



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE
VERİLEN EĞİTİM VE İZLEMİN YENİDEN
EMZİRME (RELAKTASYON) BAŞARISINA
ETKİSİ**

Ayşe DAŞTAN YILMAZ

DOKTORA TEZİ

Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

TRABZON-2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

05/02/2025

Ayşe DAŞTAN YILMAZ

İthaf

Bu tezi, biricik oğlum Emir Miraç'a, bebeğini sevgi ile besleyen annelere, anne sütü almak gibi dünyadaki tüm güzellikleri hak eden bebeklere ve çocuklara ithaf ediyorum. Anne sütü mucizedir...

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca her zaman güvenini ve desteğini hissettiren, insancıl bakış açısı ve prensipli yapısıyla hayatımda özel bir yeri olan, engin bilgisi, tecrübesi, özgün ve yenilikçi fikirleriyle yol gösteren yönlendirmeleri ile gelişimime katkı sağlayan, çok değerli danışmanım sayın Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK'a,

Tez izleme komitemde yer alarak engin bilgi ve destekleriyle katkı sağlayan sayın Prof. Dr. Bahittin KAHVECİ ve sayın Prof. Dr. Turan SET hocalarıma, tüm lisansüstü sürecimde olduğu gibi doktora tez sürecimde ve tez savunma sınavımda da bilgileri, bilimsel deneyimleri ve yönlendirmeleri ile katkı ve destek sağlayan saygıdeğer hocam sayın Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR'a, tez savunma sınavımda değerli katkıları ile destek sağlayan sayın Prof. Dr. Özlem KARABULUTLU hocama, değerli bilgi ve görüşleri ile destek sağlayan sayın Prof. Dr. Arzu YILDIRIM ve sayın Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT hocalarıma,

Desteğini her zaman hissettiğim kıymetli hocam sayın Öğr. Gör. Asuman ÖZKAN'a, sevgili arkadaşlarım Arş. Gör. Dr. Ebru KÜÇÜK ve Uzm. Hemşire Mehtap BUDAK'a,

Doktora sürecimde kendimi geliştirmemde emekleri olan TEMAS Emzirme ve Anne Sütü Gönülleri Derneği yönetim kuruluna ve dernek üyelerine,

Veri toplama sürecimde bana destek olan Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Laktasyon ve Relaktasyon Polikliniği ve Erzincan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan tüm sağlık çalışanlarına,

Çalışmama katılmayı kabul eden çok kıymetli annelere,

Bugünlere gelirken yaptığım her iş ve çalışmamda maddi ve manevi desteğini esirgemeyen saygıdeğer ve sevgili babama, beni daima dualarıyla kuşatan ve her daim yüksek sesle alkışlayan kıymetli ve sevgili anneme, her daim yanımda olan ve destekleyen sevgili kardeşlerime, eşim Selçuk YILMAZ'a ve biricik oğlum Emir Miraç YILMAZ'a,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe DAŞTAN YILMAZ

Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje numarası TDK-2023-10842'dir.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLOLAR DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

x

RESİMLER DİZİNİ

xi

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xii

ÖZET

xiv

ABSTRACT

xv

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

1

1.2. Araştırmanın Amacı

4

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

4

2. GENEL BİLGİLER

5

2.1. Emzirmenin Önemi, Dünya’da ve Türkiye’de Emzirme Verileri

5

2.2. Laktasyonun Fizyolojisi

8

2.3. Relaktasyon

11

2.3.1. Relaktasyon Nedenleri

11

2.3.2. Relaktasyonda Sütün Bileşimi

12

2.3.3. Relaktasyon Başarısını Etkileyen Faktörler

13

2.4. Anne Sütünün Üretilme Zamanı

16

2.5. Emzirmeyi ve Yeniden Emzirmeyi Destekleyen Uygulamalar

17

2.5.1 Emzirme Danışmanlığı

17

2.5.2. Emzirmeye Başlama

19

2.5.3. Emzirme Süresi ve Sıklığı

19

2.5.4. Emzirme Pozisyonları

20

2.5.5. Ten Tene Temas

22

2.5.6. Meme Ucu ve Memelerin Uyarılması

23

2.5.7. Mekanik veya Elle Sağma

23

2.5.8. Emzirme Destek Sistemi	25
2.5.9. Parmakla Besleme Tekniği (Finger feeding)	26
2.5.10. Damlatma Tekniği	27
2.5.11. Kapla veya Kaşıkla Besleme Tekniği	28
2.6. Relaktasyon Başarısında Hemşirenin Rolü ve Sorumlulukları	29
2.7. Hemşirelik Uygulamalarında ve Araştırmalarında Model ve Kuramların Önemi	30
2.8. Nola J. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	31
2.8.1. Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Temel Kavramları	32
2.9. Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Relaktasyon İhtiyacı Olan Annelere Uyarlanması	35
3. GEREÇ ve YÖNTEM	41
3.1. Araştırmanın Amacı	41
3.2. Araştırmanın Türü	41
3.3. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	41
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	42
3.5. Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri	42
3.6. Araştırmaya Kabul Edilmeme Kriterleri	43
3.7. Randomizasyon	44
3.8. Körleme	47
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	47
3.10. Gruplararası Homojenite	47
3.11. Veri Toplama Araçları	47
3.11.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 2)	48
3.11.2. Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği-kısa şekli (Ek 3)	48
3.11.3. Emzirme Motivasyon Ölçeği (Primipar Anneler İçin) (Ek 4)	48
3.11.4. LATCH-Emzirme Tanılama Ölçeği (Ek 5)	49
3.11.5. İMDAT-Bebeğin Aldığı Anne Sütü Miktarını Puanlama Sistemi (Ek 6)	49
3.11.6. Visuel Analog Scales (VAS) (EK 7)	50
3.12. Yeniden Emzirme (Relaktasyon) Eğitim Kitapçığı (Ek 8)	50
3.13. Verilerin Toplanma Zamanı	54
3.14. Ön Uygulama	54
3.15. Verilerin Toplanması	54
3.16. Araştırmanın Etik Yönü	64
3.17. Verilerin Değerlendirilmesi	64

3.18. Araştırmacının Anne Sütü, Emzirme ve Yeniden Emzirme Konusunda Yeterliliği (Araştırmacının Niteliği)	65
3.19. Araştırmanın Güçlü Yönleri, Sınırlılıkları ve Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar	66
4. BULGULAR	68
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	89
5.1. Sonuç ve Öneriler	98
5.2. Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Öneriler	100
5.3. Araştırmaya Yönelik Öneriler	100
KAYNAKLAR	101
EKLER	115
Ek 1. Gruplararası Homojenite Tabloları	116
Ek 2. Kişisel Bilgi Formu	118
Ek 3. Emzirme Öz yeterlilik Ölçeği-Kısa Formu	122
Ek 4. Emzirme Motivasyon Ölçeği (Primipar Anneler İçin)	123
Ek 5. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği	124
Ek 6. İMDAT-Bebeğin Aldığı Anne Sütü Miktarını Puanlama Sistemi	125
Ek 7. Visuel Analog Scales (VAS)	126
Ek 8. Yeniden Emzirme (Relaktasyon) Eğitim Kitapçığı	127
Ek 9. Eğitim Materyali Değerlendirme Formu	137
Ek 10. Etik Kurul Onay Yazıları	138
Ek 11. Kurum İzin Yazıları	140
Ek 12. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	142
Ek 13. Veri toplamada Kullanılan Ölçeklerin İzin Yazıları	144
Ek 14. Sertifikalar ve Katılım Belgeleri	146
Ek 15. Araştırmacı Hazırlığı	151
ÖZGEÇMİŞ	152

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Araştırmanın PICOS kriterlerine göre tanımlanması	44
Tablo 2. Eğitim kitapçığı içerik geçerlilik değerleri	51
Tablo 3. Annelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımının karşılaştırılması	68
Tablo 4. Annelerin obstetrik, emzirme öyküsü ve bebeğe ait özelliklere göre dağılımı	70
Tablo 5. Annelerin relaksasyon başarısı oranlarının dağılımının karşılaştırılması	73
Tablo 6. Bebeklerin gelişim göstergelerinin (boy ve kilo) dağılımı ve gruplar arası karşılaştırma	74
Tablo 7. Annelerin EÖYÖ puanlarının karşılaştırılması	75
Tablo 8. Annelerin EMÖ (primipar anneler için) bütünleşmiş düzenleme alt boyut puanlarının karşılaştırılması	77
Tablo 9. Annelerin EMÖ (primipar anneler için) içsel motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme alt boyut puanlarının karşılaştırılması	79
Tablo 10. Annelerin EMÖ (primipar anneler için) içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal onaylama alt boyut puanlarının karşılaştırılması	80
Tablo 11. Annelerin EMÖ (primipar anneler için) içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal baskı alt boyut puanlarının karşılaştırılması	82
Tablo 12. Annelerin EMÖ (primipar anneler için) dışsal düzenleme-ek yararlar alt boyut puanlarının karşılaştırılması	84
Tablo 13. Annelerin LATCH ve İMDAT puanlarının gruplar arası karşılaştırılması	85
Tablo 14. Annelerin emzirme sıklığı, süt sağma sıklığı ile süt miktarındaki artış durumunun izlemlere gruplar arası karşılaştırılması	87
Tablo 15. Müdahale grubundaki annelerin SGM'ye göre verilen relaksasyon eğitim ve izlemine yönelik memnuniyet düzeyleri (son izlem)	87

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Memenin anatomisi	8
Şekil 2. Prolaktin hormonunun işleyişi	9
Şekil 3. Oksitosin hormonunun işleyişi	10
Şekil 4. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	35
Şekil 5. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin relaksasyon başarısına yönelik verilen eğitim ve izleme uyarlanması	40
Şekil 6. Randomizasyonu gerçekleştirmek üzere https://www.random.org/ sitesine girilen sayısal değerler ve elde edilen sayı listeleri	45
Şekil 7. Araştırmanın CONSORT Uygulama Şeması	46
Şekil 8. Eğitim ve izlem sıklığı	55
Şekil 9. Gruplara göre bebeklerin kilo ortalamaları grafiği	74
Şekil 10. Gruplara göre bebeklerin boy ortalamaları grafiği	75
Şekil 11. Gruplara göre annelerin EÖYÖ puan ortalamaları grafiği	76
Şekil 12. Gruplara göre annelerin EMÖ (primipar anneler için) bütünleşmiş düzenleme alt boyutu puan ortalamaları grafiği	77
Şekil 13. Gruplara göre annelerin EMÖ (primipar anneler için) içsel motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme alt boyutu puan ortalamaları grafiği	79
Şekil 14. Gruplara göre annelerin EMÖ (primipar anneler için) içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal onaylama alt boyutu puan ortalamaları grafiği	81
Şekil 15. Gruplara göre annelerin EMÖ (primipar anneler için) içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal baskı alt boyutu puan ortalamaları grafiği	82
Şekil 16. Gruplara göre annelerin EMÖ (primipar anneler için) dışsal düzenleme-ek yaralar alt boyutu puan ortalamaları grafiği	84
Şekil 17. Annelerin LATCH puan ortancaları	86
Şekil 18. Annelerin İMDAT puan ortancaları	86

RESİMLER DİZİNİ

Resim No	Sayfa
Resim 1. Beşik pozisyonu	20
Resim 2. Çapraz beşik pozisyonu	21
Resim 3. Yatarak emzirme pozisyonu	21
Resim 4. Koltuk altı pozisyonu	22
Resim 5. Elle sağma tekniği	24
Resim 6. Elektrikli pompa ile sağım	24
Resim 7. Emzirme destek sistemi	26
Resim 8. Parmakla besleme tekniği	27
Resim 9. Damlatma tekniği	28
Resim 10. (a) Kaşıkla ve (b) kapla besleme tekniği	28

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ACOG	Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists)
BDHG	Bebek Dostu Hastane Girişimi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
EÖYÖ	Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği
EMÖ	Emzirme Motivasyon Ölçeği
LATCH	Emzirme Tanılama Ölçeği
İMDAT	Bebeğin Aldığı Anne Sütü Miktarı Puanlama Sistemi
KG	Kontrol Grubu
MG	Müdahale Grubu
PICOS	Popülasyon, Müdahale, Karşılaştırma, Sonuçlar, Çalışma Dizaynı(Population, Interventions, Comparators, Outcomes, Study)
SGM	Sağlığı Geliştirme Modeli
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package for Social Sciences)
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations Children's Fund)
VAS	Görsel Analog Ölçeği (Visual Analog Skala)
vb.	ve benzeri

Simgeler

cm	Santimetre
dk	Dakika
gr	Gram
hPL	Human Plasental Laktojen
n	Örneklem Sayısı
maks	Maksimum
min	Minimum
ml	Mililitre

Ort	Ortanca
p	Anlamlılık Düzeyi
R	Korelasyon Katsayısı
sIgA	Sekretuar Immunoglobulin A
SS	Standart Sapma
t	Bağımsız İki Örnek t Test
U	Mann-Whitney U Testi
$\bar{X}$	Aritmetik Ortalama
X^2	Friedman Test
α	Alfa
χ^2	Ki-kare Testi
%	Yüzde
<	Küçük
>	Büyük

ÖZET

Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitim ve İzlemin Yeniden Emzirme (Relaktasyon) Başarısına Etkisi

Bu çalışma, Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen eğitim ve izlemin relaktasyon başarısına etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma prospektif, tek körlü, randomize kontrollü araştırma deseninden oluşmaktadır. Temmuz-Aralık 2023 tarihleri arasında yapılan araştırma, ülkenin doğusundaki bir ilin merkezinde bulunan bir hastanenin laktasyon ve relaktasyon polikliniği ile beş aile sağlığı merkezinde; dâhil edilme kriterlerine uyan 73 (38 müdahale, 35 kontrol) anne ile yürütüldü. Veri toplamada “Kişisel Bilgi Formu, Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği, Emzirme Motivasyon Ölçeği (Primipar Anneler İçin), Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı ve Bebeğin Aldığı Anne Sütü Miktarını Puanlama Sistemi” kullanıldı. Ayrıca müdahale grubuna Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitim ve İzlemden Memnuniyet Düzeyi Derecelendirme Skalası kullanıldı. Çalışma yüz yüze olacak şekilde birinci ayın ilk iki haftasında haftada iki diğer haftalarda haftada bir, ikinci ayda ise iki haftada bir olacak şekilde toplam iki aylık zaman diliminde ve sekiz izlemden oluştu. Kontrol gurubu ise laktasyon ve relaktasyon polikliniğine yönlendirildi. Ölçeklerden elde edilen puan ortalamaları normal dağılıma uygunluk testi ve varyans homojenliği testi Shapiro-Wilk testi ve Levene istatistiği ile yapıldı. Verilerin normallik varsayımında “Kurtosis” ve “Skewness” kat sayılarıyla kullanıldı. Normal dağılım gösteren verilerde t testi, Varyans Analizi, normal dağılım göstermeyen verilerde ise Mann Whitney U Analizi, Friedman Analizi uygulandı. Çalışmanın bulgularında müdahale grubundaki annelerin relaktasyon oranlarında, Emzirme Özyeterlilik Ölçeği, Emzirme Motivasyon Ölçeği alt boyutları, Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı ve Bebeğin Aldığı Anne Sütü Miktarını Puanlama Sistemi toplam puan ortalamalarında kontrol gurubundaki annelere göre daha fazla artış olduğu bulundu ($p<0.05$). Müdahale grubundaki annelerin Sağlığı Geliştirme Modeli’ne göre verilen eğitim ve izlem desteğine yönelik memnuniyet düzeyi yüksek bulundu. Sonuç olarak; Sağlığı Geliştirme Modeli’ne göre verilen eğitim ve izlemin relaktasyon başarısında etkili ve memnun edici bir uygulama olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Emzirme, Hemşirelik, Relaktasyon, Sağlığı Geliştirme Modeli.

ABSTRACT

The Effect of Education and Follow-Up Based on the Health Promotion Model on Relactation Success

This study was conducted to determine the effect of education and follow-up according to the Health Promotion Model on the success of relactation. The study consists of a prospective, single-blinded, randomized controlled trial design. The study, which was conducted between July and December 2023, was conducted in the lactation and lactation outpatient clinic of a hospital and five family health centers in the center of a province in the east of the country with 73 mothers (38 intervention, 35 control) who met the inclusion criteria. “Personal Information Form, Breastfeeding Self-Efficacy Scale, Breastfeeding Motivation Scale (for Primiparous Mothers), Breastfeeding Diagnostic Measurement Tool, and Breast Milk Intake Scoring System” were used for data collection. In addition, the Satisfaction Level Rating Scale for Training and Monitoring According to the Health Promotion Model was used in the intervention group. The study consisted of eight face-to-face follow-ups in a total of two months, two times a week in the first two weeks of the first month, once a week in the other weeks, and once every two weeks in the second month. The mean scores obtained from the scales were tested for conformity to normal distribution and the homogeneity of variance was tested by Shapiro-Wilk test and Levene statistics. The control group was referred to the lactation and lactation outpatient clinic. “Kurtosis” and “Skewness” coefficients were used to assume normality of the data. The t test and Analysis of Variance were applied for the data showing normal distribution, and Mann Whitney U Analysis and Friedman Analysis were applied for the data not showing normal distribution. In the findings of the study, it was found that the mothers in the intervention group had a higher increase in the lactation rates, Breastfeeding Self-Efficacy Scale, Breastfeeding Motivation Scale sub-dimensions, Breastfeeding Diagnostic Measurement Tool and Breast Milk Intake Scoring System total mean scores compared to the mothers in the control group ($p<0.05$). The satisfaction level of the mothers in the intervention group towards the training and follow-up support provided according to the Health Promotion Model was found to be high. In conclusion, it was determined that the training and follow-up provided according to the Health Promotion Model was an effective and satisfactory practice in the success of relactation.

Key Words: Health Development Model, Lactation, Nursing, Relactation.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Emzirme anne ve bebek sağlığına önemli etkileri olan bir sağlık davranışıdır (1). Bebek için doğumdan itibaren en temel besin anne sütüdür ve anne sütünün önemi iki yaşına kadar sürmektedir (2). Bu yüzden birçok uluslararası organizasyon, anne sütü ile beslenmeye doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde başlanmasını, ilk altı ay boyunca yalnızca anne sütü verilmesini ve ek besinler ile iki yaşına kadar emzirmenin devam edilmesini önermektedir (3, 4). Emzirmenin anne ve bebek sağlığı için kısa ve uzun vadeli faydaları kanıtlanmıştır. Bu faydalar gelişimsel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve çevresel olarak varlığını sürdürmektedir (1). Sadece emzirmenin yaygınlaştırılması ile yaklaşık 820.000 beş yaş altı çocuk ölümlerinin (5) ve meme kanseri nedeniyle 20.000 anne ölümünün önlenebileceği tahmin edilmektedir (6). Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF-United National International Children's Emergency Fund) Küresel Emzirme Karnesi'ne (2022) göre, bebeklerin %46'sı doğumdan sonrası ilk bir saat içinde emzirmeye başlanmakta ve altı aydan küçük bebeklerin %48'si sadece anne sütü almaktadır (3). Türkiye'de ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2018) raporuna göre; doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirme oranı %71.1, ilk altı ay sadece anne sütü ile besleme oranı %40.7, toplam emzirme süresinin (ortanca ay) 16.7 ve küresel verilere benzer şekilde ülkemizde yaşamın ilk üç gününde yenidoğanların %41'ine anne sütü dışında besin/gıda verilmektedir (7). Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF tarafından onaylanan "Küresel Bebek ve Küçük Çocuk Beslenme Stratejisi" hedefleri arasında 2030 yılına kadar ilk altı ay emzirme oranını %70'e getirilmesi hedeflenmektedir (8). Emzirmeyi bir devlet politikası olarak benimsenmesi, korunması, teşvik etmek, sürdürülmesi ve desteklenmesi, 2030 yılına kadar Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşmak için çok önemlidir. Çünkü emzirme, Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin birçoğunun gerçekleşmesi açısından kritik bir öneme sahiptir (9). Ancak emzirmeyi teşvik etme ve destekleme çabalarında ilerleme kaydedilmiş olmasına rağmen, küresel emzirme göstergelerinin hala hedeflenen seviyenin altında olduğu belirtilmektedir. (3, 5). Bu durumda anneye, bebeğe ve laktasyon sürecine ait bazı faktörler ile devlet politikaları rol oynamaktadır. Dolayısıyla anneler bebeklerini emzirememekte veya emzirmeyi erken dönemde kesebilmektedir (1, 10–12). Ancak emzirmenin devamlılığının sağlanması ve emzirme oranlarının artırılması için emzirmenin kesintiye uğratılmaması

gerekir. Bu durumda emzirmenin yeniden başlatılması (relaktasyon) etkili bir yöntem olabilir (6, 28). Relaktasyon, zamansız süten/memeden kesildikten sonra emzirmenin yeniden sağlanması veya azalan sütün artırılması için yapılan teknik ve bilimsel danışmanlık işlemlerinin tümü olarak tanımlanır (11, 14). UNICEF yayınladığı evrensel mesajında; uzun ve zorlu emzirme sürecinde bebeklerin yeterli sürede ve etkin bir şekilde emzirilebilmesi için annelere destek olunmasının önemi üzerinde durmaktadır (15). Çünkü relaktasyon da annenin istekli ve motive olması, aile, eş, arkadaş ve sağlık profesyoneli desteği, uygun eğitim, ten tene temas, memelerin uyarılması, sık sık emzirme, annenin olumlu tutumu gibi faktörler relaktasyon başarısını artırmaktadır (10, 11, 14, 16–19). Literatürde relaktasyon için yardıma ihtiyaç duyan annelerin hep olacağını ve bu nedenle relaktasyon için kullanılacak tekniklerin sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi vurgulanmaktadır (11, 14). Bu nedenle hemşirelerin annelere anne sütünün yenidoğanın sağlığı için önemli olduğunu ve emzirmenin kesilmesi durumunda devam ettirilmesi veya yeniden başlatılması gerektiğini açıklaması çok önemlidir. Bu danışmanlığın kuram veya modele dayalı bilimsel gerçeklere uygun, kurumsal ve ulaşılabilir olmasını sağlayarak emzirme ve anne sütünün faydalarından anne ve bebeklerin yararlanmasına olanak sağlayacaktır (20). Çünkü kuram ve modeller hemşirelik sürecine yansıdığına; hem hastanın/bireyin konforu ve ihtiyaçlarının karşılanması daha sistemli olacağı ve daha az sürede, etkili bir bakım sağlanabileceği hem de hemşirelik mesleğinin daha görünür hale geleceği bildirilmektedir (21, 22). Bu modellerden biri amacı bireylere sağlıklarını geliştirme davranışlarının nasıl kazanılması/ kazandırılacağı konusuna ışık tutan ve çekirdek kavramı öz-yeterlilik algısı olan Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli’dir (23). Modelin ana kavramları emzirme davranışının geliştirilmesinde uygun niteliktedir (24). Emzirme eğitiminin kuram/modele dayalı ve bilimsel bir çerçevede sistematik olarak uygulanması emzirme oranlarını, emzirme tutumlarını ve öz yeterliliği olumlu yönde etkilemektedir (25). Ayrıca son yıllarda hem ulusal hem de uluslararası literatür de hemşirelik uygulamalarının kuram ve modele dayandırılmasının önemi ve gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Ancak emzirme öz yeterliliği, emzirme başarısı gibi değişkenler ile model/kuram etkisini inceleyen sınırlı çalışma olduğu ve bu tarz çalışmaların artırılması gerektiği bildirilmiştir (22).

Relaktasyon sürecinde anneye verilecek olan eğitim ve izlem hizmetinin bu model doğrultusunda yapılması özellikle relaktasyon başarısında en önemli faktörlerinden olan emzirme öz yeterliliğini daha profesyonel olarak yönetmeyi sağlayacağı, bireyi biyo-psiko-

sosyokültürel yönden bir bütün olarak ele almaya sebep olacağı ve bu süreçte yapılan tüm hemşirelik uygulamalarında güvenilir bir rehber olacağı düşünülmektedir. Çünkü relaksasyon ihtiyacı olan annelerin hızlı tespiti ve sorunun çözülmesi anne, bebek ve toplum sağlığı çok açısından önemlidir. Mevcut literatür doğrultusunda planlanan bu çalışma ile sunulacak sağlık hizmeti sayesinde emzirme oranlarında artış olacağı ve sağlıklı toplum temellerine katkı sağlanacağı düşünülmektedir. Relaksasyon ihtiyacı olan annelere hemşirelik modeli temelli emzirme eğitiminin verilmesi, emzirmenin izlenmesi ve desteklenmesi (mobil iletişim araçları dahil) ile nitelikli bir bakım sağlama amacı, bu çalışmanın özgün değerini oluşturmaktadır. Uluslararası literatürde emzirme sorunları ve sorunlara yönelik yapılan müdahaleler incelendiğinde relaksasyona odaklanan çalışmalar mevcuttur (17–19, 26–35). Fakat ülkemizde bu konuda çok az sayıda çalışmaya rastlanması (36–40), relaksasyon ile ilgili çalışmaların çoğunun emzirmede kullanılan tekniklere ve başarı faktörlerine odaklanan derleme makalelerinden oluşması (10, 13, 14, 41, 42) nedeniyle daha fazla sayıda ve kanıt düzeyi yüksek çalışmaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Bununla birlikte relaksasyon görülme oranı, nedenleri, relaksasyon ihtiyacı olan annelere yönelik model temelli olarak yapılmış emzirme desteğine ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle emzirmenin başlaması ve devam etmesinin önündeki engelleri ortadan kaldıracak önlemler geliştirmek için bölgesel ve sosyo kültürel özellikleri analiz eden ileri çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (43).

Ülkemizde relaksasyon sürecinde SGM henüz kullanılmamaktadır. Kullanılan bu model ile relaksasyon ihtiyacı olan annelere bütüncül bir bakış ile yönelerek bebeklerine ilk altı ay sadece anne sütü vermelerinin önemi, altıncı aydan sonra ise anne sütü ile birlikte uygun beslenmenin yapılmasının önemi, emzirmenin devam edilmesi, kesildi ise yeniden başlatılması gerekliliği ve bu sürecin yöntemlerinin annelere anlatılması gibi önemli konular ele alınmıştır. Devamında ise annelerin emzirme motivasyon düzeyleri, emzirme öz yeterlilikleri, kullandıkları emzirme yönteminin ve anne sütünün yeterliliği izlenmiş ve SGM temelli emzirme desteğinin relaksasyon başarısına etkisi ölçülmüştür. Bu sonuçların emzirmeye yönelik sağlık hizmeti sunumunu etkileyeceği ve emzirme oranlarının artarak bebek mortalite ve morbidite oranlarının düşmesine katkı sağlanacağı düşüncesindeyiz. Bu doğrultuda uluslararası literatüre katkı sağlayacağı ve ulusal düzeyde özgün bir çalışma olacağı düşünülmektedir. Ayrıca prematüre bebek sayısındaki artış göz önüne alındığında relaksasyon ile ilgili kurama dayalı olarak hazırlanacak olan bu eğitim modeli yazılı bir

protokol haline getirilerek, bebek dostu hastanelerin bir stratejisi olarak geliştirilebilir ve anne ve bebeklerin emzirme sürecini yeniden başlatmaya yardımcı olabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada temel amaç; hiç emzirmeme/emzir(e)meme veya emzirmeye ara verme gibi nedenlerden dolayı relaktasyona ihtiyaç duyan annelere sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim ve izlemin relaktasyon başarısına etkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

- H₁: Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin annelerin relaktasyon oranını artırıcı etkisi vardır.
- H₂: Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin bebeklerin beslenme durumlarına göre gelişim göstergelerini (kilo, boy gibi) artırıcı etkisi vardır.
- H₃: Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin annelerin Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanlarını artırıcı etkisi vardır.
- H₄: Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin annelerin Emzirme Motivasyon Ölçeği (Primipar Anneler İçin) alt boyut puanlarını artırıcı etkisi vardır.
- H₅: Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin müdahale grubundaki annelerin bebeklerinin İMDAT-Bebeğin aldığı anne sütü miktarını puanlama sistemine göre toplam puanlarını artırıcı etkisi vardır.
- H₆: Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin annelerin LATCH-Emzirme Tanılama Ölçüm Aracına göre toplam puanlarını artırıcı etkisi vardır.
- H₇: Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin müdahale grubu annelerin memnuniyetleri-VAS skorunu yükseltici etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Emzirmenin Önemi, Dünya’da ve Türkiye’de Emzirme Verileri

Emzirme, doğumdan sonra anne ile bebek arasında fiziksel ve epigenetik olarak içgüdüsel bir bağlantı sağlayan mucizevi bir eylemdir. Annenin emzirme ile depolarının bir kısmını aktardığı evrimsel bir süreçtir (44). Emzirme ve anne sütünün önemi antik çağlardan günümüze kadar bilgiler, belgeler, hiyeroglifler, heykeller, hukuki makaleler, sanat eserleri, dini şiirler, kitaplar, yazılı gelenekler, adetler ve toplumsal mitler şeklinde sunulmuştur (45). DSÖ ve UNICEF, bir çocuğun doğumundan sonraki bir saat içinde emzirmeye başlanmasını, çocuğun yaşamının en az ilk altı ayında sadece anne sütüyle beslenmesini, altı aydan sonra besleyici, tamamlayıcı gıdalara başlanmasını ve iki yaş ve ötesine kadar emzirmeye devam edilmesini önermektedir (3). Yaşamın ilk altı ayında emzirme; yeni doğanlar için en uygun beslenme ve sağlığı koruma açısından büyük öneme sahiptir. Bebeğin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesindeki amaç anne sütünün bebeğin vücut sistemlerine ve bu sistemlerin fonksiyonlarının sürdürülmesinde en uygun besin olmasıdır (2). Anne sütünün bu mükemmelliği, bebeğin ihtiyacı olan besini değişen içeriği ile sunmasından ileri gelmektedir (1, 2, 46, 47).

Emzirmenin bebek için faydaları oldukça çeşitlidir ve bu faydalar birçok bilimsel çalışma ile desteklenmektedir. İlk olarak, anne sütü bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirir; içerdiği antikorlar, immünoglobulinler ve prebiyotikler sayesinde enfeksiyon riskini azaltır (48). Özellikle kolostrum, yüksek antikor yoğunluğu ile bebeği enfeksiyonlardan koruyarak, gastrointestinal enfeksiyonlar ve ishal riskini düşürür (49). Ayrıca, anne sütüyle beslenen bebeklerin hastaneye yatış oranları emzirilmeyenlere göre daha düşüktür (50). Zihinsel ve bilişsel gelişim açısından da pek çok fayda sağlayan anne sütü, dokosaheksaenoik asit gibi biyoaktif bileşenler içerir (51). Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebekler için hayati öneme sahip olan anne sütü, büyüme ve gelişim süreçlerinde kritik rol oynar (52). Ek olarak, tip 1 ve tip 2 diyabet (53) kronik hastalıkların riskini azaltır (2) ve ani bebek ölümü sendromu riskini %50 oranında düşürür (54).

Emzirmenin anneler için faydalarına bakacak olursak ilk olarak, emzirme sırasında salgılanan oksitosin hormonu, doğum sonrası uterusun toparlanmasını hızlandırır ve kanama riskini azaltır (55). Ayrıca, emziren kadınlarda meme, yumurtalık ve uterus kanseri riski azalırken, emzirme süresi uzadıkça bu risk daha da düşer (49). Fiziksel sağlık üzerinde başka bir olumlu etkisi ise osteoporoz riskini azaltması ve lipid metabolizmasını

düzenleyerek kardiyovasküler hastalık riskini düşürmesidir (56). Psikolojik açıdan ise emzirme sırasında salgılanan prolaktin ve oksitosin hormonlarının etkisiyle doğum sonrası depresyon riski azalır ve anne-bebek bağı güçlenir (49, 57). Son olarak, laktasyon döneminin ilk altı ayında tam emzirme, doğal bir aile planlaması yöntemi olarak gebelikten korunmaya yardımcı olabilir (55).

Emzirmenin toplum için de birçok faydası bulunmaktadır. Anne sütüyle beslenme, enfeksiyon hastalıklarını önleyerek hastane masraflarını ve ilaç maliyetlerini azaltır. Ayrıca mama kullanımını ortadan kaldırarak aile bütçesini korur (46). Anne sütü doğal bir besin kaynağı olduğu için atık üretmez, mama üretiminden kaynaklanan çevre kirliliğini önler (58). Emzirme, bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığını azaltarak toplum sağlığını destekler (59). Sosyal eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir rol oynar (60). Nitekim anne sütüyle beslenme, sosyoekonomik durumu farklı aileler arasındaki sağlık eşitliğini sağlamaya katkı sağlar (61).

Dünya çapında yapılan birçok uluslararası toplantıya ve önemli gelişmelere rağmen emzirmenin istenilen hedeflerine ulaşmada küresel bir zorluk yaşanmaktadır. Küresel olarak yaşamın ilk altı ayında anne sütü ile beslenme oranlarında 2023 yılı için %48'e ulaşarak 2025 yılı için belirlenen %50 hedefine yaklaşıldığı görülmüştür. UNICEF ilk beş aya kadar sadece anne sütü ile beslenme oranlarının Güney ve Kuzey Amerika'da %37, Doğu Avrupa ve Orta Asya ülkelerinde %41, Doğu ve Güney Afrika Ülkelerinde %55, Güney Asya ülkelerinde ise %57 olduğunu bildirmiştir. Bu veriler yüksek gelirli ülkelerdeki bebeklerin emzirme oranlarının gelişmemiş ülkelere kıyasla beş kat daha az olduğunu göstermektedir (3, 44). Ayrıca doğum sonrası ilk bir saat içerisinde emzirilen bebek oranı dünyada %46, Doğu ve Güney Afrika'da %69, Güney Asya'da %39, Pasifik ve Doğu Asya'da %40, Batı ve Orta Afrika'da %41, Orta Asya ve Doğu Avrupa'da %58, Latin Amerika ve Karayipler %54 olarak bildirilmiştir (3).

Ülkemizde emzirme göstergelerinin takibinde Hacettepe Üniversitesi Nüfus Araştırma Enstitüsü'nün her beş yılda bir düzenli olarak yaptığı TNSA verileri önemli bir yer tutmaktadır. 1993-2018 yılları arasında yayımlanan TNSA sonuçları incelendiğinde Bebek Dostu Hastane Girişimi (BDHG)'nin uygulamaya başlanması sonrasında emzirme göstergelerinin değiştiği görülmektedir. Yıllar geçtikçe belli bir süre emzirilen bebeklerin oranı yüksek olsa da yıldan yıla bir artış da görülebilmektedir. Ortanca emzirme süresi 1993 yılında 11.9 ay iken, 2018 yılında 16.7 aya yükselmiştir. Sadece anne sütüyle

beslenen altı ayın altındaki bebeklerin yüzdesi 1993'te %10.4 iken 2008'de % 41.6'ya yükseldiği, ancak 2013'teki düşüşün ardından 2018'de % 40.7 olarak bildirilmektedir. İlk bir saat içinde emzirilme yüzdesi 1993 yılında 19.9 iken 2018 yılında %71.0'e yükselmiştir. TNSA 2018 sonuçlarına göre yaşamın ilk üç gününde dünya çapında verilere benzer şekilde ülkemizde yenidoğanların %42'sine anne sütü dışında besin/gıda verilmektedir (7).

Emzirmenin anneler, bebekler ve toplumlar için sağlık ve ekonomik faydaları iyi bilinmekle birlikte emzirme oranları hala düşük düzeydedir (5, 45). Emzirmenin özellikle yüksek gelirli ülkelerde düşük olmasının sebebi emzirmenin zorunluluktan tercihe dönmesi, emzirmenin korunamaması, emzirmeye teşvik edilememesi ve desteklenememesidir. Ayrıca en temel sebeplerden biri gelişmiş ülkelerdeki anne ve bebeklerin formül mama endüstrisi pazarlaması sonucunda savunmasız bir konuma getirilmesidir (44). Emzirme oranlarının düşük olmasının diğer sebepleri ise; annenin benlik algısının düşük olması, anne eğitiminin düşük olması, istihdam edilmesi, emzirme konusunda yetersiz bilgi sahibi olunması ve annenin emzirmeye başlarken sağlık profesyonellerinden destek alamamasıdır. Aile içi destek eksikliği gibi faktörler; emzirmeye geç başlanması veya emzirmeye başlamadan önce ilk besin olarak su veya şekerli su, biberon ve emzik kullanımı gibi durumlara neden olabilmektedir (62, 63). Emzirme oranlarının düşük olmasının bir sebebi de ulusal politikalar ve doğum sonu anneye verilen izin gibi konularda hükümetlerin emzirmeyi desteklemede yeterince farkında olmadıklarıdır. Nitekim doğumdan sonraki yakın dönemde işe dönmek zorunda olan kadınların emzirmeyi tercih etmedikleri ya da emzirmeyi bırakma yoluna gittikleri bilinmektedir (44). Ülkemizde özellikle sezaryen doğum oranlarının artışı emzirmeyi etkileyen en önemli etkenlerden biridir. Çünkü sezaryen doğumda annenin anestezi alması, anne bebek temasının gecikmesi, annenin insizyon yerindeki ağrı ve bebeği tutmada güçlük durumları yaşanmaktadır. Ayrıca toplumsal ve sosyal etki ile 'sütüm yetiyor mu' kaygısı anneleri formül mama vermeye yoluna götürmektedir (7, 44).

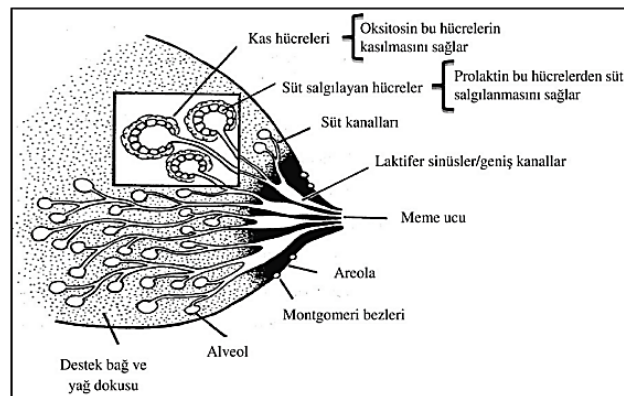
Sonuç olarak son 40 yılda anne sütünün desteklenmesine yönelik uluslararası alanda birçok çalışma yapılmıştır. 1981 yılında, çeşitli ülkelere sağlık bakanlıklarının temsilcilerinin katıldığı Dünya Sağlık Konseyi, anne sütü yerine geçen ürünlerin doğru kullanımını ve uygun kullanımını sağlamak amacıyla Anne Sütü İkamelerinin/Muadillerinin Pazarlanması Uluslararası Kurallarını (Mama Kodu Yasası)

kabul etmiş ve bebekler için güvenli beslenme onaylamıştır (64). Ardından, Dünya Sağlık Toplantısı, hükümetleri, Mama Kodu hükümlerini ulusal düzeyde yasal olarak bağlayıcı düzenlemeler yaparak yürürlüğe koymaya çağırmıştır. Ayrıca devletlerin uluslararası insan hakları hukuku çerçevesinde sağlık hakkını koruma ve sürdürme yükümlülükleri vardır (5). Bu, Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 24. maddesi uyarınca emzirmenin korunması ve desteklenmesi yükümlülüğünü de içermektedir (8).

2.2. Laktasyonun Fizyolojisi

Laktasyon, doğumdan sonra memelerde süt salgılanması ve üretilmesidir. Memeler, diğer organların çoğundan farklı olarak, doğumdan sonra da büyümeye devam eder. Meme büyümesi, yumurtalık ve plasentanın etkisi altındaki hormonlarla gebelik sırasında başlasa da, bol miktarda süt salgılanması ancak doğumdan sonra başlar (2). Nörolojik, ruhsal ve hormonal uyarılar sonucunda gelişen laktasyon fizyolojisi mammogenez, laktogenez, galaktogenez ve involüsyon olmak üzere dört ana başlık altında ele alınmaktadır (65).

Mammogenez (Memelerin büyümesi ve gelişmesi): Gebelikte yaşanan hormonal değişiklikler meme dokusu üzerinde de bir takım değişikliklere sebep olur. Bu değişim gebeliğin ikinci ayında meme başının büyümesi, areolanın pigmentasyonun da ve genişliğinde artış ile başlar. Alveollerde humman Plasental Laktojen (hPL) ve progesteron hormonlarının etkisiyle gebeliğin üçüncü ayından itibaren kolostruma benzer bir salgı üretilmeye başlanır (65). Östrojen hormonun etkisi ile meme de su retansiyonu ve yağ dokusunda artmaya bağlı olarak memelerin büyümesi sağlanır. Progesteron, prolaktin ve hPL hormonları alveol bezlerin olgunlaşmasını sağlar. Yeni kanallar ve alveollerin gelişimi gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde de devam eder (Şekil 1) (55).

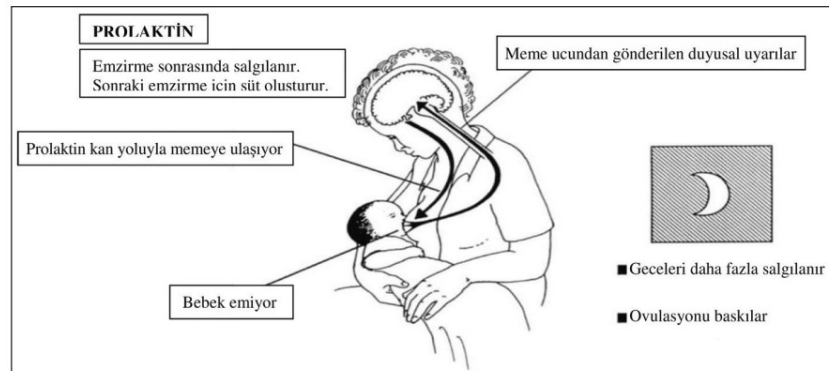


Şekil 1. Memenin anatomisi (66).

Laktogenez (Süt salgısının başlaması): Memelerde süt üretimi, Laktogenez I, II, III olarak tanımlanan gebelik ve doğum sonrası dönemde memelerde meydana gelen değişikliklerin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Süt üretimi aynı zamanda hormonal ve duygusal faktörlerin rol oynadığı, hem merkezi hem de yerel mekanizmalar tarafından kontrol edilen karmaşık bir durumdur (66).

Laktogenez I: Gebeliğin 20. haftasından sonra kolostrumun sentezlenmesiyle başlayan ve doğumdan iki-üç gün sonraya kadar devam eden aşamadır (65). Bu evrede kolostrum oluşmaya başlar (55).

Laktogenez II: Gebelik sırasında memelerde üretilen bir miktar kolostrumdan bol miktardaki anne sütüne geçiş aşamasıdır (66). Bu aşama, doğumdan sonraki iki-üç gün sonra başlar ve postnatal üç veya sekiz gün arasında devam eder (65). Plasentanın doğumundan sonra progesteron seviyelerinde bir azalma ile tetiklenir ve prolaktin ve kortizol (glukokortikoid) salgılanmasındaki değişiklikleri ve paraselüler yolların kapanmasını içerir (67). Ayrıca bu evrede meme bezine kan akımı, sütün içeriğindeki laktoz, total protein ve immunglobulinler artarken süt içeriğindeki klor ve sodyum düzeyi azalır. Gebeliğin sonlanması ile birlikte östrojen ve progesteron hormonlarının düzeyi azalırken, prolaktin seviyesi ise yükselir (65). Prolaktin hormonu süt üretimindeki asıl etkisini doğumdan sonra gösterir. Prolaktinin alveollerdeki süt üretimini sağlamak için yaptığı aktiviteye “süt oluşum refleksi” denir. Memelerdeki süt üretiminin artmasıyla anne memelerde dolgunluk hisseder. Bu duruma “süt inmesi, süt gelmesi” denir. Prolaktin salgılanmasında en güçlü uyaran bebeğin emmesidir (Şekil 2) (65, 66).



Şekil 2. Prolaktin hormonunun işleyişi (66).

Laktogenez III: Laktogenez II ve sonrasında emzirme sonlanıncaya kadar geçen sürede düzenli emzirme olursa süt üretimi devam eder. Bu duruma yani başlamış süt salgısının devam ettirilmesine “Laktogenezis III” ya da “Laktasyon” denir (66). Laktasyon dönemi ortalama 24 ay olup, bu dönem meme dokusunda fizyolojik değişikliklerin olduğu, anne-bebek arasındaki duygusal bağın kurulduğu, emzirme ile bebeğin büyüme ve gelişmesinin sağlandığı özel bir süreçtir (68). Laktasyon süreci, süt düzenli olarak memeden çıkarıldığı sürece devam eder. Sütün salgılanmasını sağlamak için prolaktin hormonu, sütün memeden dışarı akması için oksitosin hormonu gerekir (66). Bebeğin emmesi ve meme başının uyarılması ile ön hipofizden prolaktin, arka hipofizden oksitosin hormonu salgılanır (55). Oksitosin salınımı; bebeğin ağlaması, annenin bebeğini düşünmesi, ılık duş, masaj gibi dış etkilerle artabileceği gibi, annenin yorgun, üzgün, güvensiz olması gibi durumlardan da olumsuz etkilenecek şekilde azalabilir (Şekil 3) (69).



Şekil 3. Oksitosin hormonunun işleyişi (66).

Galaktogenez (Süt salgısının devamlılığı): Doğum sonu dokuzuncu günden itibaren sütün salgılanmaya devam ettiği dönemdir. Bu dönemde artık süt salgısı otokrin sistem (arz-talep) ile kontrol edilmektedir. Bu nedenle doğum sonrası altı-dokuz ay arasında meme boyutunun küçüldüğü görülür. Erken doğum sonu dönemde olduğu gibi meme dolgunluk durumuna sık rastlanmaz (42).

İnvölüsyon (Süt salgısının azalarak durması): Laktasyon involüsyonu, tam işlevli, süt veren bir meme bezinin durgun, dinlenme aşamasına gerilediği bir süreçtir. Bu involüsyon süreci çok aşamalı bir süreçtir, genellikle üç aylık emzirmeden sonra başlar (2). Prolaktin ve oksitosin hormonlarının seviyelerinde azalmanın yaşandığı, alveol ve süt kanallarında kalan sütün geri emildiği dönemdir. Son emzirmenin ardından geçen yaklaşık 40 gün sonra

inhibe edici peptitlerin birikmesi ile başlayan süreçtir. Bu birikime bağlı olarak azalan süt salgısı, zamanla durur. Laktasyon sonlanmasının ardında memelerin involüsyonu yaklaşık üç ay sürer (65).

2.3. Relaktasyon

Emzirmenin devamı, sürekliliği ve emzirme oranlarının yükseltilmesi için emzirmenin kesintiye uğratılmaması gereklidir (70). Anne-bebek ayrılığı, erken doğum, hastalıklar, uygunsuz besleme teknikleri (biberon vb), emzirmeye başlama, emzirme sıklığının azlığı, annenin psikolojik durumu (stres, kaygı, yetersiz süt algısı vb), doğal olaylar, meme ve meme ucu sorunları gibi faktörler emzirmeyi kesintiye uğratabilmektedir. Bu durumlarda emzirmeye yeniden başlatılması veya azalan sütün artırılması (relaktasyon) gerekir (68, 70). “Relaktasyon” emzirmeyi bırakmış, sütü azalmış veya tamamen kesilmiş olan kadınlarda süt üretiminin yeniden başlaması veya azalan sütünü artırılması sürecidir (14, 16, 42, 70, 73). Emzirmek çoğu zaman anneliğin doğal bir parçası olsa da çoğu kadın için her zaman kolay ve mümkün değildir. Ancak emzirmeyi bırakan veya sütü azalan birçok kadın, relaktasyon teknikleri sayesinde ikinci bir emzirme şansı yakalayabilir, hatta hiç doğum yapmamış kadınlar bile evlat edindikleri bebeklerini emzirebilirler (40). Bu duruma ise “uyarılmış laktasyon” denilmektedir. Diğer bir tabirle uyarılmış laktasyon, yakın zamanda gebe olmayan veya başka bir çocuğu emzirmeyen bir kadının süt üretme sürecidir (14, 41, 70).

2.3.1. Relaktasyon Nedenleri

Emzirmenin kesilmesi her ne kadar istenmeyen bir durum olsa da anne ve bebeği ilgilendiren birçok faktör emzirmenin devamlılığını etkileyebilir. Meme ucu sorunları, yetersiz süt üretimi, doğum şekli, meme reddi, erken doğum vb. faktörler emzirmenin devamlılığını olumsuz yönde etkileyebilir (10, 74). Relaktasyon, anne ve/veya bebeğin hastalıkları, meme problemleri, bebeğin emmeyi reddetmesi, yetersiz süt üretimi ve annenin emzirme konusundaki fikrini değiştirmesi gibi olgularda söz konusu olabilir (38, 72).

Annenin yanlış bilgisi nedeni ile süttten kesmesi ve kararından pişman olması, bebeğin memeyi reddetmesi veya etkin emmemesi olması ve annenin emzirmeyi başaramaması, annede süt üretiminin azalması veya hiç süt salgısının başlamamış olması, belki de annenin boşanma veya velayet anlaşmazlığında bebeğin kendisine verilmesi için emzirmeyi lehine bir faktör olarak kullanmak istiyor olması, relaktasyon için gerekli

nedenler olabilir. Ayrıca relaktasyon da; doğumdan sonra hastanede emzirmenin başarılı bir şekilde sağlanamaması, bir hastalık veya tıbbi prosedür nedeni ile süttten kesilmesi, annenin evlat edinmiş bebeğini emzirmek istemesi, bebeği beslemek için güvenli bir yola sahip olma arzusu gibi nedenler de etkili olabilir (14, 18, 73).

Annelerin relaktasyona ihtiyaç duyma nedenleri arasında erken süttten kesme, erken doğum veya hastalıklar nedeniyle anne ve bebeğin ayrılması, bebeğin yapay bebek süttlerini tolere edememesi veya depresyon ve kasırğa gibi doğal afetler yer alır (16, 75). Relaktasyon, zorlayıcı durumlarda önemli bir adaptasyon tekniğı olarak işlev görür. Özellikle afet koşullarında, çevresel değışiklikler ve stresle karşılaşan bebekler, anne süttünden ek destek alarak, olumsuz koşullara uyum sağlamak ve büyüme bozuklukları riskini azaltmak için beslenir. Bu durumlarda azalan veya kesilen anne süttünün yeniden sağlanması ek bir önem taşımaktadır (35). Yapılan çalışmalara göre afet ve salgın durumlarında relaktasyon başarısının sağlandığı belirtilmektedir (32, 76).

