaretin annelerin yaşam kalitesini artırmak için fırsat olarak görülmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme, Doğum Sonrası Dönem, Yaşam Kalitesi, SF-36



8. ABSTRACT

The Comparison of Life Quality of Breastfeeding and Non-breastfeeding Mothers Who Have Baby 0-24 Months Old

Introduction and Aim: There are physical, emotional and social changes in the life of woman through the postpartum period. These alterations have an important effect on the health and life quality of mothers. The aim of the study is to research the effect of breastfeeding experience, which is a physiological process after childbirth and also the problems can come up, on the life quality of mothers.

Material and Method: The target population of this study, planned on cross-sectional type, consists of the mothers with baby 0-24 months old, who applied to Akdeniz University Hospital Well-Child Polyclinic in 2019. The total of 334 women applying to polyclinic participated in this research, which consists of 226 of whom were breastfeeding and 108 of whom were not breastfeeding. The data were gathered through face-to-face interviews with women who volunteered to participate in this research through a three-month period between 23.07.2020 and 23.10.2020.

Results: The total of 334 women participated in this research. The average of SF-36 life quality score is $48,30 \pm 11,29$. There is statistically no significant difference between the averages of breastfeeding and non-breastfeeding mothers who have baby 0-24 months old. The life quality score of mothers, who are over 30 and does not have a chronic disease, is significantly higher than the life quality score of mothers who have a chronic disease. The life quality score of mothers, who agree that breastfeeding is healthy and get medical support from family health center, is significantly higher than the life quality score of mother who do not agree that and do not get medical support. The life quality score of mothers, who have 3 or more children and sleep 3 and less hours, is less than the life quality score of mothers who sleep more than 3 hours. The life quality of mothers is not significantly affected by the last childbirth delivery method, residence and education level. The

mothers, possessing the highest life quality score, plan for their pregnancy, have social support and get medical help from family health center adequately.

Conclusion: The life quality of mothers who get enough support from their doctors and families is higher, although breastfeeding does not affect the life quality. Therefore, the family doctors' pre-pregnancy, birth and postpartum care and follow-ups positively affect the health and life quality of mothers. Every visit to the family health center should be seen as an opportunity to improve the life quality of mothers.

Key Words: Breastfeeding, Postpartum Period, Quality of Life, SF-36

9. KAYNAKLAR

1. American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997; 100: 1035-9.
2. American Academy of Family Physicians. Breastfeeding (policy statement). Erişim Adresi: <http://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding.html>. Erişim Tarihi: 05.09.2019
3. American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012; 129(3): 827-41.
4. World Health Organization (WHO). Department of Nutrition for Health and Development. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation. Geneva: World Health Organization; 2002 Erişim Adresi: https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_01.09/en/ Erişim Tarihi: 01.08.2020.
5. United Nations Children's Fund (UNICEF). Breastfeeding 2018 Erişim Adresi: https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_Breastfeeding_A_Mothers_Gift_for_Every_Child.pdf Erişim Tarihi: 07.06.2020.
6. American Academy of Family Physicians (AAFP) Releases Position Paper on Breastfeeding, 2015, Erişim Adresi: <https://www.aafp.org/afp/2015/0101/p56.html> Erişim Tarihi: 05.09.2019
7. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Res Nurs Health 1999; 22(5): 399-409. doi: 10.1002/(sici)1098-240x(199910)22:5<399::aid-nur6>3.0.co;2-4
8. Janke JR. Development of the breast-feeding attrition prediction tool. Nurs Res 1994; 43(2): 100-4. PMID: 8152933
9. Akan N. Doğum Sonu Dönem, Doğum Sonu Bakım. Doğum Ve Kadın Hemşireliği, Genişletilmiş IX. Baskı, Ed: Lale Taşkın, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara 2009; 493-6.
10. Khabiri R, Rashidian A, Montazeri A, Symon A, Foroushani AR, Arab M, et al. Validation of the Mother Generated Index in Iran: A specific postnatal quality-of-life instrument. Int J Prev Med 2013; 4(12): 1371-9. PMID: 24498492

