



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**TEKNOLOJİ TEMELLİ EMZİRME PROGRAMININ
ADÖLESAN ANNELERİN BEBEKLERİNİN
BÜYÜMESİNE ETKİSİ**

RUKİYE ÇELİK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ARALIK 2018



**TEKNOLOJİ TEMELLİ EMZİRME PROGRAMININ ADÖLESAN
ANNELERİN BEBEKLERİNİN BÜYÜMESİNE ETKİSİ**

Rukiye ÇELİK

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ARALIK 2018

RUKİYE ÇELİK tarafından hazırlanan "Teknoloji Temelli Emzirme Programının Adölesan Annelerin Bebeklerinin Büyümesine Etkisi" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER

Hemşirelik, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Başkan: Dr. Öğr. Üyesi Gülten KOÇ

Hemşirelik, Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Üye: Doç. Dr. Naime ALTAY

Hemşirelik, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Tez Savunma Tarihi: 12/12/2018

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.


Rukiye ÇELİK
12/12/2018

TEKNOLOJİ TEMELLİ EMZİRME PROGRAMININ ADÖLESAN ANNELERİN BEBEKLERİNİN BÜYÜMESİNE ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Rukiye ÇELİK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Aralık 2018

ÖZET

Araştırma, teknoloji temelli emzirme programının adölesan annelerin bebeklerinin büyümesine etkisini incelemek amacıyla yapılan randomize kontrol gruplu deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın ikinci amacı, geliştirilen programının adölesan annelerin emzirme öz-yeterlilik, emzirme başarıları ve kaygı düzeylerine etkilerini belirlemektir. Araştırmaya, Ankara ilinde dört aile sağlığı merkezinde (ASM) izlenen, girişim grubunda 16, kontrol grubunda 15 primipar adölesan anne ve bebeği alınmıştır. Girişim grubundaki adölesan annelere, sekiz haftalık program uygulanmış, kontrol grubundaki annelere ASM'deki rutin bakım devam etmiştir. Girişim grubundaki annelere 1. haftada emzirme hakkında yüz yüze eğitim verilmiş ve annelerin android telefonlarına elektronik kitapçık yüklenmiştir. Annelerle 2., 3. ve 6. haftalarda emzirme konusunda planlı telefon görüşmeleri yapılmış ve haftada bir kere annelere emzirme konusunda kısa mesaj gönderilmiştir. Ayrıca, 7/24 telefonla danışmanlık hizmeti verilmiştir. Verilerin toplanmasında tanımlayıcı veriler formu, bebeğin fiziksel gelişimi ve emzirme takip formu, Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği, Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri, LATCH Aracı ve emzirme programı değerlendirme formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi ki-kare, Mann-Whitney U ve Wilcoxon işaret testi ile yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce etik kurul ve kurum izinleri alınmış, yazılı onamı olan adölesan annelerle çalışma yürütülmüştür. Girişim ve kontrol grubunda bulunan bebekler ve adölesan annelerin tanımlayıcı özellikleri, annelerin emzirme özellikleri ve ölçek puanları arasında başlangıçta (1. izlemde) fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Girişim grubunda bulunan bebeklerin 3. izlemde yaşa ve cinsiyete göre kilo ve boy z skorlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Girişim grubunda sadece anne sütü ile bebeğini besleyen adölesan anne sayısı 2. ve 3. izlemde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiştir ($p < 0.001$). Puan arttıkça öz-yeterliliğin ve emzirme başarısının arttığı kabul edilen Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği ve LATCH emzirme tanılama ve değerlendirme aracına göre girişim grubundaki adölesan annelerin öz-yeterlilikte 3. izlemde ve emzirme başarısında 2-3. izlemde ölçek toplam puan ortalamalarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0.001$). Kaygı durumunun ölçek puanı arttıkça yükseldiği Spielberg Durumluluk Kaygı Ölçeğine göre girişim grubundaki adölesan annelerin 3. izlemde ölçek toplam puan ortalamalarının kontrol grubundakilere göre azaldığı belirlenmiştir ($p = 0.001$). Adölesan annelere emzirme eğitimi veren hemşirelerin teknolojiyi kullanımları emzirme başarısını arttırabilir ve sağlıklı bebek büyümesini destekleyebilir. Adölesan annelere verilen teknoloji temelli emzirme eğitimi hem anne hem de bebeğinin sağlığı için önemli bir hemşirelik uygulamasıdır.

Bilim Kodu : 1032.8
Anahtar Kelimeler : Teknoloji, Emzirme, Adölesan Anne, Bebek Büyümesi, Program, Emzirme Öz-Yeterlilik, Kaygı
Sayfa Adedi : 143
Danışman : Doç. Dr. Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER

EFFECT OF TECHNOLOGY-BASED BREASTFEEDING PROGRAM ON INFANTS GROWTH OF ADOLESCENT MOTHERS

(M. Sc. Thesis)

Rukiye ÇELİK

GAZI UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

December 2018

ABSTRACT

This is a randomized controlled trial to investigate effects of the technology-based breastfeeding program for adolescent mothers on their infants' growth. The second aim of the study was to determine the effects of the program on adolescent mothers breastfeeding self-efficacy, breastfeeding success and anxiety levels. The study sample consisted of a total of 31 primipara adolescent mothers and their infants, 16 of which were in intervention group (IG) and 15 were in control group (CG). The mothers in the IG underwent an eight-week program. In the 1st week, the mothers received breastfeeding education through face to face method and an electronic booklet (e-booklet) was installed on their android phones. In the 2nd, 3rd, and 6th weeks, telephone interviews on breastfeeding were arranged and done with the mothers, and an SMS on breastfeeding was sent to them once a week. Additionally, a 24/7 consultation via telephone was provided. The study data were collected using a descriptive data form, follow-up forms for baby's physical growth and breastfeeding, the Postpartum Breastfeeding Self-Efficacy Scale (PBSES), the Spielberger State Anxiety Inventory (STAI), the LATCH Assessment Tool, and a process evaluation form for the breastfeeding program. The data were analysed using chi-square analysis, Mann-Whitney U test, and the Wilcoxon signed-rank test. Before starting the study, ethics committee and institution permits were obtained, and the study was carried out with the adolescent mothers who had written consent. According to the study results, at the baseline (1st follow-up), no difference was found between the IG and CG with regard to descriptive characteristics of the adolescent mothers and the infants, and breastfeeding characteristics and scale scores of the mothers ($p > 0.05$). At the 3rd follow-up, age/sex specific weight and height z-scores were significantly higher for the infants in the IG than for those in the CG ($p < 0.05$). At the 2nd and 3rd follow-up, the number of adolescent mothers who were feeding their infants only with breast milk was found higher in the IG ($p = 0.001$). Analysing the scores on the PBSES and the LATCH tool with higher scores indicating greater self-efficacy and greater breastfeeding success, we found at the 3rd follow-up that the mean scale score on self-efficacy was higher for the adolescent mothers in the IG than for those in the CG, and at the 2nd-3rd follow-up, the mean scale score on breastfeeding success was higher for the adolescent mothers in the IG than for those in the CG ($p = 0.001$). According to the scores on the STAI with higher scores indicating greater anxiety, there was a lower mean STAI score at the 3rd follow-up for the adolescent mothers in the IG than for those in the CG ($p = 0.001$). The use of technology by nurses who provide breastfeeding education to adolescent mothers may increase breastfeeding success and support the healthy growth of infants. The technology-based breastfeeding program provided to adolescent mothers is a significant nursing intervention for the health of both mothers and their infants.