2.3.2. Relaktasyonda Süttün Bileşimi

Daha önce emziren kadınlar için meme dokusunun prolaktine yanıt verme yeteneğı nedeniyle sütt üretimini yeniden başlatmak daha kolay olacaktır. Emzirme sırasında emme, prolaktin salınımını ve sütt bileşenlerinin üretimini uyarır. Zamanla anneler bebekleri için gereken sütt salgısı seviyelerine ulaşabilirler. (72). Gebelik geçirmiş ve memeleri emzirmeye hazır hale gelmiş bir kadının sütt üretimi ve bu süttün bileşimi ile gebelik geçirmemiş, evlat edinmiş ve memeleri emzirmeye hazır hale gelmemiş bir kadının sütt üretimi ve bu süttün bileşimi arasında fark vardır. Çünkü evlat edinilen bebekte kadın gebeliğı deneyimlemediğı için gebelikle ilişkili olarak meme dokusunda meydana gelen değışikliklerinin hiçbirini yaşamamakta ve buna bağılı olarak kolostrum üretmemektedir. Dolayısıyla laktasyonun ilk beş günündeki sütt içeriğı; toplam protein, alfa-laktalbümin ve sekretuvar immünoglobulin (sIgA) içeriğı bakımından geçiş ve olgun sütte benzer özellik gösterdiği belirtilmektedir (73). Doğal laktasyon ve uyarılmış laktasyon yaşayan kadınlardan aldığı süttlerin bileşimini incelendiğı bir çalışmada, kadınların süttlerindeki toplam protein, sIgA, lizozim ve laktoferrin açısından benzerlik olduğu saptanmıştır (77). Relaktasyon ile oluşturulan sütt ile normal postpartum süreçte oluşan sütt içeriğini karşılaştıran çalışmalarda azdır; ancak mevcut çalışmalarda anlamlı bir fark gösterilememiştir. Sadece relaktasyon ile kolostrum olmadığı total protein, alfa-

laktoalbümin ve sIgA açısından geçiş ve olgun anne sütü içerikleri benzer bulunmuştur (14, 73, 75, 78).

2.3.3. Relaktasyon Başarısını Etkileyen Faktörler

Relaktasyon zaman alıcı bir süreç olabilir. Fakat birçok anne, doğru destek ve uygulamalarla kısmen veya tamamen süt üretebilir. Bu süreçte başarı anneye ve bebeğe özgü bazı faktörlerden etkilenmektedir (42, 70).

Bebekle ilgili faktörler;

Bebeğin emmeye istekli olması: Emmeye istekli olan bebeklerde relaktasyon büyük olasılıkla başarılı olabilir. Nitekim bebeğin sık sık emzirilmesi, süt üretimini artırmak ve yeniden emzirmeye başlamak için açık ara en etkili yol olarak belirtilmektedir (70).

Bebeğin yaşı: İki veya üç aylıktan küçük ve daha önce emmiş olan bebekler, memeyi kabul etmede daha isteklidir. Altı aydan büyük bebeklerin emmeyi reddetme eğilimi daha güçlüdür (29). Relaktasyon başarısında bir aydan küçük bebeklerde en iyi, iki aydan küçük bebeklerde %95.5, dört aydan büyük bebeklerde ise %64.5 başarı olduğu bildirilmektedir. Küçük bebeklerde (<2ay) relaktasyon, daha büyüklere (>6 ay) göre daha kolay olur. Ancak 12 aydan büyük bebeklerde (75) ve bebek kaç yaşında olursa olsun her zaman yeniden emzirmeye başlanabileceği bildirilmektedir (14).

Bebeğin emzirilme aralığı: Emzirilme aralığı bebeğin en son emzirilmesinden bu yana geçen süredir. Genel olarak emzirme aralığı ne kadar kısa olursa relaktasyon o kadar kolaylaşır. Relaktasyon da genellikle doğumdan sonraki kısa süre içinde emzirilen bebeklerde başarı bildirilmiştir veya emzirme kısa bir süre önce bırakıldıysa en iyi sonucu vermektedir (10, 34, 42). Emzirmeye verilen aranın 14 günden az olması durumunda relaktasyon başarısının %95, bu aranın 60 gün üzerinde olmasında ise %52.6 başarı sağlandığı bildirilmektedir (75).

Bebeğin emzirilme aralığındaki beslenme deneyimi: Biberonla beslenmeye alışkın olan bebekler, meme yerine yapay bir emzik/silikon uç tercih edebilir ve bu bebekleri emzirmek daha zor olabilir (73). Bebeklere erken dönemde mama başlanması, emzik ve biberon kullanımı gibi durumlar bebeğin memeyi reddetmesine dolayısıyla anne sütünün azalmasına neden olabilir (42).

Gebelik yaşı (düşük doğum ağırlıklı bebekler için): Bebeğin gebelik yaşı veya kilosunun relaktasyon sürecinin başlangıcı ya da sonucuna olan etkisini değerlendirilmenin

zor olduğu bildirilmektedir. Kanguru desteği (ten tene temas) gibi fazla ebeveyn temasını içeren mevcut bakım yöntemleri sayesinde, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin 32. gebelik haftasına kadar erken yaşta ve 1.300 grama kadar düşük ağırlıklarda bile emzirilebildiği görölmektedir (14).

Ek gıda alımı (daha büyük bebekler için): Bebeğin ilk 6 ay ek gıda verilmeden beslenmesi gereklidir. Nitekim ek gıda alımı formöl mama takviyelerini azaltmazken veya ortadan kaldırmazken anne sütü üretimini de azaltır (14). Ayrıca relaktasyon sürecinde bebeğin geçici olarak formöl mamaya ihtiyacı vardır. Fakat formöl mama bebeğin emzirilmesine destek olacak şekilde biberona alternatif yöntemler (kap, kaşık, emzirme destek sistemi gibi) kullanılarak verilmelidir. Çünkü formöl mamanın biberon ile verilmesi emzirmeyi zorlaştıran bir uygulamadır (73).

Emzirmeyi kesmenin bebeklerle ilgili diğer nedenleri: Bazen bebekteki dil bağı, yarık damak gibi anatomik bir sorun dilin emzirmede etkin olmayan kullanımına sebep olarak memeyi kavrama zorluğu, meme reddi gibi durumlara sebep olabilir (14, 42). Bebeğin nörolojik durumu da relaktasyon sürecini etkileyen bir diğer faktör olarak bildirilmektedir (75).

Anne ile ilgili faktörler;

Kadının isteği: Emzirme bebeğin fiziksel ve zihinsel gelişiminin en iyi şekilde gerçekleşmesini sağladığından ve onu hastalıklardan koruduğundan, anne tekrar emzirmek ister ve bu isteğin derecesi de relaktasyonu etkiler (72). Bu süreçte annenin emzirme motivasyonu, emzirme öz yeterliliği, yetersiz süt algısı gibi faktörler relaktasyon başarısını etkileyebilir. Annenin isteği ve bebeğin sık sık emmek istemesi bu süreyi kısaltmada yardımcı olur (75). Literatür incelendiğinde; annelerin relaktasyonun tercih nedenleri olarak besleme gereksinimi, bebekleriyle daha yakın bir bağ kurma ve emzirme özlemi olarak bildirilmiştir (16, 42).

Kadının emzirme aralığı: Bir annenin çocuğunu en son emzirmesinden bu yana geçen süreye emzirme aralığı denir. Bu süre ne kadar kısa olursa yeniden emzirme ihtimali o kadar artar (14). Gelişmekte olan ölkelerde relaktasyonun annenin ilk emzirmesinden 15-20 yıl sonrasına kadar mümkün olduğu bildirilmektedir (75, 78).

Memelerin durumu: Memelerin şekli veya durumu annenin emzirmeyi kesmesine veya emzirememesine neden olabilir. Örneğin annenin meme ucu düz veya içe dönük

olabilir veya meme enfeksiyonu, meme ucu çatlağı gibi meme sorunları olabilir. Bu durumlar ise bebeğin memeyi kavramasını ve relaksasyon için bebeğin etkili bir şekilde emmesini zorlaştırabilir (14). Literatürde emzirmenin kesintiye uğramasına neden olan emzirme sorunları arasında anne üzerindeki stres faktörleri, düz veya çökük meme uçları, yetersiz süt, tıkalı süt kanalları, yaralı meme uçları, şişmiş memeler ve mastit gibi durumların yer aldığı bildirilmektedir (76). Ayrıca emzirmeye ilişkin mitler, annelerde yetersiz süt algısı oluşturarak emzirmenin sürdürülmesine engel olmaktadır. Ülkemizde memelerin durumuna göre yaygın olarak kullanılan mitler “Memeleri küçük olan kadının sütü az olur”, “Memeler dolgun değilse (yumuşaksa) yeterince süt yoktur” yer alır. Bu mitlere inanan annelerin ise genellikle emzirme konusunda bilgisinin az ve eğitim düzeyi düşük olduğu vurgulanmıştır (74).

Çocuğuyla duyarlı bir şekilde etkileşim kurma becerisi: Anneler emzirme döneminde bebekleriyle bireysel olarak ilgilenmeli ve düzenli olarak ten tene temas yapmalıdır (14). Bebekler özellikle yatmadan önce, sallanırken, uyandıktan hemen sonra veya yarı uykudayken, banyodan sonra ve ten tene temasta bulunurken emzirilmelidir. Bu şekilde bebekle bol zaman geçirmek ise prolaktin seviyesini arttıracak için süt üretimini de olumlu etkileyebilir (42, 79).

Aile, toplum ve sağlık çalışanlarından destek: Birçok kadın doğru destekle kısmen veya tamamen emzirebilecektir. Başarı kısmen ebeveyn motivasyonuna, sürece olan bağlılığa ve emzirme destek sağlayıcısından nitelikli yardıma erişime bağlı olmaktadır (75). Araştırmalar, algılanan güvenilir desteğe, emzirme destek gruplarına, emzirme uzmanlarına veya aileden desteğe erişimi olmayan annelerin emzirme konusunda güven eksikliği yaşayabileceğini veya önerilen süreden önce emzirmeyi bırakabileceğini göstermektedir (16). Relaksasyon sürecinde nitelikli sağlık personellerinden destek almak başarı oranlarını önemli ölçüde etkileyebilir. Özellikle eş olmak üzere aile, arkadaş ve sağlık profesyoneli desteği ne kadar fazla olursa annenin pes etme oranı daha az olacağı bildirilmektedir (14, 18, 34, 42, 73).

Önceki emzirme deneyimi: Emzirme deneyimi relaksasyon sürecini etkileyen anneye özgün en önemli faktörlerden birisidir (75). Hiç emzirmemiş kadınların emzirmeye yeniden başlama olasılıkları, daha önce emziren kadınlara göre daha az olabilir (11).

Genel sağlığı ve beslenmesi: Anneler relaksasyon sürecinde yeterli ve dengeli beslenmeye ihtiyaç duymaktadır (75). Nitekim bir annenin emzirme sürecinde çoğu zaman

iyi beslenmesi gerekir. İyi beslenen kadınlarda artan gıda alımı süt üretimini etkilemez ancak yetersiz beslenen kadınlarda etkileyebilir. Yetersiz beslenen annelerin ise beslenme desteği almaları gerekebilir. Ayrıca annenin genel sağlık durumu, var olan hastalıkları, kullandığı ilaçlar, psikolojisi ve uyku düzeni gibi değişkenlerde relaktasyon sürecini etkileyebilir (14).

Galaktagog kullanımı: Galaktogoglar, anne sütü salgısının başlatılması, sürdürülmesi veya arttırılmasına yardımcı olduğu düşünülen maddelerdir. Bu maddeler genellikle yetersiz süt salgısına sebep olan durumlardaki emzirme yönetiminde kullanılır. Bu maddelerin farmakolojik (domperidon, metoklopramid, prolaktin, oksitosin, sülfir dibi) ve non-farmakolojik/bitkisel türleri (çemen, keçi otu, deve diken, yulaf, anason, rezene, mübarek devediken, hatmi tohumu vb.) bulunmaktadır. Bu ürünlerin etkinlik ve güvenilirliği ile ilgili yeterli kanıt olmadığı için dikkatli kullanılması gerektiği bildirilmektedir (42, 71, 72). Örneklemini insanların oluşturduğu dokuz araştırmanın sistematik incelemesinde; çemen otu, sarımsak, hurma, kuşkonmaz, deve diken, keşisedefi, zencefilin anne sütü üretiminde etkili olduğu saptanmıştır (80). Emziren kadınlarda süt üretimi için metoklopramid kullanımına yönelik 20 randomize kontrollü çalışmanın sistematik ve meta-analiz incelemesinin yapıldığı bir çalışmada; metoklopramidin müdahale gruplarının süt hacmini kontrol gruplarına kıyasla artırmadığı bu yüzden de önerilmediği sonucuna varılmıştır. Metoklopramid kullanımında annelerde ve bebeklerde gelişen herhangi bir olumsuz durum ise bildirilmemiştir (71). Doğum sonu dönemde emziren annelerin sütünü artırmada domperidonun etkisinin incelendiği kanıta dayalı bir vaka raporunda, domperidonun doğru doza ile doğum sonrası annelerde süt üretimini artırabileceği, doğru dozda kullanılmadığında ise bazı yan etkileri olabileceği sonucuna varıldı. Bu nedenle galaktagogların kullanımı konusunda dikkatlice düşünülmesi ve bir sağlık profesyoneline danışılması vurgusu yapılmaktadır (81).

2.4. Anne Sütünün Üretilme Zamanı

Anne sütünün üretilmeye başlaması için geçen süre birkaç günden birkaç haftaya hatta bir kaç aya kadar sürebilmekte olup tahmin edilmesi zordur (11, 14, 42). Literatür incelendiğinde relaktasyon sürecine başlayan kadınların 8-58. günler arasında süt üretimine başladığı bildirilmektedir (42). Bu süre, annenin ne sıklıkla emzirdiği, ne sıklıkla pompa yaptığı, bebeğin yaşı, emzirme aralığı, biberon ve emzik kullanımı, bebeğin emme isteği, annenin emzirme arzusu, motivasyonu ve öz yeterliliği gibi faktörlerden etkilenmektedir.

Genellikle en son emzirme ile arada geçen süre kadar meme ucu ve meme uyarımı ile süt üretimin sağlandığı belirtilmektedir. Emzirmeyi yakın zamanda bırakan/emzirmeye ara veren annelerde süt salgısı/artışı daha erken yaşanabilirken, uzun süredir emzirmeyen kadınların fazla miktarda süt üretmesi/artışı bazen dört-altı hafta kadar sürebildiği belirtilmektedir (11, 14). Relaktasyonu destekleyen uygulamaları ele alan 16 çalışmanın sistematik incelemesine göre, relaktasyon başarısı oranının %6-83.4 arasında olduğu, süt salgılanmasının başlama sürecinin 2-15 gün, anne sütü ve formül mama ile beslenmenin 2-18 gün, yalnızca emzirmenin ise 3-30 gün arasında sağlanabildiği bildirilmiştir (82).

2.5. Emzirmeyi ve Yeniden Emzirmeyi Destekleyen Uygulamalar

DSÖ, yalnızca emzirme oranlarını artırmak için emzirmenin desteklenmesini önermektedir (73). Emzirmenin teşvik edilmesi, desteklenmesi ve annelerin bebeklerini yalnızca anne sütüyle beslemeleri için sağlanan emzirme desteğinin doğum öncesi bakımdan doğum sonrası dönem ve ötesine kadar devam etmesi gerekmektedir (83). Emzirmenin teşvik edilmesi ve desteklenmesine yönelik araştırma hedeflerine, eğitim yoluyla farkındalık yaratılarak (43) yüz yüze danışmanlık, ev ziyareti programları, akran danışmanlığı, telefonla danışmanlık ve çevrimiçi danışmanlık gibi müdahalelerle elde edilen verilere göre tutum ve davranışlar geliştirilerek ulaşılabilir (84).

Annelerin relaktasyon sürecinde zorluklarla karşılaşmaları olasıdır. Relaktasyon başarısı için uygulanabilecek teknikleri ve çabaları anlamak bu sürecin zorluklarını aşmada etkili olmaktadır. Bu süreç stratejik çabalar gerektiren karmaşık bir süreci kapsar. Başarılı bir relaktasyon da annelere yönelik bireysel danışmanlık, aile desteği ve bazı bireysel yaklaşımlar (meme ucu ve meme uyarısı, kapla besleme, kaşıkla besleme, parmakla besleme, emzirme destek sistemi, galaktagog kullanımı gibi) dahil olmak üzere çeşitli uygulamalar kullanılabilir. Bu uygulamalar ile, bebeğin optimum sağlık ve büyümesini teşvik ederek yüksek kaliteli emzirmenin sağlanmasını amaçlamaktadır. Bu nedenle, relaktasyon başarısı için uygulamalar hakkında derin bir anlayış, bebekleri için en iyisini sunmaya kendini adanmış anneler ve sağlık personelleri için önemlidir (35).

2.5.1 Emzirme Danışmanlığı

DSÖ, emzirme danışmanlığını, anne ve bebeklerin sağlık çalışanları tarafından karar verme, zorlukların aşılması ve optimal beslenme uygulamalarının hayata geçirilmesi konusunda desteklenmesi olarak tanımlamaktadır (73). Bu meslek dalı 1970-1980'li yıllardaki annelerin özel emzirme gereksinimleri ihtiyacına karşılık doğmuştur. Ülkemizde

ise 1991 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmaya başlanan “Emzirmenin Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı” çerçevesinde emzirme danışmanlığı eğitimleri verilmekte olup halen devam etmektedir (45). Ayrıca 2014 yılından itibaren bir sivil toplum kuruluşu olan “*TEMAS Emzirme ve Anne Sütü Gönüllüleri Derneği*” tarafından da sağlık çalışanlarına verilen emzirme danışmanlığı kursları yanında multidisipliner ve ileri emzirme danışmanlığı eğitimleri verilerek sağlık çalışanlarının emzirme danışmanlığı yetkinlikleri artırılmaya çalışılmaktadır (13). Aynı zamanda “*Bebek Dostu Hastane Girişimi*” kapsamında “*Emzirme Danışmanlığı ve Relaksasyon Poliklinikleri*” ve “*Gebe Okulu*” birimlerinde annelere emzirme danışmanlığı hizmeti sunulmaktadır. Böylece danışmanlık ihtiyacı olan annelerin özelliklerinin belirlenmekte ve riskli durumlar önceden saptanabilmektedir (85). Emzirme ve relaksasyon sürecini desteklemek için gereken bilgi ve becerilerin tüm sağlık profesyonelleri arasında yaygınlaştırılması gereklidir. Bir annenin emzirme ve relaksasyon sürecinde bu sağlık hizmetlerine erişebilir olmaları önemlidir (86). Ayrıca, anneyi başarılı bir şekilde relaksasyon yapması için cesaretlendirebilecek ve güçlendirebilecek aile, arkadaş ve birçok sağlık profesyonelinden (hemşire, ebe, hekim, diyetisyen gibi) destek gereklidir (16). Yani relaksasyon sürecinde anneye sunulan destek multidisipliner olmalıdır (13). İdeal bir emzirme danışmanlığı, bütüncül yaklaşım doğrultusunda doğum öncesi dönemden itibaren başlayarak sürece anne ve ailesinin de dahil edildiği zaman sunulmaktadır. Çünkü annenin emzirme tutumu, davranışı, motivasyonu ve öz yeterliliği, çevresinden aldığı olumlu ve olumsuz geribildirimler emzirmenin devamlılığın sağlanmasındaki en önemli faktörlerdendir (63). Ayrıca annelerin emzirmeyi sürdürmesine engel olan yetersiz anne sütü veya yetersiz süt algısı durumunda emzirmenin değerlendirilmesi ve anne öz güveninin artırılması için uygun emzirme danışmanlığı verilmesi gereklidir (41).

DSÖ annelere emzirmenin faydaları hakkında bilgi verilerek bebeklerini hangi beslenme yöntemi ile beslemelerine karar vermelerine yardımcı olunması vurgulanmaktadır. Ayrıca annelerle emzirmemenin risklerini mutlaka tartışmayı ve annelerin her türlü soru veya endişelerinin yanıtlanmasını önermektedir (73). Emzirme danışmanları relaksasyon sürecine başlamadan önce anne ile konuşarak emzirmeyi bırakma nedenlerini, anne sütü üretimini veya emzirmeyi azaltabilecek veya engelleyebilecek anne ve bebeğe ilişkin tüm faktörleri belirlemeli, önlemeli ve sağlık davranışları ile değiştirmelidir. Relaksasyon süreci, bu sürece bağlılık, sabır ve istikrara vurgu yapılmalıdır. Relaksasyonu sağlamak için gereken teknik uygulamalar ve bazı zorlukların

üstesinden nasıl gelinebileceği konusunda bilgi verilmeli ve desteklenmelidir (11, 14). Fakat anne tüm bu çabalara rağmen isteksizse relaktasyona zorlanmamalı ve baskı uygulanmamalıdır. Annenin relaktasyonu başarmış kadınlarla tanışıp deneyimlerini hakkında onlarla konuşması faydalı olabilir (78, 87). Emzirme danışmanı annenin eş ve aileden alabilecekleri destekleri araştırmalı, diğer aile üyelerine relaktasyon süreci ve önemini anlatarak yanlış bilgiler (varsa) düzeltmelidir. Diğer aile üyeleriyle annenin bu süreçte sürekli desteğe ihtiyacı olacağını anlatarak aile üyelerinin bu süreçte hangi destek uygulamalarını yapabilecekleri belirtilmelidir (14).

Relaktasyon başladıktan sonra ise düzenli takip, sürekli destek ve cesaretlendirme ile her anneye bireysel yaklaşımla relaktasyon tekniklerinin (ten tene temas, meme ucu ve memenin uyarılması, mekanik ve elle sağma, emzirme ekleyicisi kullanma, damlatma tekniği gibi) uygulanmasını, izlenmesini ve değerlendirilmesi önermektedir (14, 73). Ayrıca annelere sağlanan bu emzirme desteğinde eğitim videoları, görsel içerikli mesajlar, telefon görüşmeleri gibi teknoloji tabanlı uygulamaların da kullanılması önerilmektedir (88).

2.5.2. Emzirmeye Başlama

Doğumdan sonraki ilk saatler, bebeğin hayatta kalmaya uyum sağladığı ve beslenme davranışlarının en güçlü olduğu kritik bir dönemdir. Bu süreçte anne ve bebeğin bir arada olması, bebeğin doğuştan gelen emme refleksini destekler ve başarılı emzirmeyi kolaylaştırır. Doğru ve uygun bir emzirme pozisyonun da anne memesine yerleştirilen bebek, koku alma becerisi sayesinde memeyi bulup emmeye başlayabilir (13).

Emzirmenin sağlıklı bir şekilde başlaması, özellikle ilk günlerde doğru adımlar atıldığında büyük fark yaratabilir. Buna rağmen, kötü bir başlangıca rağmen birçok anne emzirmeyi başarıyla sürdürebilir, hatta bazıları sadece bebeğini göğsüne koyarak bu süreci doğal bir şekilde başlatabilir (89).

2.5.3. Emzirme Süresi ve Sıklığı

Bebeklerin emzirme süresi için kesin bir sınırlama bulunmamakla birlikte, annenin gebelik dönemindeki emzirme bilgisi, özgüveni ve emzirme kararı gibi faktörler emzirme süresini önemli ölçüde etkileyebilmektedir (6). Bebeklerin emzik veya biberon kullanımı yerine ihtiyaç duyduklarında emzirilmesi önerilmektedir. Özellikle yaşamın ilk haftasında, bebekler yaklaşık her 2-3 saatte bir, toplamda günde 10-12 kez emzirilmelidir (90).

Her emzirme seansında, bebeğin her iki memeden de emmesi ve ön süt ile son sütü etkili bir şekilde alabilmesi için memede en az 10-15 dakika kalması gereklidir. Eğer bebek iki memeden emziriliyorsa, bir sonraki emzirme önceki emzirme seansında son kullanılan memesinden başlatılmalıdır. Tek bir memeden emzirildiği durumlarda, bir sonraki emzirme diğer memeden yapılmalıdır. Bu uygulama, her iki memenin de uyarılması ve düzenli boşalmasını sağlamak açısından önemlidir (13, 91).

2.5.4. Emzirme Pozisyonları

Anne ve bebek, rahatça emzirme ve etkin emme sağlamak için farklı pozisyonları deneyerek kendilerine en uygun olanı bulabilirler (65). Emzirme sırasında bebeğin vücut pozisyonunu doğru ayarlamak, güvenli anne-bebek bağlanması ve etkili emzirme için kritik öneme sahiptir. Aynı zamanda iyi bir emzirme pozisyonu emzirmenin zorluklarını önlemede etkilidir (65) Uygun olmayan pozisyonlar bebeğin doğru şekilde memeyi tutamamasına neden olarak meme başı yaralanmaları, ağrı ve annede yetersiz süt algısı gibi sorunları tetikleyebilir (68). Pozisyon seçimi sırasında, bebeğin memeye yakın olması, ağzının meme başıyla aynı seviyede bulunması, bebeğin memeyi etkin bir şekilde kavraması ve annenin memedeki süt kanallarına baskı yapmamasına dikkat edilmelidir (65). Başarılı emzirme için en sık kullanılan pozisyonlar şunlardır:

Beşik Pozisyonu: Anne, bebeğinin başını kolunun kıvrımına yerleştirmeli, bebeğin vücudu anneye dönük ve karnı anneye yakın olmalıdır. Bebeğin yüzü, annenin memesine dönük bir şekilde dirseğiyle desteklenmeli, bebeğin altta kalan kolunun anne-bebek arasına girmemesi sağlanmalıdır (1). Bu pozisyon dik otururken anneye rahatlık sağlar. Emzirme sırasında sırt ve koltuk altlarını desteklemek için yastıklar kullanılabilir. Anne ve bebek için uygun bir oturma pozisyonu elde etmek için ayaklar da kaldırılabilir (Resim 1) (1).



Resim 1. Beşik pozisyonu (1)

Çapraz Beşik Pozisyonu: En çok tercih edilen emzirme pozisyonlarından biridir. Annenin dik oturduğu bu pozisyonda bebek tüm vücudu ile anneye doğru çevrilir. Bebeğin başı annenin dirseğinde olmalı ve anne bebeğin sırtını ve kalçalarını kolları ve elleriyle desteklemelidir. Bu pozisyon özellikle yenidoğanların rahatça emzirmesini sağlar (92). Yenidoğanın altına yastık yerleştirilerek bebeğin başı ve annenin memesi aynı seviyede tutulabilir. Bebeğin başı, hareketini kısıtlayacak şekilde ve arkadan ittirilerek tutulmamalıdır (Resim 2) (1).



Resim 2. Çapraz beşik pozisyonu (1).

Yatarak Emzirme Pozisyonu: Bu pozisyon özellikle sezaryen doğumundan sonraki ilk günlerde anne için rahatlatıcıdır. Ayrıca gece beslenmeleri için de idealdir. Anne yana dönerek rahatça emzirebilir. Bebeğin burnu meme başı ile aynı seviyede tutulmalıdır. Sırt ve bebeğin başını desteklemek için yastıklar kullanılabilir (1, 93). Bebeğin burnu ile annenin meme ucunun aynı hizada olmasına dikkat edilmelidir (Resim 3) (1).



Resim 3. Yatarak emzirme pozisyonu (1).

Koltuk Altı Pozisyonu: Bu pozisyonda bebeğin başı anne tarafından desteklenir, böylece bebeğin başı bir futbol topu gibi tutulur. Anne, bebeği kolunun altına yerleştirerek sırtını ve boynunu destekler. Bu pozisyon özellikle sezaryen sonrası anneler için uygundur, çünkü annenin karnına baskı yapmaz ve bebeğin meme ucunu tutması daha kolaydır (68). Ayrıca bu pozisyon ikiz bebeklerin emzirilmesinde ve memelerde kanal tıkanıklığı durumlarında kullanılabilir. Böylece memenin tüm bölgelerinin boşaltılmasında sağlanabilir (Resim 4) (1).



Resim 4. Koltuk altı pozisyonu(1).

2.5.5. Ten Tene Temas

Emzirme ve relaksasyon sürecinde, diğer yöntemlerin yanı sıra anne ile bebeğin ten tene teması da önemli bir rol oynamaktadır. Ten tene teması, emzirmeyi ve anneliği desteklemek amacıyla hormonların salınımına, emzirme sorunlarının azalmasına ve yeniden emzirmeye teşvik eden bir uygulamadır. Literatürde relaksasyon sürecinde etkili yöntemlerden birinin ten tene teması uygulaması olduğu belirtilmiştir (10, 42). Anne ile bebek arasındaki yakın temas biçimleri, etkin emzirmeyi destekleyici olarak çeşitli yöntemleri içerir. Bu yöntemler arasında bebeği anneye yakın tutma, birlikte yatma, banyo yapma, memeyi sunarken hareket etme, sallanma, yürüme, boyuna asma (sling) ve sırtına bağlama yer almaktadır. Literatür de memeyi reddeden ya da hiç anne sütü almayan bebeklerin, emzirmeye zorlanmadan ten tene teması ile genellikle kendiliğinden emmeye başladıkları bildirilmektedir (14, 73).

2.5.6. Meme Ucu ve Memelerin Uyarılması

Meme ucu uyarımı ve memelerin uyarımı, oksitosin hormonunun salınımını artırarak süt üretimini destekler (14). Relaksasyon sürecinde meme ucu ve memelerin uyarımı, anne sütünün yeniden üretimini teşvik etmek için kritik bir adımdır. Bu süreçte bebeğin memeyi emmesi en etkili yöntemdir. Bebek emmeye istekli olup memede süt az olsa bile düzenli emzirme, prolaktin salınımını artırarak süt üretimini uyarır (10, 14). Bu uygulama da oksitosin ve prolaktin hormonlarının salınımını desteklemek için bebek, 24 saatte en az 8-12 kez (en az 2 si gece) her iki memede emzirilmeli, her emzirme yaklaşık 15 dakika sürmelidir (72, 73). Emzirme öncesi ılık duş almak veya memelere ılık ve nemli bir kompres uygulamak, kan dolaşımını artırarak süt kanallarını genişletir. Ardından, memelere nazik dairesel hareketlerle masaj yapmak süt akışını kolaylaştırabilir (42).

2.5.7. Mekanik veya Elle Sağma

Emzirme memelerin boşaltılmasını sağlar ancak bebek memeleri tamamen boşaltmıyorsa süt salgısını artırmak için pompalamak da önemlidir (90). Anneler emzirme sürecinde anne sütü sağmayı (pompalama) yaygın olarak kullanmaktadır. Birçok uzman ve emzirme danışmanı, anne sütü sağmanın, doğrudan emzirmenin uygun veya uygulanabilir olmadığı durumlarda annelerin bebeklerini anne sütüyle beslemeleri için yararlı bir alternatif olduğuna inanmaktadır (94). Süt sağma yöntemi özellikle tıkanık veya şiş memelerin rahatlatılmasında etkili bir çözüm sunabilir. Ayrıca, çökük meme başı nedeniyle emme sorunu yaşayan veya memeyi reddeden bebeklerin beslenmesinde, düşük doğum ağırlığı nedeniyle ememeyen bebeklerin ihtiyaçlarının karşılanması süt sağma yöntemi fayda sağlayabilir (95). Anneler süt sağma yöntemi olarak genellikle mekanik (elektrikli veya manüel pompa) ve elle sağma yöntemlerini kullanmaktadır. Mekanik pompanın sağdığı süt miktarı, pompanın vakum gücüne, memelerin dolgunluğuna ve sağım sırasındaki süt çıkarma refleksine (oksitosin refleksi) bağlıdır. Sütü sağmanın en faydalı yolu ise elle sağma yöntemidir (96). Anne sütünün yeterli düzeyde salgılanması için bir günde ortalama 8-12 pompalama (2-3 saatte bir) stimülasyon seansı gerekebilir. Özellikle emmeye isteksiz bebekleri olan annelerin süt üretimi için bu önemlidir. Çünkü meme uyarısının azlığı relaksasyon başarısızlığına yol açabilir (14, 42, 72). Ayrıca süt sağma işlemi doğru şekilde yapılmadığında zaman alıcı, maliyetli ve yorucu olabilir (90).

Elle Sağım: Süt sağımının en yararlı yolu elle sağımdır. Cihaz gerektirmediğinden her yerde ve her zaman yapılabilir. İyi bir teknikle çok verimli olabilir. Sağımdan önce anne

rahatça oturmalı veya ayakta durmalıdır. Sağım sırasında anne başparmağını areolanın üzerine, işaret parmağını areolanın altına, başparmağın karşısına koymalı, diğer parmaklarıyla memeyi desteklemelidir. Başparmağını ve işaret parmağını göğüs duvarına doğru hafifçe içeri doğru bastırmalı ardından sıkmalı ve parmakları kaldırmadan gevşetmelidir (Resim 5) (94, 96, 97).



Resim 5. Elle sağma tekniği (94).

Pompa ile sağım: Eğer elle sağmak zor geliyorsa, anne bir manuel bir pompa kullanabilir. Memeler yumuşak olduğunda çok kullanışlı olmayıp elle sağmanın güç olduğu meme şişliği/gerginliği gibi durumlarda yarar sağlayabilir (95). Bazı çalışmalarda elektrikli pompaların manuel pompalardan daha yararlı olduğu bildirilmiştir (96). Elektrikli veya manuel pompanın meme başıyla uyumlu olması gereklidir. Ayrıca hava sızdırmamalı, memeyi kavrayan kısmı yumuşak olmalı ve memeyi tahriş etmemelidir (95, 96) Elektrikli pompayla sağımda 5-10 dakika düşük basınçla, ardından 5-10 dakika yüksek basınçla sağım yapılmalı ve toplam sağım süresi 20 dakika geçmemelidir (Resim 6) (98).



Resim 6. Elektrikli pompa ile sağım (97).

Meme masajı yapmak, ılık ya da sıcak duş almak, bebeğin resmine veya bebeğin giysisine bakmak gibi yöntemlerle süt akışı kolaylaştırılabilir. Pompa ekipmanları her kullanım öncesi sterilize edilmeli ve her sağımlı sonrası sıcak sabunlu su ile temizlenmelidir. Parçaların ayrılarak temizlenmesi ve havayla kurutulması önerilmektedir (90).

2.5.8. Emzirme Destek Sistemi

Emzirme destek sistemi (EDS), anne sütü üretiminin azalması veya kesilmesi, emme ve meme problemleri ile evlat edinme gibi durumlarda süt üretimini başlatmak ve artırmak için kullanılan etkili bir yöntemdir (10, 42). Bebeğin memeyi kavrayabildiği, emzirme ve/veya anne sütünün kontrendike olmadığı durumlarda, emme refleksini güçlendirmeye ve bebeğin memede daha uzun süre kalmasına olanak sağlayan bir yöntem olup relaksasyon sürecinde anahtar rol oynamaktadır (75). EDS anne sütü veya formül mamanın bebeğin doğal emme refleksiyle alınmasını sağlayarak meme uyarısını ve süt üretimini artırmayı amaçlayan bir yöntemdir. Bu teknik bir ucu annenin memesine sabitlenen ince bir tüp (genellikle nazogastrik sonda) ve diğer ucu süt kabına bağlı bir düzenden oluşur (10). EDS'nin uygulanma aşamaları şu şekildedir;

- Bir besleme tüpü veya nazogastrik sondanın bir ucu annenin meme ucuna sabitlenir ya da bantlanır. Alternatif olarak tüp, bebeğin ağzının kenarına yerleştirilir. Bu işlem sırasında tüp, meme ucunu geçmeyecek şekilde pozisyonlandırılır (75).
- Tüpün serbest ucu, anne sütü veya formül mama içeren bir bardağa veya şişeye yerleştirilir. Süt kabı, bebeğin emme sırasında süt akışını kontrol edecek şekilde konumlandırılır (42).
- Tüpün geniş olması durumunda, akışın kontrol edilmesi için tüp üzerine bir düğüm atılabilir veya sıkıştırılabilir (73).
- Bebek, meme ucunu ve tüpü ağzına alarak emmeye başlar. Emzirme sırasında bebeğin hem memeyi hem de tüpten gelen sütü çekmesi sağlanır. Bu işlem, meme uyarısını artırarak prolaktin hormonunun salınımını ve süt üretimini destekler (Resim 7) (10).



Resim 7. Emzirme destek sistemi (75).

Bebeğin her beslenmede yaklaşık 30 dakika boyunca emmesini sağlamalıdır. Bebeğin ihtiyaçlarına göre süt akışı, bardağın/kabın/şişenin pozisyonu değiştirilerek kontrol edilebilir. Kullanılan bardak/kap/şişe ve tüp her beslenme sonrası mutlaka temizlenmeli ve sterilize edilmelidir. Bu, enfeksiyon riskini önlemek için kritik bir adımdır. Anneyi, bebeğin istediği her an memeden emmesine izin vermesi konusunda desteklemek önemlidir. Bebek, EDS olmadan emmeye istekli hale geldiğinde, anne sütü damlatma yöntemi ile verilerek emme pratiği desteklenebilir. Bu teknik nitelikli bir emzirme danışmanı gözetimi altında uygulanmalıdır (73). Çünkü bebeğin emme, yutma veya öğürme refleksi yoksa bu tarz alternatif beslenme yöntemleri kontrendikedir (75).

2.5.9. Parmakla Besleme Tekniği (Finger feeding)

Emzirmeye çok benzeyen bir yöntem olup bebeğin memeyi emmeye isteksiz olduğu veya emmeyi reddettiği zamanlarda kullanılan bir tekniktir. Bu teknik bebeği beslemek ve biberon gibi yapay meme uçlarından kaçınmak için kullanılsa da asıl amacı bebeğin memeye dönmesini sağlamaktır. Bebek memeyi emmeye istekliyse ve anne sütü yetersiz ise parmakla besleme tekniği yerine EDS kullanılabilir (98, (99)). Yapılan çalışmalara göre parmakla beslemenin prematüre bebeklerde emme becerileri, emzirmeye geçiş ve hastanede kalış süreleri üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Bu bebeklerde stresin daha az olduğu ve emme-yutma işlevlerinin daha hızlı geliştiği gösterilmiştir (39, 96, 100). Parmakla besleme yönteminin olumlu yönü akışı kontrol etmeye olanak sağlaması ve emme eğitiminde kullanabilmesidir. Olumsuz yanı ise bebeklerin tıpkı biberon gibi emme yerine bu sefer parmağı tercih etmeleridir. En iyi sonucu elde etmek için deneyimli bir emzirme danışmanı desteği önerilmektedir (98). Parmakla besleme tekniğini uygularken bir besleme tüpü (feeding sonda) veya nazogastrik

sonda, beslenme kabı (biberon, bardak vb.) veya enjektör gereklidir (42). Bu tekniğin uygulanması aşaması şu şekildedir (Resim 8):

- Uygulayıcının tırnakları kısa olmalı ve eller temizce yıkanır.
- Bebek rahat bir pozisyonda tutulur.
- 5 veya 6 numara beslenme sondası işaret parmağının tırnağını geçmeyecek şekilde sabitlenir.
- Besleme sondasının diğer ucu anne sütü veya formül mama olan kaba veya enjektöre yerleştirilir.
- Parmak bebeğin üst dudağına değdirilir ve ağzını kocaman açması sağlanır. İşaret parmağının yumuşak kısmı bebeğin damağına yerleştirilir (42, 75).



Resim 8. Parmakla besleme tekniği (39)

2.5.10. Damlatma Tekniği

Emzirmeyi ve relaktasyonu desteklemek için kullanılan bir diğer teknik ise damlatma tekniğidir. Bu yöntemle, bebeğin sağılmış anne sütü veya formül mamayı ağzına damlatılarak almasını sağlanır (Resim 9). Bebek sütün tadını almaya başladığında yutkunma ve emme hareketleri de başlar. Böylece prolaktin hormonunun artmasını ve süt üretiminin teşvik edilmesini hedeflenir. Ayrıca, relaktasyon sürecine katkı sağlar ve bebeğin etkin emme yeteneğini geliştirmesine yardımcı olabilir (10, 14, 37).

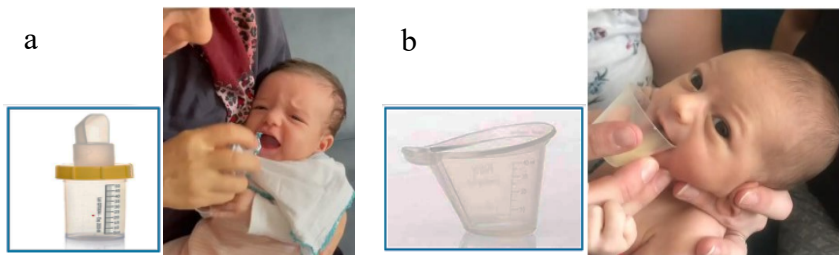


Resim 9. Damlatma tekniği (94).

2.5.11. Kapla veya Kaşıkla Besleme Tekniği

Kapla veya kaşıkla besleme tekniği çok uzun zamandır var olan bir bebek besleme yöntemidir. Henüz meme almayan bir bebeği beslemek için biberona alternatif bir yöntem olarak kullanılabilir. Fakat emme isteği olan bir bebek için kullanılması önerilmemektedir. Bu yöntemde kullanılan malzemelerin temizliği kolay olup anne-bebek bağına güçlendirme, annede güven duygusunu geliştirme gibi faydaları bulunmaktadır. Ayrıca bu yöntemi diğer aile üyeleri de uygulayabilir (75). Bu tekniklerle bebek beslenirken aceleci olunmamalıdır. Çünkü hızlı verilen besin bebeğin akışı kontrol edemeyerek aspirasyona neden olabilir (95). Bu teknikler uygulanırken aşağıdaki adımlar izlenmelidir:

- Bebeği dik bir şekilde kucağa alınır ve başı desteklenir (bir el bebeğin omuzlarının ve boynunun arkasında olmalı).
- Küçük bir ilaç ölçü kaşığı veya kabı kullanabilir.
- Kap veya kaşığın kenarını nazikçe bebeğin alt dudağına yerleştirilir.
- Besin bebeğin alt dudağına getirilir (ağızına dökmeyin), böylece bebek onu bir kedi yavrusu gibi yalayacaktır.
- Bebeğin sürekli yalayabilmesi için sıvının seviyesini mümkün olduğunca iyi tutmak önemlidir (Resim 10) (99).



Resim 10. (a) Kaşıkla ve (b) kapla besleme tekniği (75).

2.6. Relaktasyon Başarısında Hemşirenin Rolü ve Sorumlulukları

Emzirmenin başlatılması, teşvik edilmesi ve sürdürülmesinde hemşirenin temel görev, yetki ve sorumlulukları; emzirme danışmanlığı sağlamak, emzirme pozisyonlarını öğretmek, emzirme sorunlarını belirlemek, sorunları gidermek ve takip etmek gibi birçok uygulamayı içermektedir (101). Hemşirelerin uygun rehberler ve kanıta dayalı uygulamaları sunan literatür eşliğinde emzirme ve relaktasyon konularında yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gereklidir (70). Hemşireler doğum öncesi dönemden başlayarak, doğum ve doğum sonu dönemde anneyi emzirmeye hazırlanmalıdır. Bu süreçte annenin emzirme ile ilgili korkuları, emzirme başarısını olumsuz etkileyebilecek sorunlar belirlenmeli ve varsa kadının zararlı alışkanlıkları (alkol, sigara, madde kullanımı vb.) ve kullanılan ilaçlar saptanmalıdır. Tüm bu değerlendirme sonucunda sorunlu durumlar düzeltilmelidir. Ayrıca anneye gerekli durumlarda meme muayenesi yapılmalı, meme uçları düz veya çökük olanların emzirme süreci desteklenmelidir. Anne ve bebeğin ten tene temasına doğum sonu en erken sürede başlanmalı, relaktasyon sürecinde de ten tene temas uygulanmasına teşvik edilmelidir (101).

Emzirme ve relaktasyon sürecinde annenin ve bebeğin ihtiyaçları doğrultusunda bireysel ve bütüncül bir bakış açısıyla annenin eğitim ve danışmanlık hizmetleri yürütülmelidir. Bu süreçte başarılı emzirmenin sürdürülebilmesi için meme sorunlarının (örneğin, engorjman, mastit, meme başı çatlağı) önlenmesi ve çözüme yönelik uygulamalar yapılmalıdır. Eğitim ve danışmanlık hizmeti annenin eşi ve ailesine de verilmelidir (65). Emzirme desteği yalnızca sağlık kurumlarında verilen eğitimle sınırlı kalmamalı, ev ziyaretleriyle de desteklenmelidir (101). Hemşire anneye emzirme ve relaktasyon tekniklerini gösterilmeli, süt salgılanmasının devamı için emzirmenin faydaları ve meme bakımı gibi konularda bilgi verilmelidir. Annelerin emzirmeyi kesme sebepleri erken dönemde tespit edilmeli. Bu doğrultuda sunacağı destek ve danışmanlık ile annelerin kısa sürede tekrar emzirmeye başlaması sağlanabilir. Böylece uzun ve zorlu bir süreç olabilen relaktasyona duyulan ihtiyaç azalabilir (42). Relaktasyon ihtiyacı olan annelere öncelikle emzirmenin anne ve bebek açısından faydaları anlatılmalıdır. Daha sonra ise anneye ve bebeğe uygun olan relaktasyon teknikleri öğretilmeli, uygulatılmalı ve anneye sürekli destek sağlanmalıdır (14, 73). Hemşireler bu süreçte emzirmeyi değerlendirmeli, varsa yanlış tutum ve davranışlar düzeltilmelidir. Annelere doktor önerisi olmadan formül mama ve emzik/biberon kullanmamaları gerektiği konusunda bilgi vermelidir. Bu süreçte

annenine, başaracağı konusunda cesaretlendirilmesi, istek ve özgüven kazanması desteklenmelidir (10, 65). Bu danışmanlığın kurama veya modele dayalı bilimsel gerçeklere uygun, kurumsal ve ulaşılabilir olmasını sağlayarak emzirme ve anne sütünün faydalarından anne ve bebeklerin yararlanmasına olanak sağlayacaktır (20). Ayrıca hemşireler emzirme ve relaksasyon sürecinde annelerin emzirme gözleminde (Emzirme gözlem formu, emzirme öykü formu vb.) ve değerlendirilmesinde (Emzirme tanılama ölçüm aracı-LATCH, Emzirme değerlendirme ölçeği-IBFAT vb.) doğru form ve ölçüm araçlarını kullanmalıdır (3,77). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki, sağlık personellerinden sağlanan sürekli, sabırlı, nitelikli ve olumlu danışmanlık emzirme ve relaksasyon başarısında etkili olmaktadır (10, 18).

2.7. Hemşirelik Uygulamalarında ve Araştırmalarında Model ve Kuramların Önemi

Temelini bilim ve sanattan alan hemşirelik mesleği uygulamalarında model ve kuramları rehber edinmektedir (102). Model, bir konu ile ilgili kavramların birbiri arasındaki mantıksal ilişkilerinin şematik olarak gösterilmesidir. Kuram ise, önerme ve gözlemlerin bilimsel araştırma yöntemleri ile test edilerek doğrulanmış halidir. Model ve kuram kavramları literatürde farklı tanımlara sahip olsa da beraber iç içe oluşumlar oldukları için genelde eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (24).

Model-kuramlar kavramlara anlam kazandırma ve çok yönlü düşünmeyi sağlama yönleri ile hemşirelik sürecini ayrıntılı planlamada yararlanılmaktadır (103). Hemşireliğin tarihine baktığımızda hemşirelerin hemşirelik bakımını görünür kılmak için yıllardır model ve teorileri kullandıklarını görülmektedir. Böylece hemşirelik biliminin kişiye, çevreye, hemşireliğe ve sağlığa bakış açısını ortaya koymaya çalışıldığı bellidir (21). Günümüzde ise hemşirelik mesleği yalnızca bireye bakım veren bir sağlık disiplini olmaktan çıkarak, bireyleri ve olayları daha geniş bir bakış açısı ile gözlemleyen, kanıta dayalı bilgiler ile planlayan, düzenleyen ve bakım standartları olan profesyonel bir meslek olmuştur (103). Bu profesyonelleşmenin devamı için model-kuramların uygulamaya yansımaları oldukça önemlidir (102).

Model-kuramlar ile hemşirelik uygulaması ayrı düşünülemez. Çünkü kanıta dayalı bilgilerin hemşirelik uygulamalarında kullanılması ile sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların iyileştirilmesine katkı sağlanacaktır. Ayrıca hemşire model-kuramları karar verme ve sorun çözme sürecinde rehber olarak kullandığı zaman hem mesleki gücünü hem de bakımın kalitesini artırmış olacaktır (102–105). Bunun yanı sıra model-kuramlar

hemşirelik mesleği alanında yapılan araştırmalara, eğitime ve uygulamalara rehber olarak mesleğin otonomisini gelişiminde (106), hemşireliğin bağımsız olan rollerinin bakımdaki etkinliğini kanıtlamada önemli bir role sahiptir. Model-kuramların kullanılması ile profesyoneller arasında koordinasyonu sağlayarak uygulamalar arasında daha az farklılıkların oluşmasına da olanak sağlanmaktadır (105).

Hemşirelik model-kuramlarının kullanımı son yıllarda artış göstermiş olsa da halen bu konudaki çalışmaların yetersiz olduğu belirtilmektedir. Bu yetersizliğin nedenleri ise; model-kuramlara yönelik hemşirelerin bilgi eksikliği, model ve kuramların karmaşıklığı, model veya kurama karar verememe, model-kuramın nasıl kullanılacağına bilinmemesi olarak bildirilmektedir (21, 102, 103, 106). Model-kuramlara yönelik teori ile uygulama arasındaki bu boşluğu gidermek için hemşirelik model-kuramlarının incelenmesi, hemşirelik eğitim müfredatına yerleştirilmesi, hemşirelerin çalışma alanına özgü uygulama ve eğitimlerinde yararlanabilecekleri model-kuramların anlatılması gerekmektedir (105).