11. Doğaner G, Bekar M. Vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi 2006; 16(4): 60-70.
12. Williams A, Herron-Marx S, Carolyn H. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. Midwifery 2007; 23(4): 392-403. doi: 10.1016/j.midw.2005.12.006
13. Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. Current Medical Diagnosis & Treatment. Lange Medical Books/ McGraw- Hill. New York, Chicago 2002; 30-31.
14. Perla L. Patient compliance and satisfaction with nursing care during delivery and recovery. J Nurs Care Qual 2002; 16(2): 60-6. doi: 10.1097/00001786-200201000-00007
15. World Health Organization. The constitution of the WHO. WHO Chronicle, 1947; 1: 29.
16. Sartorius N. The meanings of health and its promotion. Croat Med J 2006; 47(4): 662-4. PMID: 16909464
17. World Health Organization. Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: WHO, 1993 Erişim Adresi: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf Erişim Tarihi: 10.07.2020.
18. Power M, Kuyken W on behalf of the WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. Soc Sci Med 1998; 46(12): 1569-85. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00009-4
19. Theofilou P. Quality of life: definition and measurement. Europe's Journal of Psychology 2013; 9(1): 150-62. DOI: 10.5964/ejop.v9i1.337
20. Dünya Sağlık  rg t  WHOQOL Grubu. WHOQOL-BREF yaşam kalitesi değerlendirmesinin geliştirilmesi. Psiko Med 1998; 28: 551-8
21. World Health Organization (WHO). Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1998.
22. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana  ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü,

Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye 2009; 154-8.

23. Atıcı İ, Gözüm S, Postpartum erken dönemde lohusalara verilen sağlık eğitiminin postpartum problem ve anksiyeteleri üzerine etkileri. HÜHYO Dergisi 2000; 8(2): 77-90.
24. Guttman N, Zimmerman DR. Low-income mother's views on breastfeeding. Soc Sci Med 2000; 50(10): 1457-73. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00387-1
25. Samur G. Anne Sütü. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara 2008; 7-10.
26. Özer A, Taş F, Ekerbiçer HÇ. 0-6 aylık bebeği olan annelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi ve davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010; 9(4): 315-20.
27. WHO; infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes; Geneva 2003.
28. Irmak N. Anne sütünün önemi ve ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyi etkileyen unsurlar. The Journal of Turkish Family Physician 2016; 7(2): 27-31. Doi: 10.15511/tjtfp.16.02627
29. Kondolot M, Yalçın S, Yurdakök K. Sadece anne sütü alım durumuna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52(3): 122-7.
30. UNICEF. From the first hour of life. making the case for improved infant and young child feeding everywhere, 2016. Erişim Adresi: <https://www.unicef.org/reports/first-hour-life> Erişim Tarihi: 03.08.2020
31. World Health Organization 2010. Nutrition Landscape Information System, A component of the landscape analysis on countries readiness to accelerate action in nutrition. Erişim Adresi: https://www.who.int/nutrition/landscape_analysis/publications_and_information/en/ Erişim Tarihi: 23.07.2020
32. Bundak R, Neyzi O, Günöz H, Baş F. Büyüme-Gelişme ve Bozuklukları, Pediatri. Editörler: Olcay Neyzi, Türkan Ertuğrul, 1. Cilt, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara 2002; 97-98.
33. Gür E. Tamamlayıcı Beslenme, Türk Pediatri Arşivi 2006; 41(4): 181-8.
34. UNICEF. The State of the World's Children. Oxfordshire: Oxford University Press, 2008. Erişim Adresi:

- https://www.unicef.org/publications/index_42623.html Erişim Tarihi: 25.08.2020
35. WHO/UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO; Geneva, 2003. Erişim Adresi: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/>, Erişim Tarihi: 20.07.2020
 36. Özmert EN. Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-I: Beslenme. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48(1): 79-195.
 37. WHO/UNICEF Ortak Bildirisi. Emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi: doğum hizmetlerinin özel rolü. WHO; Geneva 1989.
 38. UNICEF. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Madde 24. Erişim Adresi: <https://www.unicef.org/turkey/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme> Erişim Tarihi: 05.08.2020
 39. Eker A, Yurdagül M. Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006; 15(9): 158-63.
 40. Forster DA, McLachlan HL. Breast feeding initiation and birth setting practices: a review of the literature. J Midwifery Womens Health 2007; 52(3): 273-80. doi: 10.1016/j.jmwh.2006.12.016
 41. Moore E.R, Anderson G.C, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3
 42. Dabrowski GA. Skin-to-skin contact: giving birth back to mothers and babies. Nursin for Womens Health 2007; 11(1): 64-71. DOI: 10.1111/j.1751-486X.2007.00119.x
 43. Swails BN, Palmer B, Hale RK. The Golden Hour: Early initiation of breastfeeding. the henderson repository is a free resource of the Honor Society of Nursing 2005, Sigma Theta Tau International (Poster).
 44. Türkyılmaz C, Emzirme danışmanlığı ve emzirmede karşılaşılan sorunlar, Klinik Tıp Pediatri Dergisi 2019; 11(1): 01-15
 45. McLachlan HL, Forster DA. Initial breastfeeding attitudes and practices of women born in Turkey, Vietnam and Australia after giving birth in Australia. Int Breastfeed J 2006; 1(7): 1-10. doi: 10.1186/1746-4358-1-7