ScienceCode : 1032.8

KeyWords : Technology, Breastfeeding, Adolescent Mother, Baby Growth, Program, Breastfeeding Self-Efficacy, Anxiety

PageNumber : 143

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim-öğretim hayatım boyunca ve bu çalışmanın her aşamasında her zaman bilgi ve deneyimleriyle bana destek olan, ilgi, zaman ve özverileri ile gelişimime katkı sağlayan değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER'e katkılarından dolayı en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım. Donanımı ve bilgisiyle eğitim-öğretim hayatıma önemli katkıları ve destekleri için Sayın Doç. Dr. Naime ALTAY'a saygılarımı sunar ve sonsuz teşekkürler ederim. Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülten KOÇ'a araştırmaya verdiği değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim. Tezimde kullanılmak üzere geliştirdiğimiz kitapçığa görüşleri ile katkı sağlayan Prof. Dr. Ufuk BEYAZOVA'ya, Prof. Dr. Nevin ŞANLIER'e, Doç. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR'e, Doç. Dr. Naime ALTAY'a, Dr. Öğr. Üyesi Handan BOZTEPE'ye, Dr. Öğr. Üyesi Gülten KOÇ'a, Emzirme Danışmanı Hem. Nihal ÖZKAN'a ve Emzirme Danışmanı Hem. Özgül KALKIR'a teşekkür ederim. Çalışmamın izin ve veri toplama sürecindeki katkılarından dolayı ASM'lerde hizmet veren hemşire ve hekim ekibine, çalışmam boyunca tanıştığım tüm adölesan anne ve bebeklerine teşekkür ederim. Her zaman yanımda ve en büyük destekçim olan, manevi destekleri ile beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan hayat arkadaşım Kadir ÇELİK'e ve aileme teşekkür ederim.

Rukiye ÇELİK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Dünyada ve Türkiye’de Adölesan Gebelik İstatistikleri ve Nedenleri	8
2.2. Adölesan Kızlar Açısında Gebeliğin ve Anneliğin Sonuçları.....	9
2.3. Adölesan Gebeliğin ve Anneliğin Bebek Açısından Sonuçları	10
2.4. Adölesan Annelerde Emzirme	11
2.4.1. Adölesan annelerde emzirme istatistikleri	11
2.4.2. Adölesan annelerde emzirmeyi etkileyen faktörler.....	12
2.4.3. Adölesan annelerin emzirmede karşılaştıkları zorluklar	12
2.5. Adölesan Annelerde Emzirmenin Desteklenmesi.....	13
2.5.1. Emzirme eğitimi.....	14
2.5.2. Adölesanlara yönelik teknoloji temelli eğitim	15
2.6. Emzirmenin Desteklenmesine Yönelik Teknoloji Temelli Yapılan Ulusal ve Uluslararası Çalışmalar	17
2.7. Adölesan Annelerin ve Bebeklerinin Hemşirelik Bakımı.....	19
2.7.1. Emzirmenin desteklenmesi	19
2.7.2. Bebeğin fiziksel gelişimi ve izlemi	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23

	Sayfa
3.1. Araştırmanın Şekli	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	23
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi	24
3.4. Veri Toplama Araçları	27
3.5. Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması.....	30
3.5.1. Bebeğin fiziksel ölçümleri	31
3.5.2. Programın uygulanması	32
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	41
3.8. Teknoloji Temelli Programın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Zorluklar ...	41
4. BULGULAR	43
4.1. Adölesan Annelerin ve Bebeklerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi ..	43
4.2. Adölesan Anne Bebeklerinin İzlemlere Göre Büyümelerinin İncelenmesi	45
4.3. Adölesan Annelerin Anne Sütü İle Besleme Durumlarının İncelenmesi.....	49
4.4. Adölesan Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik, Emzirme Başarısı ve Kaygı Ölçek Puanlarına Etkisinin İncelenmesi	52
5. TARTIŞMA	55
5.1. Teknoloji Temelli Emzirme Programının Adölesan Anne Bebeklerinin Büyümesine Etkisi	55
5.2. Teknoloji Temelli Emzirme Programının Adölesan Annelerin Anne Sütü İle Besleme Durumlarına Etkisi	58
5.3. Teknoloji Temelli Emzirme Programının Adölesan Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik, LATCH Emzirme Aracı ve Kaygı Ölçek Puanlarına Etkisi.....	61
5.4. Çalışmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri.....	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
6.1. Sonuçlar.....	65
6.2. Öneriler	66
KAYNAKLAR	68

	Sayfa
EKLER.....	85
EK-1. Gönüllü İzin Onam Formu	86
EK-2. Tanımlayıcı Veriler Formu.....	88
EK-3. Bebek ve Emzirmeye Yönelik Veri Toplama Formu.....	89
EK-4. Bebeğin Fiziksel Gelişim Takip Formu ve Emzirme Takip Formu.....	91
EK-5. Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği	92
EK-6. The State-Trait Anxiety Inventory	93
EK-7. LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Aracı	94
EK-8. Emzirme Programı Değerlendirme Formu.....	95
EK-9. Bebek Kilo Ölçümü.....	97
EK-10. Bebek Boy Ölçümü	98
EK-11. Bebek Baş Çevresi Ölçümü.....	99
EK-12. Dünya Sağlık Örgütü Persentil Değerleri Sınıflandırması	100
EK-13. Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi	102
EK-14. İl Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı	140
EK-15. Etik Komisyon İzin Yazısı	141
EK-16. Ölçek izinleri	143
EK-17. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bebeklerin İzlemlere Göre Kilo, Boy ve Baş Çevre Persentillerinin Sınıflandırılması	144
ÖZGEÇMİŞ	145