2.8. Nola J. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Bir hemşirelik kuramcısı olan Nola Pender, hemşirelik ve davranış bilimlerinin bakış açılarını birleştirerek sağlığı geliştirme modelini geliştirmiştir. Hemşirelik literatüründe ilk olarak 1980 yılında ortaya çıkan model teorik bakış açıları ve ampirik bulgulara dayalı olarak 1987, 1996 ve 2011 yılında revize edilmiştir (Şekil 1). Modelin amacı, bireylerin sağlıklı yaşam tarzlarını benimseme ve sağlığı geliştirme davranışı kazandırma konusunda bireylere yol göstermektir (21, 24, 107). Pender bu modeli sağlığı geliştirici modellerin tamamlayıcısı olarak tanımlamaktadır. Sağlığı basitçe hastalığın olmayışı değil pozitif ve dinamik bir durum olarak belirtmektedir. Bu doğrultuda sağlığın geliştirilmesi bir bireyin iyilik düzeyini artırmaya yöneliktir (108). Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'nın Sağlık ve Kaliteli Yaşam Hedefi'nde sağlığı geliştirme vurgusu yapılmaktadır (9). DSÖ (2005) tarafından sağlığı geliştirme; "bireyin kendi sağlığını geliştirmesini ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanmasını sağlayan bir süreç" olarak tanımlanmıştır (109). Sağlık hizmetlerinin maliyetini artması sonucunda sağlığın geliştirilmesi sadece sağlık çalışanları tarafından değil toplum tarafından da artan bir şekilde ilgi görmeye başlamıştır (110). Sağlığı geliştirme modeli, sağlıklı olmak için çevresiyle etkileşime giren bireyi çok yönlü olarak ele almaktadır (108). Ayrıca bireyin özgeçmişini ve kendisine yönelik algısını da ele alarak bütüncül bir bakış yaklaşımı sunmaktadır (104). Toplumlar için planlanan ve test edilen model, bireyin sağlık

faaliyetlerinde aktif rol almasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Model, sağlığı geliştirme davranışlarının bileşenlerini ačíklamak ve tahmin etmek için çok değişkenli bir paradigma oluşturur. Ayrıca sağlığı geliştiren davranışların belirleyicilerinin anlaşılması için hemşirelere yardımcı olmaktadır (21).

2.8.1. Sağlığı Geliştirme Modeli’nin Temel Kavramları

İnsan, kısmen çevre tarafından şekillendirilen biyo-psiko-sosyal bir organizmadır, Ancak aynı zamanda doğuştan gelen ve sonradan kazandığı potansiyelini tam olarak ifade edilebileceği bir ortam yaratmaya çalışmaktadır. Dolayısıyla insan ve çevre arasındaki ilişki karşılıklıdır. Yaşam deneyimleri ve bireysel özellikler insan davranışlarını etkilemekte olup bu etki sağlık davranışlarına da yansımaktadır (107, 111).

Çevre, yaşam sürecinin ortaya çıktığı sosyal, kültürel ve fiziksel bağlamdır. Çevre, sağlığı geliştirici davranışların oluşumunu kolaylaştırmak için birey tarafından değiştirilebilir (107, 111). Hemşirelik, optimal sağlık ve esenlik için en uygun koşulları yaratmada bireyler, aileler ve topluluklarla işbirliğidir (107, 111). Hemşirenin rolü, davranış değişikliğini destekleyen çevreyi kontrol etmeyi, değişimin önündeki engelleri yönetmeyi, öz yeterliliği geliştirmeyi ve sağlığı geliştirici davranışlar konusunda farkındalığı artırmayı içerir (111). Sağlık, davranışsal amaçlar için doğuştan gelen ve edinilen insan potansiyeli, yeterli öz bakım, yapısal bütünlüğü koruma ihtiyacı ve çevre ile uyumlu düzenlemeler ve başkalarıyla tatmin edici ilişkiler olarak tanımlanır (107, 111). Hastalık, yaşam boyunca kısa (akut) veya uzun (kronik) engeller olarak tanımlanır. Bireyin sağlık arayışını kolaylaştırır. (107, 111).

2.8.2. Sağlığı Geliştirme Modeli’nin Bileşenleri

Çekirdek kavramı öz-yeterlilik olan modelin son oluşturulan kavramsal yapısında sağlığı geliştiren davranışları etkileyen “bireysel özellikler ve deneyimler”, “davranışa özgü bilişsel faktörler” ve “davranış çıktışı” olmak üzere üç temel bileşen tanımlanmıştır. Modelin bu bileşenlerinin içinde hemşire tarafından değerlendirilebilen ve hemşirelik uygulamaları için kritik olan faktörler bulunmaktadır. Bunlar; “algılanan yararlar”, “algılanan engeller”, “algılanan öz-yeterlilik”, “aktiviteye ilişkin duygu durumu”, “kişilerarası etkiler”, “durumsal etkiler”, “davranış konusunda plan yapma” ve “acil gereksinimler ve öncelikler” dir (21, 24, 107).

Bireysel Özellikler ve Deneyimler: Bireysel özellikler, biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerden oluşmaktadır (104, 107). Bu faktörler belirli davranışın doğrulayıcısıdır. Gerçekleştirilmesi istenilen davranışın doğası tarafından biçimlendirilir (111).

Bireysel biyolojik faktörler: Yaş, cinsiyet, boy, kilo ve fiziksel yetenek gibi değişkenleri kapsar (104, 107, 111).

Bireysel psikolojik faktörler: Kendine saygı, bireysel yeteneği algılama, kendini güdüleme, algılanan sağlık durumu, içsel motivasyon ve sağlığın tanımı gibi değişkenleri kapsar (104, 107, 111).

Bireysel sosyo-kültürel faktörler: Etnik köken, ırk, eğitim, sosyoekonomik durum ve kültürel uyum gibi değişkenleri kapsar (104, 107, 111).

Bu özelliklere ek olarak bireyin sağlığı geliştirici davranışa yönelik olarak önceki deneyimi de davranışın sonucunu yüksek düzeyde (%75) etkilemektedir (104). Her birey sonraki davranışlarını etkileyen benzersiz deneyimlere ve bireysel özelliklere sahiptir (111).

Davranışa Özgü Bilişsel Faktörler: Modeldeki bu faktörler en temel motivasyonel öneme sahip olup, müdahaleler için kritik bir ‘öz’ oluşturmaktadır. Çünkü bu faktörler müdahaleler ile değiştirilebilir bir özelliğe sahiptir. Ayrıca yapılan müdahalenin etkinliğini değerlendirmek için bu faktörlerin ölçümü sağlanabilmektedir (111).

Algılanan yararlar: Bir sağlık davranışı üstlenmenin olumlu veya pekiştirici sonuçlarına ilişkin algılardır (107). Bireyin bir sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmaması, davranış değişikliğinin ne kadar faydalı olduğunu algılaması ve bu davranış değişikliğini uygularsa hastalık riskini önleyebileceğine olan inancıdır. İnsanlar kendileri için anlamlı ve faydalı olmasını bekledikleri davranışları daha kolay kabul eder ve uygular (104).

Algılanan engeller: Bir sağlık davranışı benimsemenin veya kazanmanın önündeki engeller ve zorlaştırıcı etmenlerle ilgili algılardır (107). Birey, yeni bir davranışa başlama ve bu davranışı sürdürme sürecinde eylem veya davranışın zor veya imkansız olduğuna dair bir inanç geliştirdiğinde, bir süre sonra can sıkıntısı, zaman eksikliği, maddi yetersizlik, davranışın zor olması, sosyal destek eksikliği gibi birçok engelle karşılaşabilir ve diğer bireyler tarafından desteklenmeyen davranışlar (104).

Algılanan öz-yeterlilik: Bireyin belirli bir sağlık davranışını düzenleme, yürütme ve başarılı bir şekilde yerine getirme konusunda kendi yeteneğine olan inancıdır (107). Öz-yeterlilik bireyin sahip olduğu beceriler ile neler yapabileceği yargısı olup, bir davranışın yerine getirilmesini sağlamaktadır. Yerine getirilen davranışın sonucu pozitif ise öz-yeterlilik artmaktadır (111).

Davranışa ilişkin duygu durumu: Belirli bir sağlık davranışından önce, davranış sırasında ve davranış sonrasında ortaya çıkan öznel duygu durumlarıdır (107). Bunlar davranışla ilgili, kişinin kendisiyle ilgili ve davranışın olduğu çevreyle ilgili olabilmektedir. Bu şekilde etkilenen duygu durumu bireyin davranışı sürdürmesini veya tekrarlamasını etkilemektedir (111).

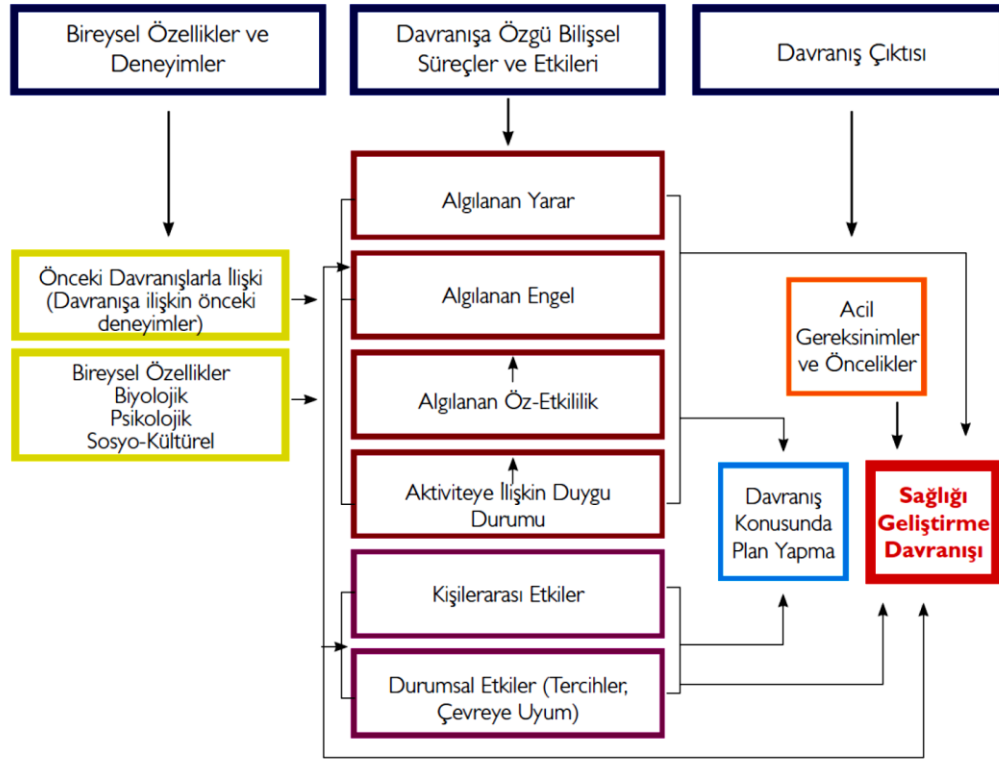
Kişilerarası etkiler (aile, akranlar, sağlık çalışanları): Normlar, sosyal destek ve model almayı kapsamaktadır. Bu kapsamdaki bireylerin davranışları, tutumları ve inançlarını içermektedir. Sağlığı geliştirme davranışında kişilerarası etkilerin temel kaynağı, aile, akranlar ve sağlık çalışanlarıdır (107, 111). Olumlu bir değişim için kişilerarası etkilerin bireyin motivasyonunu olumlu etkilemesi gerekmektedir (111).

Durumsal etkiler (tercihler, talep durumu, estetik):Algılanan tercihler, talep durumu ve estetik gibi faktörleri kapsamaktadır. Bu faktörler davranışı gerçekleştirmeyi olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir (23, 107). Davranışın ne zaman, nerede ve nasıl gerçekleştiği gibi dış faktörler önerilen sağlığı geliştirme davranışı için bireyin algısını etkilemektedir (111).

Davranış Çıktısı (gerçekleşmesi beklenen davranışın sergilenmesi): Sağlığı geliştirme davranışı modelde eylemin sonucunu gösteren son noktadır. Bu davranış bireyde olumlu sağlık sonuçları oluşturmaya yöneliktir. Özellikle bireyde sağlıklı yaşam davranışı oluştuğunda sağlık ve fonksiyonel yetenekler gelişmektedir. Bu doğrultuda yaşam sürecinin tüm aşamalarında yaşam kalitesi artmaktadır (111).

Bireyin davranışı gerçekleştirmeye yönelik önceden plan yapması veya yapması, acil gereksinimler ve tercihlerin ortaya çıkması gerçekleşmesi beklenen davranışın sergilenmesini etkilemektedir (23, 110). Davranış konusunda plan yapma, istenilen davranışı başarılı bir şekilde yapmak için belirli hedeflerin belirlenmesi dâhil olmak üzere belirli bir sağlık davranışını gerçekleştirme niyetidir (107). Plan yapma, davranışsal olayı başlatarak bireyi harekete sevk etmektedir (111). Acil gereksinimler ve tercihler, planlanmış olan sağlık davranışının gelişmesinden hemen önce oluşmaktadır (107). Birey

acil gereksinimler üzerinde daha düşük kontrol gücüne sahipken, tercihler konusunda yüksek kontrol gücüne sahiptir (Şekil 4) (111).



Şekil 4. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (104).

2.9. Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Relaktasyon İhtiyacı Olan Annelere Uyarlanması

Emzirme dönemi, kadınların hayatları süresince edindikleri eşsiz ve özel bir deneyimdir. Bu deneyim sırasında anneler yetersiz süt, meme reddi, meme ucu problemleri gibi bazı emzirme sorunları ile karşılaşabilmektedir. Bu sorunlarla baş edebilmek için anneler aile, arkadaş ve sağlık çalışanlarının (hekim, ebe ve hemşire) desteğine gereksinim duyabilmektedirler (25). Sağlık çalışanları tarafından annelere sağlanan destek, emzirmenin erken dönemde başlatılması ve sürdürülmesinde önemlidir. Bu desteğin model-kurama dayalı olarak sunulması, bilgilerin daha kolay bütünleşmesi ve öğrenilmesine, problem çözme becerisi kazandırma ve bilgiyi artırmaya katkı sağlayabilmektedir (25, 112) .

Emzirme döneminde yaşanan sorunların çoğunun annenin bilgi eksikliğinden kaynaklandığı bildirilmektedir. Annenin bu sorunların üstesinden gelerek sağlığı geliştirici

davranışlar benimsemesinde öz-yeterlilik algısı önemli bir rol oynamaktadır (68). Bunun yanı sıra annenin kaliteli ve nitelikli emzirme davranışı kazanabilmesi de önemli bir unsurdur (109). Ancak bu şekilde anne ve bebeğin sağlığı geliştirici bir davranış olan emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve korunması mümkün olabilmektedir. Ana teması öz-yeterlilik olan SGM'nin emzirmenin desteklenmesinde ebe ve hemşirelere yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu modeli uygulamanın emzirmenin desteklenmesinde benimsenmesi ve kullanılması ile ebe ve hemşirelerin mesleğinin gelişimine de katkıda bulunulacaktır (Şekil 5) (25).

Relaktasyona Yönelik Bireysel Özellikler ve Deneyimler: SGM'nin bu bileşeninde annenin emzirmeye yönelik önceki deneyimleri (doğum sonu emzirme zamanı, emzirme öyküsü gibi) ve kişisel özellikleri ele alınmaktadır (23). Hemşire bu alanda anne ve bebek hakkında ön araştırma mahiyetinde bilgi toplamaktadır. Yeniden emzirmenin sağlanmasındaki (sağlığı geliştirici davranış) engeller tanımlanmaktadır. Bu bölümde annenin varsa önceki emzirme deneyimini oluşturan yargılar üzerinde konuşulmalıdır (109). Deneyim ve kişisel özellikler sağlığı geliştirme davranışını (yeniden emzirme) etkiler fakat hemşirelik uygulamaları ile değiştirilemezler (23, 24). Hemşire bu bölümde emzirme danışmanlığının yol haritasını oluşturmaktadır (109).

Hemşire annenin deneyimleri ve kişisel özelliklerini öğrenirken yararlı sözsüz iletişim kullanma, açık uçlu sorular sorma, annenin söylediklerinin vurgulama, empati kurma, yargılayıcı sözcüklerden kaçınma gibi dinleme ve öğrenme becerilerini kullanmalıdır. Emzirmenin gözlenmesi ve değerlendirilmesi de bu aşamada yapılmalıdır. Çünkü emzirmenin değerlendirilmesi emzirme sorunlarının saptanıp çözüm üretilmesi için en önemli veri toplama yöntemidir (68). Ayrıca bu bölümde emzirmenin neden kesintiye uğradığı belirlenmelidir. Anne sütü üretimini (östrojen içeren kontraseptifler, tiyazid diüretikler ve nikotin kullanımı gibi) veya emzirmeyi (biberon, emzik ve bebekten ayrı kalma süreleri gibi) azaltabilecek faktörler sorgulanmalıdır (11). Emzirme değerlendirildikten sonra, bebek ve anneye ait risk faktörleri belirlenmeli, beslenmesinin nasıl sürdürüleceğine multidisipliner olarak (hekim, ebe, hemşire gibi) birlikte karar vermelidir (13).

Relaktasyona Özgü Bilisel Faktörler: Relaktasyona ilişkin algılanan yararlar: Hemşirenin relaktasyon ihtiyacı olan annelere emzirmenin kendi bedenleri ve bebeğin sağlığı üzerindeki etkilerinden bahsetmesi, olumlu emzirme algısının

oluşturulması ve emzirme öz yeterliliğinin artırılmasında faydalı olacaktır (109). Örneğin anne emzirmeyi bebeği ve kendi sağlığı için olumlu bir davranış olarak algılasa emzirmeye ilişkin öz yeterlik algısı olumlu etkilenecek ve yeniden emzirme davranışı başarılı olacaktır. Başarılı bir relaksasyon süreci için ilk basamak emzirmenin yararlarının anne tarafından anlaşılması ve kendi kararıyla relaksasyon için istekli olmasıdır (113).

Relaksasyona ilişkin algılanan engeller: Emzirme davranışına karşı algılanan olumsuz durumlar ya da duygular emzirme davranışının kazandırılması ve sürdürülmesini engelleyebilmektedir (23, 24). Emzirme ile ilgili utanma, ağrı ve sıkıntı yaşama gibi durumlar algılanan engellere örnek olarak verilebilir (23). Başarılı emzirmenin sağlanması ve sürdürülmesindeki engellerin ana nedenlerden biride annenin yetersiz süt algısıdır(13). Hemşireler öncelikle bireyin emzirme davranışını engelleyen bir durum olup olmadığını sorgulamalı ve çözümüne yönelik alternatif yöntemler geliştirebilmelidir. Emzirme algısının engeline yönelik ise emzirme eğitimi ve danışmanlığı vermesi, alternatif olarak annenin koşullarına göre yeni teknolojiye uygun olarak resimler, materyaller, görseller ile anlatılarak annede beliren olumsuz duygular olumluya dönüştürülmelidir (109).

Emzirme öz-yeterlilik algısı: Emzirme öz-yeterliliği relaksasyon ihtiyacı olan annelerde yeniden emzirme oranlarının artırılmasında, yeniden emzirme davranışının kazandırılmasında ve emzirmenin sürdürülmesinde oldukça önemlidir (23, 24). Emzirme sürecindeki bir annenin öz-yeterliliği kolaylıkla azalabilir, kendisinde ya da sütünde bir hata olduğuna inanabilir (68), başarısızlık ve ümitsizlik yaşayabilir (113). Bunun sonucunda bebeğine gereksiz yere yapay besin başlayabilir (68).

Annenin emzirme davranışı sergilerken hemşire tarafından sağlanan geri bildirim (olumlu yüz ifadesi, başaracaksın hissi ile oluşan güven duygusunun inşa edilmesi) ile emzirme öz yeterliliğinin oluşturulması desteklenebilir. Düşük öz-yeterliliğe sahip olan bireyler olumsuz durumlarla karşılaştıklarında sağlığı geliştiren davranışları bırakmaya daha yatkındırlar. Relaksasyon ihtiyacı olan annenin emzirmeye karşı öz-yeterliliğinin artırılması başarılı bir emzirme davranışının sürdürülmesini sağlayacaktır (109). Yeniden emzirme sürecinde anneye ne yapacağını söylemek yerine öz yeterlik kazanmasına yardımcı olmak ve kendisi ve bebeği için en iyisinin ne olduğuna karar vermesine yardımcı olunması gerekir. Öz-yeterliliği kazandırmak ve artırmak için aşağıdaki beş ilke uygulanabilir:

- Annenin emzirme ile ilgili duygu ve düşüncelerini kabul etmek,

- Annenin doğrularını tanımak ve onaylamak,
- Anneye pratik destek sağlamak,
- Uygun dili kullanarak gerekli bilgileri sağlamak,
- Talimat vermek yerine önerilerde bulunmak (68).

Anneye gerekli bilgileri vermek, cesaretlendirmek, güvenini artırmaya çalışmak gereklidir. Ancak anne isteksizse tekrar emzirmesi için baskı yapılmamalıdır. Onu, tekrar emziren ve deneyimleri hakkında onunla konuşabilecek diğer kadınlarla tanıştırmak faydalı olabilmektedir (11).

Relaktasyona ilişkin duygu durumu: Bazı anneler emzirmeden zevk alırken bazı anneler ise rahatsızlık verici olarak belirtmektedirler (23). Davranışa ilişkin bu duygular doğrudan veya öz-yeterliliği artırıp/azaltarak dolaylı etkilemektedir. Burada önemli olan davranış olumlu etkileyen duyguları pekiştirecek şekilde anneye destek olmaktır (109). Hemşire annenin emzirmeye yönelik olumlu ve olumsuz duygularını kabul etmelidir. Anneyle fikir ayrılığına düşmemeli ve onun duygularını önemsizleştirmemelidir. Annenin emzirmeye yönelik duygularını kabul etmek hemşireye güven duymasına katkı sağlamakta, değer gördüğünü düşünmesine neden olmakta ve kabul gördüğünü hissettirmektedir. Bu doğrultuda anne kendini daha iyi ifade edebilmektedir (68).

Kişilerarası etkiler (aile, akranlar, sağlık çalışanları): Emzirme döneminde annenin doğru beslenme, uyku, dinlenme, eğitim ve psiko-sosyal durum gibi birçok konuda desteğe ihtiyacı vardır (68). Hemşire eğitim ve danışmanlık rolleri ile annelerin etkin emzirme davranışını desteklemektedir (24). Emzirme danışmanlığı sırasında birey, aile ve grup etkileşimi sağlamalı, anneyle beraber yakın destekçisine (eş, anne, kayınvalide gibi) eğitimler vermelidir(109). Eşler tüm sürece dâhil edilmelidir (113). Çünkü etkin ve verimli destek sağlanan annenin emzirme davranış da olumlu etkilenecektir (109). Hemşirenin relaktasyon uygulamalarına başlamadan önce annenin yeterince motive olmasını sağlamak için birkaç kez görüşme yapması gerekebilir. Devamında ise relaktasyon süreci boyunca düzenli destek sağlanması gerekmektedir. Bununla birlikte, hemşirenin destekleyici bir tutum sergilemesi ve gerektiğinde destek (çevrimiçi veya yüz yüze) için hazır bulunması esastır. Annenin sürekli desteğe ihtiyacı olup olmadığını ve relaktasyon sürecinde diğer işlerden yeterince dinlenmesini ve rahatlamasını sağlamak için neler yapabileceklerini tartışması gerekmektedir. Yeniden emziren diğer annelerle görüşme yapılması yardımcı olabilmektedir (11).

Relaktasyona ilişkin durumsal etkiler (tercihler, talep durumu, estetik): Özellikle yeni anneler için, önceki rahatlığın bozulması ve belirli deneyimlerde geride kalma gibi durumsal faktörler emzirme başarısını olumlu veya olumsuz etkileyebilir (23). Hemşire annenin emzirme ortamını değerlendirmeli, rahat ettiği ortam konusunda desteklemelidir (109).

Davranış Çıktısı (Kısmi veya Tam Relaktasyon): Relaktasyon konusunda plan yapma: Plan yapma, yeniden emzirmenin sağlanması için hemşire desteği ile alınan eğitim ve danışmanlığın bireysel olarak gerçekleştirilmesi ve devamının sağlanmasında yol gösterici olabilmektedir (109).

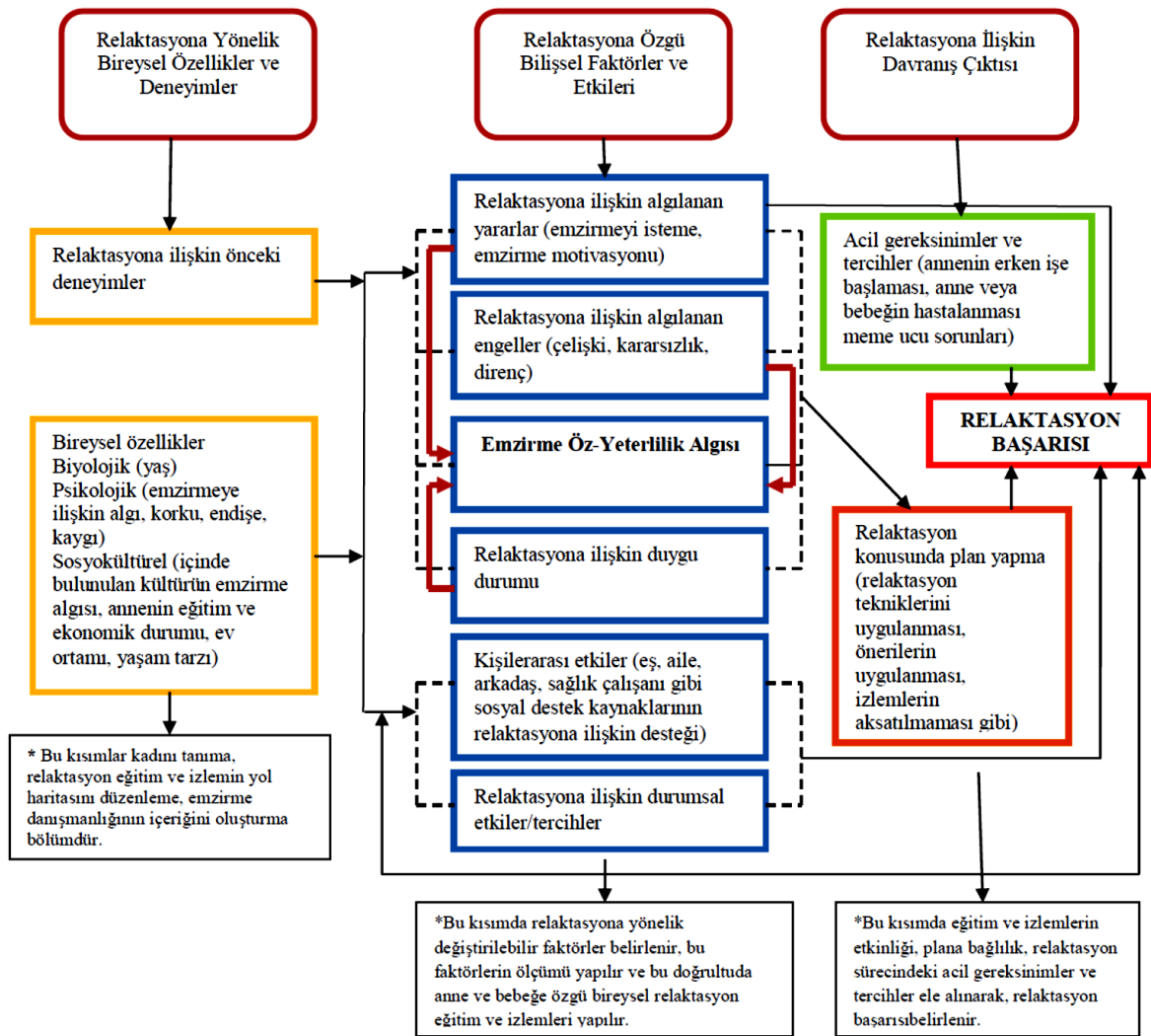
Acil gereksinimler ve tercihler: Anne sütü üretimini veya emmeyi azaltan anne veya bebekle ilgili bir faktör tespit edildiğinde, onu durdurmak (emzik veya biberon kullanımı gibi), gidermek (meme ucu sorunları, mastit, angojman gibi) veya bir alternatif geçmek (emzirme destek sistemi kullanımı, parmakla besleme, kaşıkla besleme kullanımı gibi) için anne ve bebeğe yönelik en uygun relaktasyon tekniklerini uygulamak gerekmektedir (11). Ayrıca relaktasyon sürecinde annelerin meme ucu sorunları, mastit, angojman annenin erken işe başlaması veya bebeğin gazının olması gibi acil gereksinimleri bulunmaktadır ve öncelik arz etmektedir. Yeniden emzirme başarısının sağlanması için annenin danışmalık alması ve uygun ortamın sağlanması ise annenin tercihlerini oluşturmaktadır (109).

Sağlığın geliştirilmesi davranışı (relaktasyon başarısı): Relaktasyon gerçekleşme durumuna göre kısmi (relaktasyonun gerçekleşmesi fakat emzirmeyle birlikte formül mama verilmeye devam edilmesi), tam (relaktasyonun gerçekleşmesi ve sadece emzirme yoluyla bebeğin beslenmesi) veya başarısız (yapılan tüm uygulamalara rağmen relaktasyonun sağlanamaması) olarak değerlendirilebilir. Relaktasyon yanıtı şu durumlarda olumlu olarak kabul edilebilir:

- Emzirme sırasında memede karıncalanma hissi,
- Manüel sağımında sütün görünümü,
- Süt salgısının diğer günlere göre artış göstermesi,
- Bebeğe günlük verilen ilave formül mama miktarında azalma,
- Bebekte yeterli kilo alımı.

Olumlu bir yanıt gözlemlendiğinde, anne sütü salgısı arttıkça formül mama takviyeleri kademeli olarak azaltılabilir (13, 78, 114).

Relaktasyon başarısı birkaç günden birkaç aya kadar değişkenlik gösterebilir. Yeterince desteklenen ve cesaretlendirilen hemen hemen her kadın yeniden emzirebilir. Uygun teknik ve yöntemlerle bunun oldukça pratik olduğu belirtilmektedir. Çeşitli çalışmalarda, kadınların çoğunda genellikle yaklaşık bir hafta içinde relaktasyon başarısı sağlandığı, relaktasyon desteği sağlanan tüm annelerin yaklaşık yarısının bebeklerini yalnızca bir ay içinde yeniden emzirebildiği belirtilmektedir (11, 14).



Şekil 5. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin relaktasyon başarısına yönelik verilen eğitim ve izleme uyarlanması

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre verilen eğitim ve izlemin yeniden emzirme (relaktasyon) başarısına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Türü

Araştırma prospektif, tek körlü, randomize kontrollü araştırma deseninden oluşmaktadır. Bu çalışma da randomize kontrollü çalışmalar protokolünün oluşturulması ve makalenin yazımında SPIRIT (SPIRIT 2013 Statement: Klinik deneyler için standart protokol maddelerinin tanımlanması) ve CONSORT (CONSORT 2010 Statement: Randomize paralel grup çalışmalarının raporlandırılmasında güncellenmiş kılavuzlar) bildirimlerinden yararlanılmıştır (115, 116). Bu kontrol listelerinin Türkçe metni bulunmaktadır (117). Ayrıca bu araştırma “<https://clinicaltrials.gov/>” adresine “The Effect of Training and Follow-up Given According to the Health Promotion Model on Relactation Success” başlığı ve “NCT05697302” kayıt numarası ile kaydedildi.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma Temmuz-Aralık 2023 tarihleri arasında, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Laktasyon ve Relaktasyon Polikliniği) ve Erzincan il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde (tamamında) yapılmıştır. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi toplam 510 yatak kapasitesine sahip olup hastanede bir pediatri servisi, dört çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniği, bir yenidoğan yoğun bakım, bir gebe okulu ve bir laktasyon ve relaktasyon polikliniği mevcuttur. Bu hastanede emzirmeye yönelik eğitimi, izlem ve değerlendirmeler gebe okulu ve laktasyon ve relaktasyon birimlerinde verilmekte olup, gebe okulun bir ebe, laktasyon ve relaktasyon polikliniğinde bir hemşire görev yapmaktadır. Gebe okulu ve laktasyon ve relaktasyon polikliniklerindeki ebe ve hemşire Sağlık Bakanlığı Emzirme Danışmanlığı Sertifikası'na sahiptir. Erzincan ili merkezinde yedi ASM (İnönü, Mimarşinan, Fatih, Yavuzselim, Mengüceli, Karaağaç, İzzetpaşa ASM) olup, bu merkezlerde toplam 36 hekim, 20 hemşire, 21 ebe görev yapmaktadır. Bu birimlerde emzirmeye yönelik eğitimi, izlem ve değerlendirmeler hemşire, ebe ve aile hekimleri tarafından yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve UNICEF işbirliği ile yürütülen, temel amacı emzirmeyi korumak, teşvik etmek ve desteklemek olan “Anne Sütünün

Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Programı” kapsamında Erzincan ilindeki tüm kamu hastaneleri, özel hastaneler ve aile hekimliği birimleri Bebek Dostu ünvanına sahiptir.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Laktasyon ve Relaktasyon Polikliniği) ve Erzincan il merkezindeki ASM'lere kontrol, muayene vb nedenlerle başvuran ve relaktasyon ihtiyacı olan tüm anneler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için priori güç analizi yapıldı. Güç analizinde Cohen'in standart etki büyüklüğü referans yöntemi seçildi (118). Güç analizinde çalışmanın %95 güven düzeyinde %80 güce ve anlamlılık düzeyinde 0.05 yüksek etki büyüklüğü aralığına ulaşabilmesi için en az 52 kişiye (26+26) ulaşması gerektiği belirlenmiştir. Araştırmada olası vaka kayıpları ve parametrik test kriterleri dikkate alınarak, 80 annenin alınması planlanmış olup toplam 88 anne çalışmaya dahil edilmiş ancak veri kayıpları ile 38 müdahale 35 kontrol grubunda olmak üzere 73 anne ile çalışma tamamlandı.

3.5. Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri

Araştırma sorusu, araştırmaya kabul edilme ve dışlanma kriterleri oluşturulurken PICOS stratejisi kullanıldı. Kanıta dayalı uygulamalarda en iyi kanıtın belirlenmesi için uygun bir araştırma sorusunun oluşturulması ve literatürün gözden geçirilmesi gerektiği bildirilmektedir. İyi bir araştırma sorusunun oluşturulması ve literatürün gözden geçirilmesi için ise PICOS stratejisi önerilmektedir. PICOS “population (katılımcılar)”, “interventions (müdahale)”, “comparators (karşılaştırma grupları)”, “outcomes (sonuçlar)”, “study designs (araştırma deseni)” kelimelerini baş harflerinden oluşmaktadır. PICOS kullanımı, araştırmacıyı konuya ve sonuca odaklamayı, araştırmacının taramada kullanacağı dili ve anahtar kelimeleri kullanarak aramayı kolayca gerçekleştirmeyi amaçlar. Aynı zamanda müdahaleyi ve sonuçlarını net bir şekilde tanımlamaya yönlendiren bir kavramsallaştırma modelidir (119). Bu araştırmanın PICOS'u Tablo 1' de gösterilmektedir. Kabul edilme ölçütleri, annelerin laktasyon ve relaktasyon ile ilgili faktörleri temel alınarak oluşturuldu (14, 18, 30, 34, 36, 120):

- Türkçe okuma, yazma bilen ve konuşmada herhangi bir engeli olmayan,
- 18-45 yaş ve primipar olan,

- Annede ve bebekte emzirmeyi engelleyecek herhangi bir sağlık durumu olmayan (annede kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar, bazı epilepsi ilaçları, psikoterapik ilaçlar, migren ilaçları, parkinson ilaçları, bazı analjezikler, radyoaktif iyot kullanımı, aktif tüberküloz, HIV enfeksiyonu olması; bebekte, konjenital anomali, galaktozemi hastalığı, fenikentonüri hastalığı, üre siklus enzim defekti gibi doğumsal metabolik hastalık olması),
- En az iki hafta, en fazla sekiz hafta süreli emzirme yokluğu olan (hiç emzirmeyen anneler için)
- Bebeklerinin iki haftadan uzun süre formül mama verilmesine neden olan laktasyon azalması (sütü az olan anneler için),
- Laktasyon azalmasına neden olan emzirme sorunu yaşayan (meme reddi, yanlış emzirme teknikleri, meme apsesi gibi meme sorunları, erken işe başlama vb).
- Bebek veya annenin hastanede yatışı nedeniyle ayrı kalmaları,
- Bebeğini formül mama ile besleyen bir annenin fikrini değiştirmesi,
- Süt miktarını etkileyecek türde ilaç kullanımının olmayan (metoklopramid, domperidon gibi galaktagoglar),
- Anneye telefon ile ulaşılabilir olan,
- Bebeğin en az 15 günlük en fazla dört aylık olan anneler.

3.6. Araştırmaya Kabul Edilmeme Kriterleri

- Evlat edinilmiş/biyolojik olmayan bebekler,
- Annede ve bebekte emzirmeyi engelleyecek herhangi bir sağlık durumu olması (annede kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar, bazı epilepsi ilaçları, migren ilaçları, psikoterapik ilaçlar, bazı analjezikler, radyoaktif iyot, parkinson ilaçlarının kullanılması, aktif tüberküloz, HIV enfeksiyonu olması; bebekte, konjenital anomali, galaktozemi hastalığı, fenikentonüri hastalığı, üre siklus enzim defekti gibi doğumsal metabolik hastalık olması),
- Süt miktarını etkileyecek türde ilaç kullanımının olması (metoklopramid, domperidon gibi farmasotik galaktagoglar)
- Çalışma döneminde başka bir emzirme ile ilgili çalışmaya katılan anneler çalışma kapsamına alınmadı.

Tablo 1. Araştırmanın PICOS kriterlerine göre tanımlanması (119)

P: Population (katılımcıları)	15 günlük-4 aylık bebeği olan, 18-45 yaş primipar anneler.	Relaksasyon ihtiyacı olan anneler.
I: Interventions (müdahale)	Sağlığı Geliştirme Modeli temelli eğitim ve izlem.	Girişimsel müdahale.
C: Comparators (karşılaştırma grupları)		Kontrol grubu (araştırmacı tarafından müdahale yapılmayan / rutin bakım alan anneler).
O: Outcomes (Sonuçlar),	Kişisel bilgi formu, Emzirme öz yeterlilik ölçeği, Emzirme motivasyon ölçeği, Emzirme tanılama ölçeği, Bebeğin aldığı anne sütü miktarı puanlama sistemi, Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen eğitim ve izleminden duyulan memnuniyet derecelendirme skalası.	Kişisel bilgi formu, Emzirme öz yeterlilik ölçeği, Emzirme motivasyon ölçeği, Emzirme tanılama ölçeği, Bebeğin aldığı anne sütü miktarı puanlama sistemi puanlarında artış olması, Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim ve izleminden duyulan memnuniyet puanının yüksek olması.
S: Study designs (Araştırma deseni)		Prospektif, tek körlü, randomize kontrollü araştırma.

3.7. Randomizasyon

Araştırmada basit ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle basit rastgele randomizasyon yöntemi seçildi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan bireyler basit randomizasyon yöntemi ile müdahale ve kontrol grubuna eşit olasılıklarla atanmaktadır. Bu araştırmanın randomizasyonunda annelerin doğum yapma sırasına göre numara verildi. Randomizasyon için random.org sitesinin (121) “Numbers (Sayılar)” alt başlığında yer alan “Random Integer Generator (Rastgele Dizi Üretici)” yöntemi kullanılarak müdahale ve kontrol grubuna atama yapıldı. İlgili sayfada en küçük değer bir en yüksek değer 88 ve sütun sayısı iki olacak şekilde ayarlandı. Ardından anneler kayıt numaralarına göre bir (sol sütun) ve iki (sağ sütun) rakamları gözetilerek oluşturulan sütunlara randomize olarak atandı. Hangi sütunun müdahale hangi sütunun kontrol grubu olduğu çalışmanın başında kura çekilerek (yazı/tura) belirlendi (1.Sütun=Müdahale, 2.Sütun=Kontrol). Araştırmanın güç analizinde örneklem büyüklüğü veri kayıpları da düşünülerek 80 olarak belirlendi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 88 anneye randomizasyon uygulandı. Müdahale ve kontrol grubuna 44’er kişi atanacak şekilde randomizasyon işlemi tamamlandı (Şekil 6).

15.8.2023 22:15

RANDOM.ORG - Sequence Generator

Home Games Numbers Lists & More Drawings Web Tools Statistics Testimonials Learn More Login

True Random Number Service

Advisory: We only operate services from the RANDOM.ORG domain. Other sites that claim to be operated by us are impostors. If in doubt, contact us.

Random Sequence Generator

This form allows you to generate randomized sequences of integers. The randomness comes from atmospheric noise, which for many purposes is better than the pseudo-random number algorithms typically used in computer programs.

Part 1: Sequence Boundaries

Smallest value (limit -1,000,000,000)

Largest value (limit +1,000,000,000)

Format in column(s)

The length of the sequence (the largest minus the smallest value plus 1) can be no greater than 10,000.

Part 2: Go!

Be patient! It may take a little while to generate your sequence...

Note: A randomized sequence does not contain duplicates (the numbers are like raffle tickets drawn from a hat). There is also the Integer Generator which generates the numbers independently of each other (like rolls of a die) and where each number can occur more than once.

© 1998-2024 RANDOM.ORG
Follow us: Twitter | Mastodon
Terms and Conditions
About Us

15.8.2023 22:32

RANDOM.ORG - Sequence Generator

Home Games Numbers Lists & More Drawings Web Tools Statistics Testimonials Learn More Login

True Random Number Service

Advisory: We only operate services from the RANDOM.ORG domain. Other sites that claim to be operated by us are impostors. If in doubt, contact us.

Random Sequence Generator

Here is your sequence:

23 2
46 17
4 41
18 64
61 86
38 59
31 8
48 56
69 76
33 49
75 63
79 58
77 8
78 89
65 19
9 29
54 68
42 57
67 15
71 39
55 22
88 48
34 32
73 66
85 45
3 18
82 87
24 14
7 83
74 84
29 36
47 16
68 81
37 52
26 35
53 78
72 43
28 44
1 11
27 5
51 38
13 25
62 25
58 12

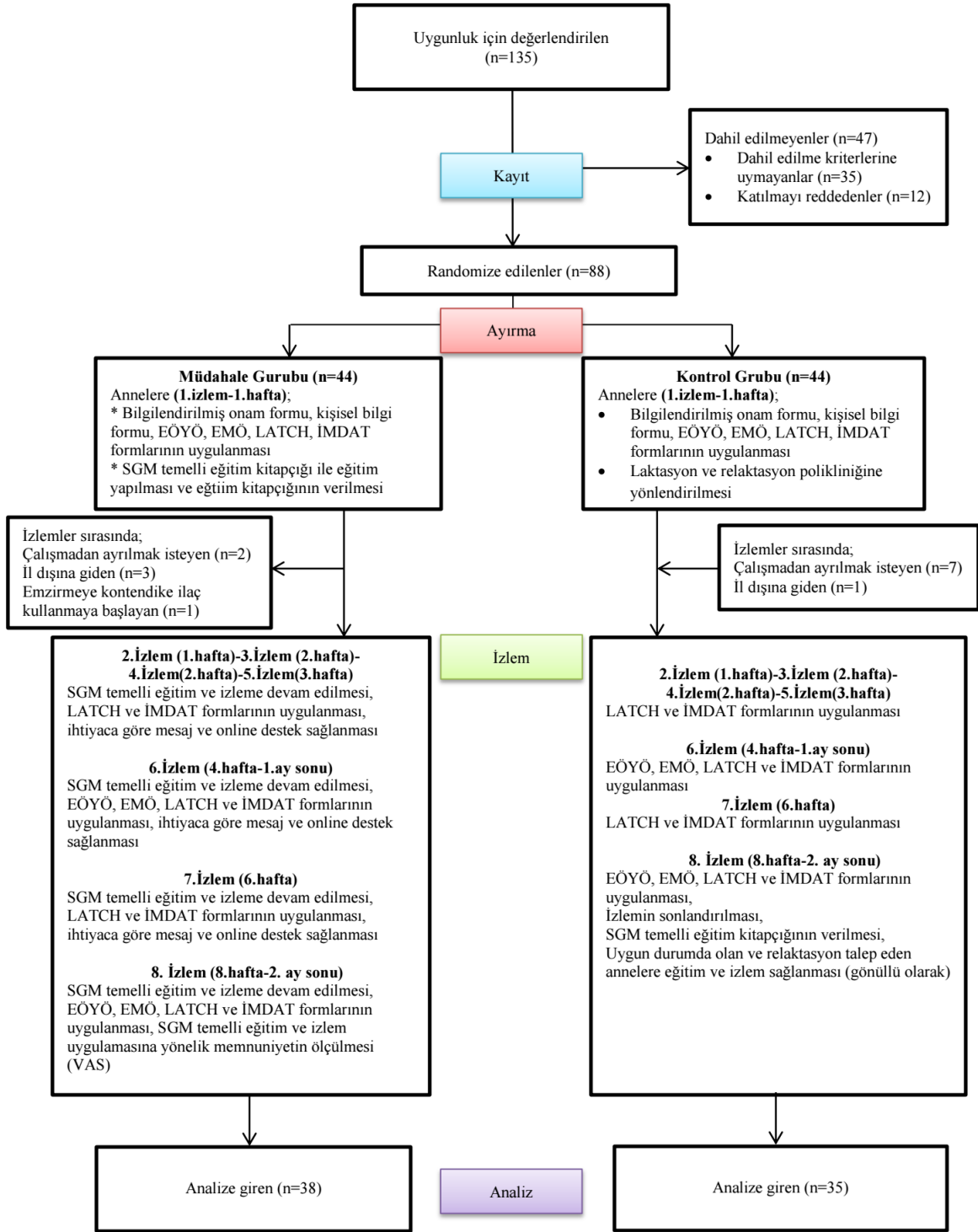
Timestamp: 2023-08-15 22:27:41 UTC

Note: The numbers are generated left to right, i.e., across columns.

© 1998-2024 RANDOM.ORG
Follow us: Twitter | Mastodon
Terms and Conditions
About Us

Şekil 6. Randomizasyonu gerçekleştirmek üzere <https://www.random.org/> sitesine girilen sayısal değerler ve elde edilen sayı listeleri

Randomize kontrollü çalışmaların CONSORT talimatlarına uygun bir şekilde yapılandırılması gerektiği bildirilmektedir. Bu kılavuz çalışmanın aşamalarını gösteren bir akış diyagramını ve eksiksiz raporlama için bir kontrol listesini içermektedir (116, 122). Bu çalışmanın CONSORT Uygulama Şeması aşağıdadır (Şekil 7).



Şekil 7. Araştırmanın CONSORT Uygulama Şeması

3.8. K rleme

Araştırmaya katılan annelerin kontrol veya müdahale gruplarına atanması araştırmacı tarafından yapıldığı için araştırmacıyı gruplara ayırma sürecinde k r etmek mümkün olmadı. Bias riskini en aza indirmek için;

- Randomizasyon işlemi bilgisayar programı kullanılarak yapıldı, gruplardaki anneler kendi bulundukları grup dışında farklı bir grup olduğunu bilmedi.
- Tez  alışması olduğu için araştırmanın tüm aşaması tek bir araştırmacı tarafından yürütüldü. Verilerin girişleri Araştırma 1 (Müdahale grubu) ve Araştırma 2 (Kontrol grubu) olarak kodlandı.
- Araştırmanın istatistiksel analizi kodların hangi gruba ait olduğunu bilmeyen istatistik uzmanı tarafından yapıldı.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Annelerin E Y , EM , LATCH-Emzirme tanılama  l eği, İMDAT-Bebeğin aldığı anne sütü miktarını puanlama sistemi, VAS-Memnuniyet  l eğine göre alınan puanlar, relaktasyon oranları, bebeğin boy ve kilo ölçüm değerlerinden oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: SGM'ye göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemi, tanıtıcı, obstetrik, emzirme öyküsü ve bebeğe ait özelliklere ilişkin verilerden oluşturmaktadır.

3.10. Gruplararası Homojenite

Randomizasyon ile kontrol ve müdahale grubuna atanan anneler arasında tanıtıcı (sosyo-demografik), obstetrik, emzirme öyküsü ve bebeğe ait özellikler yönünden fark olup olmadığı kontrol edildi. Bunun için verilerin normallik varsayımına uygunlukları “Kurtosis” ve “Skewness” kat sayıları (± 2) ile hesaplandı. Yapılan analiz sonucunda çoğu değişkende istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı ($p > 0.05$), diğer bir ifadeyle grupların birçok değişken yönünden homojen olarak ayrıldığı saptandı (Ek 1).

3.11. Veri Toplama Araçları

- Kişisel Bilgi Formu (Ek 2)
- Emzirme  z-Yeterlilik  l eği-kısa şekli (Ek 3)
- Emzirme Motivasyon  l eği (Primipar Anneler İçin) (Ek 4)
- LATCH-Emzirme Tanılama  l eği (Ek 5)

- İMDAT-Bebeğin Aldığı Anne Sütü Miktarını Puanlama Sistemi (Ek 6)
- Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Relaksasyon Eğitim ve İzlemden Duyulan Memnuniyet Düzeyi Derecelendirme Skalası (VAS) (Ek 7)

3.11.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 2)

Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından ilgili literatür (10, 18, 30, 68, 96) incelenerek geliştirildi. Annelerin sosyo-demografik özellikleri, şimdiki gebeliğe ilişkin özellikleri ve doğum sonrası anne ve bebeğe ait bilgileri sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

3.11.2. Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği-kısa şekli (Ek 3)

Dennis tarafından 1999 yılında teorik temelleri atılan 2003 yılında ise psikometrik değerlendirmesi yapılan bu ölçüm aracı, emzirme öz yeterliliğini değerlendiren toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5 puanlık bir likert türüdür ve ölçeğin öğeleri 1 = "hiç emin değilim" ile 5 = "her zaman emin" arasında derecelendirilerek değerlendirilir. Ölçeğin kesme puanı yoktur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 14, en yüksek puan 70; daha yüksek puan, emzirmede öz yeterliliğin daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Dennis'in daha kolay uygulanması ve emzirmenin öz yeterliliğinin doğru değerlendirilmesi nedeniyle kısa formu kullanım için önerdiği de bildirilmektedir (23). Aluş Tokat ve diğerleri, Emzirme Öz Yeterlik Ölçeğinin kısa formunun Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışmasını yürütmüş ve Cronbach alfa değerini 0.94 olarak bulmuştur (123). Bu çalışmada ise ilk izlem, birinci ay sonu izlem ve son izlem ölçüm testlerinde ölçeğin Cronbach's alpha değeri sırası ile 0.73, 0.86 ve 0.90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin ortalama uygulanma süresi beş-yedi dakika arası değişmektedir.