46. Dennis C. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Human Lactat* 1999; 15(3): 195-201. doi: 10.1177/089033449901500303
47. Bağcı T. Gebe-Emzikli ve Bebek Beslenmesi. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Ed: Münevver Bertan, Güneş Kitabevi, Ankara 1997; 294-304.
48. Chezem JoC, Friesen C, Boettcher J. Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence and infant feeding plans: Effects on actual feeding practices. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs (JOGNN)* 2003; 32(1): 40-7. doi: 10.1177/0884217502239799
49. Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F, Erkaya R. Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 6(3): 80-91.
50. Alp H. Çocuklarda anne sütü ile beslenme süresi ve ilişkili faktörler. *Güncel Pediatri* 2009; 7: 45-52.
51. Kang JS, Choi YS, Ryu EJ. Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(1): 14-23. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.03.007
52. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breastfeeding: A prospective study. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2003; 37(4): 447-52. doi: 10.1097/00005176-200310000-00009
53. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *Maternity and Women's Health Care*. Seventh Edition, Mosby Company, St. Louis 2000; 920-5.
54. Özkara H, Fidancı BE, Yıldız D, Kaymakamgil Ç. Emzirme danışmanlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016; 15(6): 551-5.
55. Akyüz A, Kaya T, Şenel N. Annenin emzirme davranışlarının ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6: 331-5.
56. Oğuz F. Anne Sütü ile Beslenme. *İ. Ü. Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 2003; 380-402.

57. Küçükosmanoğlu E, Acar Y, Altinel N, Kaçar A. Doğacak bebeğin emzirilmesi konusunda baba adaylarının yaklaşımı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2001; 44(1): 349-54.
58. Naylor AJ. Baby-friendly hospital initiative. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in the twenty-first century. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48(2): 475-83. doi: 10.1016/s0031-3955(08)70039-7
59. Benjamin JT, Shariat H. Overcoming impediments to breast feeding: How pediatricians can help. *Contemporary Pediatrics* 1999; 16: 73-89.
60. Gökçay G. Emzirme Danışmanlığı, Sosyal Pediatri. Ed: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A. Temel Pediatri. 1. baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi 2010; 91-181.
61. Shinwell ES, Churgin Y, Shlomo M, Shani M, Flidel-Rimon O. The effect of training nursery staff in breastfeeding guidance on the duration of breastfeeding in healthy term infants. *Breastfeeding Medicine* 2006; 1(4): 247-52. DOI: 10.1089/bfm.2006.1.247
62. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2: 1-42. doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub2
63. Bolat F, Uslu S, Bolat G, Bülbül A, Arslan S, Çelik M, Nuhoglu, A. İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. *Çocuk Dergisi* 2011; 11(1): 5-13.
64. Yılmaz E, Öcal FD, Yılmaz ZV, Ceyhan M, Kara, Kara OF, Küçüközkan T. Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turk J Obstet Gynecol* 2017; 14(1): 1-9. doi: 10.4274/tjod.90018
65. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A Systematic Review of Professional Support Interventions for Breastfeeding. *J Clin Nurs* 2008; 17(9): 1132-43. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02239.x
66. Earle S. Factors affecting the initiation of breastfeeding: Implications for breastfeeding promotion. *Health Promot Int* 2002; 17(3): 205-14. doi: 10.1093/heapro/17.3.205
67. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensfold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician Support and Psychosocial Risk Factors Associated with

- Breastfeeding Discontinuation. *Pediatrics* 2003; 112(1): 108-15. doi: 10.1542/peds.112.1.108
68. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. *Pediatrics* 2000; 106 (5): 67. doi: 10.1542/peds.106.5.e67
69. Gatrell CJ. Secrets and lies: Breastfeeding and professional paid work. *Social Science Medicine* 2007; 65(2): 393-404. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.03.017
70. Moore E, Coty MB. Prenatal and postpartum focus groups with primiparas: breastfeeding attitudes, support, barriers, self-efficacy and intention. *Journal of Pediatric Health Care* 2006; 20: 35-46. doi: 10.1016/j.pedhc.2005.08.007
71. Ünsal H, Atlıhan 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.
72. Vivienne AR, Warrington V, Linder R, Williams S.C. Factors influencing infant feeding method in an urban community. *J Natl Med Assoc* 2004; 96(3): 325-31. PMID: 15040514
73. Sikorski J, Renfrew M.J, Pindoria P, Wade A. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Syst Rev* 2007; 24(1): CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141
74. Tuthill EL, McGrath JM, Graber M, Cusson RM, Young SL. Breastfeeding Self-efficacy. *J Human Lact* 2015; 32(1): 35-45. doi: 10.1177/0890334415599533
75. Örün E, Yalçın SS, Madendağ Y, Üstünyurt-Eras Z, Kutluk S, Yurdakök K. Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital. *Turk J Pediatr* 2010; 52(1): 10-6. PMID: 20402061
76. İnanç BB. 15-49 yaş arası annelerin anne sütü ile ilgili uygulamaları ve etki eden faktörleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2013; 17(2): 51-5. Doi: 10.2399/tahd.13.63835
77. Van Rossem L, Oenema A, Steegers EA, Moll HA, Jaddoe VW, Hofman A, et al. Are starting and continuing breastfeeding related to educational background? The generation R study. *Pediatrics* 2009; 123(6): 1017-27. doi: 10.1542/peds.2008-2663