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Adölesan annelere emzirme eğitim desteği verilerek yapılan çalışmalar...	14
Çizelge 2.2. Erişkin annelere yönelik teknoloji temelli emzirme eğitim desteği ile ilgili yapılan çalışmalar	18
Çizelge 3.1. Belirtilen tarihlerde ulaşılan adölesan anne, örneklem dışı bırakılan adölesan anne ve araştırmanın yürütüldüğü adölesan anne sayısı.....	27
Çizelge 3.2. Ölçeklerin madde sayısı, ölçek min- mak değerleri, kesme puanı ve alt boyut varlığı durumu ve ölçekten alınan puan anlamı	30
Çizelge 3.3. Girişim grubunda adölesan annelere postpartum ilk 2 ayda verilen emzirme eğitimi planı	34
Çizelge 3.4. Girişim grubundaki adölesan annelere gönderilen kısa mesajlar	37
Çizelge 3.5. Girişim grubundaki adölesan annelerin teknoloji temelli programa yönelik süreç değerlendirmeleri	38
Çizelge 3.6. Dünya Sağlık Örgütü persentil değerlerinin sınıflandırılması.....	40
Çizelge 3.7. Yazılı eğitim materyali uzman görüşü formu uzman görüşüne göre uygunluk puanı	40
Çizelge 3.8. Teknoloji temelli programın uygulanması sırasında karşılaşılan zorluklar.....	42
Çizelge 4.1. Adölesan annelerin ve bebeklerinin tanımlayıcı özellikleri	43
Çizelge 4.2. Adölesan annelerin gebelik ve emzirme durumlarına ilişkin tanımlayıcı özellikleri.....	44
Çizelge 4.3. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin izlemlere göre kilo, boy ve baş çevrelerinin karşılaştırması	45
Çizelge 4.4. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin izlemlere göre kilo, boy ve baş çevre persentillerinin sınıflandırılması.....	46
Çizelge 4.5. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin izlemlere göre kilo, boy ve baş çevre z skor karşılaştırması	47
Çizelge 4.6. Girişim ve kontrol grubundaki adölesan annelerin emzirmeye ve mama kullanımına yönelik durumlarının karşılaştırılması.....	49
Çizelge 4.7. Girişim ve kontrol grubundaki adölesan annelerin emzirme sırasında yaşadıkları sorunların ve sorunlara yönelik girişimlerin izlemlere göre karşılaştırılması.....	51
Çizelge 4.8. Girişim ve kontrol grubundaki adölesan annelerin öz-yeterlilik, durumluluk kaygı ve LATCH puan ortalamasının karşılaştırılması	52

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Dünya genelinde adölesan doğum hızı oranı.....	8
Şekil 3.1. Çalışmanın "consort" akış şeması.....	26
Şekil 3.2. Akış şeması.....	36
Şekil 3.3. Telefon görüşmesi iş akış şeması	37
Şekil 4.1. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin izlemlere göre kilo, boy ve baş çevre z skor karşılaştırması	48



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
cm	Santimetre
gr	Gram
kg	Kilogram
Kısaltmalar	Açıklamalar
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
CDC	Centers for Disease Control (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)
CG	Kontrol Group (Kontrol Grubu)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
G	Girişim
ICN	International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)
IG	Intervention Group (Girişim Grubu)
K	Kontrol
LATCH	Latch on breast (memeyi tutuş), Audible swallowing (yutma sesi), Type of nipple (meme başı tipi), Comfort bresat/nipple(memede rahatlık), Hold (bebeği tutuş)
PBSES	Postpartum Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
STAI	Spielberger State Anxiety Inventory (Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri)
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNFPA	United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)

Kısaltmalar**Açıklamalar****UNICEF**

United Nations International Children's Emergency Fund
(Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuk Acil Yardım Fonu)

WHO

World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



1. GİRİŞ

Problem durumu

Adölesan gebelikler, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde anne ve bebek sağlığı açısından büyük bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Mason, 2011; Yasmin, Kumar ve Parihar, 2014). Dünya genelinde 15 - 19 yaş grubundaki adölesan kızlar arasında 2018'de adölesan doğum hızı %44 olarak belirlenmiştir (WHO, 2018). Avrupa bölgesinde doğurganlık hızı %16,6 iken Türkiye'de %26,9'dur (World Health Statistics, 2018). UNICEF 2017 yılı verilerine göre Türkiye'de 15 - 19 yaş aralığında adölesan doğum hızı %29 olarak belirtilmiştir (UNICEF, 2018). Türkiye'de 15 - 19 yaş grubunda bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısı 2017'de 21 doğum olarak hesaplanmıştır (TÜİK, 2017). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçlarına göre, adölesan doğurganlık hızı %31'dir ve bu yaş grubundaki kadınların %5'i çocuk doğurmaya başlamıştır (TNSA, 2013).

Adölesan gebelikler sağlık üzerinde ciddi sorunlar ortaya çıkarabilmektedir (Black, Fleming ve Rome, 2012). Adölesan gebelik maternal mortalite ve kötü gebelik sonuçlarını arttırmakta, her yıl yaklaşık 3,9 milyon adölesan güvenli olmayan koşullarda abortus sonucu ölüm ve kalıcı sağlık sorunlarına maruz kalabilmektedir (WHO, 2018). Bununla birlikte adölesan gebeliklerde; gebelikler arasındaki sürenin kısalığı, gebelik sayısının fazla oluşu, antenatal bakım eksikliği ve doğum/ebeveynlik için iyi hazırlık yapılmamasından dolayı; adölesan gebelerde beslenme yetersizliği, büyüme ve gelişmesinde duraklama, toksemi, gebelik enfeksiyonları, preeklamsi, kanama ve anemi gibi obstetrik komplikasyonlar erişkin yaş gebeliklere göre daha fazla görülmektedir (Althabe, Moore, Gibbons, Berrueta, Goudar, Chomba ve Esamai, 2015; Aydın, 2013; Black ve arkadaşları, 2012; Imamura, Tucker, Hannaford, Da Silva, Astin ve Wyness, 2007). Aynı zamanda adölesanlarda kişilik değişiklikleri, beden imajı algılama problemleri, baş etme yeteneğinde azalma ve düşük benlik saygısı gözlemlenmektedir (Beyerlein, Schiess, Lack ve Von Kries, 2011; Çırak ve Özdemir, 2015; Letourneau, Stewart ve Barnfather 2004). Adölesan gebeliklerin ailesel ve toplumsal açıdan olumsuz sosyal ve ekonomik etkileri de olabilmektedir. Birçok adölesan okulu bırakmak zorunda kalabilmekte ve düşük eğitim seviyesi ile iş bulmakta zorlanabilmektedir (WHO, 2018; World Bank, 2017).