3.11.3. Emzirme Motivasyon Ölçeği (Primipar Anneler İçin) (Ek 4)

Ölçek öz-belirleme teorisine dayandırılarak Kestler Peleg ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir (124). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Mızrak Şahin ve diğerleri tarafından yapılmıştır (125). Ölçülecek durumu belirleyen her madde için bir değerlendirme yapılmasını sağlamak amacıyla 4 puanlık Likert tipi ölçek puanlama sistemi kullanılmıştır. Ölçeğin primipar ve multipar anneler için iki formu mevcut olup araştırmada annelere primipar formu uygulandı. Primipar emzirme motivasyon ölçeği toplam 23 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde için geçerli olmak üzere "1=Hiç katılmıyorum'dan 4=Kesinlikle katılıyorum'a" kadar derecelendirilmektedir. Her madde

bir-dört arasında puanlanır. Ölçeğin beş alt boyutu bulunmaktadır: “1) İçsel motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme, 2) Bütünleşmiş düzenleme, 3) İç yalıtılmış düzenleme-toplumsal onaylama, 4) İç yalıtılmış düzenleme-toplumsal baskı, 5) Dışsal düzenleme-ek yararlar”. Ölçek için toplam puan yoktur. Alt boyutların puanları, ölçek alt boyut puanlarının ortalaması alınarak hesaplanır. Ölçek alt boyutundan alınan puan arttıkça o alt boyutu temsil eden emzirme motivasyonu da artmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında alt faktörlerinin Cronbach’s alpha değerleri primipar emzirme motivasyon ölçeği için 0.65-0.87 arasında değişmektedir (125). Bu çalışmada ise ölçek alt faktörlerinin Cronbach’s alpha değerleri emzirme motivasyon ölçeği (primipar anneler için) için 0.51-0.90 arasında değişmektedir.

3.11.4. LATCH-Emzirme Tanılama Ölçeği (Ek 5)

Bu ölçme aracı, puanlama yöntemi açısından APGAR puanlama sistemine benzeyecek şekilde 1986 yılında oluşturulmuş olup kullanımı hızlı ve kolaydır. Bu ölçme aracı, emzirmeyi objektif değerlendirmek, emzirme sorunlarını tespit etmek ve eğitim planları yapmak, sağlık çalışanları arasında ortak bir dil oluşturmak ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir (126). Bu ölçme aracı beş değerlendirme ölçütünden oluşur ve bu ölçütlerin İngilizce karşılıklarının ilk harflerinin birleştirilmesiyle oluşturulur. LATCH’ın değerlendirme kriterleri; L: Memeyi tutma (Latch on breast), A: Bebeğin yutma hareketinin görülmesi (Audible swallowing), T: Meme ucunun tipi (Type of nipple), C: Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı (Comfort bresat/nipple), H: Bebeği tutuş pozisyonudur (Hold). Her madde sıfır-iki puan arasında değerlendirilir. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 10’dur. Bu ölçüm aracının kesme noktası yoktur ve LATCH puanı arttıkça emzirme başarısının yüksek olduğu anlaşılmaktadır. LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracının güvenirliği Amerika’da Adams ve Howell tarafından yapılmış ve bağımsız gözlemciler arasındaki anlaşma yüzdesi %94.4 olarak bulunmuştur (126). Türkiye’de güvenirliği Yenal ve Okumuş tarafından yapılmış ve Chronbach alfa değeri 0.95 olarak saptanmıştır (127). Bu çalışmada ise LATCH Chronbach alfa değeri 0.81-0.91 arasında belirlendi.

3.11.5. İMDAT-Bebeğin Aldığı Anne Sütü Miktarını Puanlama Sistemi (Ek 6)

Bu çalışmada, bebeğin aldığı anne sütü miktarını değerlendirmek için İMDAT-Bebeğin Anne Sütü Puanlama Sistemi kullanıldı. Bu ölçüm aracı, bebeğin aldığı anne sütü miktarını değerlendirmek için Yiğit ve Arslan tarafından geliştirilmiştir (128). Form,

bebeğin ağırlığı, idrara çıkma ve dışkılama sıklığı ve özellikleri ile annenin memelerinin durumu dahil 5 bölümden oluşmaktadır. Her durumun özellikleri sıfır, bir, iki puan şeklinde değerlendirilir. Formdan alınabilecek en yüksek puan 10'dur. Sekiz-10 puan en iyi anne sütü alımı olarak kabul edilirken, sıfır-yedi puan yetersiz alım olarak kabul edilir.

3.11.6. Visuel Analog Scales (VAS) (EK 7)

Müdahale grubundaki annelere verilen SGM temelli eğitim, izlem, relaksasyon uygulamaları, telefon desteği, evde eğitim ve izlem, ASM de eğitim ve izlem gibi hemşirelik bakımından memnuniyetlerini belirlemek amacıyla kullanıldı. Skalada annelerin memnuniyet düzeylerini “0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10” olarak rakamla ifade etmeleri istendi (129).

3.12. Yeniden Emzirme (Relaksasyon) Eğitim Kitapçığı (Ek 8)

Eğitim kitapçığında konu başlıklarının oluşturulması Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün “Emzirme Danışmanlığı Uygulayıcı Kitabı” (68) ile ilgili resmi sayfası, Sağlık Bakanlığı “Emzirme Danışmanlığı El Kitabı” (91), emzirmek isteyen kadınlara, destek, bilgi ve eğitim vermeye kendini adanmış, kâr amacı gütmeyen uluslararası bir örgüt olan La Leche League International “Emzirme Sanatı” kitabı (94) ve DSÖ “Relaksasyon Rehberi” (11, 14) gibi kaynaklar esas alınarak araştırmacı tarafından Pender'in SGM'ye temellendirilerek oluşturuldu. Eğitim kitapçığında anne sütünün faydaları, emzirmenin zamanlaması ve süresi, yeniden emzirme teknikleri ve bebeğin aldığı anne sütü miktarının değerlendirilmesi gibi konular yer aldı. Kitapçıkta ayrıca annelerin bebeklerinin beslenme durumlarının izlenmesi, bebeklerin fiziksel gelişimi ve beslenme özellikleri hakkında bilgiler de yer aldı. Eğitim kitapçığının uzmanlar tarafından değerlendirilmesi için Eğitim Materyali Değerlendirme Formu (Ek 9) kullanıldı. Eğitim materyali değerlendirme formu, eğitim kitapçığının kurgusu, içeriği, Türkçe anlatımı ve baskı kalitesi ile ilgili özelliklerini değerlendiren 14 sorudan oluşmaktadır. Formun puanlanmasındaki görüşler şu şekilde puanlanır; “0 Hiçbir fikrim yok, 1 Gereksiz, 2 Hiç katılmıyorum, 3 Biraz katılıyorum, 4 Orta derecede katılıyorum, 5 Çok katılıyorum”.

Bilimsel çalışmalarda kullanılan anket, eğitim kitapçığı gibi araçların anlaşılabilirliği, amaca uygunluğu ve güvenilirliğini incelemek için örneklem büyüklüğünün yaklaşık %5'i kadar grupla bir ön uygulama yapılabileceği belirtilmektedir (130). Eğitim kitapçığı Kasım 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında Doğum-Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği

Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Hemşirelik ve Ebelik alanında görev yapan 18 öğretim üyesi ve iki uzman hemşirenin (örneklemin %5'inden fazla) görüşüne sunuldu. Bahsedilen uzman sayısı örneklem sayısının yaklaşık %5'i olabileceği bilgisi doğrultusunda belirlendi. Uzmanlara örnek eğitim kitapçığı ile birlikte eğitim materyali değerlendirme formu gönderildi ve formda uygun seçeneği işaretlemeleri istendi. Ayrıca anlaşılabilir, gereksiz veya eksik bölümleri bildirmeleri ve önerilerini yazmaları istendi. Dönüş yapan 12 uzman görüşünün içerik geçerliliği SPSS 22 paket programı ile test edildi ve eğitim kitapçığı uzman görüşleri doğrultusunda daha anlaşılır hale getirilerek son hali verildi. Eğitim kitapçığı için verdikleri ortalama puan, standart sapma ve minimum-maksimum değerleri ve Kendall'ın uyuşum katsayısıyla değerlendirildi. İstatistiksel olarak 0 ile 1 arasında olan Kendall W değeri, 1'e yaklaştığında yüksek uyuma işaret eder. Anlamlılık derecesinin $p < 0.05$ olması anlamlı derecede uyumlu olduğuna işaret eder (131). Eğitim kitapçığı için uzmanlar tarafından verilen görüş puanlarının anlamlı derecede uyumlu olduğu ve eğitim içeriklerinin kapsamının geçerli olduğu kabul edildi (Tablo 2).

Tablo 2. Eğitim kitapçığı içerik geçerlilik değerleri

N	W*	χ^2 **	SS***	P
12	0.587	112.234	13	<0.05

*Kendall'ın uyuşum katsayısı, **Ki-kare, ***Standart sapma, $p=0.002$.

Kendall's W “0.81-1.00:çok iyi düzeyde uyum, 0.61-0.80:iyi düzeyde uyum, 0.41-0.60:orta düzeyde uyum, 0.21-0.40:düşük düzeyde uyum ve 0.00-0.20 zayıf düzeyde uyum” olduğunu göstermektedir (132).

Eğitim kitapçığı SGM'nin alt bileşenleri olan “Bireysel Özellikler ve Deneyimler”, “Davranışa Özel Algılar ve Etki” ve “Davranış Sonucuna” göre oluşturulmuştur.

Bireysel özellikler ve deneyimlere yönelik: Emzirme dönemindeki annelerin relaksasyon ve anne sütü farkındalıklarının artırılması amacı ile anne sütü ve emzirmenin önemi, anne sütü ve emzirmenin anne ve bebek için yararları, memenin anatomisi, emzirme fizyolojisi hakkındaki sahip olunan yanlış bilgiler ve emzirmenin sürdürülmesini engelleyebilecek yanlış bilgi, tutum ve davranışların fark edilmesi, doğru bilgi, tutum ve davranışların kazanılmasını amaçlayan eğitimler verildi (Eğitim kitapçığı bkz 1, 2, 3, 4. sayfa).

Davranışa özel bilişsel süreç ve etkileri: Algılanan yararlar için; relaktasyonun tanımı, emzirmenin korunması, emzirme ve anne sütünün önemi anlatıldı (Eğitim kitapçığı bknz 1-5. sayfa). Algılanan yarar duygusu artan anneler, emzirmeyi olumsuz etkileyen tutum ve davranışlardan uzak duracak, emzirme ve anne sütü bilinci ile bebeğini yapay beslemeden anne sütü ile beslemeye veya emzirmeye döndürecek olan uygulamalara yönlendirilecektir (Eğitim kitapçığı bknz 5-9. sayfa). Davranışın algılanan engelleri, annenin yeniden emzirmesini ve süt salgının artmasını sağlayacak ve emzirmeyi koruyacak davranışları gerçekleştirememesinde etkili olan faktörlerin algılanmasıdır. Engel algısına sahip anne bu faktörlerin değiştirilmesinin zor olduğunu ya da emzirme bilincini kazanmanın zaman alacağını veya zorlanacağını düşünebilir, hatta kaygılanabilir.

Algılanan öz-etkililik için; annenin emzirme öz yeterlilik düzeyi ve emzirme motivasyonu saptanır. Annelerin süt salgılanmasını veya emzirmeyi başlatacak, emzirmeyi koruyucu davranış ve uygulamalara gereken önemi vermeleri için dikkatleri bu noktaya çekilir, özgüveni destekleyen, anneyi motive eden sözler ve geçmiş deneyimler paylaşılarak annelerin olumlu davranışları takdir edilir ve pekiştirilir (sözlü ve sözsüz etkili iletişim teknikleri, motivasyonel görüşme tekniği).

Kişilerarası etkiler için; annenin sosyal destek sistemleri olan eşi, ailesi ve arkadaşları ile birtakım düzenlemeler yapılması gerektiğinden, verilen eğitimin evde sürdürebilirliğini artırmak ve pekiştirmek amacıyla yakınlarına emzirmenin yeniden sağlanması, anne sütünün artırılması ve emzirmenin korunması konusunda ve yapay beslenme, biberon ve emzik kullanımı ile emzirmenin sekteye uğradığı durumlardan koruma anneyi desteklemeleri sağlanır (Eğitim kitapçığı bknz 19-21. sayfa).

Aktiviteye bağlı duygular için; bebeğini besleme durumu, eğitiminin sonuçları ve relaktasyon uygulamaları değerlendirilir ve relaktasyon süresince devam etmesi için teşvik edilir (Eğitim kitapçığı bknz 6, 7. sayfa).

Durumsal etkiler için; relaktasyonu olumsuz etkileyen davranışlar sergilendiğinde alabileceği önlemler anlatılır (Eğitim kitapçığı bknz 10-16. sayfa).

Davranış Çıktısına Yönelik: Acil gereksinimleri karşılamak- öncelikleri belirlemek için; annelerin yaş, emzirme deneyimi, çocuk sayısı, doğum şekli, bebeğini besleme şekli, bebeğin postnatal yaşı, bebeğin emme durumu, annenin emzirme durumu, meme yapısı, çevresel faktörler, emzirme pozisyonu, annenin beslenme durumu, bebeğin gelişimi, bebeğin beslenme yöntemi, emzik ve biberon kullanımı gibi konulara yönelik olarak doğru

davranışları gerçekleştirmelerini sağlayacak eğitim verilir (SGM temelli kişisel bilgi formu ve eğitim kitapçığı bkznz 14, 15, 16, 17, 22. sayfa). Annenin kontrolü kendisinin alması sağlanarak kontrollü ve olumlu emzirme davranışların sayısını artırması ve bu tür davranışların birbirini izlemesi sağlanır (sözlü ve sözsüz etkili iletişim teknikleri, motivasyonel görüşme tekniği).

Davranışı yapacağına söz vermek (bir eylem planına karar vermek) için; tüm görüşmelerde relaktasyonu etkileyecek negatif davranışlara sebep olacak davranışları önlemeye yönelik relaktasyonu sağlayıcı ve emzirmeyi koruyucu davranışlar konusunda plan yapılması sağlanır (Eğitim kitapçığı bkznz 4, 5, 6, 7, 8, 9. sayfa). Emzirmeye ilişkin anne ve bebekte hiçbir sağlık problemi olmasa da düzenli aralıklarla sağlık kontrollerinin yapılması ve emzirmeyi koruyucu davranışların sürdürülmesi konusunda özendirilir (Eğitim kitapçığı bkznz 9, 11, 12, 13, 14, 18, 22. sayfa). Yeniden emzirme farkındalığı ve bilinci kazandıracak bir eğitim ve izlem programı yürütülür.

SGM temelli oluşturulan Yeniden Emzirme (Relaktasyon) Eğitim Kitapçığı'nın konu başlıkları (11, 14, 39, 68, 91, 92, 94):

1. Neden Emzirmelisiniz? Neden Emzirmeyi Önemsiyoruz?
2. Memenin Yapısı Nasıldır?
3. Anne Sütü Nasıl Salgılanır?
4. Emzirmenin Anne ve Bebek İçin Yaraları Nelerdir?
5. Neden İlk Altı Ay Sadece Anne Sütü Vermeliyim?
6. Mama İle Beslemenin Sakıncaları Nelerdir?
7. Biberon ve Emzik Vermenin Sakıncaları Nelerdir?
8. Yeniden Emzirmek Mümkün Müdür? Bunu İçin Ne Yapmalıyım?
9. Yeniden Emzirmenin Sağlanması İçin Teknikler Nelerdir? Bana ve Bebeğime Hangisi Uygun?
10. Hangi Süre ve Sıklıkta Emzirmeliyim?
11. Sütümün Yeterli Olduğunu Nasıl Anlayabilirim?
12. Doğru Emzirme Teknikleri Nelerdir?
13. Bebeğin Memeyi Reddetmesi Durumda Yapılması Gerekenler?
14. Süt Yapımının Devamlılığı Nasıl Sağlanır?
15. Anne Sütü Sağma ve Sağılmış Sütün Saklanma Koşulları Nelerdir?
16. Emzirirken Beslenmem Nasıl Olmalı?

17. Emzirme Sürecinde Ailem Bana Nasıl Yardımcı Olabilir?
18. Tamamlayıcı Beslenme (Ek Gıdaya) Ne Zaman Geçmeliyim?
19. Emzirme Sürecinde En Çok Merak Edilenler
20. Sağlık Kurumuna Başvurmayı Gerektiren Emzirme İle İlgili Sorunlar

3.13. Verilerin Toplanma Zamanı

Araştırma verileri Temmuz-Aralık 2023 tarihleri arasında toplandı.

3.14. Ön Uygulama

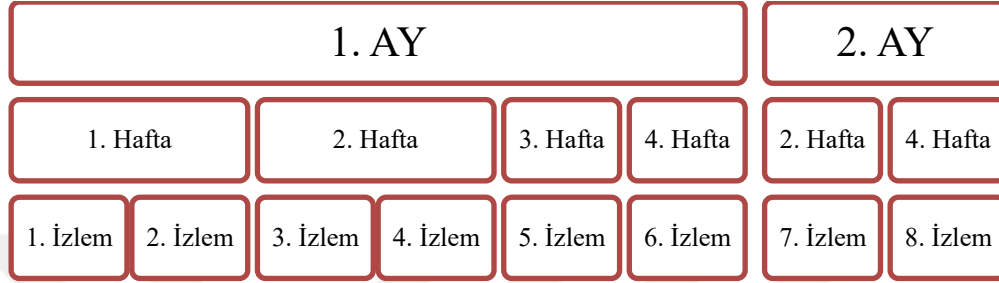
Veri toplama aşamasına geçilmeden önce veri toplama formları ve eğitim kitapçığı ile Erzincan il merkezindeki bazı Aile Sağlığı Merkezilerine kayıtlı ve relaksasyon ihtiyacı olan 10 anne (örneklemin %5'inden fazla) ile ön uygulama yapıldı. Bilimsel çalışmalarda kullanılan anket, eğitim kitapçığı gibi araçların anlaşılabilirliği, amaca uygunluğu ve güvenilirliğini incelemek için örneklem büyüklüğünün yaklaşık %5'i kadar grupla bir ön uygulama yapılabileceği belirtilmektedir (130). Bu anneler çalışmanın kapsamı dışında tutuldu. Ön uygulamada tüm veri toplama formları uygulandı ve eğitim kitapçığı kullanıldı. Ön uygulamanın sonunda araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu ve eğitim kitapçığının anlaşılmasında güçlük olan bölümler yeniden düzenlendi ve daha anlaşılır hale getirildi.

3.15. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması iki aşamadan oluştu. Araştırmanın birinci aşaması; Belirlenen örneklem sayısına ulaşmak için ilgili birimlerde haftanın üç günü 09.00-17.00 saatleri arasında bulunan araştırmacı tarafında relaksasyon ihtiyacı olan anneler belirlendi. Araştırmacı tarafından belirlenen anneler ile ilk değerlendirme yapıldı. Araştırmaya dâhil olma kriterlerine uyan anneler ve iletişim bilgileri kaydedildi.

Araştırmanın ikinci aşaması: Hem müdahale hem de kontrol grubu için anneler arandı ve bağlı bulundukları Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) veya evlerinde (anneler hangisini tercih ediyorsa) Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 12) uygulamak ve ilk izlem yapmak için randevu belirlendi. İlk izlemde Bilgilendirilmiş Onam Formu, Kişisel Bilgi Formu, EÖYÖ, LATCH, İMDAT ve EMÖ ölçüm araçları kullanıldı. İlk izlemde sonraki izlemler için her anne ile randevu takvimi oluşturuldu. Eğitim ve izlem yeri ASM veya evleri olacak şekilde annelerin tercihine sunuldu. Eğitim ve izlemler birinci ayın ilk iki haftası haftada iki, ikinci ayda ise iki haftada bir yapıldı (Şekil 8). Eğitim ve izlemde

belirtilen sıklığın nedeni DSÖ rehberinin de belirttiği gibi anneyi sıkmadan ve etkili bir şekilde takip edip desteklemektir (73). Her görüşmede LACTH ve İMDAT veri toplama araçları kullanılmış olup, EÖYÖ ve EMÖ ilk izlem, birinci ayın sonunda ve ikinci ayın sonunda uygulandı. Sadece son izlemde müdahale grubuna VAS Memnuniyet Ölçeği uygulandı (Şekil 8).



Şekil 8. Eğitim ve izlem sıklığı

Müdahale Grubu: Planlanan sekiz izlem gerçekleştirildi (Şekil 8) ve veri toplama araçları uygulandı (araştırmanın ikinci aşamasında anlatıldığı gibi). Görüşmeler haftanın üçüncü ve yedinci günleri arasında saat 09.00-17.00 saatleri arasında annelerin evlerinde veya ASM’lerde (hangisini tercih ederlerse) yapıldı. Her görüşmede sonraki görüşmenin randevu planı yapıldı ve bu bilgi anneler ile yazılı olarak paylaşıldı. Annelere haftanın iki günü mobil iletişim aracı ile saat 10.00-17.00 saatleri arasında relaksasyon ihtiyacına uygun ve bireyselleştirilmiş olarak mesajlar gönderildi. Ayrıca anneler 10.00-17.00 saatleri arasında talep ettikleri takdirde araştırmacıyı mobil iletişim aracılığıyla görüntülü veya sesli arayarak soruları ve merak ettikleri konulara ilişkin canlı destek alabildi.

Tüm izlemde bebeğin büyümesini değerlendirmek için bebek çıplak tartıldı (sadece bezi kaldı) ve kilo alımı hesaplandı. İzlem süresi içinde sıfır-üç aylık bebeklerde günde en az 20 gr, haftada ise en az 140 gr almaları gerekmektedir. Bebeğin yeterli beslendiğinin güvenilir ölçülebilir bulgusu; 10-14. günde bebeğin doğum tartısına ulaşması ve ilk altı ayda en az 500 gr veya haftada 125 gr kilo almasıdır (68). Ayrıca bebeğin aldığı anne sütü, anne sütü+formül mama (hangisi ile bebeğini besliyorsa) gibi besleme yönteminin yeterliliği bebeğin 24 saatlik periyotta uyanıklık, aktiflik, çişli (24 saatte altı veya daha fazla açık ve seyreltik) ve kakalı (24 saatte üç-sekiz arası dışkılama-ilk aylardan sonra dışkılama daha seyrek olabilir) bez sayısı gibi kriterler ile doğrultusunda da değerlendirildi.

Emzirme öyküsü ve muayenesi yapılarak emzirme gözlemlendi. Gerektiğinde anneye, bebeği ve memeyi en doğru şekilde buluşturan farklı tutuş pozisyonları, doğru kavrama teknikleri, elle ve pompa ile sağma yöntemleri, uygulamalı ve araştırmacı tarafından oluşturulan eğitim kitapçığı, bebek ve meme maketi eşliğinde gösterildi. Relaktasyon süreci hekim, hemşire, ebe, sertifikalı emzirme danışmanları, diyetisyen, psikolog gibi disiplinleri barındıran multidisipliner bütüncül bir yaklaşımdır (13). Relaktasyon sürecine başlamadan önce her annenin aile hekimine veya çocuk hastalıkları hekimine relaktasyon için uygun anne ve bebek olup olmadıkları konusunda onay alındıktan sonra eğitim, müdahale ve izlemler yapılmasına önem verildi. Çünkü doğum sonrası, doğumun olduğu hastanelerde, aile hekimliklerinde, özel hastane/muayenehanelerdeki kontrollerinde bebeklere tıbbi endikasyonlarla (sık emzirmeye rağmen düzelmeyen asemptomatik hipoglisemi, semptomatik hipoglisemi, ağır dehidratasyon, hiperbilirubinemi gibi) standard/ hidrolize/yüksek kalorili formüller ve biberon önerilebilir. Bu durumlardaki olgularda hekim ile görüşme yapıldı ve uygun görülen zamanda relaktasyon uygulamalarına geçildi. Bu tür olgu farklılıkları bir grup altında toplanarak incelendi. Relaktasyon uygulamaları süresince her annenin aile hekimine anne ve bebek ile ilgili bilgi verilmiş olup, anneye veya bebeğe ait olası sağlık sorununda (tıkali meme, mastit, meme apsisi, meme ucu zedelenmesi, dil bağı, pamukçuk, yeterli besin alımına rağmen bebeğin kilo almaması gibi) vakit kaybetmeden ilgili sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi yapıldı.

Relaktasyon gerçekleşme durumuna göre kısmi (relaktasyonun gerçekleşmesi fakat emzirmeye birlikte formül mama verilmeye devam edilmesi), tam (relaktasyonun gerçekleşmesi ve sadece emzirme yoluyla bebeğin beslenmesi) veya başarısız (yapılan tüm uygulamalara rağmen relaktasyonun sağlanamaması) olarak değerlendirilmiş olup, relaktasyon yanıtı şu durumlarda olumlu olarak kabul edildi: emzirme sırasında memede karıncalanma hissi; manüel sağımda sütün görünümü/sütün artmış olması; bebeğe günlük verilen formül mama miktarında azalma ve bebekte kilo alımı. Olumlu bir yanıt gözlemlendiğinde, anne sütü salgısı arttıkça formül mama takviyeleri kademeli olarak azaltıldı (29, 73, 78, 114, 133). DSÖ relaktasyon rehberinde kadına güdülenmeyi sağlamak için gerekli bilgi ve cesaret verilmesini, özgüven kazandırmaya çalışılmasını, ancak istekli değil ise relaktasyon için ısrarcı olunmamasını ve baskı yapılmamasını önermektedir (73). Relaktasyon başarısı birkaç günden birkaç aya kadar değişkenlik gösterebilmektedir. Bir anne, en az üç haftalık bir süre boyunca tüm olası yöntemleri benimsemesine rağmen relaktasyon olmamışsa bu durum relaktasyon başarısızlığı olarak bildirilmektedir (30). Bir

diğer çalışmada iki haftalık sürekli çabadan sonra bile süt salgısı yoksa bu durum relaktasyon başarısızlığı olarak kabul edildiği bildirilmektedir (18). Emzirme danışmanlarına göre ise relaktasyon başarısı her anne ve her bebeğe göre değişmekte olup ortalama bir süre bulunmamaktadır. Araştırma süresince relaktasyon başarısızlığı her anne ve bebeğin bireysel değerlendirilmesi sonucu bu kaynaklarda referans alınarak belirlendi.

Müdahale grubu annelerin veri toplanmasında kullanılan relaktasyon desteğinin bileşenleri:

- Araştırmacı tarafından literatür (68, 73, 92, 94) doğrultunda hazırlanmış bir eğitim kitapçığı,
- Annelere mobil iletişim aracılığıyla görüntülü veya sesli görüşme (hangisini tercih ederlerse) ile çevrimiçi destek,
- Relaktasyon ihtiyacına anne ve bebeğin süreçteki ihtiyacına göre bireyselleştirilmiş mesajlar (her haftada iki mesaj),
- Birinci aydaki ilk iki hafta haftada iki sonraki iki hafta haftada bir, ikinci ay ise iki haftada bir eğitim ve izlem yapıldı.

Her ay hafta içi iki kez olmak üzere aylık sekiz mesaj, iki ayda toplam 16 kez mesaj gönderildi. Bu mesajların kaynağı araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığıdır. Eğitim kitapçığının kullanılma nedeni ise anneye sözlü, görsel ve uygulamalı verilen eğitim ve çevrimiçi danışmanlığın yanında istediği zaman kullanacağı yazılı ve görsel bir kılavuz olmasıdır. Hem yazılı hem sözlü hem görsel hem de mobil iletişim aracının kullanılması ile verilecek eğitim ile anneye sağlanan bu desteğin daha etkin bir hale getirilmesi amaçlandı.

Kontrol grubu: Planlanan sekiz izlem gerçekleştirildi (Şekil 8) ve veri toplama araçları uygulandı (araştırmanın ikinci aşamasında anlatıldığı gibi). Kontrol grubundaki annelere relaktasyon gerektiği halde hiçbir eğitim, danışmanlık veya relaktasyon müdahalesi yapılmaması, sadece değerlendirme ölçütlerinin uygulanması etik olarak uygun olmayacağından kontrol grubundaki annelere araştırmanın doğası gereği herhangi bir eğitim verilmemiş olup Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bulunan Laktasyon ve Relaktasyon Polikliniğine yönlendirmesi yapıldı. Görüşmeler haftanın üçüncü ve yedinci günleri arasında saat 09.00-17.00 saatleri arasında annelerin evlerinde veya ASM'lerde (hangisini tercih ederlerse) yapıldı. Her izlemde sonraki izlemin randevu planı yapıldı ve bu bilgi anneler ile yazılı olarak paylaşıldı.

Araştırmanın eşitlik ilkesi doğrultusunda son izlemiden sonra kontrol grubundaki annelere eğitim kitapçığı verildi. Ayrıca veri toplama süreci sonunda relaktasyon uygulamaları için uygun görülen annelere emzirme danışmanlığı yapıldı ve bu anneler araştırma kapsamı dışında tutuldu.

Hemşirelik Girişimi: İlk izlem verilerinin elde edilmesinden sonra SGM doğrultusunda hazırlanan relaktasyon eğitimi araştırmacı tarafından ASM'lerin eğitim odasında, emzirme odasında veya annelerin evlerinde bireysel olarak verildi. Müdahale grubuna sunulan eğitim ve izlemler annelerin ve bebeklerin durumuna özgü olarak verilmiş olup verilerin toplanması sekiz görüşme sonunda tamamlandı. Her bir görüşmenin süresi anne ve bebeğin durumuna özel olarak belirlenmiş olup ilk görüşme ortalama bir saat sonraki görüşmeler ise ortalama 45 dakika sürmüştür.

1. İzlem: SGM'nin ilk bileşeni olan bireysel özellikler ve deneyimleri içeren relaktasyon farkındalık eğitiminin birinci bölümünün gerçekleştirilmesi ve araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığının anneye verilmesini içeren bir izlemdir. Bu izlem anneyi, bebeği ve aileyi tanıma, SGM ye dayalı relaktasyon eğitim ve izleminin yol haritasını oluşturma bölümüdür.

Amaç: Annenin bireysel özelliklerinin, emzirme deneyiminin ve mevcut emzirme durumunun kişisel bilgi formu, EÖYÖ, EMÖ ve LATCH ile değerlendirilmesi. Bebeğin kilo, boy ölçümlerinin alınarak kişisel bilgi formundaki bebeğe özgü sorular ve İMDAT ile değerlendirilmesinin yapılması. Emzirmenin önemi ve faydalarını anlatmak. Tüm bu bilgiler doğrultusunda relaktasyona hazırlık için bir eylem planı oluşturmak.

Uygulamalar: Anne, bebek ve aile ile tanışıldı. Görüşme için ortamın uygunluğu sağlandı. Annenin kendini ifade etmesine olanak tanındı. Annenin mahremiyetine dikkat edildi. Yararlı sözsüz iletişim kurma (göz teması kurma, anne ile aynı hizada bulunma, anneye uygun bir şekilde dokunmak gibi), açık uçlu sorular sorma, güven veren ve cesaretlendiren geri bildirimlerde bulunma, tekrarlı vurgulama ve empati dibi dinleme ve öğrenme becerileri kullanıldı. Motivasyonel görüşme teknikleri kullanıldı (en fazla iki öneride bulunmak, doğru davranışa teşvik etmek gibi). Veri toplama araçları ile emzirme öyküsü ve durumu değerlendirildi. Annenin emzirmeye yönelik deneyimleri konuşuldu (Bebeğinizi emzirmek ve sütünüz ile beslemek için ne gibi girişimlerde bulundunuz?), emzirmeye yönelik olumlu ve olumsuz duyguları (Emzirme sürecine ve anne sütüne yönelik duygularınızı nelerdir?) değerlendirildi. Aile desteği ve ortam analizi yapıldı.

Ailenin emzirmeye yönelik olumlu ve olumsuz duyguları, tutumları ve davranışları (Emzirmeye ve anne sütüne yönelik duygularınız nelerdir? Annenin emzirmesi için hangi girişimlerde bulunarak destek sağlandınız?) değerlendirildi. Ardından DSÖ'nün relaksasyon rehberinde de belirtildiği gibi relaksasyon uygulamalarına başlamadan önce emzirmenin önemi ve faydaları konusunda anneye ve aile üyelerine eğitim verildi (eğitim kitapçığı bkz 1-6 sayfa). Eğitim kitapçığı anneye verildi. Anne ve ailenin (tüm annelerin eş veya aile üyeleri ile iletişim kuruldu) soruları yanıtladı diğer izlemlerdeki eğitim konularına dair sorular ise kısa ve ileride detaylandırılacağı belirtilerek yanıtladı. İlk görüşme sonucunda belirlenen duruma göre bir eylem planı hazırlamak üzere görüşme sonlandırıldı (Hedefler belirlemeye ve yeniden emzirmek/sütünüz artırmak için bir plan geliştirmeye hazır mısınız?). İlk hedef sonraki izlem planına uyum sağlamak olarak belirlendi. Sonraki izlemler için bir takvim oluşturuldu izlem sıklığının ve izlemlere katılımın önemi açıklanarak anneye izlem takviminin yazılı hali verildi. Sonraki izleme kadar ihtiyaç duyulan zamanlarda telefon ile iletişim kurulabileceği bilgisi verilerek araştırmacının iletişim bilgileri paylaşıldı.

Kullanılan materyaller: Veri toplama araçları, hassas tartı, infantometre, eğitim kitapçığı.

2. İzlem: Bu izlem SGM'nin ikinci ve üçüncü bileşeni olan davranışa özel bilişsel süreç ve etkileri ve davranış çıktısını kapsamaktadır. Bu bileşenler doğrultusunda relaksasyona yönelik değiştirilebilir faktörler belirlenir, bu faktörlerin ölçümü ve bu doğrultuda bireysel eğitim ve izlem yapılmasına sağlanır. Aynı zamanda eğitimi uygulama ve izlemlerin etkinliği, anne ile belirlenen plana bağlılık, acil gereksinimler ve öncelikler ele alınarak relaksasyon başarısı değerlendirilir.

Amaç: Relaksasyon kavramını, anne ve bebeğe uygun olan relaksasyon tekniklerini ve annenin bireysel hedeflerini belirlemek. Memenin temel bölümlerini ve fonksiyonlarını açıklamak. Annede süt salgılanmasının ve artışının hormonal kontrolünü açıklamak. Bebeği memeye “doğru” ve “yanlış” yerleştirmenin farkını açıklamak. Etkin ve etkin olmayan emme arasındaki farkı anlatmak. Relaksasyon başarısında etkili olan faktörleri anlatmak (annenin emzirme öz yeterliliği, annenin emzirme motivasyonu, meme ucu uyarısı, doğru emzirme pozisyonu, bebek memeye iyi yerleştirilmesi, bebeğin yaşı, en son emzirilme zamanı gibi). Annenin relaksasyona yönelik algılanan yararlar, algılanan engeller, öz yeterlilik, relaksasyona ilişkin etkiler, kişilerarası etkileşim ve durumsal

etkilerini değerlendirmek. Ayrıca acil gereksinimler ve öncelikleri belirleyerek davranış konusunda anne ve aile üyeleri ile plan yapmak. LATCH ve İMDAT veri toplama araçlarını uygulamak.

Uygulamalar: Görüşme için ortamın uygunluğu sağlandı. Annenin kendini ifade etmesine olanak tanındı. Annenin mahremiyetine dikkat edildi. Yararlı sözsüz iletişim kurma (göz teması kurma, anne ile aynı hizada bulunma, anneye uygun bir şekilde dokunmak gibi), açık uçlu sorular sorma, güven veren ve cesaretlendiren geri bildirimlerde bulunma, tekrarlı vurgulama ve empati dibi dinleme ve öğrenme becerileri kullanıldı. Motivasyonel görüşme teknikleri kullanıldı. Emzirme değerlendirmesi, annenin beslenme, uygu ve dinlenmesi dâhil genel sağlık durumu, bebeği tutuş pozisyonu, bebeğin durumu, bebeğin memeye tepkisi, bebeğin memeye yerleştirilmesi, annenin memeyi tutma şekli, bebeğin etkin emme durumu, bebeğin tatmin olma durumu, emzirmenin nasıl bittiği, memelerin durumu, annenin emzirmeye yönelik duyguları konularını kapsayacak şekilde yapıldı. Meme anatomik yapısı ve süt salgılanma süreci detaylı olarak açıklandı. Anneye memenin bölümleri ve fonksiyonları meme maketi ve eğitim kitapçığı üzerinden gösterildi. Bebeğin memeye doğru ve yanlış yerleştirilmesi uygulamalı olarak anlatıldı. Etkin ve etkin olmayan emme örneklerle açıklandı. “Relaksasyon çoğu zaman mümkün olacaktır, eğer anne kendini iyi hissediyorsa, bebek etkili emecek şekilde memeye iyi yerleştiriliyorsa, bebek istediği kadar sık ve istediği süre emziriliyorsa, bebek emmediği zaman meme ucu uyarısı ve sağım yapılıyorsa, çevredeki bireyler anneye destek oluyorsa.” vurgusu yapıldı. Annenin ve ailenin emzirmeye yönelik güçlü yönleri desteklendi ve bu durum geçmişteki olumlu veya olumsuz davranışlarına dayandırılarak açıklandı. Annenin kişisel etkilerine yönelik olarak- Anneye “Emzirmenin ve bebeğinizi anne sütü ile beslemenin sizin için faydaları nelerdir? Emzirmenin ve bebeğinizi anne sütü ile beslemenin bebeğiniz için faydaları nelerdir?” diye sorularak emzirmeye yönelik algıladığı yararlar belirlendi. Bu doğrultuda yeniden emzirme davranışının avantajlarına odaklandı. Anneye “Bebeğinizi yeniden emzirmeye veya sütünüzü artırmaya çalışırken ne gibi sorunlar yaşayabilirsiniz?” diye soruldu (algıladığı engeller). Bu engelleri nasıl aşacağı konusunda bilgilendirmeler yapıldı. Ayrıca anneye “Emzirmenin önündeki bu engelleri aşabileceğinizden ne kadar eminsiniz?” diye soruldu, bunu bir ile 10 puan arasında puanlaması istendi ve EÖYÖ de uygulandığı için annenin emzirme öz-yeterlilik algısı belirlendi. Anneye emzirmenin hangi yönünden hoşlandığı sorularak (emzirmeyle ilgili etki) oksitosin salgısını artıracak, anne ve bebeği rahatlatacak olan uygulamalar planlandı. Aile üyelerinden veya arkadaşlarından

bebeğin emzirilmesini destekleyen kişilerin varlığı (kişiler arası etkiler) sorgulandı (Aile üyelerinizden veya arkadaşlarınızdan bebeğinizi emzirmenizi isteyen var mı? Evet, ise kim? Bunun için ne yapıyorlar? Ne söylüyorlar?) annenin relaksasyon beklentisini artırmak için aile üyelerine de eğitim verildi. Özellikle eşler sürecin her aşamasına dâhil edilmeye çalışıldı ve cesaretlendirildi. Annenin ev ortamı değerlendirildi ve emzirmekten zevk aldığı/alacağı ortam (durumsal etkiler) soruldu (Emzirirken zevk aldığınız/rahat olduğunuz ortam neresidir? Emzirmekten zevk almanız için nasıl bir ortamda olmak istersiniz?). Anneye uygun relaksasyon teknikleri (parmak besleme, kaşık/kapla besleme, emzirme destek sistemi gibi) anlatıldı ve uygulamalı olarak gösterildi. Ayrıca relaksasyon başarısında önemli olan ten tene temas uygulaması da anlatılarak uygulamalı olarak gösterildi. Anne ve aile üleriyle hedefler belirlendi (ten tene temas uygulamasını günde en az bir kez ve en az 20 dakika yapmak, anne ve bebeğe uygun görülen relaksasyon tekniğine ve öneriler uymak, sonraki izlem planına uyum sağlamak gibi). Relaksasyon bulguları değerlendirildi. Anneye ve aile üyelerine konu hakkında soruları olup olmadığı soruldu; diğer oturumlara dair sorular ise kısa ve ileride detaylandırılacağı belirtilerek yanıtlandı.

Kullanılan materyaller: Eğitim kitapçığı, veri toplama araçları, meme maketi, bebek ağız maketi, bebek mide kapasiteleri maketi, hassas tartı, infantometre, elektrikli-çiftli süt sağma pompası.

3. 4. 5. 6. ve 7. İzlem: Bu izlemlerin tamamı SGM'nin ikinci ve üçüncü bileşeni olan davranışa özel bilişsel süreç ve etkileri ve davranış çıktısını kapsamaktadır. Bu bileşenler doğrultusunda relaksasyona yönelik değiştirilebilir faktörleri belirlenir, bu faktörlerin ölçümü ve bu doğrultuda bireysel eğitim ve izlem yapılmasına sağlanır. Aynı zamanda eğitimi, uygulama ve izlemlerin etkinliği, anne ile belirlenen plana bağlılık, acil gereksinimler ve öncelikler (anne veya bebeğin hastalanması, meme sorunlarının yaşanması gibi) de ele alınarak relaksasyon başarısı belirlenir.

Amaç: Önceki eğitimlerin pekiştirilmesi, önceki izlemde belirlenen hedeflere uyulma durumunun değerlendirilmesi, relaksasyon bulgularının değerlendirilmesi ve veri toplama araçlarının uygulanması, varsa soruların ele alınması.

Uygulamalar: Görüşme için ortamın uygunluğu sağlandı. Annenin kendini ifade etmesine olanak tanındı. Annenin mahremiyetine dikkat edildi. Yararlı sözsüz iletişim kurmak (göz teması kurmak, anne ile aynı hizada bulunmak, anneye uygun bir şekilde

dokunmak gibi), açık uçlu sorular sormak, güven veren ve cesaretlendiren geri bildirimlerde bulunmak, tekrarlı vurgulamak ve empati yapmak gibi dinleme ve öğrenme becerileri kullanıldı. Annelerle motivasyonel görüşme teknikleri kullanılarak iletişim kurulmaya dikkat edildi. Geçen zaman diliminde neler yapıldığı ve durumun nasıl olduğu konuşuldu. Önceki görüşmelerin özeti yapıldı. Annenin uygulamaları sorgulandı, olumlu ve olumsuz sonuçlar değerlendirildi. Olumlu tutum ve davranışlar takdir edildi. Olumsuz tutum ve davranışlar ise nedenleri açık uçlu sorunlarla tartışıldı. Relaksasyon teknikleri ve uygulamalarına yönelik annelerin olumlu ve olumsuz duygularını paylaşmasına imkân verildi (Relaksasyon tekniğine yönelik duygularınız ve deneyiminiz nedir? Relaksasyon tekniğinin uygulanması hangi yararlar sağladı?). Relaksasyon sürecinde annenin engelleri (Hedeflenen uygulamayı yerine getirirken hangi zorluklarla karşılaştınız? Bu zorluğa sebep olan durum sizce nedir? Bu durumun üstesinden gelmek için hangi girişimlerde bulundunuz?), öz yeterlilik (Relaksasyona yönelik yeterlilik duygunuzu 1 ile 10 arasında puanlar mısınız?) davranışa ilişkin algılar (Relaksasyon sürecine yönelik duygularınız nedir?), kişilerarası etkileşim (Aile üyelerinizin bu süreçteki desteğini nasıl buluyorsunuz? Size destek için hangi girişimlerde bulunuyorlar?), durumsal etkiler, acil gereksinimler ve öncelikler sorgulandı ve değerlendirildi. Bunlara yönelik girişimlerde ve önerilerde bulunuldu. Girişimler arasında yapay besleme sakıncaları, bebeğin hangi sıklık ve sürede emzirilmesi gerektiği, bebeğin açlık belirtileri, süt yeterlilik bulguları, süt yapımının devamlılığı, süt sağma ve saklama koşulları gibi konularda eğitim verildi. Planlanan izlemler yapıldı (Şekil 8) ve veri toplama araçları uygulandı. Mastit, çatlaklar gibi acil gereksinimler ve öncelikler ele alındı. Bu durumlarda özgü önerilerde bulunuldu (memeye sıcak/soğuk uygulama, farklı pozisyonda emzirme, sağlık hizmetinden yararlanma gibi). Annenin bebeğini beslerken kullandığı yöntemlerden biberonla besleme ve emzik gibi tercihler değerlendirildi. Bu besleme yöntemlerinin sakıncaları ve emmeyen bebeklerde biberona alternatif besleme teknikleri anlatıldı. Ayrıca yine annenin tercihlerinden olan kendi beslenme durumu da takip edilerek önerilerde bulunuldu. Her izlemden sonra anne ve aile üyeleriyle yeni eylem planı belirlendi (ten tene temas uygulamasını günde en az bir kez ve en az 20 dakika yapmak, anne ve bebeğe uygun görülen relaksasyon tekniğine ve öneriler uymak, sonraki izlem planına uyum sağlamak gibi). Relaksasyon bulguları değerlendirildi (sağlığı geliştirme davranışı). Belirlenen uygulamaların işe yarayıp yaramadığını değerlendirmek için anne ve bebeğin ihtiyacına göre izlemler (tekrarlı değerlendirme) yapıldı. Anneye ve aile üyelerine konu hakkında soruları olup olmadığı

soruldu; diğer izlemlerdeki eğitim ve uygulamam yönelik sorular var ise kısaca ve ileride detaylandırılacağı belirtilerek yanıtlandı.

Kullanılan materyaller: Eğitim kitapçığı, veri toplama araçları, hassas tartı, infantometre, elektrikli-çiftli süt sağma pompası, emzirme destek sistemi, bebek besleme sondası, enjektör, eldiven.

8. İzlem: Bu izlem SGM'nin ikinci ve üçüncü bileşeni olan davranışa özel bilişsel süreç ve etkileri ve davranış çıktısını kapsamaktadır. Bu bileşenler doğrultusunda relaktasyona yönelik değiştirilebilir faktörlerin belirlenmesi, bu faktörlerin ölçümü ve bu doğrultuda bireysel eğitim ve izlem yapılmasına olanak sağlanır. Aynı zamanda eğitimi uygulama ve izlemlerin etkinliği, anne ile belirlenen plana bağlılık, acil gereksinimler ve öncelikler de ele alınarak relaktasyon başarısı belirlenir.

Amaç: Tüm veri toplama araçlarının uygulanması. Relaktasyon başarısının sürdürülebilirliğine yönelik önerilerde bulunmak, anne ve ailenin bu süreçte yönelik deneyim ve duygularını ifade etmelerini sağlamak.

Uygulamalar: Görüşme için ortamın uygunluğu sağlandı. Annenin kendini ifade etmesine olanak tanındı. Annenin mahremiyetine dikkat edildi. Yararlı sözsüz iletişim kurma (göz teması kurma, anne ile aynı hizada bulunma, anneye uygun bir şekilde dokunmak gibi), açık uçlu sorular sorma, güven veren ve cesaretlendiren geri bildirimlerde bulunma, tekrarlı vurgulama ve empati gibi dinleme ve öğrenme becerileri kullanıldı. Motivasyonel görüşme teknikleri kullanıldı. Annenin bu görüşmede ihtiyacı olan eğitim ve destek verildi. Anne ve bebeğin bütüncül olarak değerlendirilmesi yapıldı, relaktasyona yönelik gelişmeler izlendi ve veri toplama araçları uygulandı. Belirlenen uygulamaların işe yarayıp yaramadığı değerlendirildi (sağlığı geliştirme davranışı). Tamamlayıcı beslemeye yönelik bilgiler verilerek sağlık kuruluşuna başvurulması gereken durumlar hatırlatıldı. Ayrıca anne ve aile üyelerinin bu süreçte yönelik deneyim ve duygularını ifade etmelerine olanak sağlandı. Anne ve aile üyelerinin soruları yanıtlanarak izlemler sonlandırıldı.

Kullanılan materyaller: Eğitim kitapçığı, veri toplama araçları, hassas tartı, infantometre, elektrikli-çiftli süt sağma pompası.

Kontrol grubuna alınan anneler ile planlanan toplam sekiz görüşme yapıldı (Şekil 8) ve veri toplama araçları uygulandı. Herhangi bir girişim yapılmayan kontrol grubunda yer alan annelerin laktasyon ve relaktasyon polikliniğine yönlendirilmesi yapıldı. Son

izlemede eğitim kitapçığı anneye verildi. Anne ve aile üyelerinin varsa soruları yanıtlanarak izlemler sonlandırıldı. Her bir görüşmenin süresi anne ve bebeğin durumuna özel olarak belirlenmiş olup ilk görüşme ortalama 45 dakika sonraki görüşmeler ise ortalama 30 dakika sürmüştür.

3.16. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Toplantı tarihi ve Protokol no: 27.04.2023-2023/45) ve Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu'ndan (Toplantı tarihi ve Protokol no: 29.04.2022-04/02) komisyon onayı alındı (Ek 10). Araştırmanın yapıldığı, Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden ve ASM'ler için Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma yapma izni alındı (Ek 11). Kullanılan ölçekler için ölçek sahiplerinden elektronik posta yoluyla izin alındı (Ek 13). Bilgilendirilmiş onam formunda (Ek 12) annelerden elde edilen bilgilerinin araştırmacı tarafından gizli tutulacağı, araştırmaya katılmayı kabul etse de istediğinde zaman diliminde araştırmadan çekilme hakkının olduğu açıklanmıştır. Böylelikle bir araştırmada gönüllülük ve gizliliğin korunmasına bağlı kalma etik ilkesine önem verilmiştir. Araştırma süresince "*İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu*"na bağlı kalınmıştır. Ayrıca müdahale grubundaki annelere SGM'ye dayalı verilen eğitim ve izlem ile sağlanan emzirme desteği için herhangi bir zaman diliminde ücret talep edilmeyeceği konusunda bilgi verilmiştir.