78. Kaya D, Pirinçci E. 0–24 aylık çocuğu olan annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi ve uygulamalar, TAF Preventive Medicine Bulletin 2009; 8(6): 479-84.
79. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: A National Survey. BMC Pediatr 2010; 10(20): 1-9. doi: 10.1186/1471-2431-10-20
80. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierod MB, et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: The Norwegian Infant Nutrition Survey. Acta Paediatr 2003; 92(2): 152-61. doi: 10.1111/j.1651-2227.2003.tb00519.x
81. WHO. Breastfeeding (2019). Erişim Adresi: <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding>. Erişim Tarihi: 16.09.2019
82. Khanal V, Scott JA, Lee AH, Karkee R, Binns CW. Factors associated with early initiation of breastfeeding in Western Nepal. Int J Environ Res Public Health 2015; 12(8): 9562-74. doi: 10.3390/ijerph120809562
83. Smith PH, Coley SL, Labbok MH, Cupito S, Nwokah E. Early breastfeeding experiences of adolescent mothers: a qualitative prospective study. Int Breastfeed J 2012; 7(1): 13. doi: 10.1186/1746-4358-7-13
84. Gijssbers B, Mesters I, Knottnerus A, Van Schayck CP. Factors associated with the duration of exclusive breast-feeding in asthmatic families. Health Educ Res 2008; 23(1): 158-69. doi: 10.1093/her/cym013
85. Scott JA, Landers MC, Hughes RM, Binns CW. Factors associated with initiations and duration of breastfeeding. J Pediatr Child Health 2001; 37(3): 254-61. doi: 10.1046/j.1440-1754.2001.00646.x
86. Hall WA, Hauck Y. Getting it right: Australian primiparas' views about breastfeeding: A quasi-experimental study. Int J Nurs Stud 2007; 44: 786-95. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.006
87. Durmuş N. 0-2 Yaş Arası Bebeklerin, Annelerinin gebelik ve perinatal dönemlerinin, sosyodemografik özelliklerinin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmeye etkisi. TC Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Tez Danışmanı: Uzm.Dr. Nihal Karatoprak, İstanbul 2009.

88. Çakmak S, Demirel Dengi AS. Postpartum dönemdeki annelerin emzirme ve anne sütünün önemi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2019; 23 (1): 9-19. Doi: 10.15511/tahd.19.00109
89. Lakati A, Binns C, Stevenson M. Breastfeeding and the working mother in Nairobi. Public Health Nutr 2002; 5(6): 715-8. doi: 10.1079/PHN2002349
90. Frei IA, Mander R. The Relationship between first-time mothers and care providers in the early postnatal phase: An Ethnographic Study in a Swiss Postnatal Unit. Midwifery 2011; 27(5): 716-22. doi: 10.1016/j.midw.2009.11.004
91. Hall J. Effective community-based interventions to improve exclusive breast feeding at Four to Six Months in Low- and Low-middle-income Countries: A Systematic Review of Randomised Controlled Trials. Midwifery 2011; 27(4): 497-502. doi: 10.1016/j.midw.2010.03.011
92. Jacknowitz A. Understanding gains in breastfeeding rates. Women's Health Issues 2006; 16(3): 101-3. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2006.03.002>
93. Angeletti MA. Breastfeeding mothers returning to work: possibilities for information, anticipatory guidance and support from US health care professionals. J Human Lactat 2009; 25(2): 226-32. DOI: 10.1177/0890334408329482
94. Clemons SN, Amir LH. Breastfeeding women's experience of expressing: A Descriptive Study. J Human Lactat 2010; 26(3): 258-65. doi: 10.1177/0890334410371209
95. Galtry J. The impact on breastfeeding of labour market policy and practices in Ireland Sweden and the USA. Soc Sci Med 2003; 57(1): 167-77. doi: 10.1016/s0277-9536(02)00372-6
96. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. Ped Clin North Am 2001; 48(1): 143-58. doi: 10.1016/s0031-3955(05)70290-x
97. Tanrikulu PÇ, Ersoy N, Ersoy G. 6-24 ay arası bebeği olan annelerin emzirmeye ilişkin bilgi düzeylerinin, emzirme sürelerinin ve bunları etkileyen etmenlerin incelenmesi. Beslenme ve Diyet Dergisi 2012; 40(2): 120-7.