Adölesan bir anneye sahip olmak bebekler için de büyük risk faktörüdür. TNSA 2013 verilerine göre anneleri 20 yaş altında olan bebeklerde bebek ölüm hızı %25 iken anneleri 20 - 29 yaş arasındaki bebeklerde bu oran %14 olarak belirlenmiştir (TNSA, 2013). Amerika'da anne yaşına göre bebek ölüm hızlarına bakıldığında 20 yaş altı annelerde %8,6; 20 - 29 yaş arasında %6,2 olduğu görülmektedir (National Center for Health Statistics, 2018).

Adölesan gebelerde preterm doğum, ölü doğum, mekonyum aspirasyonu, respiratuar distress sendromu, düşük doğum ağırlığı, prematüritelik ve neden olduğu kötü neonatal sonuçlar ve tıbbi komplikasyonlar, intrauterin gelişme geriliği, konjenital anomali ve sepsis daha fazla görülmektedir (Ganchimeg, Ota, Morisaki, Laopaiboon, Lumbiganon ve Zhang, 2014; Jeha, Usta, Ghulmiyyah ve Nassar, 2015; Yasmin ve arkadaşları, 2014). Ayrıca adölesan anne bebeklerinin daha çok ihmal, istismara uğradığı ve ileri dönemlerde daha fazla bilişsel, sosyal ve duygusal gelişim güçlükleri, öğrenme zorlukları, düşük okul performansı, davranış problemleri, suç işleme potansiyelleri ve sorunlu akran ilişkileri yaşayabilmektedirler (Breheny ve Stephens, 2010; Letourneau ve arkadaşları, 2004).

Adölesan anne ve bebeklerinde görülen sorunların nedenleri arasında annelerin adölesan dönemde olma, riskli davranma, doğum öncesi, sonrası emzirme eğitimi alma oranlarının düşük olması, bebek besleme duyarlılık ve yeterliliklerinin az olması ve çocuk sağlığı, gelişimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları görülmektedir (Camarotti, Spano Nakano, Pereira, Medeiros ve Monteiro, 2011; Horodyski, Silk, Hsieh, Hoffman ve Robson, 2015; Jeha ve arkadaşları, 2015). Adölesan annelerdeki bilgi eksikliği bebeğin yeterince anne sütü alamamasına ve iyi beslenememesine neden olmaktadır. Bundan dolayı adölesan annelerde, bebeğini emzirmeme davranışına ve emzirme konusunda olumsuz düşüncelere, uygulamalara erişkin annelerden daha sık rastlanılmaktadır (DeVito, 2010; Horodyski ve arkadaşları, 2015; Özsoy, 2014; Smith, Coley, Labbok, Cupito ve Nwokah, 2012; Wambach, Aaronson, Breedlove, Domain, Rojjanasrirat ve Yeh, 2011). Yapılan çalışmalarda adölesan annelerin emzirme konusunda daha az bilgilerinin olduğu, daha fazla meme problemleri yaşadıkları, emzirme oranlarının düşük olduğu, mama ve ek gıdalara erken başlama oranlarının arttığı görülmektedir (Camarotti ve arkadaşları, 2011; Dewan, Wood, Maxwell, Cooper ve Brabin, 2002). Adölesan annelerde, emzirme oranlarının azalması ve yaygın biçimde biberon ile beslemeye başlanmasına neden

olmaktadır. Bu durum hayatın ilk yılları boyunca bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişmesine olumsuz etki edebilmektedir (Horodyski ve arkadaşları, 2015).

Adölesan annelerin emzirme açısından riskli bir grup oldukları düşünüldüğünde bebeklerini anne sütü ile besleme düşünce ve davranışlarının yetersiz olduğu görülmektedir. Bu sebeple adölesan annelerin postpartum dönemde karşılaştıkları önemli problemlerden biri laktasyonun başlatılması ve sürdürülmesidir (Jeha ve arkadaşları, 2015; Özsoy, 2014). UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporunda, her 5 bebekten 3'ünün yaşamın ilk saatinde anne sütü almağını ve emzirmeye devam etme olasılıklarının daha az olduğunu, bu nedenle bu bebeklerin daha yüksek ölüm ve hastalık riski altında olduklarını belirtmiştir (UNICEF & DSÖ, 2018). UNICEF (2015) raporuna göre Türkiye'de ilk bir saat içinde emzirme oranı %39'dur ve yaşamın ilk altı ayında bebeklerin yüzde 42'si yalnızca anne sütü ile beslenmektedir. Bunun yanı sıra, ilk altı ay yalnızca anne sütü ile beslenme TNSA - 2008'de %42 iken, TNSA - 2013'te %30'a düşmüştür (TNSA, 2013).

Emzirme ile ilgili oranlara bakıldığında anne sütü ile beslenme oranlarının etkin emzirme olmadığı için düşük olduğu görülmektedir. Bu sebeple anne sütü ile besleme açısından riskli olan adölesan annelerin bilgilendirilmesi ve desteklenmesi önemlidir. Adölesan annelere verilen emzirme eğitim desteği ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, emzirme desteği alan adölesan annelerin emzirmeye ilişkin görüşlerinin olumlu olduğu, emzirme oranlarının ve sürelerinin arttığı, bunun sonucunda bebeğin büyüme ve gelişmesinin olumlu etkilendiği ve desteklenmesi gerektiği belirlenmiştir (Leclair, Robert, Sprague ve Fleming, 2015; Nelson ve Sethi, 2005; Smith ve arkadaşları, 2012; Wambach ve arkadaşları, 2011). Türkiye'de adölesan annelere yönelik yapılan bir çalışmaya ulaşılmış ve bu çalışmada sağlık personelinin emzirme eğitim alan adölesan annelerin çoğunlukla bebeklerini emzirmeye başladıkları ve daha uzun süre emzirdikleri belirlenmiştir (Yılmaz, Öcal, Yılmaz, Ceyhan, Kara ve Küçüközkan, 2017).