3.17. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 22.0 paket programı ile değerlendirildi. Sürekli ve kesikli sayısal değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma veya medyan biçiminde ifade edildi. Kategorik veriler ise frekans ve yüzde (%) olarak gösterildi. Ölçeklerden elde edilen puan ortalamaları sırasıyla normal dağılıma uygunluk testi ve varyans homojenliği testi Shapiro-Wilk testi ve Levene istatistiği ile yapıldı. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise "*Kurtosis*" ve "*Skewness*" kat sayıları (± 2) ile hesaplandı (134). Normal dağılım gösteren verilerde ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, üçlü grupların grup içi karşılaştırmalarında bağımsız gruplarda Varyans Analizi (ileri analiz olarak Benferroni testi) uygulandı. Normal dağılım göstermeyen verilerde ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U Analizi, üçlü grupların grup içi karşılaştırmalarında Friedman Analizi (ileri analiz olarak

Will Coxon testi) uygulandı. Kategorik olan verilerin karşılaştırılmalarında ise Ki-kare testi uygulandı. Ayrıca müdahale ve kontrol grubunun puan ortalamalarının karşılaştırılmasında normal dağılım gösteriyor ise iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (bağımsız student t testi) ile normal dağılım göstermiyorsa Mann-Whitney U testi uygulandı. Sonuçlarda %95 güven aralığı ve anlamlılık seviyesi olarak $p<0.05$ kullanıldı. Ayrıca eğitim kitapçığının içerik geçerliliğinin değerlendirilmesinde Kendall'ın Uyuşum Katsayısı Korelasyon testi kullanıldı.

3.18.Araştırmacının Anne Sütü, Emzirme ve Yeniden Emzirme Konusunda Yeterliliği (Araştırmacının Niteliği)

1. Araştırmacı Temas Emzirme ve Anne Sütü Gönüllüleri Derneği tarafından 02-10 Nisan 2022 tarihinde düzenlenmiş olan Temel Emzirme Danışmanlığı Eğitimi'ne katıldı (Ek 14). Ardından Emzirme Danışmanlığı İleri Beceriler Kursuna katıldı (Ek 14). Bu eğitim Sağlık Bakanlığı “Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi” ile denktir. Bu sertifikalı eğitim “Uluslararası Emzirme Danışmanlığı Sertifika Programları” dikkate alınarak “emzirmede bireysel bakım ve güncel prespektifler, ileri danışmanlık becerileri, emzirmede multidisipliner yaklaşım, kanguru bakımı ve relaktasyon, zor vaka yönetimi, kadın sağlığı ve etik” şeklinde altı modülden oluşmaktadır. Bu kursun tüm modül eğitimleri alındı (Ek 14). Araştırmacı Uzman Emzirme Danışmanı belgesini alabilmek için 15 Nisan 2023 tarihinde düzenlenmiş olan sınavda başarılı olmuş ve belgeyi almaya hak kazandı. Bu belgenin e-devletten sorgulanabilir ve üniversite onaylı bir sertifika hali için ise 8 Kasım 2024 tarihinde bir eğitim yapılmış olup araştırmacı bu eğitime katılmış ve belgesini güncellemiştir (Ek 14). Böylece araştırmacının farklı risklerdeki anne-bebek çiftlerinde relaktasyonu yönetecek ileri emzirme danışmanlığı yeterlilikleri ve deneyimlerinin geliştirilmesi sağlandı.
2. Aynı zamanda araştırmacı Uluslararası geçerliliği olan, İstanbul Gedik Üniversitesi Onaylı Emzirme Danışmanlığı eğitimine katıldı ve başarı ile tamamladı (Ek 14).
3. Relaktasyon sürecinde annenin motive olması çok önemli bir konudur. Alınan emzirme danışmanlığı eğitimlerinde motivasyonel görüşmelere yönelik bilgiler

verilmiş olup, bunlara ek olarak Motivasyonel Görüşme Teknikleri Eğitimi Sertifikası da alındı (Ek 14).

4. Araştırmanın katılımcılara eğitim verme yetkinliğinin artırılması için Esenyurt Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi'nin düzenlediği Eğiticinin Eğitimi Kursuna (45 saat) katılım sağladı ve Eğiticinin Eğitimi Sertifikası'nı aldı (Ek 14)
5. Konu ile ilgili 2.Uluslararası Emzirme Gerçeği Kongresi (2022) ve 2. Uluslararası Gülhane Anne Sütü ve Emzirme Kongresi'ne (2024) katılım sağlandı ve emzirme ve anne sütü ile ilgili sözlü bildiri sunumları yaptı.
6. Ayrıca konu ile ilgili kurs, kongre, sempozyum, webinar gibi bilimsel etkinliklere katılım sağladı (Ek 15).

3.19. Araştırmanın Güçlü Yönleri, Sınırlılıkları ve Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar

Araştırmanın güçlü yönleri; ülkemizde relaktasyon başarısında SGM'nin ilk kez kullanılacak olması olup relaktasyon başarısını etkileyebileceği düşünülen annenin emzirme öz yeterliliği, annenin emzirme motivasyonu, bebeğin postnatal yaşı, bebeğin emme isteği gibi birçok faktörü belirlemiş olmasıdır. Ayrıca araştırmanın yapılacağı il merkezindeki relaktasyon oranını ve olgulara göre relaktasyon başarısını ortaya çıkarmıştır. Araştırmada kullanılacak olan SGM'nin relaktasyon başarısına olumlu etkisi ile sahadaki emzirme destek uygulamalarına rehberlik edebilecek niteliktedir. İzlemlerin annelerin tercihinine göre evlerinde yapılabilmesi ve talep ettiklerinde çevrimiçi danışmanlık verilecek olması annelere bu süreçte kolaylık sağlamış, zaman kazandırmış ve sağlık personeline ulaşılabilirliği artırmıştır. Ayrıca araştırma süresince SGM temelli, multidisipliner ve bireysel bir yaklaşım ile anne, aile ve sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire, ebe gibi) relaktasyon farkındalığının artırmaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda bebeğe, anneye, aileye ve topluma yarar sağlanarak sürdürülebilir kalkınma hedeflerine olumlu etkisi olabilecektir. Ayrıca annelerin aldıkları SGM temelli emzirme desteğinin iki aydan sonra da devam etmesini istemeleri memnuniyetin yüksek olduğunu, anne ve araştırmacının (emzirme danışmanının) arasındaki etkileşimin olumlu yönde olduğunu göstermesi bakımından araştırmanın diğer güçlü yönünü göstermektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları; çalışmaya dâhil edilen bebeklerin postnatal yaş ve emzirme-formüla ile beslenme özellikleri bu olguların farklı alt gruplarını ortaya çıkarmış olması araştırma için sınırlılık olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca örnekleme oluşturan

annelerden dördünün ilk izlem sırasında farklı kaynaklardan çevrimiçi emzirme danışmanlığı alma durumunun olduğu saptandı. Bu durum araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır. Relaktasyonun yaşı küçük bebeklerde büyük bebeklere göre daha kolay olduğu fakat büyük bebeklerde de başarı sağlanabildiği bildirilmektedir. Ülkemizde relaktasyon prevelansını gösteren örnek bir çalışmanın olmaması, relaktasyon ihtiyacı olabilecek 4 ay ve üzeri bebeklerin araştırmaya dâhil edilmemesi araştırma için bir diğer sınırlılıktır.

Araştırmada karşılaşılan zorluklar; araştırma sürecinde zamanı etkin ve verimli kullanabilmek, annelere ayrılan süre ve izlemlerin verimli olması için hazırlık aşamaları her izlem başında belirtilmiş olup annelerin ve bebekleri hazır bulunurluklarında yaşanan bazı aksaklıklar (bebeğin uyuması, aşırı aç olması, ağlaması) sebebi ile bu sürelerin üzerine çıkılması araştırmada karşılaşılan bir zorluktur. Araştırma süresinde salgın hastalıkların zaman zaman artış yapması ile bazı anne ve bebeklerin hasta olması veya hastalık bulaşması riski ile görüşme planına uyum sağlayamamaları araştırmada karşılaşılan bir zorluktur. Çevrimiçi görüşmeler için belirlenen zamanlar dışında da annelerle görüşmelerin yapılması araştırmada karşılaşılan bir zorluktur. Aile üyelerinin formül mamayı bırakma/azaltma konusunda özellikle ilk izlemlerde direnç göstermesi araştırmada karşılaşılan bir diğer zorluktur. Evde izlemler için navigasyon kullanılmış olup bazı annelerin evlerinin araştırmacının konumuna çok uzak olması özellikle ilk izlemde zaman yönetimi konusunda zorluklara sebep oldu.

4. BULGULAR

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre verilen eğitim ve izlemin yeniden emzirme (relaktasyon) başarısına etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda gösterilmektedir.

Tablo 3. Annelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımının karşılaştırılması

	Müdahale (n=38)		Kontrol (n=35)		Toplam		İstatistiksel Analiz
	X±SS		X±SS		X±SS		
	Ort.(min-max)		Ort. (min-max)		Ort.(min-max)		
Yaş (Yıl)	28.86±4.44		28.45±4.43		28.67±4.41		t=0.396
	29(19-39)		28(22-38)		29(19-39)		p=0.693
	Müdahale (n=38)		Kontrol (n=35)		Toplam		İstatistiksel Analiz
	N	%	N	%	N	%	
Yaş							
19-25	6	15.8	10	28.6	16	21.9	x ² =2.363
26-32	27	71.1	19	54.3	46	63.0	p=0.307
33-39	5	13.2	6	17.1	11	15.1	
Öğrenim Durumu							
12 yıl altı	14	36.8	10	28.6	24	32.9	x ² =0.565
12 yıl üstü	24	63.2	25	71.4	49	67.1	p=0.452
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	6	15.8	7	20.0	13	17.8	x ² =0.221
Çalışmıyor	32	84.2	28	80.0	60	82.2	p=0.639
Eş Öğrenim Durumu							
12 yıl altı	12	36.6	9	25.7	21	28.8	x ² =0.306
12 yıl üstü	26	68.4	26	74.3	52	71.2	p=0.580
Eş Çalışma Durumu							
Çalışıyor	38	100	35	100	73	100	-
Çalışmıyor	-	-	-	-	-	-	
En Uzun Yaşanılan Yer							
Kentsel	27	71.1	32	91.4	59	52.1	x ² =4.880
Kırsal	11	28.9	3	8.6	14	47.9	p=0.027
Gelir Durumu Algısı							
Geliri giderinden az	3	7.9	-	-	3	4.1	x ² =3.127
Geliri giderine denk	21	55.3	23	52.3	44	60.3	p=0.209
Geliri giderinden fazla	14	36.8	12	34.3	26	35.6	
Aile Tipi							
Çekirdek aile	35	92.1	30	85.7	65	89.0	p=0.468*
Geniş aile	3	7.9	5	14.3	8	11.0	

Tablo 3. (Devam)

Herhangi Bir Hastalık Bulunma Durumu							
Var	14 ^a	36.8	9 ^b	25.7	23	31.5	$\chi^2=1.045$
Yok	24	63.2	26	74.3	50	68.5	$p=0.307$
Sürekli Kullanılan Bir İlaç Bulunma Durumu							
Var	12 ^c	31.6	7 ^d	20.0	19	26.0	$\chi^2=1.269$
Yok	26	68.4	28	80.0	54	74.0	$p=0.260$
Sigara Kullanma Durumu							
Evet	10	26.3	15	42.9	25	34.2	$\chi^2=2.214$
Hayır	28	73.7	20	57.1	48	65.8	$p=0.137$
Eş Sigara Kullanma Durumu							
Evet	24	63.2	24	68.6	48	65.8	$\chi^2=0.237$
Hayır	14	36.8	11	31.4	25	34.2	$p=0.626$
Alkol Kullanma Durumu							
Evet	2	5.3	-	-	2	2.7	$p=0.494^*$
Hayır	36	94.7	35	100	71	97.3	

*Fisher'in kesin ki-kare testi yapıldığı için ki-kare değeri bulunmamaktadır, χ^2 : Ki-kare analizi, t: Bağımsız gruplarda t testi.

^aDemir eksikliği anemisi (9), B12 eksikliği anemisi(2), Behçet (2), Tiroid (1). ^bDemir eksikliği anemisi (4), B12 vitamini eksikliği anemisi (2), Alerjik astım (3).^cFerro sanol (7), B12 vit (2), D vit (2), Levotiron (1).^dFerro sanol (2), D vit (2), Symbicort (3).

Tablo 3'te annelerin bazı tanıtıcı özelliklerinin gruplara göre dağılımı yer almaktadır. Gruplara göre annelerin yaş ortancaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0.693$). Gruplar arasında; öğrenim durumu, eş öğrenim durumu, eş çalışma durumu, çalışma durumu, aile tipi, herhangi bir hastalık bulunma durumu, sürekli kullanılan bir ilaç bulunma durumu, sigara kullanma durumu, eş sigara kullanma durumu ve alkol kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Müdahale ve kontrol grubundaki annelerin en uzun yaşanan yer açısından aralarında istatistiksel olarak bir farklılık olduğu, diğer tanıtıcı özellikler bakımından homojen dağıldığı belirlendi (Tablo 3).

Tablo 4. Annelerin obstetrik, emzirme öyküsü ve bebeğe ait özelliklere göre dağılımı

	Müdahale (n=38)		Kontrol (n=35)		Toplam		İstatistiksel Analiz
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		
	Ort.(min. maks.)		Ort.(min. maks.)		Ort.(min.maks.)		
Toplam Gebelik Sayısı	1.76±1.05 1 (1-4)		1.43±0.56 1 (1-3)		1.60±0.86 1 (1-4)		t=1.738 p=0.091
Bebeğin Gestasyon Haftası	38.71±1.33 39 (35-41)		38.66±1.55 39 (35-41)		38.38±1.43 39 (35-41)		t=0.158 p=0.875
Bebeğin Doğum Ağırlığı (Gram)	3186.58±439.74 3200 (2120-4100)		3205.71±723.90 3200 (2000-5520)		3195.75±589.00 3200 (2000-5520)		U=602.500 p=0.490
Bebeğin Takvim Yaşı (Gün)	56.21±35.67 45 (15-120)		56.89±24.51 60 (20-97)		56.43±30.62 60 (15-120)		t=-0.095 p=0.925
Bebeğin En Son Emzirilme Zamanı (Gün)	13.89±16.64 15 (0-68)		30.66±15.82 30 (1-60)		21.93±18.21 20 (0-68)		t=-4.402 p=0.000
Bebeği Formül Mama ile Besleme Zamanı (Gün)	53.11±33.59 45 (15-30)		58.49±23.33 60 (20-97)		55.68±29.05 60 (15-97)		t=-0.800 p=0.427
	Müdahale (n=38)		Kontrol (n=35)		Toplam		İstatistiksel Analiz
	N	%	N	%	N	%	
Doğum Şekli							
Normal doğum	7	18.4	12	34.3	19	26.0	$\chi^2=2.382$ p=0.123
Sezaryen doğum	31	81.6	23	65.7	54	74.0	
Geçirilmiş Meme Operasyonu Durumu							
Var	-	-	2 ^a	5.7	2	2.7	p=0.226*
Yok	38	100	33	94.3	71	97.3	
Doğumdan Sonra Bebeğe Ayrı Kalma Durumu							
Evet	10 ^b	26.3	5 ^c	14.3	15	20.5	$\chi^2=1.615$ p=0.204
Hayır	28	73.7	30	85.7	58	79.5	
Bebeğin Herhangi Bir Hastalık Durumu							
Var	4 ^d	10.5	5 ^e	14.3	9	12.3	p=0.729*
Yok	34	89.5	30	85.7	64	87.7	
Doğumdan Sonra Bebeğin Emzirilme Zamanı							
Doğumdan hemen sonra	5	13.2	10	28.6	15	20.5	$\chi^2=2.937$ p=0.401
60 dk içinde	13	34.2	11	31.4	24	32.9	
İlk 24 saatten sonra	10	26.3	6	17.1	16	21.9	
Emziremedim	10 ^f	26.3	8 ^g	22.9	18	24.7	
Doğumdan sonra bebeğe verilen ilk besin							
Formül mama	23	60.5	33	94.3	56	76.7	$\chi^2=11.623$ p=0.001
Anne sütü	15	39.5	2	5.7	17	23.3	
Emzirmeyi Kesme veya Emzirememe Nedeni (evet yanıtları)							
Bilgisizlik	24	63.2	20	57.1	44	60.3	$\chi^2=0.275$ p=0.600
Süt gelmedi	12	31.6	4	11.4	16	21.9	$\chi^2=4.323$ p=0.038
Sütüm yetersizdi	29	76.3	22	62.9	51	69.9	$\chi^2=1.567$ p=0.211

Tablo 4. (Devam)

Bebeğin yetersiz kilo alımı	14	36.8	5	14.3	19	26.0	$\chi^2=4.815$ $p=0.028$
Bebekte uzamış sarılık	2	5.3	-	-	2	2.7	$p=0.494^*$
Bebeğin memeyi tutmaması	22	57.9	29	82.9	51	69.9	$\chi^2=5.392$ $p=0.020$
Meme reddi oldu	19	50.0	32	91.4	51	69.9	$\chi^2=14.852$ $p=0.000$
Düz/çökük meme ucu	8	21.1	8	22.9	16	21.9	$\chi^2=0.035$ $p=0.852$
Ağrı/çatlak gibi meme sorunu	2	5.3	-	-	2	2.7	$p=0.494$
Çevre baskısı	11	28.9	26	74.3	37	50.7	$\chi^2=14.983$ $p=0.000$
Bebeği İlk 6 Ay Besleme Planı							
Sadece anne sütü	30	78.9	17	48.6	47	64.4	$\chi^2=7.331$
Sadece formül mama	8	21.1	18	51.4	26	35.6	$p=0.007$
Her ikisi de	-	-	-	-	-	-	
Anne Sütünü Artıran Bir İçecek Kullanma Durumu							
Evet	22 ^g	57.9	17 ^h	48.6	39	53.4	$\chi^2=0.512$
Hayır	16	42.1	18	51.4	34	46.6	$p=0.774$
Anne Sütünü Artıran Bir Yiyecek Kullanma Durumu							
Evet	22 ⁱ	57.9	15 ⁱ	42.9	37	50.7	$\chi^2=1.648$
Hayır	16	42.1	20	57.1	36	49.3	$p=0.199$
Doğumdan Önce Emzirme Eğitimi Alma Durumu							
Evet	6 ^j	15.8	-	-	6	8.2	$p=0.026^*$
Hayır	32	84.2	35	100	67	91.8	
Şu an Bir Emzirme Danışmanlığı Alma Durumu							
Evet	4 ^k	10.5	-	-	4	5.5	$p=0.116^*$
Hayır	34	89.5	35	100	69	94.5	
Meme Başının Şekli^l							
Düz ya da içe çökük	3	7.9	3	8.6	6	8.2	$\chi^2=0.098$
Uyarıdan sonra dışa dönük	11	28.9	9	25.7	20	27.4	$p=0.952$
Dışa dönük	24	63.2	23	65.7	47	64.4	

*Fisher'in kesin ki-kare testi yapıldığı için ki-kare değeri bulunmamaktadır, χ^2 : Ki-kare analizi, U: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız gruplarda t testi.

^aBiyopsi. ^bBebekte enfeksiyon gelişti(1), Bebekte solunum sorunu oldu(9). ^cBebekte enfeksiyon gelişti(4), Bebekte solunum sorunu oldu(2), Bebekte üfürüm saptandı(1). ^dBebeği yoğun bakıma aldılar(6), Meme ucu olmaması/bebeğin memeyi kavrayamaması(4), Sütüm gelmedi (3), Sezaryen sonrası ağrı çoktu(4). ^e Bebeği yoğun bakıma aldılar(5), Meme ucu olmaması/bebeğin memeyi kavrayamaması(8), Sütüm gelmedi (9), Sezaryen sonrası ağrı çoktu(6). ^fBöbrek taşı (2), Çoklu besin alerjisi(2). ^gBöbrek taşı (3), Çoklu besin alerjisi(2). ^hKayısı hoşafı(6), Rezene çayı(11), Dut kurusu çayı(8), Ananas suyu(1), Kimyon çayı(6). ⁱKayısı hoşafı(5), Rezene çayı(10), Dut kurusu çayı(9), Kimyon çayı(6), Isırgan otu çayı(6), Çemen otu çayı(2). ^jTahin helvası(11), Bulgur pilavı(6), Petibör bisküvi(1), Dereotu(2), Hurma(8), İncir (3), Havuç(2), Dut kurusu(2). ^kTahin helvası(4), Bulgur pilavı(6), Yulaf lapası(1), Dereotu(6), Hurma(5), Dut kurusu(2). ^lHemşire(3), Ebe(3). ^kizlemler öncesindeki süreçte emzirme danışmanı ile bir kez online görüşme yapıldığı saptanmıştır.

Tablo 4’te annelerin bazı obstetrik, emzirme öyküsü ve bebeğe ait özelliklerinin gruplara göre dağılımı yer almaktadır. Gruplara göre annelerin toplam gebelik sayısı, bebeğin gestasyon haftası, bebeğin doğum ağırlığı, bebeğin takvim yaşı ortancaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Gruplar arasında; bebeğin formül mama ile beslenme zamanı, doğum şekli, geçirilmiş meme operasyonu durumu, doğumdan sonra bebekle ayrı kalma durumu, bebeğin herhangi bir hastalık durumu, doğumdan sonra bebeğin emzirilme zamanı, emzirmeyi kesme veya emzirmeme nedenlerinden bazıları (bilgisizlik, sütün yetersizliği, bebekte uzamış sarılık, düz/çökük meme ucu), anne sütünü artırıcı bir yiyecek veya içecek kullanma durumu, şuanda bir emzirme danışmanlığı alma durumu ve meme başı şekli açısından karşılaştırıldığından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Müdahale ve kontrol grubundaki annelerin doğumdan sonra bebeğe anne sütü dışında bir besin verilme durumu, emzirmeyi kesme veya emzirmeme nedenlerinden bazıları (süt gelmemesi, bebeğin yetersiz kilo alımı, bebeğin memeyi tutmaması, meme reddi, çevre baskısı), bebeği ilk 6 ay besleme planı, doğumdan önce emzirme eğitimi alma durumu ve bebeğin en son emzirilme zamanı (gün) bakımından aralarında istatistiksel olarak bir farklılık olduğu ($p<0.05$), diğer obstetrik, emzirme öyküsü ve bebeğe ait özellikler bakımından homojen dağıldığı belirlendi (Tablo 4).

Tablo 5. Annelerin relaksasyon başarısı oranlarının dağılımının karşılaştırılması

Relaksasyon durumu	Müdahale (n=38)		Kontrol (n=35)		Toplam		İstatistiksel Analiz
	N	%	N	%	N	%	
1.İzlem (İlk izlem)*							
Tam relaksasyon	-	-	-	-	-	-	$\chi^2=2.238$ $p=0.135$
Kısmi relaksasyon	24	63.2	16	45.7	40	54.8	
Başarısız	14	36.8	19	54.3	33	45.2	
2.İzlem							
Tam relaksasyon	-	-	-	-	-	-	$\chi^2=11.990$ $p=0.001$
Kısmi relaksasyon	32	84.2	16	45.7	48	65.8	
Başarısız	6	15.8	19	54.3	25	34.2	
3.İzlem							
Tam relaksasyon	-	-	-	-	-	-	$\chi^2=12.869$ $p=0.000$
Kısmi relaksasyon	34	89.5	18	51.4	52	71.2	
Başarısız	4	10.5	17	48.6	21	28.8	
4.İzlem							
Tam relaksasyon	2	5.3	-	-	2	2.7	$\chi^2=9.265$ $p=0.010$
Kısmi relaksasyon	31	81.6	20	57.1	51	69.9	
Başarısız	5	13.2	15	42.9	20	27.4	
5.İzlem							
Tam relaksasyon	16	42.1	-	-	16	21.9	$\chi^2=21.156$ $p=0.000$
Kısmi relaksasyon	17	44.7	20	57.1	37	50.7	
Başarısız	5	13.2	15	42.9	20	27.4	
6.İzlem							
Tam relaksasyon	22	57.9	3	8.6	25	34.2	$\chi^2=21.040$ $p=0.000$
Kısmi relaksasyon	11	28.9	16	45.7	27	37.0	
Başarısız	5	13.2	16	45.7	21	28.8	
7.İzlem							
Tam relaksasyon	24	63.2	3	8.6	27	37.0	$\chi^2=23.972$ $p=0.000$
Kısmi relaksasyon	9	23.7	16	45.7	25	34.2	
Başarısız	5	13.1	16	45.7	21	28.8	
8.İzlem (son izlem)*							
Tam relaksasyon	25	65.8	3	8.6	28	38.4	$\chi^2=25.634$ $p=0.000$
Kısmi relaksasyon	8	21.1	16	45.7	24	32.9	
Başarısız	5	13.1	16	45.7	21	28.7	

*1. izlemdir. Eğitim ve relaksasyon uygulamalarına başlamadan önceki değerlendirme sonucudur.

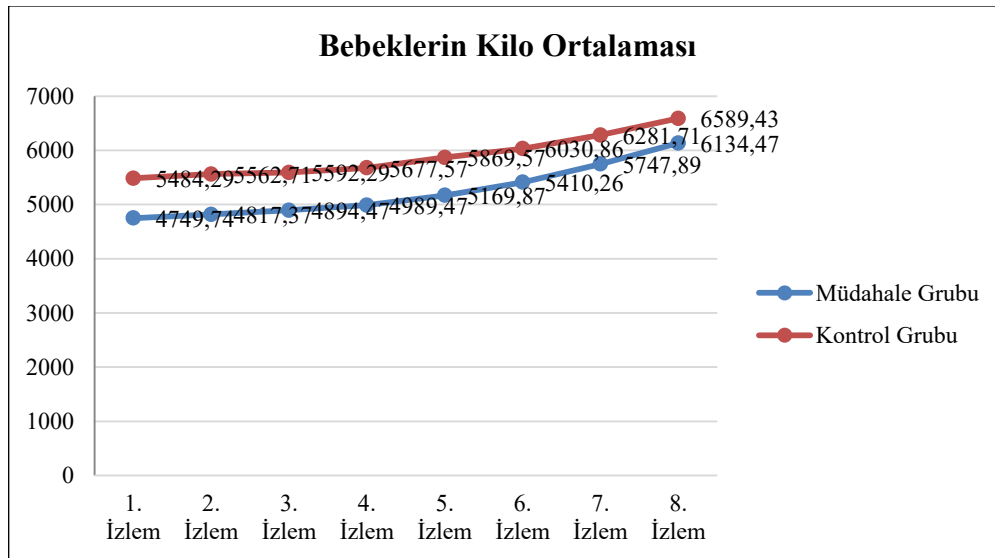
** 8. İzlemdir. Eğitim ve uygulamaların tamamlandığı süreçteki değerlendirme sonucudur.

Tablo 5'te annelerin relaksasyon başarısı oranlarının dağılımının karşılaştırılması yer almaktadır. İlk izlemde gruplar arasındaki relaksasyon başarısı oranlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). İkinci

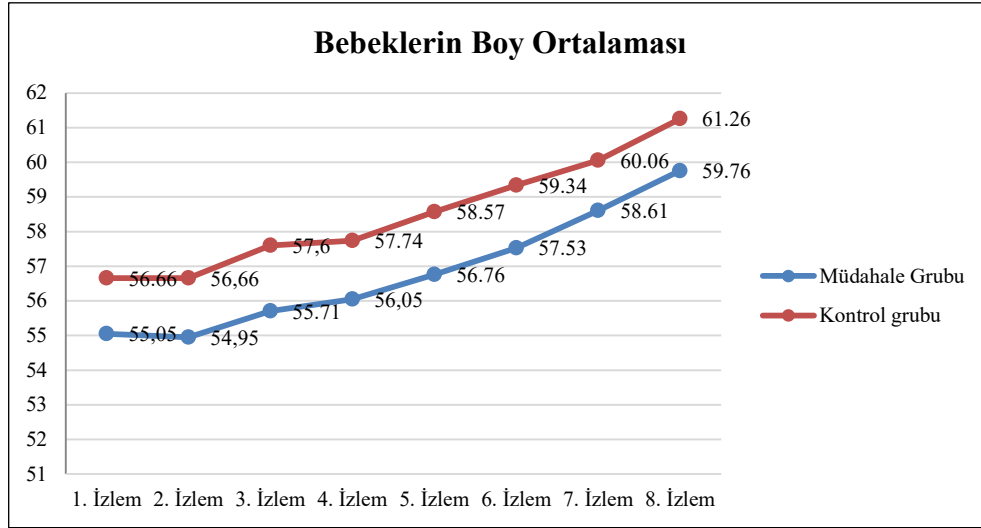
izlemiden son izleme kadar ki izlemlerde relaktasyon başarısı oranlarında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık olduğu, müdahale grubundaki annelerin kontrol grubundaki annelere göre relaktasyon başarısı oranlarının daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$). İkinci izlemde farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (x^2); ikinci, beşinci, altıncı, yedinci ve sekizinci izlemlerde müdahale grubundaki annelerin tam relaktasyon oranlarının, üçüncü ve dördüncü izlemlerde ise müdahale grubundaki annelerin kısmi relaktasyon oranlarının kontrol grubundaki annelere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Bebeklerin gelişim göstergelerinin (boy ve kilo) dağılımı ve gruplar arası karşılaştırma

		Müdahale (n=38)		Kontrol (n=35)		İstatistiksel Analiz	
		Ort±SS		Ort±SS			
Ağırlık (Gram)	İlk izlem	4749.74	1216.01	5484.29	976.81	t=-2.830	p=0.006
	Son izlem	6134.47	1113.07	6589.43	1128.44	t=-1.733	p=0.087
Boy (Cm)	İlk izlem	55.05	4.89	56.66	3.12	t=-1.684	p=0.097
	Son izlem	59.76	4.45	61.26	2.86	t=-1.719	p=0.090



Şekil 9. Gruplara göre bebeklerin kilo ortalamaları grafiği



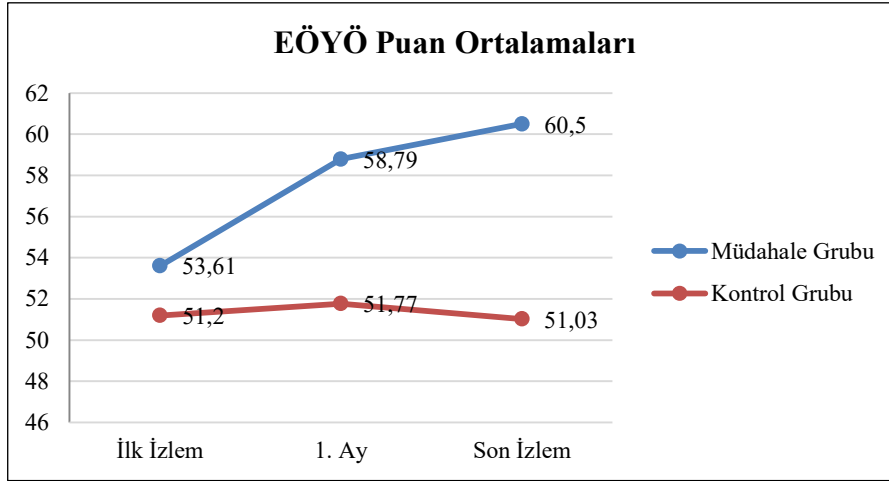
Şekil 10. Gruplara göre bebeklerin boy ortalamaları grafiği

Tablo 6'da bebeklerin gelişim göstergelerinin dağılımı ve gruplar arası karşılaştırılması yer almaktadır. İlk izlemede müdahale ve kontrol grupları arasındaki kilo ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Kontrol grubundaki kilo ortalaması daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sekizinci izlemde ise müdahale ve kontrol grupları arasındaki kilo ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Ayrıca ilk ve son izlemlerde müdahale ve kontrol gruplarının boy ortalaması karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Annelerin EÖYÖ puanlarının karşılaştırılması

EÖYÖ	Müdahale (n=38)		Kontrol (n=35)		İstatistiksel analiz	
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$			
İlk izlem ¹	53.61±5.99		51.20±8.33		t=1.405	p=0.165
1.ay ²	58.79±7.10		51.77±10.85		t=3.242	p= 0.002
Son izlem ³	60.50±10.87		51.03±9.65		t=3.923	p= 0.000
Test ve Anlamlılık	$\chi^2_F=29.625$	0.000	F=0.135	0.874		
Eta kare (η2)	-		0.004			
İkili Karşılaştırmalar (Z/Benferroni)	1<2, 3		-		-	
	F		P*		η2*	
Grup	14.012		0.000		0.165	
Zaman	5.597		0.008		0.073	
Grup*Zaman	5.453		0.005		0.071	

$\bar{X} \pm SS$: Ortalama $\pm$ Standart sapma, F: Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi, *İstatistiksel analiz , ** Etki büyüklüğü η^2 (Eta kare)



Şekil 11. Gruplara göre annelerin EÖYÖ puan ortalamaları grafiği

Tablo 7’de annelerin EÖYÖ puan ortalamalarının ilk izlem, birinci ay izlem ve son izlem testi ölçümlerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Grupların EÖYÖ puan ortalamalarının incelemesinde; ilk izlemde müdahale ve kontrol grubundaki annelerin EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Grup içi EÖYÖ puanı karşılaştırılmasında; müdahale grubundaki annelerin ilk izlemde EÖYÖ puan ortalaması 53.61 ± 5.99 , son izlemde 60.50 ± 10.87 ve birinci ay izleminde 58.79 ± 7.10 ’dır. Kontrol grubundaki annelerin EÖYÖ puan ortalaması 51.20 ± 8.33 , son izlemde 51.03 ± 9.65 ve birinci ay izleminde 51.77 ± 10.85 ’dir. Birinci ay ve son izlemde müdahale grubundaki annelerin EÖYÖ puan ortalamaları kontrol grubundaki annelere göre daha yüksek olup, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İlk izlem, birinci ay izlem ve son izlemde müdahale grubundaki annelerde EÖYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu, annelerin birinci ay ve son izlem EÖYÖ puanlarının ilk izlemde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İlk izlem, birinci ay ve son izlemde kontrol grubundaki annelerde EÖYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 7).

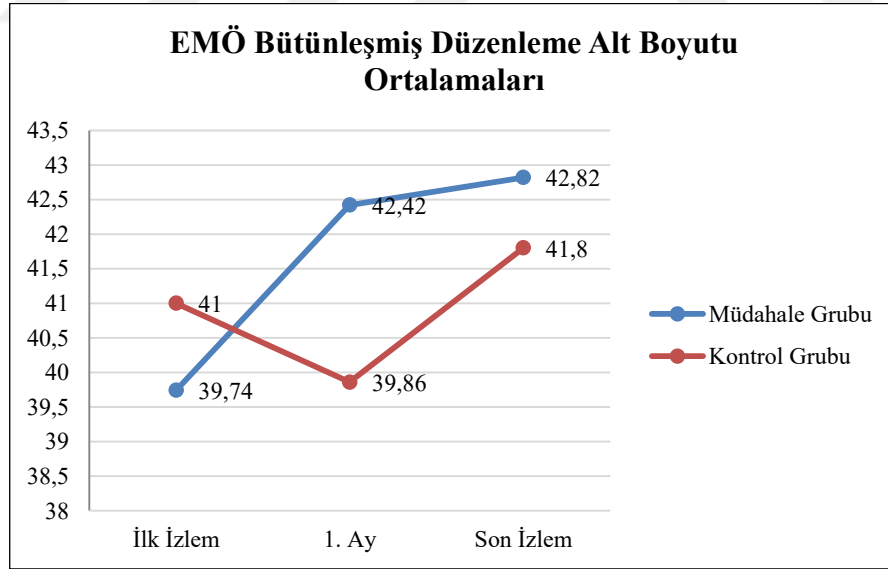
Tablo 7’de annelerin EÖYÖ puan ortalaması gruba göre, ölçüm yapılan zamana göre ve grup*zaman etkileşimine göre incelenmiştir. Gruplar arasında grup etkisi, zaman etkisi ve grup*zaman etkileşimi etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu doğrultuda emzirme öz yeterlilik düzeyinin gruba, zamana ve grup*zaman etkileşimine göre değiştiği söylenebilir. Ayrıca grup etki büyüklüğü düşük

($\eta^2=0.165$), zaman etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.073$) ve zaman*grup etkileşiminin etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.071$) olarak belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Annelerin EMÖ (primipar anneler için) bütünleşmiş düzenleme alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Bütünleşmiş düzenleme	Müdahale (n=38)		Kontrol (n=35)		İstatistiksel analiz	
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$			
İlk izlem ¹	39.74±3.66		41.00±2.87		t=-1.632	p=0.107
1.ay ²	42.42±1.73		39.86±4.04		t=3.468	p= 0.001
Son izlem ³	42.82±1.77		41.80±2.14		t=2.218	p= 0.030
Test ve Anlamlılık	F=19.250	0.000	F=5.007	0.009		
Eta kare (η2)	0.342		0.128		-	
İkili Karşılaştırmalar (Z/Benferroni)	1<2, 3		2<1, 3			
	F		p*		η2**	
Grup	2.719		0.104		0.037	
Zaman	11.431		0.000		0.139	
Grup*Zaman	11.107		0.000		0.135	

*İstatistiksel analiz F: Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi, ** Etki büyüklüğü η^2 (Eta kare)



Şekil 12. Gruplara göre annelerin EMÖ (primipar anneler için) bütünleşmiş düzenleme alt boyutu puan ortalamaları grafiği

Tablo 8’de annelerin EMÖ Bütünleşmiş Düzenleme alt boyutu puan ortalamalarının ilk izlem, birinci ay izlem ve son izlem testi ölçümlerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Gruplara göre EMÖ bütünleşmiş düzenleme alt boyutu puan

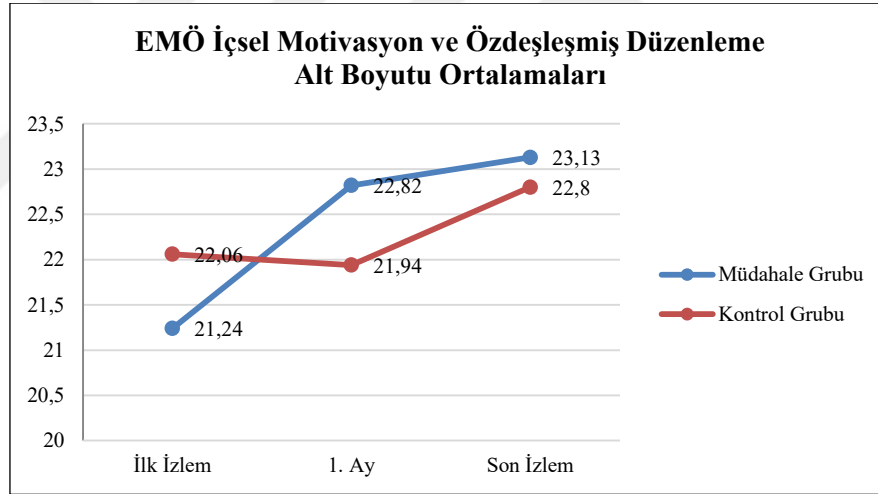
ortalamlarının incelemesinde; ilk izlemde müdahale ve kontrol grupları arasındaki bütünleşmiş düzenleme alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Birinci ayda ve son izlemde müdahale grubundaki annelerin bütünleşmiş düzenleme alt boyut puan ortalamaları kontrol grubundaki annelere göre daha yüksek olup, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Grup içi EMÖ Bütünleşmiş Düzenleme alt boyut puanı karşılaştırılmasında; müdahale grubundaki annelerin bütünleşmiş düzenleme alt boyutu puan ortalaması ilk izlemde 39.74 ± 3.66 , son izlemde 42.82 ± 1.77 ve birinci ay izleminde 42.42 ± 1.73 'tür. Kontrol grubundaki annelerin bütünleşmiş düzenleme alt boyutu puan ortalaması ilk izlemde 41.00 ± 2.87 , son izlemde 41.80 ± 2.14 ve birinci ay izleminde 39.86 ± 4.04 'dür. Müdahale grubunda birinci ay ve son izlemde bütünleşmiş düzenleme alt boyut puan ortalaması ilk izleme göre daha yüksek olup, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda birinci aydaki bütünleşmiş düzenleme alt boyut puan ortalamaları ön ve son izleme göre daha düşük olup, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8'de annelerin EMÖ Bütünleşmiş Düzenleme alt boyut puan ortalaması gruba göre, ölçüm yapılan zamana göre ve grup*zaman etkileşimine göre incelenmiştir. Müdahale ve kontrol grubunun grup etkisine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), zaman etkisine ve grup*zaman etkileşimi etkisine göre ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu doğrultuda bütünleşmiş düzenleme düzeyinin zamana ve grup*zaman etkileşimine göre değiştiği söylenebilir. Ayrıca grup etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.037$), zaman etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.135$) ve zaman*grup etkileşiminin etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.135$) olarak belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Annelerin EMÖ (primipar anneler için) içsel motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme alt boyut puanlarının karşılaştırılması

İçsel motivasyon ve Özdeşleşmiş Düzenleme	Müdahale (n=38)	Kontrol (n=35)	İstatistiksel analiz	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
İlk izlem ¹	21.24±2.89	22.06±2.17	t=-1.379	p=0.173
1.ay ²	22.82±1.83	21.94±2.01	t=1.941	p=0.056
Son izlem ³	23.13±1.60	22.80±1.73	U=256.500	p=0.091
Test ve Anlamlılık	$\chi^2_F=12.636$	0.002	F=4.917	0.010
Eta kare (η^2)	-	0.126	-	-
İkili Karşılaştırmalar (Z/Benferroni)	1<2, 3	3>2		
	F	p*	η^{2**}	
Grup	0.109	0.742	0.002	
Zaman	13.114	0.000	0.156	
Grup*Zaman	5.616	0.004	0.073	

*İstatistiksel analiz F: Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi, ** Etki büyüklüğü η^2 (Eta kare)



Şekil 13. Gruplara göre annelerin EMÖ (primipar anneler için) içsel motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme alt boyutu puan ortalamaları grafiği

Tablo 9’da anneleri EMÖ İçsel Motivasyon ve Özdeşleşmiş Düzenleme alt boyutu puan ortalamalarının ilk izlem, birinci ay izlem ve son izlem testi ölçümlerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Gruplara göre EMÖ içsel motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme alt boyutu puan ortalamalarının incelemesinde; ilk izlemde, birinci ay izlemde ve son izlemde müdahale ve kontrol grupları arasındaki içsel motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Grup içi EMÖ İçsel Motivasyon ve Özdeşleşmiş Düzenleme alt boyut puanı karşılaştırılmasında; müdahale grubundaki annelerin içsel

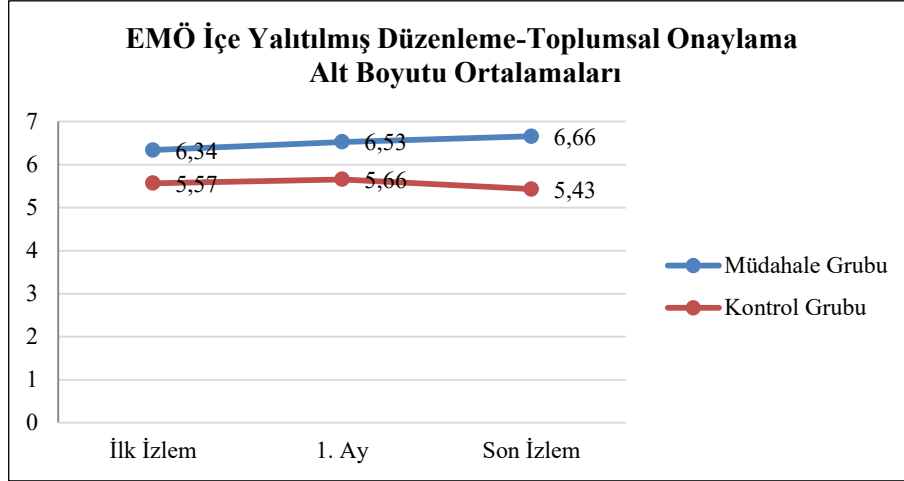
motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme alt boyutu puan ortalaması ilk izlemde 21.24±2.89, son izlemde 23.13±1.60 ve birinci ay izleminde 22.82±1.83'tür. Kontrol grubundaki annelerin içsel motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme alt boyutu puan ortalaması ilk izlemde 22.06±2.17, son izlemde 22.80±1.73 ve birinci ay izleminde 21.94±2.01'dir. Müdahale grubunda birinci ay ve son izlemde içsel motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme alt boyut puan ortalaması ilk izleme göre daha yüksek olup, bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda birinci aydaki içsel motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme alt boyut puan ortalamaları son izleme göre daha düşük olup, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10'da annelerin EMÖ İçsel Motivasyon ve Özdeşleşmiş Düzenleme alt boyut puan ortalaması gruba göre, ölçüm yapılan zamana göre ve grup*zaman etkileşimine göre incelenmiştir. Müdahale ve kontrol grubunun grup etkisine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), zaman etkisine ve grup*zaman etkileşimi etkisine göre ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu doğrultuda içsel motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme düzeyinin zamana ve grup*zaman etkileşimine göre değiştiği söylenebilir. Ayrıca grup etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.002$), zaman etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.156$) ve zaman*grup etkileşiminin etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.073$) olarak belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Annelerin EMÖ (primipar anneler için) içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal onaylama alt boyut puanlarının karşılaştırılması

İçe Yalıtılmış Düzenleme- Toplumsal Onaylama	Müdahale (n=38)		Kontrol (n=35)		İstatistiksel analiz	
	$\bar{X}\pm SS$		$\bar{X}\pm SS$			
İlk izlem ¹	6.34±1.71		5.57±2.02		t=1.763	p=0.082
1.ay ²	6.53±1.75		5.66±2.14		t=1.905	p=0.061
Son izlem ³	6.66±1.70		5.43±2.09		t=2.745	p= 0.008
Test ve Anlamlılık	F=1.451	0.241	F=1.608	0.280		
Eta kare (η2)	0.038		0.045		-	
İkili Karşılaştırmalar (Z/Benferroni)	-		-			
	F		p*		η2**	
Grup	5.048		0.028		0.066	
Zaman	0.706		0.458		0.010	
Grup*Zaman	2.202		0.130		0.030	

*İstatistiksel analiz F: Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi, ** Etki büyüklüğü η^2 (Eta kare)



Şekil 14. Gruplara göre annelerin EMÖ (primipar anneler için) içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal onaylama alt boyutu puan ortalamaları grafiği

Tablo 10’da annelerin EMÖ İçe Yalıtılmış Düzenleme-Toplumsal Onaylama alt boyutu puan ortalamalarının öz izlem, birinci ay izlem ve son izlem testi ölçümlerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Gruplara göre EMÖ içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal onaylama alt boyutu puan ortalamalarının incelemesinde; ilk izlemde ve birinci ay izlemde müdahale ve kontrol grupları arasındaki içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal onaylama alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Son izlemde müdahale grubundaki içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal onaylama alt boyutu puan ortalamasını kontrol grubuna daha yüksek olup, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Grup içi EMÖ İçe Yalıtılmış Düzenleme-Toplumsal Onaylama alt boyut puanı karşılaştırılmasında; müdahale grubundaki annelerin içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal onaylama alt boyutu puan ortalaması ilk izlemde 6.34 ± 1.71 , son izlemde 6.66 ± 1.70 ve birinci ay izleminde 6.53 ± 1.75 ’tir. Kontrol grubundaki annelerin içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal onaylama alt boyutu puan ortalaması ilk izlemde 5.57 ± 2.02 , son izlemde 5.43 ± 2.09 ve birinci ay izleminde 5.66 ± 2.14 ’tür. Müdahale ve kontrol grubundaki annelerin ilk izlem, birinci ay izleme göre içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal onaylama puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 10).