98. Arslan F, Uzun Ş. Hemşirenin postnatal eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin incelenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2008; 28(5): 736-42.
99. Aidam BA, Perez-Escamilla R, Lartey A, Aidam J. Factors associated with exclusive breastfeeding in Accra, Ghana. Eur J Clin Nutr 2005; 59(6):789-96. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602144
100. Demirtaş B. Emzirmeyi etkileyen kültürel değerler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın ve Doğum Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Tez Danışmanı: Prof.Dr. Lale Taşkın, Ankara 2005.
101. Ilgaz S. On Soru On Yanıt. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2000; 9(10): 382-5.
102. Sinusas K, Gagliardi A. Initial management of breastfeeding. Middlesex Hospital, Middletown, Connecticut. American Family Physician 2001;64: 981-8, 991-2.
103. Karatoprak N, Yazar S, Sönmez Ö, Nuhoğlu Ç, Yavrucu S, Özgüner A. Anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Çocuk Dergisi 2003; 3(1): 44-48.
104. WHO, Preterm Birth. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> Erişim Tarihi: 26.08.2020
105. Johnston N, Landers S, Noble L, Szucs K, Viehmann L. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and Use of Human Milk, Pediatrics. Ed: Schanler RJ, Eidelman AI, 2012; 129(3): E827–E841.
106. Arslanoğlu S, Corpelejn W, Moro G, Braegger C, Campoy C, Colomb V. et al. ESPGHAN Committee on nutrition. Donor human milk for premature infants: current evidence and research directions. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2013; 57(4): 535-42. doi: 10.1097/MPG.0b013e3182a3af0a
107. Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. Cochrane Database Syst Rev 2014; 12: CD007366.
108. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, Meme Sorunları, Emzirme Danışmanlığı Eğitimci Kitabı, Ankara, 2015; 53-63.

109. Jain S, Parmar VR, Singla M, Azad C. Problems of breast feeding from birth till discharge- -experience in a medical college in chan digarh. Indian J Public Health 2009; 53(4): 264.
110. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol: Human milk storage information for home use for fullterm infants (Original protocol March 2004; revision 1 March 2010). Breastfeeding Med 2010; 5(3): 127-30. doi: 10.1089/bfm.2010.9988
111. World Health Organization. Mastitis: Causes and Management. Geneva: World Health Organization, 2000 [http://www.who.int/childadolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_FCH_CAH_00_13.PDF] Erişim Tarihi: 20.08.2020
112. Rosa M. “Inflammatory” changes in breast: how to provide a better care to our patients. Arch Gynecol Obstet 2010; 281: 901-5. <https://doi.org/10.1007/s00404-009-1236-4>
113. Dixon JM, Khan LR. Treatment of breast infection. BMJ 2011; 11: 342-96. doi: 10.1136/bmj.d396
114. Gür E, Anne sütü ile beslenme, Türk Pediatri Arşivi 2007; 42 Özel Sayı:11-5
115. WHO CDD programme, UNICEF; Breastfeeding counselling, A Training Course; Trainer’s Guide, Part III, Session 20-30. Erişim Adresi: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/bc_trainers_guide.pdf) Erişim Tarihi: 05.08.2020.
116. Kaplan Y.C, Uysal N, Arslan E.K, Acar S, Harvey C. Emzirme döneminde ilaç kullanımı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2019; 23(4):176-185.
117. Drugs and Lactation Database. 2010. Erişim Adresi: <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>. Erişim Tarihi: 20.07.2020
118. Philipp B, Merewood A, Gerendas EJ, Bauchner H. Breastfeeding information in pediatric textbooks needs improvement. J Human Lactat 2004; 20(2): 206-10. doi: 10.1177/0890334404263921
119. Dilli D, Küçük IG, Dallar Y. Interventions to reduce pain during vaccination in infancy. J Pediatr 2009; 154(3): 385-90. doi: 10.1016/j.jpeds.2008.08.037