Adölesan annelere verilen emzirme eğitimi ve danışmanlığında kullanılacak teknikler eğitimin etkinliğini arttırmak ve devamlılığını sağlamak için hedef kitlenin özelliklerine yönelik belirlenmelidir. Adölesan dönemde görsel, dokunsal, işitsel duyu kullanımı artış göstermektedir. Adölesanın merak duygusu, kendi kendine öğrenme özelliği, araştırmacı yapısı, teknolojinin her yerde bulunması, teknolojiye olan ilgisi ve ulaşımı, ekran kullanımı, bilgi edinme ve öğrenme yöntemleri göz önünde bulundurulduğunda

adölesanların sağlık davranışlarını geliştirmek için teknoloji temelli programların bir yöntem olarak kullanılabileceği görülmektedir (Brayboy, Sepolen, Mezoian, Schultz, Landgren-Mills, Spencer ve Clark, 2017; Pitts, Faucher ve Spencer, 2015; Stinson, Kohut, Forgeron, Amaria, Bell, Kaufman ve Spiegel, 2016). Aynı zamanda teknolojinin kullanımı sağlık ile ilgili bilgilerin daha erişilebilir olmasını ve kullanıcıların ne zaman, nerede ve nasıl bilgi almak istediğine karar vermelerini sağlamaktadır (Horodyski ve arkadaşları, 2015). Teknoloji temelli yöntemler arasında web tabanlı programlar, bilgisayar ortamında oyun video cd, tabletler, cep telefonları, yazılı mesajlar, uygulamalar ve telefon görüşmeleri ile verilmiş danışmanlık hizmetleri yer almaktadır (Cafazzo ve St-Cyr, 2012; Horodyski ve arkadaşları, 2015; Pitts ve arkadaşları, 2015). Adölesanlara yönelik teknoloji temelli sağlığı geliştirici programların yaygın olarak fiziksel aktivite, anksiyete, obezite ve cinsel sağlık gibi konularda kullanıldığı görülmektedir (Cullen, Thompson, Boushey, Konzelmann ve Chen, 2013; Nollen, Mayo, Carlson, Rapoff, Goggin ve Ellerbeck, 2014; Peskin, Shegog, Markham, Thiel, Baumler, Addy ve Emery, 2015; Wuthrich, Rapee, Cunningham, Lyneham, Hudson ve Schniering, 2012). Literatür incelendiğinde teknolojinin emzirme eğitimlerinde kullanıldığı ancak çoğunlukla erişkin annelerle yapıldığı görülmektedir. Pitts ve arkadaşları, (2015) teknoloji temelli eğitimin emzirme davranışlarına etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada doğum öncesi 32, 34 ve 36. haftalarda 21 erişkin gebe kadına tablet bilgisayar yoluyla emzirme eğitimi vermişler, eğitim sonrasında kadınların emzirmeye başlama ve emzirmeyi sürdürme oranlarında pozitif yönde artış bulmuşlardır (Pitts ve arkadaşları, 2015). Lau, Htun, Tam ve Klainin-Yobas, (2016) perinatal dönemdeki erişkin kadınlar arasında emzirme sonuçlarının iyileştirilmesinde teknolojinin etkisini incelemek için yapmış oldukları meta analiz çalışmasında teknolojinin emzirme hakkında bilgilenme, emzirmeye başlama ve sadece anne sütü ile besleme açısından önemli düzeyde olumlu etkisi olduğunu saptamışlardır (Lau, Htun, Tam ve Klainin-Yobas, 2016). Ülkemizde ulaşılan çalışmalarda adölesan annelerin emzirmelerini etkileyen faktörler, emzirme süreleri araştırılmış ancak teknoloji temelli verilen emzirme eğitiminin erken bebeklik dönemde bebeğin fiziksel gelişimi ve annenin emzirme davranışları üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmış bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

DSÖ hemşireleri emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde kilit sağlık personelinin biri olarak görmektedir. Hemşirelerin; danışmanlık, bakım, eğitim, araştırma, işbirlikçi ve savunucu rolleri bulunmaktadır. Hemşireler bu rollerini kullanarak ve adölesan annelerin

gelişimsel özelliklerini göz önüne bulundurularak, teknoloji temelli emzirme eğitimleri planlayabilir ve uygulayabilirler. Böylece, bebeğin beslenme problemleri azaltılabilir, adölesan annelerin emzirme özgüvenleri ve bebeklerini emzirme becerileri artırılabilir. Bu sayede, bebeklerinin fiziksel gelişimi olumlu yönde sağlanabilir. Adölesan anneler ve bebeklerine uygun hemşirelik girişimleri planlanır, uygulanır ve değerlendirilirse, sağlıklı nesillerin gelişimi desteklenebilir.

Araştırma amacı

Araştırmanın amacı, teknoloji temelli emzirme programının adölesan annelerin bebeklerinin büyümesine etkisinin belirlenmesidir. Araştırmanın ikinci amacı, geliştirilen programının adölesan annelerin emzirme öz yeterlilik, emzirme başarıları ve kaygı düzeylerine etkilerini incelemektir.

Araştırma hipotezleri

Uygulanan program öncesi ve sonrası, girişim ve kontrol grubu arasında;

H1: Bebeklerin fiziksel gelişimsel özellikleri (boy, kilo, baş çevresi) ve z skor ortalamaları yönünden fark vardır.

H2: Annelerin Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları arasında fark vardır.

H3: Annelerin Spielberger Durumluluk Kaygı Envanteri puan ortalamaları arasında fark vardır.

H4: Annelerin LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Aracı puan ortalamaları arasında fark vardır.

H5: Annelerin emzirme davranışları açısından fark vardır.

H6: Annelerin mama kullanım durumları açısından fark vardır.

H7: Annelerin yaşadığı emzirme sorunları ve soruna yönelik girişimleri açısından fark vardır.