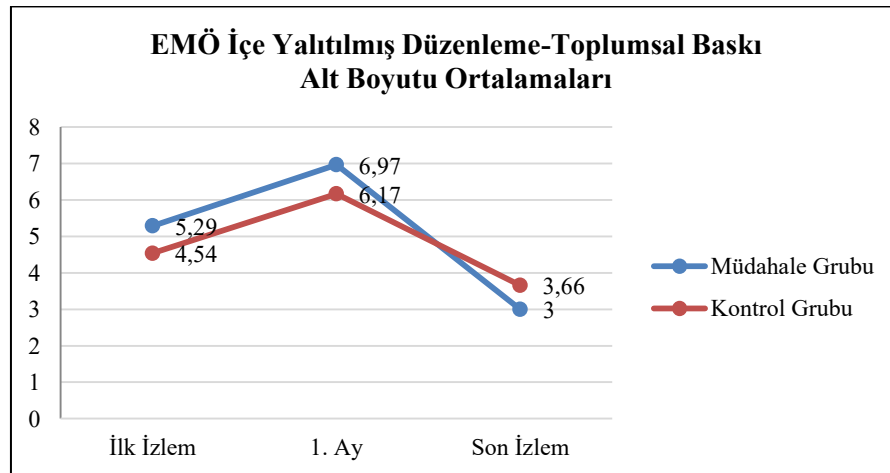
Tablo 10’da annelerin EMÖ İçe Yalıtılmış Düzenleme-Toplumsal Onaylama alt boyut puan ortalaması gruba göre, ölçüm yapılan zamana göre ve grup*zaman etkileşimine göre incelenmiştir. Müdahale ve kontrol grubunun grup etkisine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), zaman etkisine ve grup*zaman

etkileşimi etkisine göre ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu doğrultuda içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal onaylama düzeyinin sadece gruplara bağlı olarak değiştiği söylenebilir. Ayrıca grup etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.066$), zaman etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.010$) ve zaman*grup etkileşiminin etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.030$) olarak belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 11. Annelerin EMÖ (primipar anneler için) içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal baskı alt boyut puanlarının karşılaştırılması

İçe Yalıtılmış Düzenleme- Toplumsal Baskı	Müdahale (n=38)	Kontrol (n=35)	İstatistiksel analiz	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
İlk izlem ¹	5.29±1.69	4.54±2.01	t=1.724	p=0.089
1.ay ²	6.97±1.72	6.17±2.12	t=1.767	p=0.082
Son izlem ³	3.00±1.45	3.66±2.00	t=-1.595	p=0.116
Test ve Anlamlılık	F=49.424	0.000	F=10.041	0.000
Eta kare (η^2)	0.572	0.228	-	-
İkili Karşılaştırmalar (Z/Benferroni)	3<1, 2 1<2	3<1, 2		
	F	p*	η^2**	
Grup	3.219	0.077	0.043	
Zaman	44.506	0.000	0.385	
Grup*Zaman	2.892	0.059	0.039	

*İstatistiksel analiz F: Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi, ** Etki büyüklüğü η^2 (Eta kare)



Şekil 15. Gruplara göre annelerin EMÖ (primipar anneler için) içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal baskı alt boyutu puan ortalamaları grafiği

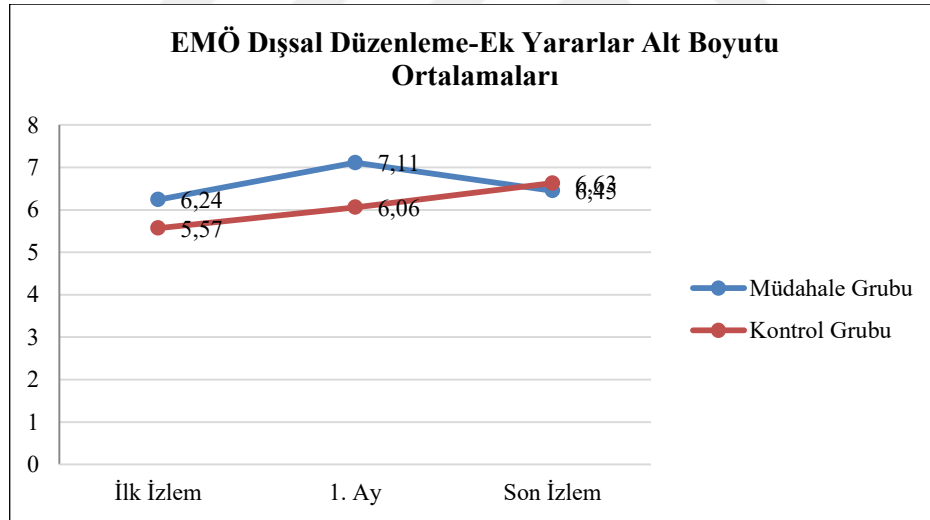
Tablo 11’de annelerin EMÖ İçer Yalıtılmış Düzenleme-Toplumsal Baskı alt boyutu puan ortalamalarının öz izlem, birinci ay izlem ve son izlem testi ölçümlerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Gruplara göre EMÖ içer yalıtılmış düzenleme-toplumsal baskı alt boyutu puan ortalamalarının incelemesinde; ilk izlemde, birinci ay izlemde ve son izlemde müdahale ve kontrol grupları arasındaki içer yalıtılmış düzenleme-toplumsal baskı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Grup içi EMÖ İçer Yalıtılmış Düzenleme-Toplumsal Baskı alt boyut puanı karşılaştırılmasında; müdahale grubundaki annelerin içer yalıtılmış düzenleme-toplumsal baskı alt boyutu puan ortalaması ilk izlemde 5.57 ± 2.02 , son izlemde 5.43 ± 2.09 ve birinci ay izleminde 6.97 ± 1.72 ’dir. Kontrol grubundaki annelerin içer yalıtılmış düzenleme-toplumsal onaylama alt boyutu puan ortalaması ilk izlemde 4.54 ± 2.01 , son izlemde 3.66 ± 2.00 ve birinci ay izleminde 6.17 ± 2.12 ’dir. Müdahale ve kontrol grubundaki annelerin son izlemdeki içer yalıtılmış düzenleme-toplumsal baskı puan ortalamasının birinci ayı ve son izleme göre daha düşük olup, bu farkın ise istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11’de annelerin EMÖ İçer Yalıtılmış Düzenleme-Toplumsal Baskı alt boyut puan ortalaması gruba göre, ölçüm yapılan zamana göre ve grup*zaman etkileşimine göre incelenmiştir. Müdahale ve kontrol grubunun zaman etkisine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), grup etkisine ve grup*zaman etkileşimi etkisine göre ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu doğrultuda içer yalıtılmış düzenleme-toplumsal baskı düzeyinin sadece zamana bağlı olarak değiştiği söylenebilir. Ayrıca grup etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.043$), zaman etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.385$) ve zaman*grup etkileşiminin etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.039$) olarak belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 12. Annelerin EMÖ (primipar anneler için) dışsal düzenleme-ek yararlar alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Dışsal düzenleme- Ek Yararlar	Müdahale Grubu (n=38)	Kontrol Grubu (n=35)	İstatistiksel analiz	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
İlk izlem ¹	6.24±1.55	5.57±1.84	t=1.678	p=0.098
1.ay ²	7.11±1.54	6.06±1.57	t=2.879	p= 0.005
Son izlem ³	6.45±2.16	6.63±1.40	t=-0.421	p=0.675
Test ve Anlamlılık	$\chi^2_F=6.800$	0.033	F=5.444	0.006
Eta kare (η^2)	-	0.138	-	-
İkili Karşılaştırmalar (Z/Benferroni)	2>1	3>1, 2		
	F	p*	η^2 **	
Grup	2.992	0.088	0.040	
Zaman	5.384	0.007	0.070	
Grup*Zaman	3.708	0.027	0.050	

*İstatistiksel analiz F: Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi, ** Etki büyüklüğü η^2 (Eta kare)



Şekil 16. Gruplara göre annelerin EMÖ (primipar anneler için) dışsal düzenleme-ek yararlar alt boyutu puan ortalamaları grafiği

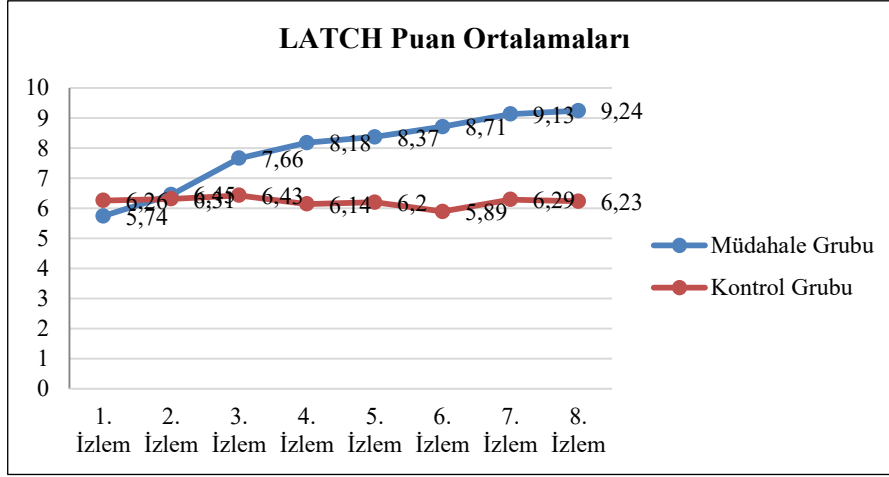
Tablo 12’de annelerin EMÖ Dışsal Düzenleme-Ek Yararlar alt boyutu puan ortalamalarının ilk izlem, birinci ay izlem ve son izlem testi ölçümlerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Gruplara göre EMÖ dışsal düzenleme-ek yararlar alt boyutu puan ortalamalarının incelemesinde; ön ve son izlemlerde müdahale ve kontrol grupları arasındaki dışsal düzenleme-ek yararlar alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Birinci aydaki izlemde

müdahale grubundaki annelerin dışsal düzenleme-ek yararlar alt boyut puan ortalamaları kontrol grubundaki annelere göre daha yüksek olup, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Grup içi EMÖ Dışsal Düzenleme-Ek Yararlar alt boyut puanı karşılaştırılmasında; müdahale grubundaki annelerin dışsal düzenleme-ek yararlar alt boyutu puan ortalaması ilk izlemde 6.24 ± 1.55 , son izlemde 6.45 ± 2.16 ve birinci ay izleminde 7.11 ± 1.54 'tür. Kontrol grubundaki annelerin dışsal düzenleme-ek yararlar alt boyutu puan ortalaması ilk izlemde 5.57 ± 1.84 , son izlemde 6.63 ± 1.40 ve birinci ay izleminde 6.06 ± 1.57 'dür. Müdahale grubunda birinci aydaki izlemde annelerin dışsal düzenleme-ek yararlar alt boyut puan ortalaması ilk izleme göre daha yüksek olup, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda son izlemdeki dışsal düzenleme-ek yararlar alt boyut puan ortalamaları ilk izlem ve birinci aydaki izlemden yüksek olup, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 12).

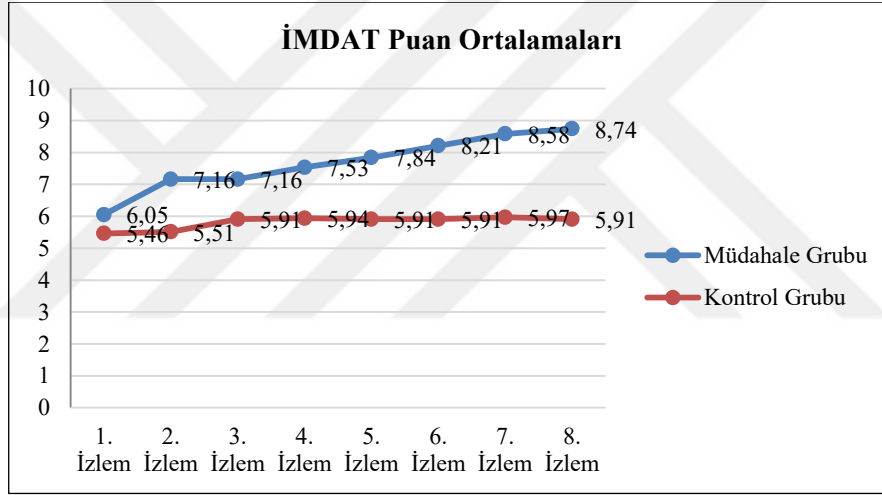
Tablo 12'de annelerin EMÖ Dışsal Düzenleme-Ek Yararlar alt boyut puan ortalaması gruba göre, ölçüm yapılan zamana göre ve grup*zaman etkileşimine göre incelenmiştir. Müdahale ve kontrol grubunun grup etkisine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), zaman etkisine ve grup*zaman etkileşimi etkisine göre ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu doğrultuda dışsal düzenleme-ek yararlar düzeyinin zamana ve grup*zaman etkileşimine göre değiştiği söylenebilir. Ayrıca grup etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.040$), zaman etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.070$) ve zaman*grup etkileşiminin etki büyüklüğü düşük ($\eta^2=0.050$) olarak belirlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 13. Annelerin LATCH ve İMDAT puanlarının gruplar arası karşılaştırılması

		Müdahale (n=38)	Kontrol (n=35)	İstatistiksel Analiz	
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$		
LATCH	1.izlem	5.74 $\pm$ 2.31	6.26 $\pm$ 1.82	t=-1.063	p=0.291
	8.izlem	9.24 $\pm$ 1.78	6.23 $\pm$ 1.54	t= 7.708	p= 0.000
İMDAT	1.izlem	6.05 $\pm$ 1.11	5.46 $\pm$ 1.50	t= 1.911	p=0.061
	8.izlem	8.74 $\pm$ 1.88	5.91 $\pm$ 1.84	t= 6.471	p= 0.000



Şekil 17. Annelerin LATCH puan ortancaları



Şekil 18. Annelerin İMDAT puan ortancaları

Tablo 13'te annelerin Emzirme Tanılama Ölçeği-LATCH ve Bebeğin Aldığı Anne Sütü Miktarı Puanlama Sistemi-İMDAT puan ortalamalarının ilk izlem ve son izlem test ölçümlerine göre karşılaştırılması yer almaktadır. Gruplara göre ilk izlemde LATCH ve İMDAT puan ortalamalarının incelemesinde; müdahale ve kontrol grupları arasındaki LATCH ve İMDAT puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Fakat son izlemde müdahale grubundaki annelerin LATCH ve İMDAT puan ortalamaları farkı kontrol grubundaki annelere göre daha yüksek olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Annelerin emzirme sıklığı, süt sağma sıklığı ile süt miktarındaki artış durumunun izlemlere gruplar arası karşılaştırılması

		Müdahale (n=38)	Kontrol (n=35)	İstatistiksel Analiz	
		Ort±SS	Ort±SS		
Emzirme Sıklığı	1.izlem	1.53±1.84	1.11±1.76	t=0.975	p=0.333
	8.izlem	7.29±2.89	1.43±2.46	t=9.276	p=0.000
Süt Sağma Sıklığı	1.izlem	0.50±0.98	0.40±0.81	t=0.473	p=0.638
	8.izlem	0.66±0.97	0.94±1.39	t=-1.023	p=0.310
Sağımda Çıkan Süt Miktarı (cc)	1.izlem	19.34±13.41	9.86±12.16	t=3.156	p=0.002
	8.izlem	99.61±43.73	20.15±31.47	t=8.914	p=0.000

Tablo 14’te annelerin emzirme sıklığı, süt sağma sıklığı ve süt miktarındaki artış durumunun ilk izlem ve son izlem test ölçümlerine göre karşılaştırılması yer almaktadır. Gruplara göre ilk izlemde annelerin emzirme sıklığı ve süt sağma sıklığı ortalaması arasında istatistiksel bir fark olmadığı ($p>0.05$), müdahale grubundaki annelerde sağımda çıkan süt miktarı ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gruplara göre son izlemde annelerin süt sağma sıklığı ortalaması arasında istatistiksel bir fark olmadığı ($p>0.05$), müdahale grubundaki annelerde emzirme sıklığı ve sağımda çıkan süt miktarı ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Müdahale grubundaki annelerin SGM’ye göre verilen relaksasyon eğitim ve izlemine yönelik memnuniyet düzeyleri (son izlem)

	Ort±SS	Ort (min-maks)	İstatistiksel Analiz
VAS Genel Memnuniyet	10.00±0.00	10 (10-10)	
Eğitim kitapçığı	10.00±0.00	10 (10-10)	
Eğitimde kullanılan maket materyaller	10.00±0.00	10 (10-10)	
Evde eğitim ve izlem	10.00±0.00	10 (10-10)	$\chi^2=83.366$
ASM de eğitim ve izlem	9.18±1.23	5 (5-10)	p=0.000
Relaksasyon teknikleri	9.18±1.67	5 (5-10)	
Telefon desteği	10.00±0.00	10 (10-10)	
İzlemlerin sıklığı ve uygunluğu	10.00±0.00	10 (10-10)	

Ortalama±Standart Sapma ($X\pm SS$), Ortanca (minimum-maksimum)

Tablo 15’de müdahale grubundaki annelerin sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim ve izleme ilişkin memnuniyet düzeyleri yer almaktadır. Müdahale grubundaki annelerin bu uygulamaya göre toplam memnuniyet puan ortancası 10 olarak saptanırken, memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0.001$). Bu farkın ASM de eğitim ve izlem ile relaksasyon tekniklerine yönelik memnuniyet puanlarındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edildi. ASM de eğitim ve izlem ile kullanılan relaksasyon teknikleri hariç diğer uygulamaların memnuniyet puan ortancaları 10 olarak elde edilirken, relaksasyon teknikleri ve ASM de sağlanan eğitim ve izlem puanının ortancası 5 olarak tespit edildi (Tablo 15).



5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Emzirme bebek ve anne sağlığını geliştiren bir sağlık davranışı olup birçok faktörden ötürü kesintiye uğramaktadır (24). Yeniden emzirme (relaktasyon), emzirmeyi bırakan bir annenin anne sütü salgısının yeniden sağlanması veya bir annenin emzirmede bir dönemden sonra azalan veya tamamen biten anne sütünü tekrar oluşturması sürecidir (42). Emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi, güçlendirilmesi ve istenilen hedeflere ulaşılabilmesi için SGM gibi model ve kurama dayalı eğitim programlarının olumlu etki ettiği bildirilmektedir (21, 24, 85, 104, 109, 135). Literatürde emzirme başarısına ulaşmada kuram/modele dayalı çalışmalar sınırlıdır (22). Relaktasyon da ise kuram/modele dayalı bir çalışmaya ulaşamadı. Bu bölüm SGM'ye göre verilen emzirme desteğinin relaktasyon sonuçlarını tartışmak için yazıldı.

Bu çalışmada müdahale ve kontrol grubundaki annelerin yaş ortalaması 28.67 ± 4.41 yıl, çoğunluğunun 12 yıl ve üstü öğrenim durumu olduğu ve çalışmadıkları, genellikle çekirdek aile tipinde olduğu, çoğunluğunun herhangi bir hastalığa sahip olmadığı, herhangi bir ilaç kullanmadığı, genellikle sigara kullanmadığı, tamamına yakınının alkol kullanmadığı ve bu özellikler bakımından homojen özellik gösterdikleri saptandı ($p > 0.05$) (Tablo 3).

Bu çalışmada annelerin bazı obstetrik, emzirme öyküsü ve bebeğe ait bakımından homojen oldukları saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 4). Bu özellikler relaktasyon başarısında etkili olabileceği için (10, 13, 14, 18, 36, 40, 41, 78, 79, 136) grupların homojen dağılması SGM temelli verilen eğitim ve izlemin etkinliğini değerlendirme açısından önemlidir. Ayrıca annelerin doğumdan sonra bebeğe anne sütü dışında bir besin verilme durumu, emzirmeyi kesme veya emzirmeme nedenlerinden bazıları (süt gelmemesi, bebeğin yetersiz kilo alımı, bebeğin memeyi tutmaması, meme reddi, çevre baskısı), bebeği ilk 6 ay besleme planı, doğumdan önce emzirme eğitimi alma durumu ve bebeğin en son emzirilme zamanı (gün) bakımından gruplara göre anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu saptandı (Tablo 4). Bebeğin en son emzirilme zamanı, annenin emzirmeyi kesme nedeni ve doğum öncesi emzirme eğitimi alma durumu relaktasyon başarısında etkili olabilir (10). Bu çalışmada kontrol grubundaki annelerin bebeğini en son emzirdiği sürenin daha uzun olması ve emzirmeyi kesme nedenlerinin (bilgisizlik, bebeğin yetersiz kilo alması, bebeğin memeyi tutmaması) daha fazla olması bu sonuçta etkili olmuş olabilir. Fakat kontrol grubundaki anneler müdahale grubundaki annelere göre doğum öncesi dönemde emzirme eğitimi alma

durumları açısından daha avantajlı başlamışlardır. Gönenli ve diğerlerinin normal doğum yapan primipar annelerin erken doğum sonu dönemde emzirme başarısı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları kesitsel çalışmada annelerin tamamının doğum öncesi dönemde emzirme ile ilgili eğitim aldıkları doğum sonu dönemde de emzirme danışmanlığı almak istedikleri bildirilmektedir (137). Nalbantoğlu ve diğerlerinin anne sütü alma ve kesme zamanını etkileyen faktörleri inceledikleri kesitsel çalışmada doğum öncesi emzirme eğitimi alan annelerin eğitim almayanlara göre bebeklerini bir yıl üzerinde emzirdikleri belirtildi (138). Bu bulgular yapılan müdahalenin etkisini belirlemek açısından önemlidir.

Emzirme, meme ucu ve memelerin uyarılması ardından sütün salgılanmasını gerektiren bir arz-talep sürecidir (133). Relaktasyonun başarıya ulaşabilmesi için annelerin memeleri düzenli olarak boşaltılmalı ve süt üretiminin devam etmesi sağlanmalıdır. Meme ve meme ucu uyarısı emzirme ve süt sağma gibi yöntemlerle yapılır (31, 32). Bu çalışmada annelerin gruplara göre ilk izlemde emzirme sıklığı ve süt sağma sıklığı ortalaması bakımından benzer oldukları ($p>0.05$), müdahale grubunda sağımda çıkan süt miktarının kontrol grubundaki annelere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Çalışmamızın son izleminde annelerin süt sağma sıklığı bakımından benzer oldukları ($p>0.05$), müdahale grubundaki annelerde emzirme sıklığı ve sağımda çıkan süt miktarı ortalamasının kontrol grubundaki annelere göre daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 14). Singh ve diğerlerinin çalışmasında memeleri düzenli olarak uyaran ve düzenli olarak sağım yapan annelerin relaktasyon başarıları daha yüksek olduğu belirtilmektedir (139). Bir deneysel çalışmada ise süt sağma sıklığı ve emzirme sıklığının müdahale grubunda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (140). Çalışmamızda relaktasyon tekniklerinden sık emzirme ve süt sağma gibi yöntemler kullanılmış olup, annelerin ürettikleri süt sağım yapılarak takip edilmiştir. Müdahale grubundaki annelerin birinci izlemde sağımda çıkan süt miktarının kontrol grubuna göre yüksek olmasında emzirmeye verilen aranın etkili olduğu düşünülebilir. Çünkü müdahale grubundaki annelerde emzirmeye verilen ara kontrol grubundaki annelerden daha düşük bulundu. Yapılan çalışmalarda emzirmeye verilen aranın kısa olması süt salgısının devamını ve relaktasyon başarısını olumlu etkileyen bir faktör olarak bildirilmektedir (18, 40, 79). Son izlemde gruplar arasında süt sağma sıklığının benzer olmasında relaktasyon oranları ve emzirme sıklığı etkili olmuş olabilir. Çünkü müdahale grubundaki annelerde relaktasyon oranı ve emzirme sıklığı daha

yüksektir. Tam relaktasyon sağlanan annelerin bebekleri emdiği için annelerin sağım yapmasına gerek kalmadı.

- SGM'ye göre verilen relaktasyon eğitim ve izlem annelerin relaktasyon oranlarına etkisi

SGM emzirmenin başlanmasında, sürdürülmesinde ve güçlendirilmesinde kullanılan iyi bir model olarak bildirilmektedir (85). Bu çalışmada son izlemde annelerin %65.8'inde tam relaktasyon %21.1'inde ise kısmi relaktasyon olmak üzere toplam %86.9 relaktasyon başarısı (%42.9'luk artışla) sağlandı. Ayrıca ilk izlemde gruplar arasında relaktasyon oranlarında anlamlı bir fark olmadığı fakat ikinci izlemden son izleme kadar müdahale grubundaki annelerin relaktasyon oranlarının kontrol grubundaki annelere göre daha yüksek olduğu saptandı. Bu sonuç ilk izlemde grupların relaktasyon başarısı yönünden benzer olduklarını SGM temelli eğitim ve izlemin etkilerinin zaman içinde oluştuğunu gösterdi ($p<0.05$) (Tablo 5). Bu sonuçlar H_1 hipotezini (Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin annelerin relaktasyon oranının artırıcı etkisi vardır) desteklemektedir. Literatürde SGM ye göre verilen eğitim ve izlemin relaktasyon başarısına etkisine yönelik bir çalışmaya rastlanmadı. Genellikle relaktasyon destek programı (40), eğitim programı (140), parmakla besleme (39, 141), galaktagog kullanımı (71), emzirme destek sistemi (32, 139) gibi relaktasyon tekniklerinin relaktasyon başarısına etkisini değerlendiren deneysel ve olgu çalışmalarından oluştuğu görüldü. Farklı örneklem gruplarında farklı relaktasyon teknikleri kullanılarak yapılan çalışmalarda relaktasyon başarısının %10-%100 arasında değiştiği görülmektedir (18, 40, 79, 87, 139, 142). Güçlü-Cihan'ın 1-4 aylık bebeği olan ve en az üç aydır herhangi bir sebeple emzirmeyi kesmiş annelerle (n:34) yaptığı ön test son test deneme modelindeki çalışmasında 15 gün sekiz ev ziyareti yedi telefon desteği uygulandığı ve annelerin %64.7'sinin süt salınımının başladığı belirtildi. Bu çalışmada relaktasyon tekniklerinden meme başı uyarısı, ten tene temas ve parmak besleme yöntemi kullanıldığı görüldü. Ayrıca bu çalışmada annelerin ilk izlemde hiç süt salgısının olmadığı belirtilmektedir (40). Relaktasyona yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında araştırma kapsamına alınan bebeklerin üç aylık veya daha küçük (79, 139, 143), dört aylık veya daha küçük (18, 40), akut malnütrisyonlu (139) veya prematüre (33, 39) olduğu görüldü. Ayrıca relaktasyon başarısına yönelik parmakla besleme (39, 40), EDS (139), uygun danışmanlık (79, 143), pozitif destek gurubu (18), sürekli ve olumlu aile desteği (18), eş desteği (143), problem

çözme (143) emzirme eğitimi (33, 40), meme ucu yarı (18, 40, 87), süt sağma (18, 40), ten tene temas (40) ve laktagog kullanımı (18) gibi teknik ve yaklaşımların kullanıldığı saptandı. Bu çalışmalarda izlem sıklığının ve takip süresinin ise sırasıyla 7-14 izlem, 15 gün-6 ay arasında değiştiği görüldü (18, 39, 40, 139, 143). Ek olarak bazı annelerin hastanede (18, 139) bazı annelerin ise evlerinde takip edildiği (40) görüldü. Bizim çalışmamızda ise her anne ve bebek bireysel olarak ele alınmış olup bütüncül değerlendirildi. SGM temeli bir eğitim planlandı, her anneye ve bebeğe uygun olan relaktasyon teknikleri (EDS, parmakla besleme, kapla besleme, süt sağma, meme ucu uyarısı gibi) ve yaklaşımları (ten tene temas, aile desteği, sürece eşin dâhil edilmesi, eğitim materyallerinin kullanılması gibi) kullanıldı. İzlem sayısı sekiz olup toplam iki ay sürdü. İzlemler ise annelerin talebine göre evlerinde veya ASM'lerde gerçekleştirildi. Bu farklılık veya benzerlikler relaktasyon başarısında etkili olabilen faktörler olup bu araştırmaların relaktasyon başarı oranlarının kıyaslamasını zorlaştırmaktadır. Fakat unutulmamalıdır ki relaktasyon her anne ve bebeğe özgü olan bireysel ve bütüncül bir yaklaşımı gerektiren bir süreçtir. Kullandığımız SGM temelli eğitim ve izlem bu süreci bireysel, bütüncül, sistematik ve profesyonel bir şekilde yürütmemize olanak sağladı. Sonuç olarak, SGM'ye dayalı eğitim ve izlem müdahalesinin relaktasyon sürecine olumlu etkisi çalışmamızda doğrulanmıştır. Relaktasyon oranlarını artırmak için erken müdahale, düzenli izlem ve bireyselleştirilmiş eğitim programlarının önem taşıdığı ortaya konmuştur.

- SGM'ye göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin annelerin bebeklerinin beslenme durumlarına göre gelişim göstergelerine (kilo, boy gibi) etkisi

Literatürde relaktasyon sürecinde uygulanan bireysel eğitim ve danışmanlığın bebeklerin gelişim göstergelerine olumlu katkı sağladığı belirtilmiştir (139). Bu çalışmada ilk izlemede, kontrol grubundaki bebeklerin kilo ortalamasının müdahale grubundakilere göre daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Ancak son izleme kadar geçen sürede bu farkın kaybolması müdahale grubundaki bebeklerde büyümenin desteklendiğini ve eşitlenmenin sağlandığını göstermektedir. İlk ve son izlemede müdahale ve kontrol grubundaki bebeklerin boy ölçümleri açısından bir farklılık olmadığı ($p>0.05$) dolayısıyla iki grubun büyüme hızlarının benzer bir seyir izlediği tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 6). Bu sonuçlar H_2 hipotezini (Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin bebeklerin beslenme durumlarına göre gelişim göstergelerini (kilo, boy gibi) artırıcı etkisi vardır) desteklemektedir. Çalışma bulgumuza benzer şekilde diğer çalışmalarda da

relaksasyon desteği sağlanan annelerin bebeklerinde gelişim göstergelerinin olumlu olduğu vurgulandı (40, 139). Dehkoda ve diğerlerinin eğitici ve destekleyici bir relaksasyon programının preterm bebeklerin kilo alımına etkisini belirlemeye çalıştıkları randomize kontrollü çalışmada düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerin kilo alımın olumlu etkilendiği belirtildi (33). Annelerin emzirme destek ve relaksasyon ünitesine başvuru nedenleri arasında kilo alma veya ağır kilo kaybı gibi nedenler bulunmaktadır. Bu süreçte anneyi destekleyen hemşire her izlemde bebeğin boy ve kilo takibini yapmalı ve olumsuzluk durumlarında gereken hemşirelik girişimlerini planlamalıdır (9). Sonuç olarak bu bulgular relaksasyon sürecinde annelere sağlanan SGM temelli eğitim ve izlemin relaksasyon başarısını desteklemesinin yanı sıra bebeklerin sağlıklı büyüme süreçlerine de katkıda bulunabileceğini göstermektedir.

- SGM'ye göre verilen relaksasyon eğitim ve izlemin annelerin emzirme öz yeterliliklerine etkisi

Annelerin öz yeterlilikleri kendilerini yeterli hissetmelerine; emzirme isteklerinin artmasına, emzirmek için çaba sarf etmelerine, emzirme sırasında sorunlar olsa bile çözümüne odaklanabilmelerine ve sonuçta kendisine daha da güven duymalarına olanak sağlamaktadır (42). Bu nedenle, relaksasyonun anahtarı, annenin özgüvenini artırmak ve başarılı bir şekilde emzirebileceğini yönünde cesaretlendirmektir. Çünkü kaygılı ve şüpheli bir annede, süt salgılanması ve akışında etkili olan hormonların üretimi baskılanabilir (79). Bu çalışmada, birinci ay ve son izlemde müdahale grubundaki annelerin EÖYÖ puanlarının kontrol grubundaki annelere göre daha yüksek bulunması, müdahale grubundaki annelerin SGM ye göre verilen eğitim ve izlem yoluyla emzirme öz yeterlilik düzeylerini artırdığını gösterdi ($p<0.05$) (Tablo 7). Bu sonuçlar H_3 hipotezini (Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen relaksasyon eğitim ve izlemin annelerin Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanlarını artırıcı etkisi vardır) desteklemektedir. Bu sonuçlar, SGM'ye dayalı relaksasyon eğitim ve izlemin müdahale grubundaki annelerin öz yeterlilik algısını artırmada olumlu etkilerinin olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Literatürde SGM'ye göre verilen relaksasyon eğitim ve izlemin annelerinin emzirme öz yeterlilikleri üzerine etkisini gösteren çalışmalara rastlanmadı. Ancak doğum sonrası dönemde lohusalar üzerinde yapılan çalışmalarda farklı destek ve eğitim yöntemlerinin annelerin emzirme öz yeterlilik düzeyleri üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (144, 146, 148, 150). Örneğin alışma sonucuna benzer olarak; Leahy-

Warren ve McCarthy'nın doğum sonrası dönemde ebeveyn öz yeterliliğini incelemek amacıyla yaptığı sistematik derlemesinde ebeveynlere sağlanan emzirme danışmanlığının ebeveynlerin öz yeterliliğini arttırmada önemli olduğu belirtildi (152). Sarı'nın primipar annelerle SGM ye göre verilen web tabanlı eğitimin bebeğin büyüme ve gelişimine, bebeğin sağlığına ve annelerin öz yeterlilik düzeyi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı randomize kontrollü çalışmasında bu yöntemin müdahale grubundaki annelerde EÖYÖ puanını anlamlı düzeyde artırdığı belirtildi (151). Sonuç olarak, bu çalışmada SGM'ye dayalı relaktasyon eğitim ve izlemin annelerin emzirme öz yeterliliklerini arttırmada etkili olduğu ve bu artışın hem kısa hem de uzun dönemde sürdürülebilir bir şekilde sağlandığı gösterilmiştir.

- SGM'ye göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin annelerin emzirme motivasyonlarına etkisi

Relaktasyon zorlu ve zaman alıcı olsa da birçok anne doğru destekle kısmi veya tam relaktasyon başarısı yaşayabilir. Bu süreçte başarı annenin motivasyonundan etkilenebilir (86, 133). Sağlık çalışanları tarafından iyi desteklenen annenin emzirme motivasyonu artabilir (8, 73). Bu çalışmada annelerin EMÖ (primipar anneler için) alt boyutları karşılaştırıldığı da SGM'ye dayalı eğitim ve izlem, dışsal düzenleme boyutlarında kısa vadede etkili olurken, içsel motivasyon, özdeşleşmiş düzenleme ve bütünleşmiş düzenleme boyutlarında anlamlı bir etki sağladı ($p<0.05$). İçerik Yalıtılmış Düzenleme-Toplumsal Onaylama ve Toplumsal Baskı alt boyutlarında ise müdahale ve kontrol grupları arasında izlem dönemleri boyunca anlamlı bir fark tespit edilmedi; ancak, her iki grupta da toplumsal baskı kaynaklı motivasyonun zamanla azaldığı görüldü ($p>0.05$) Bu sonuçlar H₄ hipotezini (Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin annelerin Emzirme Motivasyon Ölçeği (Primipar Anneler İçin) alt boyut puanlarını artırıcı etkisi vardır) çoğunlukla desteklemektedir.

Emzirme sürecinde primipar annelerin multiparlara göre emzirme motivasyon ve öz yeterliliklerinin daha düşük olduğu bu yüzden de daha fazla desteklenmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (151). Bu çalışmada, birinci ay ve son izlemde müdahale grubundaki annelerin EMÖ bütünleşmiş düzenleme alt boyutu puanlarının kontrol grubundaki annelere göre daha yüksek bulunması, müdahale grubundaki annelerin SGM ye göre verilen eğitim ve izlem yoluyla bütünleşmiş düzenlemeye yönelik motivasyonlarını artırdığını gösterdi. Ayrıca kontrol grubunda birinci izlemdeki bütünleşmiş düzenleme alt boyut puan

ortalamasının, ilk ve son izlemlerdekilere göre daha düşük olduğu tespit edildi ($p>0.05$). ($p<0.05$) (Tablo 8). Müdahale grubundaki bu artış, SGM temelli eğitim ve izlemin annelerin motivasyonlarını güçlendirerek emzirme sürecini daha bilinçli ve öz düzenleme odaklı bir şekilde sürdürmelerini sağladığını düşündürmektedir. Literatürde, motivasyonu artıran bireysel desteklerin emzirme sürekliliğine ve relaksasyon başarısına olumlu katkı sağladığı bildirilmektedir (40). Kontrol grubundaki annelerin bütünleşmiş düzenleme alt boyuta yönelik motivasyonda dalgalanmalar olduğunu belirledi. Literatürde, relaksasyon sürecinde sürekli destek ve danışmanlıktan yoksun olan annelerin motivasyonel sürdürülebilirlik sağlamakta güçlük çektiği ifade edilmektedir (40). Bu durum, kontrol grubunun motivasyonundaki bu dalgalanmaların müdahale grubunda gözlenmeyişi anlamı kılmaktadır.

Bandura'nın öz yeterlilik teorisine dayalı yaklaşımlarda, içsel motivasyonun artışının davranış değişikliğine olan katkısı vurgulanmıştır. Annenin emzirmeyi sevmesine ve emzirmekten hoşnut olmasına katkı sağlar (145). Bu çalışmada müdahale ve kontrol grubu arasında EMÖ içsel motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme alt boyutu puan ortalaması açısından anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Ancak müdahale grubunda kontrol grubuna göre izlem süreci boyunca daha yüksek bir artış gözlemlendi ($p<0.05$) (Tablo 5). Bu durum, eğitim ve izlemin annelerin emzirme sürecine yönelik istek ve motivasyonlarını güçlendirdiğini göstermiştir. Çalışmalarda içsel motivasyonla emziren annelerin daha uzun süre emzirdikleri ve bebeklerine sadece anne sütü verme oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (147, 149). Bu çalışmada da, SGM temelli eğitim ve izlemin bu etkiyi desteklediği tespit edildi.

Annenin eşine ya da arkadaşlarına karşı mahcup olmamak ve iyi bir anne olduğunu göstermek için emzirmesi içe yansıtılmış düzenleme ile motive olduğunu gösterir (145). Bu çalışmada EMÖ içe yalıtılmış düzenleme-toplumsal onaylama ve EMÖ toplumsal baskı alt boyutlarında müdahale ve kontrol grupları arasında izlem dönemleri boyunca anlamlı bir fark tespit edilmedi ancak, her iki grupta da toplumsal baskı kaynaklı motivasyonun zamanla azaldığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 10 ve Tablo 11). Gökşen-Yıldırım'ın çevrimiçi eğitimin emzirme motivasyonuna etkisini incelediği randomize kontrollü çalışmada da benzer sonuç bulunmuştur (154).

Annenin emzirmeyi tercih etme amacıyla mama almaktan tasarruf veya çabuk kilo vermek gibi amaçları olabilir. Bu tarz hedeflere ulaşmada anne emzirmeyi bir araç olarak

kullanmak isteyebilir (145). Bu çalışmada EMÖ dışsal düzenleme-ek yararlar alt boyutunda ilk izlem ve son izlemde müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı, ancak birinci ay izlemde, müdahale grubundaki annelerin puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 12). Bu bulgu SGM'ye dayalı eğitimin bu dönemde annelerin dışsal fayda algısını artırıcı bir etkiye sahip olduğunu düşündürmektedir. Literatürde, bireysel eğitim programlarının annelerin emzirmenin dışsal faydalarını daha iyi anlamalarına katkıda bulunabileceği vurgulanmaktadır (145). Covid 19 pandemisi sırasında gebelere verilen çevrimiçi emzirme eğitiminin emzirme motivasyonunun etkisinin incelendiği bir randomize kontrollü çalışmada, emzirme eğitiminin dışsal motivasyonu arttırdığı ve emzirmenin hem kilo kontrolü hem de maddi açıdan sağladığı yararlar vurgulanmıştır (155). Sonuç olarak, çalışmamızda SGM'ye dayalı eğitim ve izlemin, emzirme sürecindeki dışsal fayda motivasyonlarını artırmada özellikle birinci ayda etkili olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu etkinin uzun vadede korunması için daha kapsamlı ve sürdürülebilir destek programlarının gerekebileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda bireyselleştirilmiş, ve yapılandırılmış eğitim programlarının, emzirme motivasyonunu artırmada ve sürdürülebilir kılmada etkili bir araç olabileceğini göstermektedir.

- SGM'ye göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin LATCH ve İMDAT puanlarına etkisi

Literatürde, bireysel emzirme eğitimi ve danışmanlığın annelerin emzirme becerilerini artırmada ve bebeklerin anne sütü alımını optimize etmede önemli bir role sahip olduğu vurgulanmaktadır (13, 74, 85). Bu çalışmada son izlemde müdahale grubundaki annelerin LATCH ve İMDAT puan ortalamalarının kontrol grubundaki annelere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunması, SGM'ye dayalı eğitimin ve izlemin LATCH ve İMDAT puanlarını artırmada etkili bir müdahale yöntemi olduğunu ortaya koymaktadır ($p<0.05$) (Tablo 13). Bu sonuçlar H_5 ve H_6 hipotezlerini (Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin annelerin bebeklerinin İMDAT-Bebeğin aldığı anne sütü miktarını puanlama sistemine göre toplam puanlarını artırıcı etkisi vardır. Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin annelerin bebeklerinin İMDAT-Bebeğin aldığı anne sütü miktarını puanlama sistemine göre toplam puanlarını artırıcı etkisi vardır) desteklemektedir. Bu bulgu, müdahale grubundaki annelerin eğitim ve izlem süreci boyunca emzirme tekniklerini

geliştirdiğini ve bebeklerin anne sütü alımının arttığını göstermektedir. Sarı'nın antenatal dönemde web tabanlı verdiği emzirme eğitimi ile doğum sonu üçüncü ayda girişim grubundaki annelerin LATCH puan ortalamaları kontrol grubundaki annelere daha yüksek bulunmuş olup bulgumuzu destekler niteliktedir (151). Sağlık'ın yetersiz süt algısına yönelik yapılandırılmış eğitim ve izlemin etkisinin değerlendirildiği çalışmada doğum sonu birinci ay ve ikinci ayda İMDAT puan ortalamasının çalışma grubundaki annelerde daha yüksek olduğu saptanmış olup bulgumuzu destekler niteliktedir (153). Çalışmamızda SGM'ye dayalı eğitimin rehberliği ile annelerin LATCH puanlarının artışı, doğru emzirme pozisyonu ve tekniklerinin öğrenilmesinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Benzer şekilde, İMDAT puanlarındaki artış da emzirme etkinliğinin ve bebeklerin anne sütü alım miktarının arttığını ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, bu çalışmada SGM'ye göre verilen eğitim ve izlemin, annelerin emzirme becerileri ve bebeklerin anne sütü alımı üzerinde olumlu ve anlamlı etkiler yarattığını göstermiştir. Bu bulgular, relaksasyon sürecinde bireysel eğitim ve izlemin annelerin bilgi ve becerilerini güçlendirerek hem anne hem de bebeğin sağlığına katkı sağladığını bir kez daha vurgulamaktadır.

- SGM'ye göre verilen relaksasyon eğitim ve izlemin müdahale grubundaki annelerin memnuniyetlerine etkisi

Relaksasyon başarısında bildirilen iki kritik faktörden biri de sağlık çalışanlarının desteğidir (19, 73). Bu çalışmada SGM'ye göre verilen relaksasyon eğitim ve izlemin müdahale grubundaki anneler tarafından genel olarak yüksek düzeyde memnuniyetle karşılandığı tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 15). Bu bulgu H_7 hipotezini (Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen relaksasyon eğitim ve izlemin müdahale grubundaki annelerin memnuniyetleri-VAS skorunu yükseltici etkisi vardır) desteklemektedir. Ayrıca annelerin relaksasyon teknikleri ve ASM de sağlanan eğitim ve izlemden memnuniyet düzeyleri orta derecede bulundu. Bu bulgu, relaksasyon sürecinde kullanılan tekniklerin zorluğunu destekler niteliktedir. Annelere evlerinde sağlanan destekten memnuniyetlerinin yüksek olması dolayısıyla ASM de aldıkları desteğin ev ortamındaki rahatlığı sağlayamamasından kaynaklandığı düşünülebilir. Literatürde SGM temelli eğitim ve izleme yönelik annelerin memnuniyetini ele alan bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte Lommen'in yaptığı çalışmada relaksasyon sürecindeki annelerin hiç birinin bu sürece girmekten ve çabalamaktan dolayı pişman olmadıklarını hatta başarı olsun ya da olmasın kendilerinin daha güçlü hissettikleri ifade edildi (136). Endonezyalı annelerin relaksasyona ilişkin görüş

ve deneyimlerindeki ortak kalıpları ve farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan nitel bir çalışmada relaktasyon sürecinde sağlık çalışanlarından sağlanan desteğin gerekli olduğu bildirildi (35). Sonuç olarak, SGM'ye göre verilen relaktasyon eğitim ve izlemin annelerin beklentilerini karşılamada başarılı olduğu, annelere sunulan hizmetin ev ziyaretlerine haline gelmesinin memnuniyeti artırıcı bir faktör olduğu düşünülebilir.

5.1. Sonuç ve Öneriler

SGM'ye göre verilen eğitim ve izlemin yeniden emzirme (relaktasyon) başarısına etkisini belirlemek için yapılan bu çalışmadaki bulgulardan aşağıdaki sonuçlar saptanmıştır.

- Araştırmaya dahil edilen müdahale grubundaki annelerin yaş ortalaması 28.86 ± 4.44 kontrol grubundaki annelerin yaş ortalaması 28.45 ± 4.43 yıldır. Her iki gruptaki annelerin (Müdahale Grubu (KG)=%84.2; Kontrol Grubu (MG)=80.0) çoğunluğunun çalışmadığı, çekirdek aile oldukları (MG=%92.1; KG=85.7), ve çoğunun sigara içmedikleri (MG=%73.7; KG=57.1) tespit edildi. Kontrol ve müdahale grubundaki annelerin sosyo-demografik özellikleri bakımından homojen dağıldığı tespit edildi ($p > 0.05$) (Tablo 4).
- Müdahale grubundaki annelerin bebeklerinin 38.71 ± 1.30 ve kontrol grubundaki annelerin ise bebeklerinin 38.66 ± 1.55 gestasyon haftasında olduğu. Müdahale grubundaki annelerin bebeklerinin 4749.74 ± 1216.01 , kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin 5484.29 ± 976.81 gr ağırlığında olduğu, bebeğin takvim yaşı (MG= 56.21 ± 35.67 ; KG= 56.89 ± 24.51), bebeğin formül mama ile beslenme süresi (MG= 553.11 ± 33.59 ; KG= 58.49 ± 23.33), annelerin emzirmeyi kesme nedeni (MG=%76.3 yetersiz süt; KG=%82.9 bebeğin memeyi tutmaması) ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı tespit edildi ($p > 0.05$). Doğum şekli, geçirilmiş meme operasyonu durumu, doğumdan sonra bebekle ayrı kalma durumu, bebeğin herhangi bir hastalık durumu, doğumdan sonra bebeğin emzirilme zamanı, emzirmeyi kesme veya emzirmeme nedenlerinden bazıları (bilgisizlik, sütün yetersizliği, bebekte uzamış sarılık, düz/çökük meme ucu), anne sütünü artırıcı bir yiyecek veya içecek kullanma durumu, şuanda bir emzirme danışmanlığı alma durumu ve meme başı şekli açısından karşılaştırıldığından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($p > 0.05$) (Tablo 5).

- İlk izlemde gruplar arasında relaksasyon oranlarında anlamlı bir fark olmadığı fakat ikinci izlemden son izleme kadar müdahale grubundaki annelerin relaksasyon oranlarının kontrol grubundaki annelere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 6).
- İlk izlemede, kontrol grubundaki bebeklerin kilo ortalaması müdahale grubundaki bebeklere göre daha yüksek olup ($p<0.05$), son izlemde bu farklılık ortadan kalkmıştır. Ayrıca ilk ve son izlemde müdahale ve kontrol grubundaki bebeklerin boy ölçümleri artış gösterdi ($p>0.05$). Bu bulgu iki gruptaki bebeklerin büyüme hızlarının benzer bir seyir izlediğini ortaya çıkardı (Tablo 7).
- İlk izlemde müdahale ve kontrol grupları arasında EÖYÖ puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark olmadığı, ancak birinci ay ve son izlemde müdahale grubundaki annelerin EÖYÖ puanlarının kontrol grubundaki annelere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 8).
- Müdahale grubunun EMÖ (primipar anneler için) bütünleşmiş düzenleme alt boyut puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). İçsel motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme alt boyutunda müdahale ve kontrol grupları arasında izlem dönemleri boyunca anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0.05$); ancak, her iki grupta da içsel motivasyon ve özdeşleşmiş düzenleme kaynaklı motivasyonun zamanla arttığı görüldü ($p<0.05$). Sadece birinci ay izleminde müdahale grubunun Dışsal düzenleme-ek yararlar alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). İçer Yalıtılmış Düzenleme-Toplumsal Onaylama ve Toplumsal Baskı alt boyutlarında ise müdahale ve kontrol grupları arasında izlem dönemleri boyunca anlamlı bir fark tespit ($p>0.05$); ancak, her iki grupta da toplumsal baskı kaynaklı motivasyonun zamanla azaldığı görüldü ($p>0.05$).
- İlk izlemde, müdahale ve kontrol grupları arasında LATCH ve İMDAT puanları açısından bir fark olmadığı ($p>0.05$), başlangıçta iki grup arasında emzirme becerisi ve anne sütü alımı açısından benzerlik olduğunu gösterdi. Ancak son izlemde müdahale grubundaki annelerin LATCH ve İMDAT puan ortalamalarının kontrol grubundaki annelere göre daha yüksek saptandı (Tablo 14).

- Müdahale grubundaki annelerin SGM'ye göre verilen relaktasyon eēitim ve izlem uygulamalarına yönelik memnuniyetlerinin yüksek olduēu saptandı (Tablo 16).
- Bu araştırmanın sonuçları temel alınarak ařaēıdaki öneriler sunulmuştur;

5.2. Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik neriler

- Relaktasyon oranlarının daha iyi belirlenmesi için geçerlilik ve gvenirliēi yapılmış lme araçlarının kullanılması,
- Model ve kuram temelli emzirme eēitim ve izlemleri yapılarak relaktasyon ihtiyaı olan annelere destek saēlanması.
- SGM temelli relaktasyon eēitim ve izlemlerin hem birinci basamak hem de ikinci basamak saēlık hizmetlerinde kullanılmasının saēlanması,
- Annelere saēlanan relaktasyon desteēi sırasında annenin emzirme öz yeterliliēinin ve emzirme motivasyonun saēlanmasına önem verilmesi,
- Annelere saēlanan relaktasyon desteēi sırasında LATCH ve İMDAT gibi ölçüm araçlarının kullanılması,

5.3. Araştırmaya Yönelik neriler

- SGM temelli relaktasyon eēitim ve izlemin ile dört aydan sonrada emzirmenin desteklenmesi ve devam etmesi, ek gıda sürecindeki uygulamaların etkisini inceleyen çalışmaların yapılması,
- Araştırmaya ait sonuçların genellenebilmesi için çok merkezli ve örneklem sayısı fazla çalışmalar yapılması,
- SGM temelli relaktasyon eēitim ve izlemin dışında anne ve ocuk saēlıēına yönelik en çok ihtiyaç duyulan farklı konuların eklenmesi ile geliştirilip test edilmesi ve multidisipliner çalışmaların planlanması,
- SGM temelli relaktasyon eēitim ve izlemin devamlılıēını ve etkinliēini test etmek için, uzun süren takipli çalışmalar yapılması,
- SGM temelli relaktasyon eēitim ve izlem uygulaması iim maliyet etkinlik analizini deēerlendiren çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Başı M, Özsoy S (2021). Emzirmenin gözlemlenmesi, değerlendirilmesi ve bebeğin memeye yerleştirilmesi. Özsoy S (Ed.), Emzirme ve Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık/Güncel Yaklaşımlar, Birinci Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 50–58.
2. Ekti Genç R (2017). Anne sütünün çocuk sağlığı açısından önemi. Çeber Turfan E, Akçiçek E, Başgün Ekşicioğlu A (Eds). Anne Sütü ve Emzirme, Birinci Baskı, Vize Yayıncılık, Ankara, Sayfa: 81–96.
3. United Nations Children’s Fund (UNICEF)&World Health Organization (WHO) (2023). Global Breastfeeding Scorecard 2023 Rates Of Breastfeeding Increase Around The World Through Improved Protection And Support. World Health Organization (WHO), 1–9.
4. American Academy of Pediatrics (AAP) (2012). Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 129: 827–841.
5. Çaylan N, Yalçın SS (2020). Türkiye’de ve Dünya’da emzirmenin durumu: emzirmenin desteklenmesi için öneriler. Başkan S (Ed). Çocuk Beslenmesi, Birinci. Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 4–11.
6. Lancet T (2016). Breastfeeding: Achieving the new normal. The Lancet 387: 404.
7. Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması (TNSA) (2018). Hacettepe Üniversitesi Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe University of Population Studies. http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
8. United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2020). unicef uk baby friendly initiative : maximising breastmilk and supporting re-lactation additional care for mothers who are : 300.
9. Kartal T, Gürsoy E (2020). Sürdürülebilir kalkınma amaçlarında (2015-2030) emzirmenin önemi ve Türkiye’deki Mevcut durum ışığında hemşireye düşen görevler. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 10: 147–153.
10. Yılmaz E, Göncü Serhatlıoğlu S (2019). Relaktasyon süreci farkındalığı. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2: 105–110.
11. Dumas L (1999). Relactation: review of experience and recommendations for practice. Journal of Human Lactation 15.