120. Schanler RJ, Shulman RJ, Lau C. Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics* 1999; 103(6): 1150-7. doi: 10.1542/peds.103.6.1150
121. Schack-Nielsen L, Michaelsen KF. Breast feeding and future health. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2006; 9(3): 289-96. doi: 10.1097/01.mco.0000222114.84159.79
122. Bartz S, Freemark M. Pathogenesis and prevention of type 2 diabetes: parental determinants, breastfeeding, and early childhood nutrition. *Curr Diab Rep* 2012; 12(1): 82-7. <https://doi.org/10.1007/s11892-011-0246-3>
123. Altınkaynak S, Selimoğlu MA, Turgut A, Kılıçaslan B, Ertekin V. Breast-feeding duration and childhood acute leukemia and lymphomas in a sample of Turkish children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 42: 568-72.
124. Nadem J. Making the decision to breastfeeding the baby and its advantages for the woman's health. *Am J Food Sci Health* 2017; 3(5): 88-94.
125. Akbari A, Razzaghi Z, Homaee F, Khayamzadeh M, Movahedi M, Akbari ME. Parity and breastfeeding are preventive measures against breast cancer in Iranian women. *Breast Cancer* 2011; 18(1): 51-5. doi: 10.1007/s12282-010-0203-z
126. Awatef M, Olfa G, Imed H, Kacem M, Imen C, Rim C, et al. Breastfeeding reduces breast cancer risk: a case-control study in Tunisia. *Cancer Causes Control* 2010; 21(3): 393-7. doi: 10.1007/s10552-009-9471-3
127. Jordan SJ, Cushing-Haugen KL, Wicklund KG, Doherty JA, Rossing MA. Breast-feeding and risk of epithelial ovarian cancer. *Cancer Causes Control* 2012; 23(6): 919-27. doi: 10.1007/s10552-012-9963-4
128. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol* 2009; 113(5): 974-82. doi: 10.1097/01.AOG.0000346884.67796.ca
129. Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M, Landers S, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129(3): 827-41. doi: 10.1542/peds.2011-3552
130. Hellwig K, Rockhoff M, Herbstritt S, Borisow N, Haghikia A, Elias-Hamp B, et al. Exclusive breastfeeding and the effect on postpartum multiple

- sclerosis relapses. JAMA Neurol 2015; 72(10): 1132-8. doi: 10.1001/jamaneurol.2015.1806
131. Duan X, Wang J, Jiang X. A meta-analysis of breastfeeding and osteoporotic fracture risk in the females. Osteoporos Int 2017; 28(2): 495-503. doi: 10.1007/s00198-016-3753-x
132. Osterfeld E. Aristotle on the good life and quality of life. In: Nordenfelt L, ed. Concepts and measurement of quality of life in health care. Amsterdam: Kluwer 1994; 19-34.
133. Levine RJ. Quality of life assessments in clinical trials: an ethical perspective. In: Spilker B (editor). Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2nd edition. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1996; 51:489-95.
134. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(3): 162-5.
135. Long PH. On the quantity and quality of life. Medical Times 1960; 88: 613-9. PMID: 14418116
136. Tüzün E, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum 2003; 13: 3-8.
137. Çınar S, Eser İ. Yaşlılıkta yaşam kalitesi ve egzersizin önemi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. İzmir, 8-10 Nisan 2004; 7-10.
138. Argüden Y. İyi Yönetişim Kaliteli Yaşam. Önce Kalite Dergisi 2007; 2(10): 22-25. Erişim Adresi: <https://www.arge.com/wp-content/uploads/2014/11/Saglikta-Iyi-Yonetisim.pdf>. Erişim Tarihi: 21.10.2020.
139. WHO, Health and Development Through Physical Activity and Sport, 2003. Erişim Adresi: http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_PAH_03.2.pdf Erişim Tarihi: 07.10.2020.
140. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N, Mercier M. Quality of life in rural and urban populations in lebanon using SF-36 Health Survey. Health Quality Life Outcomes 2003; 1: 30. doi: 10.1186/1477-7525-1-30.
141. Güven S, Şener A. Factors affecting life satisfaction in old age. Turkish Journal of Geriatrics 2010; 14(2): 179-86.

142. Demiral Y. Çalışanlarda ve işsizlerde yaşam kalitesine etki eden etmenler ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Tez Danışmanı: Prof.Dr. Zuhale Okuyan, İzmir 2001.
143. Oliveira M, Parker L, Ahn H, Livia H, Catunda O, Todrigues B, et al. Maternal predictors for quality of life during the postpartum in Brazilian mothers. Scientific Research 2015; 7(3): 371–80. DOI: 10.4236/health.2015.73042
144. Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. J Clin Epidemiol 1998; 51(11): 903–12. doi: 10.1016/s0895-4356(98)00081-x
145. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A, Kısa form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12(2): 102-7.
146. Demiral Y, Ergor G, Unal B, Semin S, Akvardar Y, Kıvırcık B, Alptekin K. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. BMC Public Health 2006; 6: 247. doi: 10.1186/1471-2458-6-247
147. Bai G, Korfage IJ, Mautner E, Raat H. Determinants of Maternal Health-Related Quality of Life after Childbirth: The Generation R Study. Int J Environ Res Public Health 2019; 16(18): 3231. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183231>
148. Martinez-Galiano J, Hernandez-Martinez A, Rodriguez-Almagro J, Delgado-Rodriguez M. Quality of life of women after giving birth: associated factors related with the birth process. J Clin Med 2019; 8(3): 324. doi: 10.3390/jcm8030324
149. Emmanuel E, St John W, Sun J. Relationship between Social Support and Quality of Life in Childbearing Women during the Perinatal Period. J Obstetr Gynecol Neonatal Nurs 2012; 41(6): 62-70. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01400.x
150. Rezaei N, Azadi A, Zargousi R, Sadoughi Z, Tavalaei Z, Rezayati M. Maternal health-related quality of life and its predicting factors in the postpartum period in Iran. Hindawi Pub Co Scientifica 2016; 1-7. <https://doi.org/10.1155/2016/8542147>