2. GENEL BİLGİLER

Genel bilgiler kısmı 7 bölümden oluşmaktadır. Bölümlerin başlıkları aşağıda verilmiştir.

- Dünyada ve Türkiye’de Adölesan Gebelik İstatistikleri ve Nedenleri
- Adölesan Kızlar Açısında Gebeliğin ve Anneliğin Sonuçları
- Adölesan Gebeliğin ve Anneliğin Bebek Açısından Sonuçları
- Adölesan Annelerde Emzirme
- ✓ Adölesan annelerde emzirme istatistikleri
- ✓ Adölesan annelerde emzirmeyi etkileyen faktörler
- ✓ Adölesan annelerin emzirmede karşılaştıkları zorluklar
- Adölesan Annelerde Emzirmenin Desteklenmesi
- ✓ Emzirme eğitimi
- ✓ Teknoloji temelli eğitim
- Teknoloji Temelli Eğitim Emzirmenin Desteklenmesine Yönelik Yapılan Yurtiçi ve Yurtdışı Çalışmalar
- Hemşirelik Bakımı
- ✓ Emzirmenin desteklenmesi
- ✓ Bebeğin fiziksel gelişimi ve izlemi

Adölesan dönem; fiziksel, biyolojik, bilişsel, psikolojik, emosyonel ve sosyal değişimlerin gerçekleştiği, duyguların ve ilişkilerin yönetiminin öğrenildiği, belirgin büyüme ve gelişmenin olduğu, erişkin rollerini üstlenmek için önemli olacak nitelik ve yetenekleri edinme dönemidir (McCarvill ve Weaver, 2014; Noller ve Callan, 2016; WHO, 2018). Adölesan dönem özel ilgi ve koruma gerektiren bir geçiş dönemdir (UNICEF, 2016).

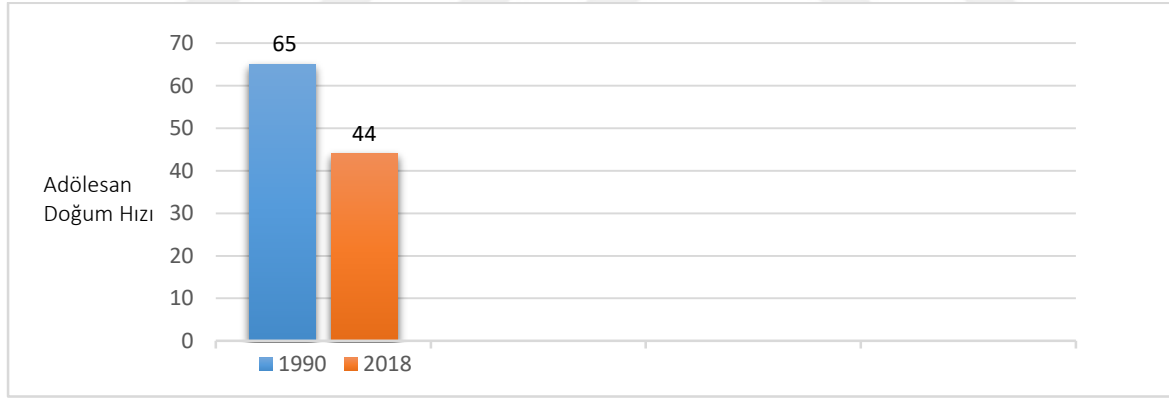
Adölesan dönemi sekonder seks karakterlerinin gelişmeye başladığı, büyümenin hızlandığı, risk alma davranışlarının (zararlı madde kullanımı, şiddet, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivitedeki riskler ve riskli cinsel davranışlar) arttığı dönem olarak bilinmektedir (Assante, Chun, Yun ve Newell, 2014; CDC, 2012; Haase ve Silbereisen, 2011). Bu dönemde, gelişimsel dönemin getirdiği hassasiyetin yanında yaşanan gebelikler anne ve bebek sağlığı yönünden ciddi sorunlar ortaya çıkarmaktadır (Ganchimeg ve

arkadaşları, 2014; WHO, 2018). Adölesan gebelik görülme sıklığı, nedenleri ve anne ve bebek açısından etkileri aşağıda belirtilmiştir.

2.1. Dünyada ve Türkiye’de Adölesan Gebelik İstatistikleri ve Nedenleri

Gebelik oranları ülkeler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Adölesan gebelikler hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde tüm ülkelerin üçte ikisinde adölesan doğum oranlarının yüksek olduğu görülmektedir (Ayyıldız, Topan, Öztürk ve Kulakçı, 2015; UNICEF, 2017).

Adölesan doğum hızı dünya ortalaması 1990 yılında %65 iken 2018 yılında %44’e düşmüştür (Şekil 2.1). Bu oran Türkiye’de %26,9; Avrupa bölgesi için %16,6’dır (WHO World Health Statistics, 2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre, 15 - 19 yaş grubunda doğum yapmış olanların oranı %16,2’dir (TNSA, 2013). Adölesan doğurganlık hızı, 2012 yılında %31 iken 2017 yılında %21’e düşmüştür (Türkiye Anne Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, 2017).



*Adölesan doğurganlık hızı, 15-19 yaş grubunda bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısını ifade etmektedir.

** WHO World Health Statistics, 2018 kaynağından yararlanılarak araştırmacılar tarafından grafik oluşturulmuştur.

Şekil 2.1. Dünya genelinde adölesan doğum hızı oranı**

Adölesan gebeliklerin nedenleri bireysel ve çevresel etkenler olarak ikiye ayrılabilir. Adölesanın menarş yaşı, ırkı, adölesanın evlilik durumu, iş durumu, cinsel ilişki sıklığı, cinsel eş sayısı, kontrasepsiyon yöntemleri hakkında bilgi yetersizliği, adölesanın okulu bırakması ve düşük eğitim düzeyi gibi özellikler bireysel etkenler arasında yer alabilmektedir (Aydın, 2013; Chandra-Mouli, Camacho ve Michaud, 2013; Çınar ve Hira, 2017). Çevresel etkenler arasında; yoksulluk ve kırsal alanda yaşama adölesan gebelikleri

arttırmaktadır (WHO, 2018). Ayrıca, adolesan gebelikleri arttıran çevresel etkenler arasında; aile içi iletişimin bozuk olması, ailede suça eğilimli veya suç işlemiş birey olması, ailede bağımlılık yapıcı madde kullanımı, ailede geçmişe ait duygusal, fiziksel veya cinsel istismar öyküsünün bulunması görülmektedir (Holness, 2015; Özsoy, 2014; Şolt ve Yazıcı, 2015; UNICEF, 2014). Bunun yanı sıra, anne ve babanın boşanmış olması, kız kardeş, arkadaş ya da akrabalarında adolesan evlilik veya gebelik öyküsü olma, sosyal destek kaynakları, sosyal güvencenin varlığı, kültürel değerler ve yasalar adolesan gebeliği etkilemektedir (Holness, 2015; Imamura ve arkadaşları, 2007; Martínez, Numa, Bernal, de Galvis ve Sierra, 2017; Rani ve Lule, 2004; Yılmaz, Yılmaz, Isık, Gultekin, Timur ve Kara, 2016).