12. Çalık Yeşilçiçek K, Coşar Çetin F, Erkaya R (2017). Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi GUSBD 6: 80–91.
13. Özkan N (2021). Başarılı emzirmenin bileşenleri. Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık/Güncel Yaklaşımlar, Özsoy, Sev Ankara: Türkiye Klinikleri, pp 40–49.
14. Uyar Hazar H (2021). Relaktasyon. Özsoy S (Ed.), Emzirme ve Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık/Güncel Yaklaşımlar, Birinci Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 130–138.
15. United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2007). Successful breastfeeding 1–16.
16. Lommen A, Brown B, Hollist D (2015). Experiential Perceptions of relactation: a phenomenological study. journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association 31: 498–503.
17. Mehta A, Rathi AK, Kushwaha KP, Singh A (2018). Relactation in lactation failure and low milk supply 18: 39–47.
18. Cazorla-Ortiz G, Galbany-Estragués P, Obregón-Gutiérrez N, Goberna-Tricas J (2020). Understanding the challenges of induction of lactation and relactation for non-gestating spanish mothers. Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association 36: 528–536.
19. Prata AP, Resende IG, Sousa JAC, Cardoso JFF, Camelo MC dos SP, Reis Santos M (2020). Relactação: promover a amamentação em mães separadas dos filhos devido à COVID-19. Enfermagem em Foco 11: 240–246.
20. Şentürk Erenel A, Gönenç Mİ (2015). Emzirmenin Yeniden başlatılması ve laktasyonun uyarılması. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics 1: 1–5.
21. Dağhan Ş (2022). Pender ‘in Sağlığı geliştirme modeline dayalı hemşirelik araştırma örnekleri : sistematik derleme. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 7: 87–97.
22. 3. Uluslararası 4. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi (2021). kuramdan uygulamaya doğum sonu bakım: multidisipliner yaklaşım. 16-18 Eylül 2021.
23. Aluş Tokat M, Okumuş H (2008). Başarılı Emzirme için kuram ve modele dayalı hemşirelik uygulamaları nasıl geliştirilir. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi 3: 51–58.

24. Cangöl E, Hotun Şahin N (2017). A Model of breastfeeding support: motivational interviews based on pender's health promotion model. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 14: 98–103.
25. Özkan H, Ari Ö, Özer BU (2022). Kuramlarla emzirme. *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 3: 348–357.
26. Banapurmath S, Banapurmath CR, Kesaree N (2003). Initiation of lactation and establishing relactation in outpatients. *Indian pediatrics* 40: 343–347.
27. Seema, Patwari AK, Satyanarayana L (1997). Relactation: an effective intervention to promote exclusive breastfeeding. *Journal of tropical pediatrics* 43: 213–216.
28. Cho SJ, Cho HK, Lee HS, Lee K (2010). Factors Related to success in relactation 232–238. doi:10.5385/jksn.2010.17.2.232.
29. Muresan M (2011). Successful relactation-A case history. *Breastfeeding Medicine* 6: 233–239.
30. Dehkhoda N, Valizadeh S, Jodeiry B, Hosseini M (2013). The Effect of an educational and supportive relactation program on weight gain of preterm infants. *Journal of caring sciences* 2: 97–103.
31. Kaur J, Sodhi MK, Mahajan S, Singh K, Kumar A, Kaur A, Goyal A, Kapoor R (2020). Evaluation of utility of various interventions related to relactation and assessment of outcomes of relactation practice in mothers with infants up to 6 months of age. *Perinatology* 21: 105–111.
32. Yusnaini Y, Kartinazahri K, Purwita E, Yuniwati C, Aiyub A, Hidayati R, Fitranier L, Miko A (2024). Phenomenological Analysis of mothers' perspectives on relactation in Abdya regency, Indonesia. *Path of Science* 10: 2001–2008.
33. De Aquino RR, Osório MM (2009). Relactation, translactation, and breast-oro gastric tube as transition methods in feeding preterm babies. *Journal of Human Lactation* 25: 420–426.
34. Lommen A, Brown B, Hollist D (2015). Experiential perceptions of relactation: A phenomenological study. *Journal of Human Lactation* 31: 498–503.
35. Costantini C, Joyce A, Britez Y (2021). Breastfeeding experiences during the COVID-19 Lockdown in the United Kingdom: An Exploratory Study Into Maternal Opinions and Emotional States. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association* 37: 649–662.

36. Şimşek S (2001). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde sütü kısmen ya da tamamen kesilmiş annelerde relaktasyon eğitimi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
37. Kayhan Tetik B, Baydar Artantaş A, Bozcuk Güzeldemirci G, Üstü Y (2013). A case report of successful relactation. The Turkish journal of pediatrics 55(6): 641–644.
38. Abalı T, Sivrikaya R, Esirgun Ş, Bahadır Z, Karabayır N, Çetinkaya H (2023). Finger feeding method: a case report. Çocuk Dergisi / Journal of Child 23: 185–188.
39. Sebirli MF, Canbeyli G, Karabayır N (2020). Evlat Edindim, emzirmek istiyorum: olgu sunumu. The Journal of Child 20: 120–123.
40. Güçlü Cihan E (2023). Relaktasyon destek programının süt salınımı, anne-bebek bağlanması ve annelik rolüne etkisi. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Malatya.
41. Özbörü Aşkan Ö (2021). Relaktasyon ve galaktogog kullanımı. Karabayır N (Ed.), Her Hekimin Anne Sütü ile Beslenme Konusunda Bilmesi Gerekenler, Birinci Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 82–88.
42. Altıparmak S, Karadeniz Z (2024). Laktasyon-relaktasyon süreci ve ebelik yaklaşımları. Göbeklitepe International Journal Of Health Sciences 7: 78–88.
43. Koçakoğlu Ş, Çadırcı D (2020). Emzirme destek merkezi başvurularının değerlendirilmesi. Ankara Med J (1), 105–115.
44. Aluş Tokat M, Yanık F (2024). Emzirme Hakkında. Gözde Gİ, Aluş Tokat M (Eds.), Hipnoemzirme, Birinci Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, Sayfa:1–10.
45. Kılıç M (2021). Dünyada ve Türkiye’de emzirmenin durumu. Özsoy S (Ed.), Emzirme ve Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık/Güncel Yaklaşımlar, Birinci Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa:14–22.
46. Yağcan H (2021). Emzirmenin anne sağlığına etkisi. Özsoy S (Ed.), Emzirme ve Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık/Güncel Yaklaşımlar, Birinci Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 8–13.
47. Kilci Erciyas Ş (2021). Anne sütünün içeriği. Özsoy S (Ed.), Emzirme ve Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık/Güncel Yaklaşımlar, Birinci Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 32–39.

48. Meyer R, Foong RXM, Thapar N, Kritas S, Shah N (2015). Systematic review of the impact of feed protein type and degree of hydrolysis on gastric emptying in children. *BMC gastroenterology* 15: 1–10.
49. Altınsoy Utkulap N (2022). Doğum sonu dönem. In: Pekcan N, Beydağ KD (Eds.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 1st ed. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, Sayfa: 444–456.
50. Christensen N, Bruun S, Søndergaard J, Christesen HT, Fisker N, Zachariassen G, Sangild PT, Husby S (2020). Breastfeeding and infections in early childhood: A Cohort Study. *Pediatrics* 146.
51. King TL, Barger MK (2021). Breastfeeding and childhood IQ scores: association or causation. *Obstetrics & Gynecology* 137: 559–560.
52. Temizsoy E (2021). Preterm, düşük doğum ağırlıklı ya da hasta bebeklerde emzirme ve anne sütü ile beslenme. Özsoy S (Ed.), *Emzirme ve Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık/ Güncel Yaklaşımlar*, Birinci Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 99–109.
53. Horta BL, Loret De Mola C, Victora CG (2015). Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* 104: 14–19.
54. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yucesan K, Sauerland C (2009). Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome?. *123(3)*, e406-e410. *Pediatrics*, 123: 406–410.
55. Karaca Saydam B (2017). Memenin Anatomisi, fizyolojisi ve laktasyon. In: Çeber Turfan E, Akçiçek E, Başgün Ekşicioğlu A (Eds.), *Anne Sütü ve Emzirme*, Birinci. Baskı, Vize Yayıncılık, Ankara, Sayfa: 109–116.
56. Gunderson EP (2008). Breast-feeding and diabetes: Long-term impact on mothers and their infants. *Current Diabetes Reports* 8: 279–286.
57. Krol KM, Grossmann T (2018). Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 61: 977–985.
58. Ogbuanu C, Glover S, Probst J, Liu J, Hussey J (2011). The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. *Pediatrics* 127.

59. Nuzhat S, Islam R, Ahmed T, Sarker SA, Khan AI, Purkayastha S, Chisti MJ (2019). Impact of Routine counseling on breastfeeding status in hospitalized infants below 6 months: observation from a large diarrheal disease hospital in Bangladesh. *Global pediatric health* 6: 2333794X19854942.
60. Neves PAR, Barros AJD, Gatica-Domínguez G, Vaz JS, Baker P, Lutter CK (2021). Maternal education and equity in breastfeeding: trends and patterns in 81 low- and middle-income countries between 2000 and 2019. *International Journal for Equity in Health* 20: 1–13.
61. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Victora CG (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet* 387: 491–504.
62. Karaçam Z, Sağlık M (2018). Breastfeeding problems and interventions performed on problems: Systematic review based on studies made in Turkey. *Türk Pediatri Arsivi* 53: 134–148.
63. Soyhan F, Demirci N (2020). Türkiye ve Dünyada emzirme danışmanlığı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 6: 101–114.
64. Bose C, D’Ercole A, Lester A, Hunter R, Barrett J (1981). Relactation by mothers of sick and premature infants. *Pediatrics* 67: 565–569.
65. Eker A, Aslan E (2018). Laktasyon ve Emzirme. Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F (Eds.), *Normal Doğum ve Sonrası Dönem*, İstanbul Tıp Kitapevleri, İstanbul, Sayfa: 239–255.
66. Özsoy S (2021). Anne Sütü nasıl üretilir? Memenin anatomisi ve fizyolojisi. Özsoy S (Ed.), *Emzirme ve Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık/Güncel Yaklaşımlar*, Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 23–31.
67. McManaman JL, Neville MC (2003). Mammary physiology and milk secretion. *Advanced drug delivery reviews* 55: 629–641.
68. T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). Emzirme danışmanlığı uygulayıcı kitabı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Emzirme_Danismanligi_Uygulayici_Kitabi_2018.pdf
69. Çınar N, Pekşen S (2021). İlk altı ayda çocuk beslenmesi ve hemşirelik yaklaşımları. Dolgun D (Ed.), *Çocuk Beslenmesinde İlk 1000 Gün ve Ebelik-Hemşirelik Yaklaşımları*, Birinci Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 30–39.

70. Kıratlı D, Daşkan Z (2021). Umutlu Bekleyiş: relaktasyon ve uyarılmış laktasyon. Karahan N, Uğurlu M, Ku Uçtu A (Eds.), Anne Sütü ve Emzirme, Birinci Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, Sayfa: 127–137.
71. Hussain NHN, Noor NM, Ismail SB, Zainuddin NA, Sulaiman Z (2021). Metoclopramide for milk production in lactating women: A Systematic review and meta-analysis. Korean Journal of Family Medicine 42: 453–463.
72. Özkan H, Sakar T (2017). Emzirmenin yeniden başlatılması: Relaktasyon. Journal of Contemporary Medicine 7: 113–117.
73. World Health Organization (WHO) (2013). Infant and young child feeding. WHO Library Cataloguing. doi:10.5005/jp/books/11894_132.
74. Dündar T (2021). Emzirmeyi etkileyen faktörler. Özsoy S (Ed.), Emzirme ve Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık/Güncel Yaklaşımlar, Birinci Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 59–65.
75. Karabayır N (2024). Relaktasyon ve alternatif besleme metodları. 2 Uluslararası Gülhane Anne Sütü ve Emzirme Kongresi, Ankara, 4-6 Ekim 2024.
76. Harahap AP, Amini A (2023). Relationship of Relactation with mother's breastfeeding in Sembung Village, Narmada District, West Lombok Regency. Jurnal Kebidanan 12: 21–26.
77. Perrin MT, Wilson E, Chetwynd E, Fogleman A (2015). A pilot study on the protein composition of induced nonpuerperal human milk. Journal of Human Lactation 31: 166–171.
78. Lawrence R, Lawrence R (2016). Induced Lactation and relactation (including nursing an adopted baby) and cross-nursing. In Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, 8. Philadelphia: Elsevier, pp 667–687.
79. Tomar R (2016). Initiation of relactation: an Army Hospital based study of 381 cases. International Journal of Contemporary Pediatrics 3: 635–638.
80. Yalçın Irmak A, Yıldırım Blakn Z, Metinoğlu M (2019). Anne Sütü üretimini arttıran bitkisel galaktogoglar: Literatür inceleme. Sağlık ve Toplum 29: 13–26.
81. Mahardika ZP (2024). Effectiveness of domperidone to postpartum breastfeeding mothers to increase breast milk production: An Evidence- based case report. MERAPI: Medical Research and Public Health Information Journal 1(2):1.

82. Amat Camacho N, von Schreeb J, Della Corte F, Kolokotroni O (2023). Interventions to support the re-establishment of breastfeeding and their application in humanitarian settings: A systematic review. *Maternal and Child Nutrition* 19: 1–15.
83. Cirban Ekrem E, Daşıkan Z (2023). Emzirmeyi desteklemede teknoloji kullanımı: sanal gerçeklik. *Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 5: 193–202.
84. Topkara FN, Özerdoğan N (2024). Emzirmenin Desteklenmesinde Mobil Uygulama Kullanımı. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi* 4(2):211-22.
85. Şensoy F, Koçak DY (2021). Emzirme Danışmanlığında Güncel yaklaşımlar. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 4: 427–435.
86. Lopez-Bassols I, Duke LO, Subramaniam G (2021). Three continents, two fathers, one donor: a non-puerperal relactation case study. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association* 37: 697–702.
87. Rahim NCA, Sulaiman Z, Ismail TAT (2017). The availability of information on induced lactation in Malaysia. *The Malaysian Journal of Medical Sciences : MJMS* 24: 5–17.
88. Yıldız Çıltaş N (2023). Yetersiz süt algısı olan annelere tele sağlık uygulaması ile verilen emzirme desteğinin annelerin bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü vermesine etkisi. *Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Trabzon.*
89. Newman J, Kernerman E (2009). Breastfeeding-starting out right. *Canadian breastfeeding foundation*. https://www.canadianbreastfeedingfoundation.org/basics/estab_bf.shtml. [Accessed 10 Ocak 2024].
90. Newman J (2009). Breastfeeding your adopted baby or baby born by surrogate/gestational carrier. *Canadian breastfeeding foundation*. https://www.canadianbreastfeedingfoundation.org/induced/adoptive_breastfeeding.shtml. [Accessed 10 Ocak 2024].
91. T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). Emzirme Danışmanlığı El Kitabı 1–121. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/315>.
92. T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). Emzirme Danışmanlığı El Kitabı. *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu* 7–129. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/TUR-MN-48-02-OPERATIONALGUIDANCE-2015-tur-Breastfeeding-Counseling-Trainer-Guide.pdf>

93. Türkylmaz C (2016). Emzirme danışmanlığı ve emzirmede karşılaşılan sorunlar. Klinik Tıp Pediatri Dergisi 8: 19–33.
94. Wiessinger D, West D, Pitman T (2021). Emzirme sanatı. Çeviren: Çavuşoğlu H. Gün Yayıncılık. İstanbul, 10-88.
95. Karagöz S (2017). Anne sütünün saklanması, evdeki uygulamalar. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi 2: 500–516.
96. Karabayır N (2021). Süt Sağma ve alternatif besleme yöntemleri. Karabayır N (Ed.), Hekimin Anne Sütü ile Beslenme Konusunda Bilmesi Gerekenler, Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 75–81.
97. T.C. Sağlık Bakanlığı (2024). Anne sütü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Çocuk ve Ergen Daire Başkanlığı, Ankara. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Dokumanlar/Afisler-Brosurler/anne_sutu_brosur.pdf. [Erişim 21 Eylül 2024].
98. Marasco L, West D (2021). Sütünüzü nasıl artırabilirsiniz? (G. Şarman, P. Boncuk Dayanıkl, C Codron (Eds.), Akademisyen Kitapevi. Ankara, Sayfa: 20-120.
99. Newman L, Goldfarb L (2002). Supplementary feeding device. Canadian breastfeeding foundation. https://www.canadianbreastfeedingfoundation.org/basics/supplementary_feeding.shtml. [Accessed 10 Ocak 2024].
100. Sebirli MF, Canbeyli G, Karabayır N (2020). Evlat edindim, emzirmek istiyorum : Olgu sunumu. Çocuk Dergisi 20(3): 120–123.
101. Bozkurt G, Sönmez-Düzkaya D (2021). Ülkemizde anne-çocuk beslenme durumu ve hemşire/ ebenin sorumlulukları. Dolgun G (Ed.), Çocuk Beslenmesinde İlk 1000 Gün ve Ebelik-Hemşirelik Yaklaşımları, Birinci Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa:1–8.
102. Bodur İ, Demirden Erişti E, Karşıgil P, Öztürk B, Gümüş G, Özkan B, Erek Kazan E (2021). Hemşirelik Biliminde kurama dayalı modellerin klinik uygulamalara yansıtılmasında kavram haritalarının rolü. Soslu R (Ed.), INSAC Academic Developments on Health Sciences, Duvar Kitapevi, İzmir, Sayfa: 165–171..
103. Dağlı M (2019). Türkiye’de 2008-2018 yılları arasında model ve kuram kullanılmış hemşirelik araştırmaları: Sistemik inceleme. Igusabder 9: 929–943.
104. Kaya A, Tutar Güven Ş, İşler Dalgıç A (2018). Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin Türkiye’deki hemşirelik araştırmalarında kullanımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 15: 195–201.

105. Koç Ş, Yumru H (2019). Türkiye’de çocuk sağlığı ile ilgili hemşirelik araştırmalarında kuram-model kullanımı: Sistemik derleme. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 21: 85–103.
106. Ede B, Uysal N (2021). Türkiye’de hemşirelik doktora programında teori/kuram ve modele dayalı yürütülen tezlerin incelenmesi. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 1: 91–98.
107. Pender N (2011). The Health Promotion model manual. Rehabilitation: The Use of Theories and Models in Practice. doi:10.1016/B978-0-443-10024-6.50010-4.
108. Gonzalo A (2024). Nola Pender: Health Promotion Model. https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/#google_vignette. [Accessed 10 Ocak 2024].
109. Karakoç S, Cesur B (2021). Gestasyonel diyabetli kadınlarda emzirme danışmanlığı için bir rehber: Pender’in sağlığı geliştirme modeline uyarlanması. Karahan N, Uğurlu M, Kul Uçtu A (Eds.), Anne Sütü ve Emzirme, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, Sayfa: 266–273.
110. Bahar Z, Açıl D (2014). Sağlığı Geliştirme modeli: Kavramsal yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 7: 59–67.
111. Yıldırım Şişman N (2017). Nola J. Pender: Sağlığı Geliştirme Modeli. Karadağ A, Çalışkan N, Göçmen Baykara Z (Eds.), Hemşirelik Teorileri ve Modelleri, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 638–652.
112. Pazarcıkcı F, Uçak A (2021). Hemşirelik eğitiminde hemşirelik kuram ve modellerinin kullanılmasının önemi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi 4: 25–33.
113. Yılmaz Esencan T, Güder A (2022). Özel Durumlarda laktasyon ve ebelik bakımı. Demir Yıldırım, A (Ed.), Ebeveynliğe Hazırlıkta Ebelik Yaklaşımları, 41–51. <https://books.akademisyen.net/index.php/akya/catalog/download/3200/6745/79787?inline=1>
114. Banapurmath CR, Banapurmath SC, Kesaree N (1993). Initiation of relactation. Indian pediatrics 30: 1329–1332.
115. Chan A, Tetzlaff JM, Altman DG (2016). 2013 Statement: Defining standard protocol items for Clinical Trials. Ann Intern Med 158: 200–207.
116. Moher D, Hopewell S, Schulz K, Montori V, Gøtzsche P, Devereaux P, Elbourne D, Egger M, Altman D (2010). CONSORT 2010 Explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ 340:869.

117. Akın B, Koçoğlu-Tanyer D (2021). SPIRIT 2013 bildirisi: Klinik Deneyler için standart protokol maddelerinin tanımlanması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 8: 117–127.
118. Çapık C (2014). İstatistiksel Güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: temel bilgiler. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 17: 268–274.
119. Karaçam Z (2013). Sistematik derleme metodolojisi: Sistematik Derleme hazırlamak için bir rehber. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 6: 26–33.
120. Hormann E, Savage F (1998). Relactation: Review of experience and recommendations for practice. Geneva, Switzerland. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/65020/WHO_CHS_CAH_98.14.pdf?sequence=1
121. Random.Org. Random Integer Generator. (n.d.). Available at: <https://www.random.org/>.
122. Schulz KF, Altman DG (2013). CONSORT 2010 Raporu : Randomize Paralel Grup Çalışmalarının Raporlanmasında güncellenmiş kılavuzlar. Sunay D, Şengezer T, Oral M, Aktürk Z (Eds.), Special Communication/Özle Rapor. <https://opus.bibliothek.uni-augsburg.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/102122/file/102122.pdf>. [Erişim 10 Temmuz 2022].
123. Aluş Tokat M, Okumuş H, Dennis CL (2010). Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale-Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. Midwifery 26: 101–108.
124. Kestler-Peleg M, Shamir-Dardikman M, Hermoni D, Ginzburg K (2015). Breastfeeding motivation and SelfDetermination Theory. Social Science & Medicine 144: 19–27.
125. Mizrak Sahin B, Ozerdogan N, Ozdamar K, Gursay E (2019). Factors affecting breastfeeding motivation in primiparous mothers: An application of breastfeeding motivation scale based on self-determination theory. Health Care for Women International 40: 637–652.127.
126. Adams D, Hewell S (1997). Maternal and professional assessment of breastfeeding. J Hum Lact 3: 279-283.
127. Yenal K, Aluş Tokat M, Ozan Y, Çeçe Ö, Abalı F (2013). Annelerin Emzirme Özyeterlilik Algıları İle Emzirme Başarıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 10: 14–19.

128. Yiğit F, Arslan H (2010). Bebeği Aldığı Anne Sütü Miktarının Değerlendirilmesi İçin Bir Araş: İmdat. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 39: 77–84.
129. Kaya H (2009). Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 1: 19–23.
130. Büyüköztürk Ş (2005). Anket geliştirme. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 3: 133–151.
131. Marcinkiewicz E (2017). Pension systems similarity assessment: An application of Kendall's W to statistical multivariate analysis. Contemporary Economics 11: 303–314.
132. Demir BP, Ömer N, Üniversitesi H (2020). Akademik yazma becerilerinin değerlendirilmesi için analitik dereceli puanlama anahtarının geliştirilmesi. Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 9: 318–327.
133. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2024). Supporting families with relactation. Available at: <https://www.cdc.gov/breastfeeding-special-circumstances/hcp/relactation/index.html>.
134. Büyüköztürk Ş (2014). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı (20 ed.). Pegem Akademi Yayınları Ankara.
135. Durmazoğlu G, Okumuş H (2018). Yenilikçi ve güncel eğitim yöntemlerinin kullanıldığı emzirme eğitimlerinin incelenmesi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi 4: 23–31.
138. Lommen A, Brown B (2015). Experiential perceptions of relactation: A phenomenological study. Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association 31(3):498–503.
137. Gönenli S, Ayar Kocatürk A, Yeşilççek Çalık K (2019). Normal doğum yapan primipar annelerin erken doğum sonu dönemde emzirme başarısı ve etkileyen faktörler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 28: 191–200.
138. Nalbantoğlu B, Yıldırım Çelik G, Nalbantoğlu A (2024). Factors effecting the duration of breast feeding and the time of weaning. Namık Kemal Tıp Dergisi 12: 52–60.
139. Singh D, Rai R, Dubey S (2014). Supplementary suckling technique for relactation in infants with severe acute malnutrition. . Indian Pediatr 51: 671.
140. Natalia R, Rustina Y, Efendi D (2021). Combining breastfeeding education and support to improve breastmilk production, frequency of breastmilk expression, and partial breastfeeding in low-birth-weight infants. J Neonatal Nurs 28: 356–360.

141. Karabayir N, Potak EM, Karaman S, Sebirli MF (2022). The finger feeding method and relactation. *Cureus* 14(4): e24044.
142. Cevik E, Yasar Ö (2023). Interruption of breastfeeding, relactation, relactation awareness, and related factors: A cross-sectional study. *Breastfeeding Medicine* 18: 48–58.
143. Abul-Fadl AM, Kharboush I, Fikry M, Adel M (2012). Testing communication models for relactation in an Egyptian setting. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine* 7: 248–254.
144. Wambach K, Domian EW, Page-Goertz, Wurtz H, Hoffman K (2016). Exclusive breastfeeding experiences among mexican american women. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 12: 263–266.
145. Mızrak Şahin B, Özerdoğan N (2018). Emzirmenin sürdürülmesi ve başarısında anahtar faktör: Öz-belirleme kuramına dayalı emzirme motivasyonu. *sted* 27: 291–295.
146. Ersanlı Kaya C, Hotun Şahin N (2020). Ebeveyn uyum desteği programı ile ebeveyn öz yeterlik algısının geliştirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 3: 319–328.
147. Lau CY, Fong DY, Choi AY, Ng JW, Sing C, Tarrant M (2017). Development and measurement properties of the Chinese breastfeeding self-regulation questionnaire. *Midwifery* 44: 24–34.
148. Tokat MA, Okumuş H. (2013). Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye temelli antenatal eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 10: 21–29.
149. Racine EF, Frick K, Strobino D, Carpenter L, Milligan R, Pugh L (2009). How motivation influences breastfeeding duration among low-income women. *Journal of Human Lactation* 25: 173–181.
150. Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK (2006). Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN* 35: 614–625.
151. Sarı Ç (2018). Teknoloji temelli programla hemşirelik bakımı vermenin anne öz yeterliliği ve bebek sağlığına etkileri, Gazi Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.

152. Leahy-Warren P, McCarthy G (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery* 27: 802–810.
153. Sağlık M (2019). Emziren annelerin süt yetersizliği algısının yönetiminde yapılandırılmış eğitim ve izlemin etkinliği, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.
154. Gökşen Yıldırım DF (2023). Online eğitimin emzirme motivasyonuna etkisi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli.
155. Sabancı Baransel E, Uçar T, Güney E (2023). Effects of prenatal breast-feeding education on postnatal breast-feeding fear in pregnant women in the COVID-19 pandemic: A randomized clinical trial. *International Journal of Nursing Practice* 29: 20–22.



EKLER

Ek 1. Gruplararası Homojenite Tabloları

Tablo 1. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Yaş	73	,513	,281	,128	,555
Toplam_gebelik_sayısı	73	1,278	,281	,691	,555
Doğum_yapılan_gebelik_haftası	73	-,646	,281	-,051	,555
Bebegin_dogum_kilosu*	73	1,308	,281	5,797	,555
Bebegin_takvim_yasi_gun	73	,679	,281	-,466	,555
Bebegi_en_son_emzirme_zamani_gun	73	,596	,281	-,318	,555
Bebegi_formul_mama_ile_besleme_suresi_gun	73	,603	,281	-,388	,555
Bebegin_kilosu1	73	,455	,281	-,712	,555
Bebegin_kilosu2	73	,451	,281	-,728	,555
Bebegin_kilosu3	73	,393	,281	-,698	,555
Bebegin_kilosu4	73	,376	,281	-,681	,555
Bebegin_kilosu5	73	,488	,281	-,356	,555
Bebegin_kilosu6	73	,543	,281	-,140	,555
Bebegin_kilosu7	73	,453	,281	-,162	,555
Bebegin_kilosu8	73	,375	,281	-,288	,555
Bebegin_boyu1	73	,378	,281	-,658	,555
Bebegin_boyu2	73	,440	,281	-,622	,555
Bebegin_boyu3	73	,416	,281	-,693	,555
Bebegin_boyu4	73	,489	,281	-,604	,555
Bebegin_boyu5	73	,369	,281	-,708	,555
Bebegin_boyu6	73	,352	,281	-,670	,555
Bebegin_boyu7	73	,401	,281	-,544	,555
Bebegin_boyu8	73	,287	,281	-,383	,555
on_ozyet	73	-,528	,281	,199	,555
bir_ozyet	73	-,562	,281	-,706	,555
son_ozyet	73	-,147	,281	-1,485	,555
on_butun	73	-1,423	,281	1,365	,555
bir_butun	73	-1,572	,281	1,612	,555
son_butun	73	-1,410	,281	1,776	,555
on_motiv	73	-,838	,281	-,617	,555
bir_motiv	73	-1,175	,281	,108	,555
son_motiv*	73	-1,872	,281	2,454	,555
on_onaylama	73	-,680	,281	-,540	,555
bir_onaylama	73	-,771	,281	-,606	,555
son_onaylama	73	-,747	,281	-,670	,555
on_baski	73	-,107	,281	-1,079	,555
bir_baski	73	-1,028	,281	-,415	,555
son_baski	73	1,150	,281	,162	,555
on_ek	73	-,311	,281	-,695	,555
bir_ek	73	-1,245	,281	1,240	,555
son_ek	73	-1,160	,281	,650	,555
on_mot_tpl	73	-,626	,281	,023	,555
bir_mot_tpl	73	-,802	,281	-,399	,555
son_mot_tpl	73	-,844	,281	,594	,555
Önizlem_LATCH1	73	-,459	,281	-,310	,555
LATCH2	73	-,328	,281	-,479	,555
LATCH3	73	-,680	,281	,005	,555
LATCH4	73	-,584	,281	-,463	,555
LATCH5	73	-,634	,281	-,282	,555
LATCH6	73	-,540	,281	-,511	,555
LATCH7	73	-,454	,281	-,947	,555
Sonizlem_LATCH8	73	-,443	,281	-1,080	,555
Önizlem_İMDAT1	73	-,202	,281	-,595	,555
İMDAT2	73	,159	,281	-,336	,555
İMDAT3	73	,480	,281	-,483	,555
İMDAT4	73	,403	,281	-,914	,555
İMDAT5	73	,260	,281	-1,179	,555
İMDAT6	73	,054	,281	-1,388	,555
İMDAT7	73	-,173	,281	-1,202	,555
Sonizlem_İMDAT8	73	-,224	,281	-1,277	,555
Asmde_izlem_ve_egitim_VAS*	40	-1,775	,374	3,327	,733
Relaksasyon_teknikleri_VAS	40	-1,848	,374	1,853	,733

* Normal dağılmayan verilerdir.

Tablo 2. Deney Grubunda Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Grup İçi Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	N	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
A Grubu					
on_özyet	38	-,724	,383	,321	,750
bir_özyet*	38	-1,490	,383	2,359	,750
son_özyet	38	-1,094	,383	-,339	,750
on_butun	38	-1,203	,383	,957	,750
bir_butun	38	-1,091	,383	,362	,750
son_butun	38	-1,376	,383	,852	,750
on_motiv	38	-,597	,383	-1,080	,750
bir_motiv*	38	-1,868	,383	2,907	,750
son_motiv*	38	-1,992	,383	3,287	,750
on_onaylama	38	-,942	,383	,416	,750
bir_onaylama	38	-1,130	,383	,703	,750
son_onaylama	38	-1,390	,383	1,516	,750
on_baski	38	-,235	,383	-,579	,750
bir_baski	38	-1,583	,383	1,428	,750
son_baski	38	1,063	,383	-,556	,750
on_ek	38	-,603	,383	-,132	,750
bir_ek*	38	-2,301	,383	5,194	,750
son_ek	38	-1,291	,383	,320	,750
on_mot_tpl	38	-,829	,383	-,438	,750
bir_mot_tpl*	38	-1,730	,383	2,930	,750
son_mot_tpl*	38	-1,493	,383	2,290	,750
Öntest_LATCH1	38	-,189	,383	-,516	,750
Öntest_İMDAT1	38	,015	,383	-,593	,750
Sontest_LATCH8*	38	-2,727	,383	7,675	,750
Sontest_İMDAT8	38	-1,133	,383	-,315	,750
„B Grubu	N	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
on_özyet	35	-,237	,398	-,100	,778
bir_özyet	35	,200	,398	-1,054	,778
son_özyet	35	,775	,398	-,126	,778
on_butun	35	-1,726	,398	1,890	,778
bir_butun	35	-,919	,398	-,670	,778
son_butun	35	-1,445	,398	1,979	,778
on_motiv	35	-1,069	,398	-,128	,778
bir_motiv	35	-,697	,398	-1,138	,778
son_motiv*	35	-1,846	,398	2,194	,778
on_onaylama	35	-,417	,398	-1,065	,778
bir_onaylama	35	-,439	,398	-1,274	,778
son_onaylama	35	-,242	,398	-1,359	,778
on_baski	35	,142	,398	-1,351	,778
bir_baski	35	-,611	,398	-1,240	,778
son_baski	35	,996	,398	-,336	,778
on_ek	35	,015	,398	-,840	,778
bir_ek	35	-,631	,398	,684	,778
son_ek	35	-,109	,398	-1,936	,778
on_mot_tpl	35	,380	,398	-,068	,778
bir_mot_tpl	35	-,291	,398	-,955	,778
son_mot_tpl	35	-,122	,398	-,432	,778
Öntest_LATCH1	35	-,809	,398	,176	,778
Öntest_İMDAT1	35	-,023	,398	-,946	,778
Sontest_LATCH8	35	,677	,398	,332	,778
Sontest_İMDAT8	35	,284	,398	-,186	,778

* Normal dağılmayan verilerdir.

Ek 2. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmanın konusu: Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitim ve İzlemin Yeniden Emzirme (Relaktasyon) Başarısına Etkisi

Değerli Anneler;

Bu araştırma; Sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda verilen eğitim ve izlemin yeniden emzirme (relaktasyon) başarısına etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bilgileriniz gizli tutulacak ve bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz teşekkür ederiz.

Ayşe DAŞTAN YILMAZ
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Hemşirelik A.B.D, Doktora Programı

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Yukarıda belirtilen formlar her iki gruptaki (kontrol-müdahale) anneler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulacaktır.

SOSYO-DEMOGRAFIK BİLGİLER

Adı-Soyadı:

Cep telefonu numarası:

Tespit edilen birim:

Eşinin telefon numarası:

Doğum yaptığınız tarih:

Anket numarası:.

1. Yaşınız nedir? (.....)
2. Öğrenim durumunuz nedir?
 - 1) Okuryazar değil
 - 2) Okuryazar
 - 3) İlkokul
 - 4) Lise
 - 5) Üniversite
 - 6) Lisansüstü
3. Gelir getiren bir işte çalışma durumunuz nedir?
 - 1) Çalışmıyor (ev hanımı)
 - 2) Memur
 - 3) İşçi
 - 4) Serbest meslek
 - 5) Emekli
 - 6) Diğer
4. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - 1) Okuryazar değil
 - 2) Okuryazar
 - 3) İlkokul
 - 4) Lise
 - 5) Üniversite
 - 6) Lisansüstü
5. Eşinizin mesleği nedir?
 - 1)Memur
 - 2)İşçi
 - 3)Serbest meslek
 - 4)Emekli
 - 5)Diğer

Ek 2. (Devam)

6. En uzun yaşadığınız yer neresidir?
- 1) İl
 - 2) İlçe
 - 3) Kasaba
 - 4) Köy
7. Gelir durumunuzu giderinizle karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 1) Kötü (Gelir giderinden az)
 - 2) Orta (Gelir giderine denk)
 - 3) İyi (Gelir giderden fazla)
8. Aile tipiniz nedir?
- 1) Çekirdek aile
 - 2) Geniş aile
10. Herhangi bir hastalığınız var mı?
- 1) Var (.....)
 - 2) Yok
11. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
- 1) Var (.....)
 - 2) Yok
12. Sigara kullanma durumunuz nedir?
- 1) Kullanıyor
 - 2) Kullanmıyor
13. Eşinizin sigara kullanma durumu nedir?
- 1) Kullanıyor
 - 2) Kullanmıyor
14. Alkol kullanma durumunuz nedir?
- 1) Kullanıyor
 - 2) Kullanmıyor

OBSTETRİK BİLGİLER

15. Toplam kaç kez gebe kaldınız ?
16. Toplam kaç doğum yaptınız?.....
17. Yaşayan kaç çocuğunuz var?.....
18. Bu gebeliğiniz planlı / isteyerek mi oldu?
- 1) Evet
 - 2) Hayır
19. Geçirilmiş bir meme operasyonunuz (biyopsi, aspirasyon, dikleştirme, küçültme gibi) var mı?
- 1) Var
 - 2) Yok
- Biyopsi () Küçültme ()
- Aspirasyon () Diğer ().....
- Dikleştirme ()
20. Daha önce bir emzirme deneyiminiz oldu mu? (cevabınız hayır ise 26. Soruya geçiniz)
- 1) Evet
 - 2) Hayır
21. En son çocuğunuzu ne kadar süre emzirdiniz?
-
22. En son çocuğunuza ne kadar süre sadece anne sütü verdiniz?
-
23. En son çocuğunuzu emzirmeyi neden kestiniz?
-
24. Son emzirme deneyiminizi nasıl algıyorsunuz?
-

DOĞUM VE ŞİMDİKİ EMZİRMeye YÖNELİK BİLGİLER

25. Kaçıncı gebelik haftasında doğum yaptınız?.....
26. Doğum şekliniz nedir?
- 1) Normal doğum
 - 2) Sezaryen doğum
27. Bebeğinizin doğum kilosu nedir?.....
28. Bebeğinizin şuan ki kilosu nedir?.....
29. Bebeğinizin takvim yaşı nedir?.....

Ek 2. (Devam)

30. Doğumdan sonra bebeğinizle herhangi bir nedenle ayrı kaldınız mı?
1)Evet(.....) 2) Hayır
31. Bebeğinizin herhangi bir hastalık durumu var mı?
1)Var (.....) 2)Yok
32. Doğum sonrası bebeğinizin emzirilme zamanı?
1) Doğumdan hemen sonra
2) 60 dakika içinde
3) 61 dk ve üzeri
4) İlk 24 saatten sonra
5) Emziremedim (Çünkü.....)
33. Doğumdan sonra bebeğinize anne sütü dışında başka bir besin verildi mi?
1) Evet 2) Hayır
34. Bebeğinizin şuan ki beslenme durumu nedir?
1) Anne sütü 2)Formül mama 3)Her ikisi de
35. Bebeğinizi emzirme durumunuz ?
1)Evet 2)Hayır
Gündüz kez, dakika
Gece kez, dakika
36. Bebeğinizi formül mama ile besliyorsanız:
Ne zamandan beri.....
Günde kaç öğün, gündüz..... gece.....
Her öğündeki miktarı gündüz..... gece.....
37. Beslenme şekli nedir?
1)Sadece Biberon
2) Sadece EDS (enjektör, sonda, kaşık gibi)
3) Emzirme + biberon
4) Emzirme + EDS (enjektör, sonda, kaşık gibi)
38. Bebeğinizi en son ne zaman emzirdiniz?
Sadece anne sütü verenler için.....
Sadece formül mama verenler için.....
39. Emzirmeyi kesme veya emzirememe nedeniniz nedir?.....
40. Ek gıda alımı durumu ?
1)Evet 2)Hayır
İçeriği
Ne zamandan beri.....
Günde kaç öğün.....
41. Emzik kullanım durumu?
1) Evet (.....) 2)Hayır
42. Bebeğinizle ten tene temas yapma durumunuz?
1)Evet
2)Hayır (biliyor.....bilmiyor.....)
Gündekez.....dakika
43. Bebeğinizi ilk altı ay nasıl beslemeyi düşünüyorsunuz?
1) Sadece anne sütü
2) Anne sütü + Formül mama
3) Sadece formül mama
44. Anne sütünü artırdığınızı düşündüğünüz bir içecek kullanma durumunuz var mı?
1) Var (.....) 2) Yok
Sıklık.....Süre.....
45. Anne sütünü artırdığınızı düşündüğünüz bir yiyecek kullanma durumunuz var mı ?
1) Var (.....) 2) Yok
Sıklık.....Süre.....

Ek 2. (Devam)

46. Yeniden emzirmek ister misiniz?
1) Evet (nedenleri.....)
2) Hayır (nedenleri.....)
3) Kararsızım (nedenleri.....)
47. Emzirme konusunda size kim/kimler destek verir? (birden fazla işaretleme yapılabilir)
1) Eş
2) Aile (.....)
3) Arkadaş
4) Sağlık personeli (ebe/hemşire/doktor/emzirme danışmanı)
5) Diğer.....
6) Hiç kimse
48. Doğumdan önce emzirme eğitimi aldınız mı?
1) Evet 2) Hayır
(nereden.....)
(kimden.....)
49. Şuan herhangi bir emzirme danışmanlığı alıyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır
(nereden.....)
(kimden.....)
(ne zamandan beri.....)
(eğitimin içeriği.....)
50. Meme başının şekli (araştırmacı tarafından gözlemlenerek doldurulacak)
1) Düz ya da içe çökük
2) Uyarıdan sonra dışa dönük
3) Dışa dönük
51. Memede ağrı/hassasiyet varlığı?
1) Var 2) Yok
52. Günlük kaç litre sıvı alımı var.....
53. Kullandığınız bir aile planlaması yöntemi var mı?
1) Evet (.....)
2) Hayır

Ek 3. Emzirme Öz yeterlilik Ölçeği-Kısa Formu

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

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

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

Ek 4. Emzirme Motivasyon Ölçeği (Primipar Anneler İçin)

	1.Hiç Katılmıyorum	2.Katılmıyorum	3.Katılıyorum	4.Kesinlikle Katılıyorum
Emziriyorum çünkü,	1	2	3	4
Bütünleşmiş Düzenleme				
14.Emzirdiğimde hayatımın bir amacı olduğunu düşünüyorum.				
19.Hamilelik boyunca bedenimde beslediğim bir bebeği emzirmek bana doğal geliyor.				
22.Bebeğime bedenimden bir parça verdiğimi düşünmek istiyorum.				
21.Bebeğime yakın olmak istiyorum.				
15. Emzirerek bebeğime psikolojik ve fiziksel olarak bağlılığım daha çok artıyor.				
17.Emzirmek sağlıklıdır, kemik erimesinde korur, kanamayı azaltır ve kanserden korur.				
24.Emzirmek beni mutlu ediyor.				
13.Emzirirken kendimi iyi hissediyorum.				
3.Bebeğimin bana bağlanması bana kendimi iyi hissettiriyor.				
1.Biberon ve hijyenle uğraşmama gerek duymadan her zaman ve her yerde emzirebilirim.				
12.Emzirmek bebeğim için sağlıklıdır.				
İçsel Motivasyon ve Özdeşleşmiş Düzenleme				
11.Emzirebilmek bana kendimi özel hissettiriyor.				
8.Emzirirken kendimi daha gururlu ve önemli hissediyorum.				
6.Emzirmek benim için eğlencelidir.				
23.Emzirmek beni heyecanlandırıyor.				
18.Emzirmek bana yüce bir duygu veriyor.				
16.Emzirirken kendimi daha iyi hissediyorum.				
İçe Yansıtılmış Düzenleme-toplumsal onaylanma				
4.Yaşadığım toplumda onay gören davranış, bir kadının bebeğini emzirebilmesidir.				
5.Yakın çevremdeki insanlar emzirdiğim için beni daha çok takdir ediyorlar.				
İçe Yansıtılmış Düzenleme-Toplumsal Baskı				
7.Emziremezsem yakınlarımdaki insanlara çok mahcup olurum.				
9. Çevremdeki emziren kadınların beni emziremediğim için eleştirmesinden korkuyorum.				
Dışsal Düzenleme-Ek yararlar				
10.Emzirmek bütçemi maddi olarak destekliyor.				
20.Emzirdiğim için daha hızlı kilo veriyorum.				

Ek 5. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği

Tarih:...../...../.....

1- Anne ve Bebeğe İlişkin Veriler

Annenin Adı:
Yaşı:
Eğitim Düzeyi:
Emzirme Deneyimi:
Doğum Şekli:

Doğum Tarihi:
Doğum Kilosu:
Gestasyonel Yaşı:
5. Dak. Apgar Skoru:

2- LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı

Değerlendirme kriterleri	Değerlendirme yönergesi			Gözlem Sayısı		Öneriler
	0 puan	1 puan	2 puan	1.	2.	
Memeyi tutma	Uyur ya da isteksizdir memeyi tutmayı başaramaz	Tekrar teşebbüs eder sadece meme ucunu ağzına alır emme hareketi görülür.	Areolayıda ağzına alacak şekilde memeyi tutar, ritmik bir şekilde emer. Dudaklar dışa dönüktür.			
Bebeğin yutma hareketinin görülmesi	Yok	Birkaç emme hareketi görülür.	Yutma sırasında kısa süreli güçlü ekspirasyonlar			
Meme ucunun tipi	Çökük	Düz	Uyarıyla dışarı çıkmış			
Meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı	Engorgement, çatlak, kanama, eziklik	Doku kızarıklık küçük ezikler, rahatlıkta azalma	Yumuşak göğüsler ve annede rahatlık			
Bebeğin tutuş pozisyonu	Tamamıyla yardımla	Minimal yardım	Yardımsız			
Toplam	Beş kriterden alınan toplam başarı puanı yazılacaktır.					

3-Anne- Bebek İletişim: (Uygun olan şıklar işaretlenip olumlu davranışlara 1 puan, olumsuz davranışlara 0 puan verilecektir)

- | | |
|---|--|
| ☐ Emin ve güvenli tutuş | ☐ Sinirli veya gevşek tutuş |
| ☐ Annenin bebeğin yüzüne bakması | ☐ Anne-bebek göz teması yoktur |
| ☐ Bebeğin okşanması | ☐ Az dokunmak, dokunmamak veya bebeği sarsmak |

TOPLAM PUAN:.....

Ek 6. İMDAT-Bebegin Aldığı Anne Sütü Miktarını Puanlama Sistemi

İMDAT- Bebeğin Aldığı Anne Sütü Miktarını Puanlama Sistemi			
	0	1	2
İdrar miktarı	*Günde 2 kezden daha az idrar yapıyor. *İdrarın rengi koyu sarı veya portakal rengi	*Günde 2-5 kez idrar yapıyor *İdrarın rengi sarı	*Günde 6 kez veya üzerinde idrar yapıyor *İdrar rengi açık sarı
Memelerin durumu	*Memeler küçük ve boş *Memeden sıkımla süt gelmiyor	*Memeler biraz dolgun *Sıkınca çok az süt geliyor	*Memeler dolgun *Meme ucunu uyarınca süt gelişi iyi
Kaka (Dışkı) miktarı	*Her gün kakasını (dışkılama) yapmıyor.	*Günde 1-2 kez sert, kuru yada yeşil renkli yapıyor	*Günde 3 kez veya üzerinde sarı kıvamlı dışkılama yapıyor
Ağırlık artışı	*Haftalık kilo artışı yok	*Haftada 125 gr dan az kilo alıyor	*Haftada 125 gr dan fazla kilo alıyor
Tatmin olma durumu	*Sürekli ağlıyor *Yarım saatte bir meme emiyor *Huzursuz	*Günde 5-7 kezden az meme emiyor *Memede çok az kalıyor *Zaman zaman ağlıyor *Kısmen huzurlu	*Günde 8 kezden fazla meme emiyor *Huzurlu

	er	Kilo- Boy	Toplam Puanlar
5-7. Gün			
1. Ay			
2. Ay			

Ek 7. Visuel Analog Scales (VAS)

Bu ölçek sizin araştırma süreci boyunca aldığınız sağlık hizmetine yönelik memnuniyetinizi ölçmek için hazırlanmıştır. 1 en az 10 ise en çok olmak üzere memnuniyet düzeyinizi ölçmektedir. Size uygun olan rakamı işaretleyiniz.

Kesinlikle memnun değilim Kesinlikle memnunum										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



Ek 8. Yeniden Emzirme (Relaktasyon) Eğitim Kitapçığı

**YENİDEN EMZİRME
(RELAKTASYON)
EĞİTİM KİTAPÇIĞI**

**“EMZİRMENİN EN ÖNEMLİ ANAHTARI
ANNENİN KENDİSİNE GÜVENMESİDİR”**

ANNE SÜTÜ BİR HAZİNE DİR



Sorularınız için 05347802124'ü arayabilirsiniz...

HAZIRLAYAN:
Öğr. Gör. Ayşe DAŞTAN YILMAZ
Danışman: Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Neden Emzirmelisiniz? Emzirmeyi Neden Önemsiyoruz?	1
Anne Sütü Nasıl Salgılanır?	3
Emzirmenin Anne ve Bebek İçin Yararları Nelerdir?	4
Neden İlk Altı Ay Sadece Anne Sütü Vermeliyim?	6
Yapay Beslemenin Sakıncaları Nelerdir?	7
Biberon ve Emzik Varmenin Sakıncaları Nelerdir?	8
Yeniden Emzirmek Mümkün Müdür? Bunu İçin Ne Yapmalıyım?	9
Yeniden Emzirmenin Sağlanması İçin Teknikler Nelerdir?	11
Bana ve Bebeğime Hangisi Uygun?	11
Hangi Süre ve Sıklıkta Emzirmeliyim?	14
Sütünün Yeterli Olduğunu Nasıl Anlayabilirim?	16
Doğru Emzirme Teknikleri Nelerdir?	17
Bebeğin Memeyi Reddetmesi Durumunda Yapılması Gerekenler?	22
Süt Yapımının Devamlılığı Nasıl Sağlanır?	23
Anne Sütü Sağma ve Sağılma Sütünün Saklanması Kozulları	24
Tanımlayıcı Beslenmeye (Ek Gıdaya) Ne Zaman Başlamalıyım?	28
Emzirirken Beslenmem Nasıl Olmalı?	30
Emzirme Sürecinde Ailem Bana Nasıl Yardımcı Olabilir?	31
Emzirme Sürecinde En Çok Merak Edilenler	33
Sağlık Kurumuna Başvurmayı Gerektiren Emzirme ile İlgili Sağlık Sorunları	34
Kaynaklar	36

**NEDEN EMZİRMELİSİNİZ? EMZİRMİYİ NEDEN
ÖNEMSIYORUZ?**

Emzirme son derece önemlidir!