151. Chen YC, Chie WC, Kuo SC, Lin YH, Lin SJ, Chen PC. The Association Between Infant Feeding Pattern and Mother's Quality of Life in Taiwan. *Qual Life Res* 2007; 16(8): 1281–8. doi: 10.1007/s11136-007-9233-1
152. Saurel-Cubizolle JS, Romito P, Lelong N, Ancel PY. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *Brit J Obstetr Gynaecol* 2000; 107(10): 1202-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11608.x
153. Öztürk S. Annelerin doğum sonu dönemde yaşam kalitesi ve desteklerinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum 2014.
154. Zubaran F, Foresti K. The correlation between breastfeeding and maternal quality of life in Southern Brazil. *Breastfeed Med* 2011; 6(1): 25-30. doi: 10.1089/bfm.2010.0017
155. Trivino-Juarez JM, Romero-Ayuso D, Nieto-Pereda B, Forjaz MJ, Criado-Alvarez JJ, Arruti-Sevilla B, et al. Health related quality of life of women at the sixth week and sixth month postpartum by mode of birth. *Women and Birth* 2017; 30(1): 29-39. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.06.005
156. McGovern P, Dowd B, Gjerdingen D, Gross CR, Kenney S, Ukestad L, et al. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Ann Fam Med* 2006; 4(2): 159-67. doi: 10.1370/afm.519
157. Bahrami N, Karimian Z, Bahrami S, Bolbolhaghighi N. Comparing the postpartum quality of life between six to eight weeks and twelve to fourteen weeks after delivery in Iran. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(7): e16985. doi: 10.5812/ircmj.16985
158. Li WY, Liabsuetrakul T, Stray-Pedersen B, Li YJ, Guo LJ, Qin WZ. The effects of mode of delivery and time since birth on chronic pelvic pain and health-related quality of life. *Int J Gynecol Obstetr* 2014; 124(2): 139-42. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.07.029
159. Isabella P, Isabella R. Correlates of successful breastfeeding: A study of social and personal factors. *J Hum Lact* 1994; 10(4): 257–64. doi: 10.1177/089033449401000421

10. EKLER

Ek 1. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu



ASGARI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Adı:** “0-24 aylık bebeği olan emziren ve emzirmeyen annelerin yaşam kalitelerinin karşılaştırılması”
- b. Araştırmanın İçeriği:** Emzirme anne ile bebek arasındaki bağların güçlenmesini ve bebeğin aracı olarak beslenmesini sağlayan bir eylemdir. Kadınlarda duygusal ve fiziksel değişimlere yol açar, sosyal yaşamlarında da değişikliklere neden olur. Doğum ve doğum sonrası süreçler kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli sağlık sorunlarının ortaya çıktığı dönemlerdir. Bu çalışmada emzirmenin annelerin yaşam kalitesi üzerine etkisi ve ilişkili faktörler incelenecektir.
- c. Araştırmanın Amacı:** Bu çalışmada emzirmenin annelerin günlük yaşamına getirdiği değişiklikleri, emziren annelerin yaşam kalitesini ve buna etki eden faktörleri tespit etmek amaçlanmıştır. Emziren annelerin yaşam kalitesi düzeyini, emzirmeyen annelerle karşılaştırarak yaşam kalitesini etkileyen durumları belirlemek; olumsuz etkileyen durumlara yönelik öneriler sunmak hedeflenmektedir.
- d. Araştırmanın Nedeni:**
(X) Tez çalışması
- e. Araştırmanın Öngörülen Süresi:** Sekiz ay
- f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:** 235
- g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:** Deneysel işlem yok

Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar: Beklenen risk ve rahatsızlık yok.

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Adı Soyadı:

İmza:

Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Emzirme eyleminin annenin yaşamına getirdiği değişikliklerin saptanması, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumların tespiti ve bu konularda annelere desteğin artırılması



4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Elif YALÇIN Telefon: 0539 580 4958

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Doç. Dr. Melahat AKDENİZ tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.



Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 2. Anket Formu

0-24 AYLIK BEBEĞİ OLAN AKTİF EMZİREN VE EMZİRMİYEN ANNELERİN YAŞAM KALİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI ANKETİ

Tarih ____/____/2020

Değerli anne,

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen emzirmenin annelerin günlük yaşamına getirdiği değişiklikleri, emziren annelerin yaşam kalitesini ve buna etki eden faktörleri saptamak için planlanmış bilimsel bir çalışmadır. Emziren annelerin yaşam kalitesi düzeyini, emzirmeyen annelerle karşılaştırarak yaşam kalitesini etkileyen durumları belirlemek; olumsuz etkileyen durumlara yönelik öneriler sunmak amaçlanmaktadır. Anket 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümdeki sorular sizin demografik özelliklerinizle ilgilidir ve siz izin vermediğiniz sürece kesinlikle gizli tutulacaktır. İkinci bölümde ise yaşam kalitesini ölçmeye yönelik anket bulunmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkla işaretleyerek yanıtlayınız.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız: Lütfen yazınız yaş

2. Öğrenim durumunuz:

☐ Okur-yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite/Yüksekokul

3. Şu anda nerede yaşıyorsunuz?

☐ İl merkezi ☐ İlçe ☐ Köy

4. Yaşadığınız aile tipi:

☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile

5. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

6. Ailedeki toplam gelir düzeyi:

☐ Düşük (3000 TL'den az)
☐ Orta (3000-10 000 TL arası)
☐ Yüksek (10 000 TL'den fazla)

7. Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı gibi kronik bir hastalığınız var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

8. Varsa lütfen hangi hastalığınız (ya da hastalıklarınız) olduğunu yazınız.

Hastalıklar,,

9. Kaç tane yaşayan çocuğunuz var?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ve üzeri

10. Çocuklarınızdan ve diğer aile üyelerinden ek bakım gerektiren kronik hastalığı olan var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Bu bebeğiniz kaçınıcı yaşayan bebeğiniz?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ve üzeri

12. Bebeğiniz kaç aylık? Lütfen yazınız.

13. Bu bebeğinizi halen emziriyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

YANITINIZ HAYIR İSE ANKETE 18. SORUDAN DEVAM EDİNİZ.

14. Ne kadar süredir emziriyorsunuz?

15. Bu ilk emzirme deneyiminiz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

16. Emzirme sürecinizde; meme başı çatlağı, meme absesi, mastit vs. gibi meme hastalıkları yaşadınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

17. Emzirme ile ilgili sorun (çok büyük meme olması, meme başının düz olması, bebeğin damak güçsüzlüğü, meme reddi vs.) yaşadınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

18. Son doğum şekliniz nedir?

☐ Normal vajinal doğum ☐ Sezaryen doğum

19. En son gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi?

☐ Evet ☐ Hayır

20. Bebeğiniz kaç haftalık doğdu?

☐ 37 hafta altı(erken) ☐ 37 hafta ve üzeri

21. Doğum öncesi veya sonrasında emzirme ile ilgili bilgilendirme, eğitim aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

22. Bebeğinize ek gıda vermeye başladınız mı?

☐ Evet (kaç aylıkken başladınız?) ay ☐ Hayır

23. Bebeğinizin doğumundan sonra en uzun ne kadar süre aralıksız uyudunuz?

☐ 1 saatten az ☐ 1-3 saat arası ☐ 3 saat ve üzeri

24. Bebeğinizin doğumundan sonra beslenme, uyku, dinlenme, banyo yapma gibi kendi bakımınıza yönelik konularda sorun yaşadınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

25. Çocuk bakımı ve ev işleri konusunda çevrenizden yeterli destek aldığınızı düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

26. Yanıtınız evet ise en çok kim/kimlerden destek gördüğünüzü belirtiniz.

☐ Eşinizden ☐ Ailenizden ☐ Arkadaşlarınızdan ya da diğer insanlardan

27. Yakınlarınızdan yeterli duygusal destek aldığınızı düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

28. Bebeğinizin bakımı ile ilgilenmeniz size yardımcı olması için bakıcı tuttunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

29. Aile Sağlığı Merkezinden; aile hekiminiz ve ebenizden yeterli destek aldığınızı düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

30. Emzirmenin anne sağlığına faydalı bir eylem olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

Ek 3. SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Formu

SF36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ FORMU

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

4.Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız		
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız		
	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

5. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

9. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

10. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Anket bitti. Yanıtladığınız için teşekkür ederim.



Ek 4. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

2020

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr.Melihat AKDENİZ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		0-24 Aylık Bebeği Olan Emziren ve Emzirmeyen Annelerin Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 504	Tarih: 08.07.2020
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye

Prof.Dr.Özlem Özge BAYŞAL
Üye

Prof.Dr.Bugra KARSLI
Üye

Prof.Dr.Oğuz DURSUN
Üye

Prof.Dr.Dijle KİPMEN KORGUN
Üye

Doç.Dr.Banu NUR
Üye

Doç.Dr. Mehtap TÜRKAY
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Nusret YILMAZ
Üye

Dr.Ünal HÜLÜR
Üye (İzinli)

Turgut ALTUN
Üye (İzinli)

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye (İzinli)