Adolesan gebeliklerin bir kısmı istenerek, diğer kısmı ise zorla evlilik, cinsel ilişki veya cinsel istismar gibi insan hakları ihlallerine bağlı ortaya çıkabilmektedir (Chandra-Mouli ve arkadaşları, 2013). Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde kültürel yapı ve gelenekler nedeniyle erken yaş evlilikler ve gelişmiş ülkelerde evlilik öncesi cinsel deneyim sonucu adolesan gebelikler daha çok yaşanmaktadır (Klein, 2005; Uzun ve Orhon, 2013).

2.2. Adolesan Kızlar Açısında Gebeliğin ve Anneliğin Sonuçları

Adolesan gebelik, anne, çocuk ve toplumu etkileyen duygusal, tıbbi ve toplumsal sonuçları olan, ülkelerin gelişmişlik düzeylerini etkileyen küresel bir sağlık sorunudur (Sağlık Bakanlığı, 2010; Siddiqui, 2018; Türkiye Anne Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, 2017; UNFPA, 2013). Birçok adolesan kız erken evlenme ve gebelik yaşadığında, bu deneyimle başa çıkabilecek fiziksel ve biyolojik olgunlukta olmaması nedeniyle anne ölümü ve kalıcı sağlık sorunları yaşama riskine daha yatkındır (Filippi, Chou, Ronsmans, Graham ve Say 2016; WHO, 2018; WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and The United Nations Population Division, 2015). Bununla birlikte adolesan gebelerde; beslenme yetersizliği, toksemi, gebelik enfeksiyonları, preeklamsi, erken doğum, kanama ve anemi gibi obstetrik komplikasyonlar erişkin yaş gebeliklere göre fazla görülmektedir (Althabe ve arkadaşları, 2015; Andrade, Ohara, Borba ve Ribeiro, 2015; Black ve arkadaşları, 2012; Ganchimeg ve arkadaşları, 2014).

Ayrıca, adolesan gebelerin duygusal, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları diğer kadınlardan fazla olabilmektedir (WHO, 2018). Adolesan dönemde gebelik yaşayan adolesanlarda

kişilik değişiklikleri, beden imajı problemleri, baş etme yeteneğinde azalma ve düşük benlik saygısı gözlemlenmektedir (Beyerlein ve arkadaşları, 2011; Çırak ve Özdemir, 2015; Letourneau ve arkadaşları, 2004). Evlenmemiş adölesan gebeler, ebeveynleri veya akranları tarafından etiketlenmektedir, reddedebilmektedir ya da evlenme konusunda şiddete maruz kalabilmektedirler (UNFPA, 2013). Adölesan annelerde sigara, ilaç ve alkol kullanımı, depresyon, şiddet, riskli cinsel davranışlar, çocuklarını ihmal ve istismar potansiyeli, bebeklerini daha az anne sütü ile besleme gibi risk alıcı davranışlar erişkin annelere göre artış gösterebilmektedir (Blatt, Moore, Chen, Van Hook ve DeFranco, 2015; Bottorff, Poole, Kelly, Greaves, Marcellus ve Jung, 2014; Dhayanandhan, Bohr ve Connolly, 2015; Horodyski ve arkadaşları, 2015; Hamburg, 2017; Venkatesh, Phipps, Triche ve Zlotnick, 2014).

Adölesan gebeliklerin toplumsal ve ekonomik etkileri olabilmektedir. Birçok adölesan okulu bırakmak zorunda kalabilmekte, düşük öğrenim düzeyi ve istihdam için daha az beceri ve fırsata sahip olma yoksulluk döngüsünün devam etmesine sebep olabilmektedir. Adölesan gebelik, kızların gelecekteki ekonomik kazançlarını tahmini olarak %9 azaltmaktadır (Türkiye Anne Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, 2017; World Bank, 2017; UNFPA, 2013). Adölesan gebelik sebebiyle kaybedilen bu kazanç aynı zamanda ülke ekonomisinden kaybedilen gelire sebep olmaktadır (WHO, 2018).

2.3. Adölesan Gebeliğin ve Anneliğin Bebek Açısından Sonuçları

Adölesan gebelikler sağlıklı nesillerin oluşmasını engelleyen sağlık sorunlardan biridir (Black ve arkadaşları, 2012). Adölesanın fiziksel ve psikolojik olarak anneliğe hazır olmaması bebeğinde sağlık sorunları görülme sıklığını artmaktadır (Çınar ve Hıra, 2017; Mollborn ve Dennis, 2012; Şen ve Kavlak, 2011). Adölesan annelerden doğan bebeklerde perinatal mortalite 20 - 29 yaş annelerden doğan bebeklere oranla %50 daha fazladır (WHO, 2016). TNSA 2013 verilerine göre anneleri 20 yaş altında olan bebeklerde bebek ölüm hızı %25 iken anneleri 20 - 29 yaş arasındaki bebeklerde bu oran %14 olarak belirlenmiştir (TNSA, 2013). Amerika'da anne yaşına göre bebek ölüm hızlarına bakıldığında 20 yaş altı annelerde %8,6; 20 - 29 yaş arasında %6,2 olduğu görülmektedir (National Center for Health Statistics, 2018).