Emzirmenin fiziksel, psikolojik sosyal ve ekonomik yönden de birçok yararı bulunmaktadır.

Anne sütü

- *Mükemmel besin içerir.
- *Kolay hazmedilir, kabızlığı önler.
- *Bebek hastalıklardan korur (obezite, astım, diyabet, ishal, kusma, kulak enfeksiyonları gibi).
- *Yapay beslenmeden daha ekonomiktir.
- *Her zaman taze, temiz ve uygun ıstıdadır.

Emzirme

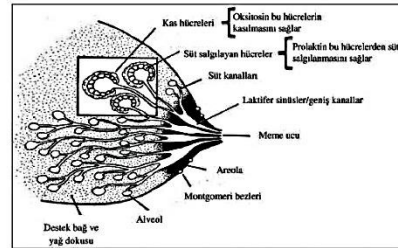
- *Anne-bebek bağının kurulmasına yardımcı olur.
- *Diş ve çene sağlığı için yararlıdır.
- *Konusmayı geliştirir.
- *Yeni bir gebeliğin gecikmesine yardımcı olur.
- *Annenin sağlığını korur (yüksek tansiyon, meme kanseri, yumurtalık kanseri, diyabet gibi).

ANNE SÜTÜ MUCİZEDİR...

ANNE SÜTÜ İLE BESLENME HER ÇOCUĞUN HAKKIDIR...

“Emzirmenin BANA tarifsiz bir keyif verebileceğini fark etmemiştim. Bunu anneye değil bebeğe bir şey vermeye ilgili olduğunu düşünüyordum... derken o hormonlar birden içime dökülüyordu ve ben emzirirken çok mutluydum, havalara uçacak kadar mutluydum. Ve şimdi da söylemeden geçemeyeceğim; kendine çok güvensiz bir anneyken emzirme kendime güven duyabileceğim ve kendimle gurur duyabileceğim bir şey verdi.”

Emzirmenin nasıl gerçekleştiğini ve anne sütünün nasıl salgılandığını anlayabilmemiz için öncelikle memenin yapısını bilmek gerekir.

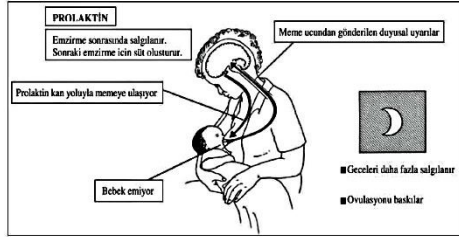


**“İNSAN YAVRUSU İÇİN EN İYİ SÜT ÜRETEN FABRİKA;
BEBEĞİN KENDİ ANNESİNİN MEMESİDİR.”**

Ek 8. (Devam)

ANNE SÜTÜ NASIL SALGILANIR?

Kadınlar emzirme için doğru donanım ile doğar. Büyük ya da küçük memeler, uzun meme uçları, düz meme uçları, açık renkli meme uçları ve koyu renkli meme uçları süt yapımı ve emzirme için çok iyi çalışır ((5)). Memelerinizde süt yapımını sağlayan madde sizin beyninizden salgılanan **“PROLAKTİN”** hormonudur. Sütünüzün salgılanması için meme ucunuzun uyarılması, meme ucunuzun uyarılması için ise en etkili yöntem **“EMZİRMENİZDİR”**.



3

EMZİRMENİN ANNE VE BEBEK İÇİN YARARLARI NELERDİR?



Emzirme ve anne sütünün çocuk için yararları;

- Her zaman hazır, ısı derecesi bebeğiniz için uygundur.
- Besin içeriği bebeğiniz için idealdir ve sindirimi kolaydır.
- Bebeğinizi kulak iltihabı, ishal, solunum hastalıkları ve alerjilerden korur.
- Anne sütü ücretsizdir.
- Bebeğinizi obeziteye karşı korur.
- Emzirme bebeğinizi rahatlatır, gevşetir, daha erken uykuya dalmasını sağlar, ağrısını azaltır.
- Bebeğinizde dişlerde ve çenede kapanma bozuklukları daha az görülür.
- Bebeğinizin ileri yaşlarda zeka testlerinin daha iyi olmasına ve okul başarısına katkı sağlar.
- Bebeğinizin sosyal yetenek becerisi artar.

4

Emzirmenin anne için yararları;

- Meme kanserine yakalanma riskinizi azaltır.
- Uzun süre emzirme ile yumurtalık kanserine yakalanma riskinizi azaltır.
- Emziren anneler doğum öncesi kilolarına daha çabuk dönerler.
- Emzirme bebeğiniz ile güvenli bağlanmanız üzerine olumlu etki sağlar.
- Doğum sonu depresyonu emziren annelerde daha az görülür.
- Emzirme hormonları sizi gevşetir ve daha çabuk uykuya dalmanızı sağlar.

Anne sütünün, çocuk sağlığı üzerine birçok etkisinin yanında aile ve toplum bütçesine de önemli yararları bulunmaktadır. Emziren annelerin çocukları daha sağlıklı olduğu için mama harcamalarından tasarruf sağlanır. Ayrıca emzirilen çocuklarda daha az hastaneye başvuru sebebiyle daha az sağlık harcamalarına ve ebeveynlerin çalışma ortamından daha az uzaklaşmalarına sebep olur.



5

NEDEN İLK ALTI AY SADECE ANNE SÜTÜ VERMELİYİM?

Bebekler için en iyi beslenme şekli kendi annesi tarafından emzirilmesidir.

Anne sütü bebeğin ihtiyacının;

- İlk 6 ayda tamamını
- 6-12. ayda bebeğin ihtiyacının yarısını
- 12 ayda itibaren bir kısmını karşılar.

Anne sütü, bebeğin ilk 6 ayda ihtiyacı olan su dahil her türlü besin değerine sahiptir.

Bu yüzden ilk 6 ayda bebeğe anne sütüne ek olarak su, meyve suyu, ek gıda gibi besinleri vermeye gerek yoktur.

Anne sütü tek başına, ilk 6 aydan sonra bebeğin demir, çinko, protein, enerji ve bazı yağda eriyen vitamin gereksinimini karşılayamaz. Bu yüzden 6. aydan sonra uygun ve yeterli tamamlayıcı besinlerle başlamalı ve emzirmeyi en az 2 yaşına kadar sürdürmelisiniz.



BEBEĞİNİZİN İLK 6 AY SİZİN SÜTÜNÜZDEN BAŞKA, SU DAHİL HİÇ BİR ŞEYE İHTİYACI YOKTUR.

6

Ek 8. (Devam)

YAPAY BESLEMENİN SAKINCALARI NELERDİR?

Bebeginizi kendi sütünüze ile beslemeniz “doğal”, inek sütü veya formül mama ile beslemenize “yapay besleme” denir.

Her canlımın sütü kendi yavrusuna özel olarak salgılanmaktadır.

Anne sütü yerine bebeğe inek sütü verilmesi sindirim problemleri ve alerji gibi bazı durumlara sebep olabilir.

Anne sütü yerine formül mama ile bebeği beslemenin bazı sakıncaları bulunmaktadır. Bunlar;

- Emzirme ile olan ten tene temas mama ile beslemede sağlanamaz,
- Mama hazırlığı hijyenik koşullarda yapılmazsa bebekte ishal, solunum yolu ve kulak enfeksiyon hastalıkları gelişebilir,
- Mama ile beslenen bebeklerde obeziteye yatkınlık fazladır,
- Mama ile beslemede öğün sayısına ve mamanın hazırlanmasına dikkat etmek gerekir. Mama üzerindeki talimatlara göre hazırlanmayan (aşırı sulandırılan veya aşırı toz eklenen) durumlarda sağlık sorunları ortaya çıkabilir.
- Mama ile beslemede öğün sayısı az ya da mama aşırı sulandırılmış ise alınacak olan besin miktarı azalır ve bebekte beslenme yetersizliği olabilir.

BİBERON VE EMZİK VERMENİN SAKINCALARI NELERDİR?

- Biberon ve emzik kullanımı bebeğinizde “meme başı şaşkınlığına” sebep olur ve bebeğiniz memeden emmek istemeyebilir.
- Emzik bebeğinizde tokluk hissi sağladığından memeyi daha az emmek isteyecektir. Bu durum ise bebeğinizin daha az kilo almasına neden olabilir.
- Bebeğiniz biberon emziğine alıştırsa, memeyi iyi kavrama alışkanlığını kaybedebilir ve meme ucunu (meme yerine) emmeye çalışır. Bu da meme çatlaklarına ve dolayısıyla bebeğinizin yeterince anne sütü alamamasına yol açabilir.
- Biberon ve emzik kullanımı bebeğinizde birçok enfeksiyona neden olabilir.
- Biberon ve emzik kullanımı dış sorunlarına neden olabilir.



YENİDEN EMZİRMEK MÜMKÜN MÜDÜR? BUNU İÇİN NE YAPMALIYIM?

- Emzirmeme, emziremememe veya sütünüzün azalmasına sebep olan nedenler ne olursa olsun süt miktarını geri getirmeniz ve yeniden emzirmeniz mümkündür.
- Yeniden emzirme süreci sabırlı ve istekli olmanız gereken bir süreçtir.
- Bu süreçte yapılması gereken en önemli uygulama memelerin uyarılmasıdır. Bu uyarılmanın en iyi yolu ise bebeğinizi sık sık emzirmektir. Ayrıca elle meme ucu uyarısı yapmaktır. Bunun yanında sütünüzün artması için bebeğinizi düşünmeniz (eşyasına veya resmine bakma), ılık bir şeyler içme, sessiz bir ortam, meme uçlarınızı uyama ve sırtınıza eş veya bir yakınınızın masaj (oksitosin masajı) yapması etkili olabilir.
- Bebeğinizi hiç emmiyorsa emmeye ikna etmek veya azalan sütünüzü artırmak için sık sık ten tene temas yapabilirsiniz.
- Sütünüzün artması için gerekli süre değişken olabilir ve sürenin uzun sürme ihtimali sizi kaygılandırabilir. Bebeğinizin sık emmesi ve sizin emzirmeyi çok istemeniz bu süreyi kısaltmada en etkili yoldur.
- Bebeğiniz ara sıra meme emmeyi sürdürüyorsa, size ve bebeğinize uygun olan yöntemler (ten tene temas, sık sık emzirme, gece emzirme, emzirme destek sistemleri vb) ile sütünüzün miktarı birkaç gün içinde artacaktır.
- Bebeğiniz meme emmeyi bırakmışsa süt üretiminin yeniden başlaması ve artması için 1-2 hafta veya daha uzun bir süre gerekebilir.
- Bebeğinizin yaşı emzirmenin yeniden sağlanmasında etkili olabilir. Örneğin 2 aylıktan küçük bebekler 6 aylıktan büyük bebeklere göre daha kolay emmeye dönebilir.
- Bebeğinizin emme ihtiyaçlarını sizin memenizde tatmin etmeye daha çok heveslenmesi için bu dönemde emzik ve biberonu ondan uzak tutmalısınız.
- Bebeğiniz emmeye ve güzel kilo almaya, sizde daha fazla süt üretmeye başlayınca, takviyeleri yavaş yavaş azaltmaya başlayabilirsiniz.

- Takviyeleri çok küçük miktarlarda, her birkaç günde bir her beslemede 5 ile 15 ml azaltın ki bebeğiniz bol süt almaya devam etsin. Bu takviyeleri bebeğinize verirken kap veya fincan kullanabilirsiniz.
- Gün içerisinde sütünüzün daha fazla olduğu hissettiğiniz zamanlarda (örneğin sabahları) takviyeleri 20 ile 30 ml azaltabilirsiniz.
- Bol süt aldığınızdan emin olmak için bebeğinizin ıslak ve kakalı bez sayısına dikkat edin.
- Dinlenmeniz için aile üyelerinden destek (ev işleri, çocuk bakımı gibi) alabilirsiniz.
- Tam bir süt tedariki sağlanmasa veya bebeğiniz memeyi kavrayamasa bile, yine de bebeğiniz sağlanmış sütünüzün yararlarından faydalanabilir.
- Bu süreçte başardığınız her şey için kendinizle gurur duymalısınız.

Emzirme her yaşta yeniden başlatılabilir...

Nedeniniz ne olursa olsun, bebeğiniz için süt miktarınızı geri döndürmeye gerçekten değer...

Mutlaka bir emzirme danışmanında destek alınız...

Ek 8. (Devam)

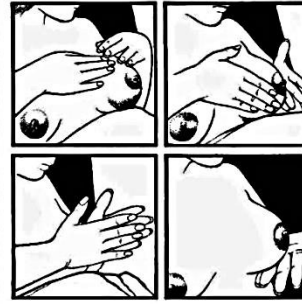
YENİDEN EMZİRMENİN SAĞLANMASI İÇİN TEKNİKLER NELERDİR? BANA VE BEBEĞİME HANGİSİ UYGUN?

- Bebeğiniz emmeye isteksiz veya emmiyorsa öncelikle bebeğin bir sağlık problemi veya uzman yardımı gereken anatomik bir sorunu olmadığından emin olunmalıdır.
- Eğer henüz hiç sütünüz yoksa ve bebeğiniz emmiyorsa emzirme destek sistemi ile emzirmeye hemen başlayabilirsiniz.
- Süt yapmayı başlatmanın en temel yolu, basit olarak memelere süt yapmalarını söyleyecek şekilde onları uyarmaktır. Bu sık sık emzirme, elle veya pompa ile yapılabilir. Memelere bu şekilde yapılan uyarma sıklığı bebeğinizin beslenme düzenine uygun hale getirilmelidir.
- Bebeğiniz emmeye isteksiz veya emmiyorsa emzirme aralarında sütünüzü sağlayabilirsiniz, böylece memelere daha fazla uyari yapılmış olacaktır.
- Bebeğiniz emmeye istekli değilse veya emmiyorsa alternatif bir teknik olarak parmakla besleme yöntemini kullanabilirsiniz.
- Bebeğiniz memeyi emiyor fakat isteksiz ise damlatma tekniğini kullanabilirsiniz.
- Bebeğinizin memeye dönüş yapması ve sütünüzün artması için ten tene teması ve kanguru bakımı yapabilirsiniz ve bu sırada bebeğiniz memeye ilgi gösterdiğinde emzirebilirsiniz.
- Bu teknikleri kullanmak ve hangisinin size ve bebeğinize uygun olduğunu öğrenmek için mutlaka bir emzirme danışmanından destek almalısınız.

11



Oksitosin masajı
(süt salımlarını artıran masaj)



Memelerin
uyarılması

12



EMZİRME DESTEK
SİSTEMLERİNE ÖRNEK

TEN TENE TEMAS



- Bebek annenin göğüsleri arasında çıplak ve dik pozisyonundadır.
- Bebeğin başı bir tarafa çevrilidir.
- Bebek kurbaga pozisyonundadır.
- Bebeğin karnı annenin karnının üst orta bölgesindedir.
- Bebeğin poposu alttan desteklidir.
- 30 dakika ile başlanır ve süre artırılabilir.
- Bebeğin beresi, bezi ve çorapları üzerinde olabilir, sırtı bir örtü ile örtülebilir.
- Ortam sıcaklığı 23-24 derecedir.

13

KANGURU BAKIMI



Ten tene temas kanguru bakımı ile de sağlanabilir. Anne ve bebek;

- Sakin bir ortamda olmalı,
- Temas eden yerlerin çıplak olması,
- Annenin ayakta olması ve sallanması ile yapılabilir.

HANGİ SÜRE VE SIKLIKTA EMZİRMELİYİM?

- Emzirme bebeğinizin isteğine göre gerçekleştirilmelidir.
- Bebeğiniz her istediğinde ve ağladığında emzirmeniz gerekmektedir.
- Özellikle geceleri de emzirmeniz gerekmektedir.
- Bebeğinizi emzirmenin süresi bebekten bebeğe farklılık gösterebilir. Bu süre bazen 5-10 dakika bazen de yarım saat sürebilir. Eğer bebeğiniz emmeye istekli ise 1-2 saatte bir emzirebilirsiniz. Eğer bebeğiniz hasta veya yorgun ise azar azar ve sık aralıklarla emmeye ihtiyacı olacaktır.
- Genel olarak bir günde en az 8-12 kez emzirmeli ve bu emzirmeden en az biri gece olmalıdır.
- Ayrıca bebeğiniz sadece süt almak için emmez, bazen kendini güvende hissetmek bazen de emmekten keyif almak için emebilir.
- Bunu için bebeğinizi tanımanız ve açlık belirtilerini bilmeniz gerekmektedir.

14

Ek 8. (Devam)

BEBEKLERİN ACIKTIĞINI NASIL ANLARIZ?

ERKEN İPUÇLARI: Ben Açım...!!!





Heyecan
Ağız Açıklığı
Baş Çevirme

ORTA İPUÇLARI: Ben Gerçekten Açım...!!!





Gırınma
Hareketlilik
Eli Ağıza Götürme

GEÇ İPUÇLARI: Beni Sakinleştir ve Besle...!!!





Ağlama
Ters Vücut Hareketleri
Yüzde Kızarma

SÜTÜMÜN YETERLİ OLDUĞUNU NASIL ANLAYABİLİRİM?

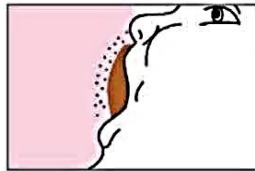
- Bebeğiniz uyanık ve aktiftir bir gün içinde en az 8 kez beslenir.
- Bebeğiniz bir günde 6-8 kez idrar ve 3 ya da daha fazla kaka yapabilir. İdrar rengi açık sarı, ağır kokulu olmayan, kakası ise yumuşak olmalıdır. Kaka sıklığı büyük bebeklerde daha az olabilir.
- Kilo alımı yeterlidir (ağırlığı ilk 6 ayda 500 g veya haftada 140-200 g artar).
- Eğer bebeğiniz yeni doğdu ise ilk zamanlar kilo verebilir. Fakat 7-10 gün içinde doğum kilosuna ulaşır.
- Memeleriniz emzirmeden önce dolgun olup emzirme sonunda boşalmıştır. Memeler ve meme uçlarınız ağrısız ve rahattır.
- Genel olarak bebeğinize bakarken kendinizden emin hissedersiniz.

Pek çok annenin yaptığı gibi rahat olun ve emzirmenin sihrine güvenin...

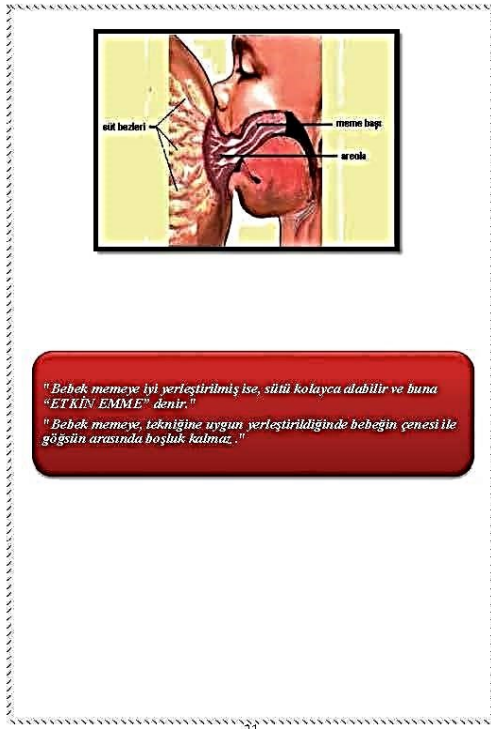
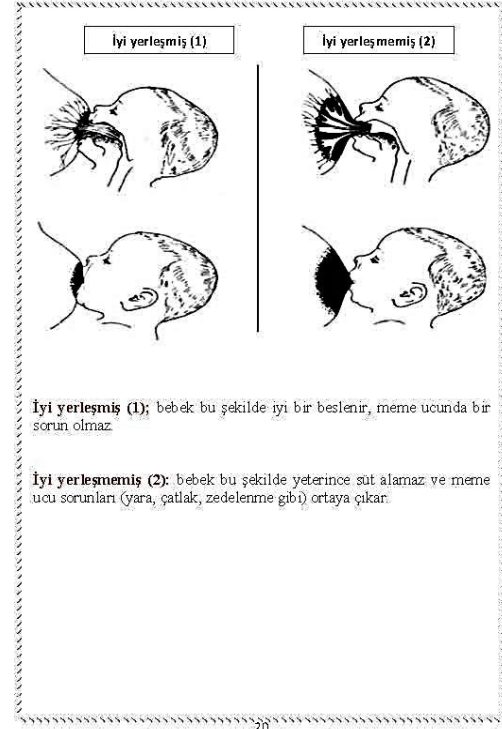
Başarılı emzirme birimlerle ölçülmez, tıpkı sevginin ölçülmediği gibi...

DOĞRU EMZİRME TEKNİKLERİ NELERDİR?

- Memeyi C tekniği ile tutmak, doğru emzirme pozisyonu almak ve bebeğin memeyi kavraması etkin emzirmenizi sağlayacaktır.
- Öncelikle,
- Ellerinizi yıkayınız.
 - Meme başını ve kahverengi kısmı temiz su ve yumuşak bir bezle siliniz.
 - Bebeğinizle rahat bir yere oturunuz (sırtınızı bir yere dayayınız). Ağırlığınızı bebeğinizin üzerine vermeyiniz.
 - Bebeğinizin yüzü ve bedeniz size dönük olacak şekilde tutunuz.
 - Bebeğinizi kalça ve bacaklarından kavrayınız. Bebeğinizin başı kolunuzun iç kısmına denk gelecek şekilde tutunuz.
 - Memenizi C tekniği ile tutunuz (aşağıdaki şekildeki gibi) ve meme başı ile kahverengi kısma dokunmayınız.
 - Bebeğinize gülümseyerek bakınız ve meme ucunu bebeğin dudaklarına ve çenesine değdiriniz.
 - Bebeğiniz ağızını geniş açtığı anda meme ucunuza ve etrafındaki kahverengi kısmı bebeğinizin ağızına yerleştiriniz.
 - Bebeğiniz erken çenesi memenize değmelidir.



Ek 8. (Devam)



BEBEĞİN MEMEYİ REDDETME Sİ DURUMDA YAPILMASI GEREKENLER?

- Bebeğinizi uykuda emzirebilirsiniz.
- Ten tene temas yapabilirsiniz.
- Birlikte düş alabilirsiniz.
- Farklı pozisyonlarda emzirmeyi deneyebilirsiniz.
- Emzik ve biberon vermektan kaçınmalısınız.
- Bebeğinizi bu süreçte biberon dışında alternatif diğer yöntemlerle besleyiniz.

Meme reddi sabır isteyen bir süreçtir.
Kararlılığınızla bu sürecin üstesinden gelebilirsiniz...

Ek 8. (Devam)

SÜT YAPIMININ DEVAMLILIĞI NASIL SAĞLANIR?

- Süt yapımının devamlılığının en etkili yolu emzirmenizdir.
- Meme ucunuza ne kadar uyan giderse sütünüz de o kadar fazla salgılanacaktır.



Sütünüzün yeterli salgılanması için bebeğiniz her istediğinde ve doğru emzirme pozisyonunda geceleri de dahil sık sık emzirmeniz gerekmektedir.

23

ANNE SÜTÜ SAĞMA VE SAĞILMIŞ SÜTÜN SAKLANMA KOŞULLARI

Aşağıdaki durumlarda sütünüzü sağarak bebeğinize uygun yöntemlerle verebilirsiniz:

- Tıkalı/sık memeniz varsa (rahatlatmak için),
- Kanal tıkanıklığı ya da süt birikmesi durumunuz varsa,
- Çok dolu meme durumunuzda (bebeğinizin memeyi kavramasını kolaylaştırmak için),
- Çökük veya düz bir meme başınız varsa (bebeğiniz emmeyi öğrenene kadar),
- Sütü direkt olarak bebeğinizin ağzına sağlamak için,
- Meme reddi durumu düzelinceye kadar,
- Düşük doğum kilolu, zamanından önce doğmuş ve emmeyen bir bebeğiniz varsa,
- Emmeyi başarmada zorluk çeken bir bebeğiniz varsa,
- Yeterli emmeyen ve sağlık sorunu olan bir bebeği beslemekte,
- Siz ya da bebeğiniz hasta olduğunda (süt üretiminizin devam etmesi için),
- Bebeğinizden uzak kaldığınızda uzakta ya da işe başladığınızda,
- Emzirme sonrası meme ucunuza ve koyu kahverengi kısma (areolaya) anne sütü sürüp kurutarak yara olmasından korumanız için.

Süt Sağma Yöntemleri:

- Elle sağma
- Pompa ile sağma
- El pompası ile sağma

24

- Sağma işlemine geçmeden önce ellerinizi iyice yıkayınız.
- Sütün sağmak için temiz bir kap alınız (geniş ağızlı fincan veya bardak seçilebilir).
- Rahat bir yere oturunuz ve meme başınızdaki kahverengi bölgeye doğru masaj yapınız.
- Memenizi başparmak üstte, diğer parmaklar altta kalacak şekilde tutunuz.
- Hedef bölge meme başının kahverengi bölgesinin geride kalan alanıdır.
- Baş ve diğer parmaklarınızı içe, göğüs duvarına doğru ve ardından birbirine doğru bastırınız.
- Bastırma işlemini, elinizi göğüs duvarından uzaklaştırırken devam ettiniz.
- Sağma hareketini ritmik bir şekilde devam ettiriniz.



Bastırın. **Sıkın.** **Bırakın.**

25

Bebeğinize sağdığınız sütü verirken;

- Biberon yerine kap, enjektör, damlalık, kaşık biberon, doğrudan bebeğin ağzına sıkma veya emzirme destek sistemlerinden size ve bebeğinize uygun olan bir yöntemi kullanabilirsiniz.



Kap yöntemi **Enjektör yöntemi** **Emzirme destek sistemi** **Kaşık biberon yöntemi**

Süt Sağma Sıklığı Nasıl Olmalı?

Süt yapımınızı artırmak için bir gün içinde en az 6 (tercihen 8-12 kez) ve mutlaka en az biri gece olmak üzere sağmalısınız. Süt sağma süresi ise;

- Süt üretimini artırmak için 20-30 dakika,
- Bebeğin memeyi tutuşunu kolaylaştırmak için 3-4 bası,
- Memede tıkalı bir kanalı açmak için masaj ve kitle ortadan kalkıncaya kadar bası,
- Yeni doğan dönemi süt stoğu yapmak için bebeğinizin gereksinimine dikkat ederek emzirirken diğer memenizden sağım yapabilirsiniz.

Hem sağıp, hem emziriyorsanız önce sağıp, sonra emzirmelisiniz. Böylece bebeğiniz yağdan zengin son sütü almış olur.

26

Ek 8. (Devam)

Sağlıklı Süt Nasıl Saklanır?

- ★ **Buzdolabı rafında (+ 4 derecede) 72 saat,**
- ★ **Tek kapılı buzdolabının buzlukunda (-7 ila -2 derecede) 3 hafta**
- ★ **İki kapılı buzdolabının buzlukunda (yaklaşık -18 derecede) 3 ay**
- ★ **Derin dondurucuda (-18 derecenin altında) 6 ay ANNE SÜTÜ SAKLANABİLİR.**

*SÜTÜNÜZÜN HER DAMLASI
BEBEĞİNİZ İÇİN DEĞERLİDİR.*

27

TAMAMLAYICI BESLENMEYE (EK GIDA YA) NE ZAMAN BAŞLAMALIYIM?

Tamamlayıcı besin, 6 ayını dolduran bebeğe anne sütü ile bebeğin yaşına ve gereksinimlerine uygun olarak verilen besinlerdir.

Bebeginizin yaşına ve gereksinimine göre uygun besinlerin verilmesi gereklidir.

Tamamlayıcı beslenmede, verilen besinlerin anne sütünü destekleyici olarak ve en az 2 yıl bu besinlerle birlikte bebeğe verilmesi gereklidir.



28

Bebeginiz 6. Ayını doldurduğunda:
Zamanında
Uygun miktarda
Uygun şekilde
Uygun sıklıkta
Ve uygun ek besinlerle başlamak
çok önemlidir!!!

Tamamlayıcı Beslenmeye Neden 6. Aydan Önce Başlamamalıyız?

- Sütünüzün üretimini azaltır.
- Enfeksiyonlar artar.
- Erken başlamanın büyüme açısından bir üstünlüğü yoktur.
- İlk aylarda bebeğinizin dil gelişimi kaşıkla beslemeye uygun değildir.
- İlk aylarda bebeğinizin pürüklü/taneli besinleri yutma becerisi gelişmemiştir. Ek gıdalar bebeğinizin boğulmasına neden olabilir.
- Obezite, şeker, alerjik hastalıkların artmasına neden olur.
- Bebeğinizde bazı sindirim sorunları oluşabilir.

29

EMZİRİRKEN BESLENMEM NASIL OLMALI?

- Emzirme döneminde sağlıklı bir şekilde beslenmeniz için dört temel besin grubundan yeterli ve dengeli olarak tüketmeniz gereklidir. Bu besin grupları; süt ve süt ürünleri, et ve et benzeri ürünler, sebze ve meyveler, yağlar ve şekerlerdir.
- Süt ve süt ürünleri (süt, yoğurt, peynir gibi) günlük tüketmelisiniz.
- Et ve et benzeri ürünlerden (et, tavuk, balık, fasulye, nohut gibi) yemelisiniz. Bu ürünlerin yeterli ve dengeli alınması besin ve enerji ihtiyacınız için önemlidir.
- Yeterli ve dengeli miktarda sebze ve meyve yemelisiniz.
- Yağlar ve şekerler, tükettiğiniz besinler içinde olduğu için ekstra tüketmenize gerek yoktur.
- Emzirmek sizin su ihtiyacınız artırır bu yüzden günde en az 2,5-3 litre su tüketmelisiniz.

DİKKAT!

- Günde 300mg den (3-4 fincan) fazla kafein tüketmemelisiniz.
- Enerji içecekleri, gazlı içecekler, diyet içecekleri, çay ve kahve gibi içecekleri sınırlı olarak kullanmalı ya da hiç kullanmamalısınız.
- Bitkisel içecekleri kullanmamalısınız.
- Meyve ve sebzeleri iyice yıkadıktan sonra tüketmelisiniz.
- Sonis veya salam gibi yiyecekleri sınırlı tüketmeli ya da hiç tüketmemelisiniz.

30

Ek 8. (Devam)



EMZİRME SÜRECİNDE AİLEM BANA NASIL YARDIMCI OLABİLİR?

Emzirme döneminde annelerin aşağıdaki durumlarda diğer aile fertlerinin yardımına ihtiyacı vardır:

- Yeterli ve dengeli beslenme,
- Evde rahat, temiz, aydınlık, sessiz ve sıcak bir ortam sağlanması,
- Annenin emzireceği taraftaki kolun altına destek olarak yastık yerleştirilmesi,
- Anneye önu açılan rahat elbiseler giydirilmesi,
- Anne ve bebeğin her zaman emzirebilmek için, gece ve gündüz aynı odada kalması,
- Tuvaletten çıktıktan sonra, bebeğin altını değiştirdikten sonra, emzimeden önce, kendi beslenmesinden önce ellerin yıkanması.

ÖZELLİKLE ÇALIŞAN ANNELER İÇİN:

- Sütün kesilmemesi için sütün nasıl sağılacağı gösterilmesi,
- Sağılan süt temiz bir kapta korunmalı ve annenin işte olduğu sürede bebeğe verilmesi,

- Anne isteyken sağılmış anne sütünün kaşıkla bebeğe verilmesi,
- Kesinlikle biberon ve emzik kullanılmaması.

"ANNENİN EMZİRME KONUSUNDA BAŞARILI OLACAĞINA İNANMASI GEREKİR."

"BEBEĞİ VE KENDİSİ İÇİN SAĞLIKLI BİR YAŞAM BU YOLLA MÜMKÜNDÜR."

"EMZİREN ANNELERİN PSİKOLOJİK OLARAK DESTEKLENMESİ, RAHAT VE MUTLU OLMASI GEREKİR."

"BABALAR! BÜYÜKANNE VE BÜYÜKBABALAR! ARKADEŞ VE AKRABALAR!"

"ANNEYE EMZİRME KONUSUNDA YARDIMCI OLUN!"



EMZİRME SÜRECİNDE EN ÇOK MERAK EDİLENLER

- Sütünün yettiğini nasıl anlarım?
- İçe çokluk veya düz meme ucu emzirmeye engel midir?
- İshal olan bebek emzirilmeli midir?
- Grip olduğumda bebeğim emzirebilir miyim?
- Bir kadın gebe kalırsa emzirmeye son vermeli midir?
- Dolgun görünmeyen memelerde yeterli süt var mıdır?
- Halka açık olan yerlerde emzirme uygun mudur?
- Emziren bir anne her şeyi yiyebilir mi?
- Emzirme gebe kalmaktan korur mu?
- Sıcak havalarda anne sütüne ek olarak su verilmeli midir?
- Meme büyüklüğü artıkça süt üretimi artar mı?
- Bebekler gece beslenmeli midir?
- Sağarak süt miktarı ölçülebilir mi?
- Yapay mamalar anne sütüne denk midir?
- Çalışan anneler işe başlayınca emzirmeyi devam ettirebilir mi?
- Ağız sütü (kolostrum) kirli midir?

Hangi sorulara cevap arıyorsunuz?

Emzirme danışmanınıza ulaşabilirsiniz.

SAĞLIK KURUMUNA BAŞVURMAYI GEREKTİREN EMZİRME İLE İLGİLİ SAĞLIK SORUNLARI

- Meme apsesi
- Memede mantar enfeksiyonları
- Meme iltihabı
- Meme ucu zedelenmesi
- Bebeğin ağzında pamukçuk gelişmesi

Ek 8. (Devam)

BEBEKLER BEKLEMEZ

*Temizlik ve diğer işler
Kalabilir yarına,
Bebekler çabuk büyür,
Bunu öğrendim zor olsa da.*

*Sessiz olun örümcek ağları,
Tozlar hemen dalın uykuya,
Ben bebeğimi emziriyorum,
Bebekler beklemes, bilirsiniz ya.*



**EMZİRME HEM ANNE HEM BEBEK SAĞLIĞI
İÇİN ÖNEMLİDİR.**

35

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Emzirme (2017). Emzirme. *TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Daire Başkanlığı* 4: 1-42.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Emzirme Danışmanlığı Uygulayıcı El Kitabı (2018). Emzirme Danışmanlığı Uygulayıcı Kitabı. *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Emzirme Danışmanlığı El Kitabı (2015). Emzirme Danışmanlığı El Kitabı. *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu* 7-129.
4. Unicef (2007). Başarılı Emzirme 1-16.
5. Wiessinger D, West D, Pitman T (2021). *Emzirme Sanatı*. Çeviren: Çavuşoğlu H. İstanbul: Gün Yayıncılık.
6. Özsoy S (2021). Anne Sütü Nasıl Üretilir? Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi. In: Özsoy S, editor. *Emzirme ve Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık/Güncel Yaklaşımlar* Ankara: Türkiye Klinikleri, pp 23-31.
7. Yalçın S, Erdal İ, Erat Nergiz M (2021). Emzirmenin Reklamı 124-130.
8. Eker A, Aslan E (2018). Laktasyon ve Emzirme. In: Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F, editors. *Normal Doğum ve Sonrası*. *Donem* İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri, pp 239-255.
9. Özkan N (2021). Başarılı Emzirmenin Bileşenleri. *Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık/Güncel Yaklaşımlar*, Özsoy, Sev Ankara: Türkiye Klinikleri, pp 40-49.
10. Dumas L (1999). Relactation: Review of Experience and Recommendations for Practice. *Journal of Human Lactation* 15.
11. Uyar Hazer H (2021). Relaktasyon. *Anne Sütü ile Beslemede Güncel Yaklaşımlar*, Özsoy, Sev 130-138.
12. Yılmaz E, Göncü Serhatlıoğlu S (2019). Relaktasyon Süreci Farkındalığı. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2: 105-110.
13. Lawrence R, Lawrence R (2016). Induced Lactation and Relactation (Including Nursing an Adopted Baby) and Cross-Nursing. In *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 8. Philadelphia: Elsevier, pp 667-687.

36

14. Sebril MF, Canbeyli G, Karabayır N (2020). Evlat Edindim, Emzirmek İstiyorum: Olgu Sunumu. *The Journal of Child* 20: 120-123.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Ten-Tene Temasının Önemi ve Kanguru Bakımı (n.d.). *Ten-Tene Temasının Önemi ve Kanguru Bakımı*.
16. Özlüses E (2021). Emzirme Sorunlarında Danışmanlık. In: Özsoy S, editor. *Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık/Güncel Yaklaşımlar* Ankara: Türkiye Klinikleri, pp 110-129.
17. Başlı M, Özsoy S (2021). *Emzirmenin Gözlemlenmesi, Değerlendirilmesi ve Bebeğin Memeye Yerleştirilmesi*, Türkiye K1 (S. Özsoy, editor) Ankara: 1. Baskı.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı. Emzirme Pozisyonları (n.d.). Emzirme Pozisyonları, *TC Sağlık Bakanlığı* 4-7.
19. Başlı M, Özsoy S (2021). Emzirmenin Gözlemlenmesi, Değerlendirilmesi ve Bebeğin Memeye Yerleştirilmesi. In: Özsoy S, editor. *Emzirme ve Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık/Güncel Yaklaşımlar* Ankara: Türkiye Klinikleri, pp 50-58.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı. Süt Sağma (n.d.). Süt Sağma. *TC Sağlık Bakanlığı* 4-5.
21. Öter Gerçek E (2021). Emziren Annenin Beslenmesi. In: Özsoy S, editor. *Emzirme ve Anne Sütü ile Beslemede Danışmanlık/Güncel Yaklaşımlar* Türkiye Klinikleri, pp 66-76.

37

Ek 9. Eğitim Materyali Değerlendirme Formu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik doktora programı öğrencisiyim. “Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim ve izlemin yeniden emzirme (relaksasyon) başarısına etkisi” başlıklı tez çalışmamada kullanmak üzere geliştirdiğim eğitim kitapçığının hazırlık aşamasını tamamlanması için uzmanların görüş ve önerilerine gereksizim duyulmaktadır. Bu amaçla sizden eğitim kitapçığını dikkatlice okumanızı ve aşağıda verilen soruları yanıtlamanızı rica ediyorum. Değerli görüşleriniz eğitim kitapçığının gelişimine katkı sağlamada çok önemli olacaktır. İlginize teşekkür ederiz.

	Çok katılıyorum	Orta katılıyorum	Az katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Gereksiz	Fikrim yok	Görüşler
Kurgusal özellikler							
1.Alt başlıklar mantıklı bir biçimde düzenlenmiştir							
2.Bölümler arasında uyum bulunmakta							
3.Genel olarak okuyucunun anlayabileceği bir biçimde yazılmış							
İçerik ile ilgili özellikler							
4.Verilen bilgilerin kapsamı yeterli							
5.Verilen bilgiler aydınlatıcı ve kullanılabilir							
6.Kaynakları güncel ve konu ile ilgili							
Türkçe anlatım ile ilgili özellikler							
7.Genel olarak okunduğunda kolay anlaşılıyor							
8.Gereksiz tekrarlar yok							
9.Gereksiz ayrıntılar yok							
10.Anlamayı güçlendiren sözcükler yom							
11.Yazım ve dil bilgisi kurallarına uygun yazılmış							
Basım niteliği ile ilgili özellikler							
12.Metnin diziliş biçimi, sayfa düzeni, ve harflerin büyüklüğü okuyucuyu sıkımsıyor							
13. Yalın yazılmış sözcükler yok							
14.Materyalin kapağının içeriği ve görüntüsü ilgi çekici bir şekilde hazırlanmış							

Ek 10. Etik Kurul Onay Yazıları



T.C
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI SAĞLIK VE SPOR BİLİMLERİ
ETİK KURULU KARARI

Etik Kurul Toplantı Tarihi	29/04/2022
Protokol No	04/02
Araştırma Başlığı	Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitim ve İzlemin Yeniden Emzirme (Relaksasyon) Başarısına Etkisi
Araştırma Türü	Nicel-Tam Deneysel Araştırma
Araştırmacılar	Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK (Danışman) Ayşe DAŞTAN YILMAZ (Tez Öğrencisi-Sorumlu Araştırmacı)
Karar	Başvuru dosyanıza ait araştırmanız etik açıdan uygun bulunmuştur.
Açıklama: <i>Etik Kurul Onayı, uygulama ve/veya veri toplama için araştırmacının ilgili kurum veya kuruluşlardan izin alma sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.</i> <i>Kurul üyelerine ait araştırma önerileri görüşülürken, ilgili yönerge gereğince, öneri sahibi üye görüşmelere katılmamış ve oy kullanmamıştır.</i>	

e-imzalıdır

Doç. Dr. Mehmet YAZICI
İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri
Etik Kurul Başkanı

Ek 12. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Müdahale grubu için:

“Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim ve izlemin yeniden emzirme (relaktasyon) başarısına etkisi” konulu araştırma hiç emzirmeme/emzir(e)meme veya emzirmeye ara verme gibi nedenlerden dolayı emzirmenin yeniden başlatılması (relaktasyon) konusunda yardıma ihtiyaç duyan annelere sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim ve izlemin relaktasyon başarısına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın Temmuz-Aralık 2023 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır. Yapılan bu çalışmada 53 sorudan oluşan kişisel bilgi formunun yanı sıra, Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği, Emzirme Motivasyon Ölçeği (Primipar Anneler İçin) ile ön ve son testlerden oluşan başarı testleri kullanılacaktır. Kişisel bilgi formu ile ölçek formunun yaklaşık 15-20 dakikada doldurulabileceği düşünülmektedir. Ön ve son testler emzirme konusu ile ilgili olup, her biri için 5 dakika zaman ayırmak gerekmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanız, ayrıca süreç içinde yapılacak olan uygulamalara katılmanızdır. Çalışmanın deneysel aşaması 2 aylık bir sürede devam edecek, süreçte size sağlığı geliştirme modeline göre emzirme eğitimi verilecek ve relaktasyon tekniklerini uygulamanız istenecektir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [adresinden ve numaralı telefondan](#) ulaşabilirsiniz.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu”ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı / Soyadı / İmzası Ayşe DAŞTAN YILMAZ
Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih
Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Ek 12. (Devam)

Kontrol grubu için:

“Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim ve izlemin yeniden emzirme (relaktasyon) başarısına etkisi” konulu araştırma hiç emzirmeme/emzir(e)meme veya emzirmeye ara verme gibi nedenlerden dolayı emzirmenin yeniden başlatılması (relaktasyon) konusunda yardıma ihtiyaç duyan annelere sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim ve izlemin relaktasyon başarısına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın Temmuz-Aralık 2023 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır. Yapılan bu çalışmada 53 sorudan oluşan kişisel bilgi formunun yanı sıra, Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği, Emzirme Motivasyon Ölçeği (Primipar Anneler İçin) ile ön ve son testlerden oluşan başarı testleri kullanılacaktır. Kişisel bilgi formu ile ölçek formunun yaklaşık 15-20 dakikada doldurulabileceği düşünülmektedir. Ön ve son testler emzirme konusu ile ilgili olup, her biri için 5 Dakika zaman ayırmak gerekmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanız, ayrıca süreç içinde yapılacak olan uygulamalara katılmanızdır. Çalışmanın deneysel aşaması 2 aylık bir sürede devam edecek, süreçte sizi Laktasyon ve Relaktasyon Polikliniği’ne yönlendirecek ve relaktasyon durumunuz izlenecektir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya adresinden ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu”ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı / Soyadı / İmzası Ayşe DAŞTAN YILMAZ
Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih
Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Ek 15. Araştırmacı Hazırlığı

Kongre/Sempozyum/Kurs Adı	Tarihi
Relaksasyon/İndüklenmiş Laktasyon Sürecinde Kullanılan Teknikler ve Yaklaşım konusunda araştırmacı eğitim verdi. TEMAS Emzirme ve Anne Sütü Gönüllüleri Derneği Emzirme Danışmanlığı Eğitimi	21 Aralık 2024
Kuram ve Modeller Çerçevesinde Sağlık Bilimleri Lisansüstü Öğrencilerinin Emzirme Yetkinliğinin Güçlendirmesi Eğitim Programı	12-13 Aralık 2024
2.Uluslararası Ege Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Güncel Konular Sempozyumu	29 Kasım 2024
Uzman Emzirme Danışmanlığı Güncelleme Eğitimi	08 Kasım 2024
Emzirme Danışmanlığı Becerilerin Güçlendirme Kursu	4 Ekim 2024
2. Uluslararası Gülhane Anne Sütü ve Emzirme Kongresi	4-6 Ekim 2024
Yaşa Uygun Büyüme Gelişme ve Sürdürülebilir Çevre İçin Emzirilen Bebekler	03 Ekim 2023
Sağlık Bilimleri Alanında Sistemik Derleme ve Meta-Analiz Sempozyumu	07 Nisan 2023
Temas Emzirme ve Anne Sütü Gönüllüleri Derneği “İleri Emzirme Danışmanlığı Becerileri Kursu, .Kadın Sağlığı ve Etik Modülü”	24-26 Mart 2023
Temas Emzirme ve Anne Sütü Gönüllüleri Derneği “İleri Emzirme Danışmanlığı Becerileri Eğitimi, Emzirme Danışmanlığın da Zor Vaka Yönetimi Modülü”	25-26 Şubat 2023
Temas Emzirme ve Anne Sütü Gönüllüleri Derneği “İleri Emzirme Danışmanlığı Becerileri Kursu, Emzirme Danışmanlığında Relaksasyon ve Kanguru Bakımı Modülü”	20-21 Ocak 2023
Uluslararası Bakım Modelleri: Teoriden Uygulamaya Sempozyumu	16 Aralık 2022
Temas Emzirme ve Anne Sütü Gönüllüleri Derneği “İleri Emzirme Danışmanlığı Becerileri Kursu, Emzirmede Multidisipliner Yaklaşım Modülü”	15-18 Aralık 2022
Temas Emzirme ve Anne Sütü Gönüllüleri Derneği “İleri Emzirme Danışmanlığı Becerileri Kursu, İleri Danışmanlık Becerileri Modülü”	12-13 Kasım 2022
Temas Emzirme venne Sütü Gönüllüleri Derneği “İleri Emzirme Danışmanlığı Becerileri Kursu, Emzirmede Bireysel Bakım ve Güncel Perspektifler Modülü	08-09 Ekim 2022
DeneySEL Çalışmalar İçin Protokol Yazama Kursu	22 Eylül 2022
7. Uluslararası 18. Ulusal Hemşirelik Kongresi	22-25 Eylül 2022
Sağlık Bilimlerinde TÜBİTAK Projesi Hazırlama Uygulama Eğitimi	26-27 Ağustos 2022
2. Uluslararası Emzirme Gerçeği Kongresi	Mayıs 2022
8.Ulusal Temas Derneği Emzirme Sempozyumu	19 Mayıs 2022
Temas Emzirme ve Anne Sütü Gönüllüleri Derneği “Temel Emzirme Danışmanlığı Kursu”	02-10 Nisan 2022
1.Lisansüstü Hemşirelik Araştırmaları Sempozyumu	26-29 Kasım 2020
Mendeley, Ithenticate ve Turnitin, Kullanımı Kursu	05 Eylül 2020

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Ayşe DAŞTAN YILMAZ

Uyruğu : T.C.

Doğum Tarihi ve Yeri:

Telefon :

E-posta :

Yazışma adresi (iş) :

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yenidoğan M. Avukat Mehmet YAVUZ S. No:3
24300 Refahiye/Erzincan

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi	2018
Lisans	Erzincan Sağlık Yüksekokulu	2014
Lise	Erzincan Sebahat Hanım Lisesi	2009

AKADEMİK / MESLEKİ DENEYİM

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1 Hemşire	Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü	2012-2017
2 Öğretim Görevlisi	Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi	2019-devam

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANLARI:

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

HAKEMLİ DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER

- Yeşilçiçek Çalık K, Daştan Yılmaz A, Günal NT (2023). Dünya Sağlık Örgütünün pozitif bir gebelik deneyimi için doğum öncesi bakıma yönelik önerileri. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 12 (1): 99-113.

HAKEMLİ KONGRE BİLDİRİ KİTAPLARINDA YER ALAN YAYINLAR

- Yılmaz A, Hacıhasanoğlu Aşlar R (2022). Gebelerin algıladıkları sosyal destek ile prenatal emzirme öz-yeterlilik arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2. Uluslararası Emzirme Gerçeği Kongresi, Ankara, 20-22 Mayıs 2022, 83-84.
- Daştan Yılmaz A, Palancı Ay Ö (2022). Günümüzde mama kodu ihlallerinin boyutu. 2. Uluslararası Emzirme Gerçeği Kongresi, Ankara, 20-22 Mayıs 2022, 85-86.
- Özer E, Daştan Yılmaz A, Bağcı Y, Özkan A (2023). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin yaşam doyumu ve sağlıklı yaşam farkındalıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Uluslararası Eğitim Kongresi, Ankara, 20-23 Eylül 2023, 1384-1385.
- Daştan Yılmaz A, Yeşilçiçek Çalık K, Budak M (2024). Term gebeliklerde vücut kitle indeksinin anne ve yenidoğan sağlığına etkisi: Türkiye’de kesitsel bir çalışma. 8. Uluslararası Acharaka Tıp, Hemşirelik, Ebelik ve Sağlık Bilimleri Kongresi, Ürgenç, 14-16 Eylül 2024, 280-283.

KİTAP BÖLÜMLERİ

- Yeşilçiçek Çalık K, Daştan Yılmaz A (2022). Klimakterik dönem. N. Pekcan ve KD Beydağ (Eds.), Kadın sağlığı ve hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 516-546.
- Daştan Yılmaz A, Yeşilçiçek Çalık K (2024). Doğum sonu dönem ve cinsel sağlık. Ö. Karabulutlu (Ed.), Her yönüyle cinsel sağlık. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 363-389.

PROJELER:

- Yeşilçiçek Çalık K (Yürütücü), Küçük E, Daştan Yılmaz A (2023–2024). Obstetrik şiddetin yaygınlığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi: Bir meta analiz çalışması. Yükseköğretim Kurumları Destekli Projesi.
- Yeşilçiçek Çalık K (Yürütücü), Daştan Yılmaz A, Küçük E (2023–2025). Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen eğitim ve izlemenin yeniden emzirme (relaktasyon) başarısına etkisi. Yükseköğretim Kurumları Destekli Projesi.