Adölesan gebelik kötü neonatal sonuçlara ve tıbbi komplikasyonlara neden olmaktadır. Adölesan anne bebeklerinde preterm doğum, düşük apgar skoru, doğum travması, ölü doğum, mekonyum aspirasyonu, respiratuar distress sendromu, düşük doğum ağırlığı, prematüritelik ve neden olduğu intrauterin gelişme geriliği, konjenital anomali ve sepsis daha fazla görülmektedir (Andrade ve arkadaşları, 2015; Aydın, 2013; Ganchimeg ve arkadaşları, 2014; Jeha ve arkadaşları, 2015; Kovavisarach, Chairaj, Tosang, Asavapiriyant ve Chotigeat, 2010; Martínez ve arkadaşları, 2017; Yasmin ve arkadaşları, 2014).

Adölesan annelerin risk alma davranışları erişkin annelere göre fazla olduğundan bebeklerini daha az anne sütü ile beslenmekte, mama kullanımı fazla olmakta, buna bağlı olarak beslenme problemi ve fiziksel büyüme geriliği riski daha fazla yaşanmaktadır (Aydın, 2013; Horodyski ve arkadaşları, 2015; Şolt ve Yazıcı, 2015). Adölesan anne bebeklerinde fiziksel ve biyolojik sağlık sorunları dışında ileriye yönelik bilişsel, sosyal, duygusal sorunlar daha fazla belirlenmiştir. Bu bebekler öğrenme zorlukları, düşük okul performansı, davranış problemleri, ihmal ve istismara uğrama, suç işleme potansiyelleri ve sorunlu akran ilişkileri yaşayabilmektedirler (Breheny ve Stephens, 2010; Çolak, 2012; Letourneau ve arkadaşları, 2004; Popo, Kenyon, Dann, MacArthur ve Blissett, 2017).

2.4. Adölesan Annelerde Emzirme

Riskli grupta olan adölesan anne bebeklerinin anne sütü ile beslenmesi oldukça önemlidir. Her annenin sütü kendi bebeği için özel olduğundan bebeğin gereksinimlerini en üst düzeyde karşılayabilmektedir (Leclair ve arkadaşları, 2015; Victora, Bahl, Barros, Franca, Horton ve Krusevec, 2016). Adölesan annelerde emzirme istatistikleri, emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirmede karşılan zorluklar aşağıda belirtilmektedir.

2.4.1. Adölesan annelerde emzirme istatistikleri

Dünya genelinde adölesan annelerin postpartum dönemde karşılaştıkları önemli problemlerden biri laktasyonun başlatılması ve devam ettirilmesidir (Jeha ve arkadaşları, 2015; Özsoy, 2014). Adölesan annelerin doğumdan sonra %60'ının emzirmeyi başlattığı görülürken bu oranın 30 yaşın üstündeki annelerde yaklaşık %80'in üzerinde olduğu belirtilmektedir. Buna ek olarak, 6 aylık emzirme oranlarına bakıldığında adölesan

annelerin %20'si, erişkin annelerin ise %50'sinin emzirdiği belirlenmiştir (AAP, 2012). Birçok adölesan anne 6 haftadan daha az süre emzirmeyi devam ettirmektedir (Brown, Raynor ve Lee, 2011; CDC, 2011; Sipsma, Magriples, Divney, Gordon, Gabzdyl ve Kershaw, 2013; Wambach ve Cohen, 2009). CDC 2011 raporuna göre, 20 yaş ve altındaki annelerin yalnızca %19,3'ü, 20 - 29 yaş arasındakilerin %36,4'ü, 30 yaş ve üzeri annelerin ise %45'i 3 ay boyunca sadece anne sütü vermektedir (CDC, 2011).

2.4.2. Adölesan annelerde emzirmeyi etkileyen faktörler

Adölesan annelerin yaş dönem özellikleri ve içinde bulundukları sosyoekonomik durumlar göz önünde bulundurulduğunda emzirmeyi etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Anne sütünün yetersiz olduğuna ilişkin algı, doğum öncesi ve sonrası emzirme eğitimi alma oranlarının düşük olması, sağma problemleri, emzirme tekniklerinde sorun yaşama, meme ve meme ucu ağrısı, adölesan annelerin emzirme uygulamaları ve yararları hakkındaki bilgi eksikliği gibi nedenler etkin emzirmeyi etkileyen faktörlerdir (Horodyski ve arkadaşları, 2015; Özsoy, 2014; Wambach ve Cohen, 2009). Ayrıca, bebek beslenmesine aile büyüklerinin katılması, okul ya da işe ayrılması gereken zaman, düşük sosyoekonomik durum, sosyal desteğin azlığı, bunalmış ve hayal kırıklığına uğramış hissetmek adölesanlarda emzirmeyi bırakma nedenleri olarak ifade edilmiştir (Apostolakis-Kyrus, Valentine ve DeFranco, 2013; Nesbitt, Campbell, Jack, Robinson, Piehl ve Bogdan, 2012; Ogbuanu, Glover, Probst, Liu ve Hussey, 2011; Woods, Chessser ve Wiperman, 2013).

Adölesan annelerdeki bilgi eksikliği bebeğin yeterince anne sütü alamamasında temel faktördür ve bebeğin iyi beslenememesine neden olmaktadır. Bundan dolayı adölesan annelerde, bebeğini emzirmeme davranışına ve emzirme konusunda olumsuz düşüncelere ve uygulamalara erişkin annelerden daha sık rastlanılmaktadır (DeVito, 2010; Horodyski ve arkadaşları, 2015; Özsoy, 2014; Smith ve arkadaşları, 2012; Wambach ve arkadaşları, 2011).

2.4.3. Adölesan annelerin emzirmedi karşılaştıkları zorluklar

Adölesan annelerin emzirmeye başlayamaması ve emzirmeyi devam ettirememesi postpartum dönemde karşılaştıkları önemli problemlerdendir (Jeha ve arkadaşları, 2015; Özsoy, 2014). Adölesan annelerde laktasyon problemleri; emzirmenin önemini ve doğru

emzirme yöntemlerini bilmeme, annenin öz-yeterlilik ve kendine güven duygusunun eksikliği, emzirmeye başlamada zorluk, yetersiz süt, sezeryan doğuma bağlıütün geç gelmesine bağlı yaşanabilmektedir. Memede kızarıklık, çatlak, ağrı, meme başı problemleri, mastit, emzirme tekniği problemleri ve bebeğin yetersiz emmesi gibi nedenlerle de emzirme sorunları ile karşılaşılabilir (Camarotti ve arkadaşları, 2011; Dewan ve arkadaşları, 2002; Pillay, Sibanda, Ghuman ve Coutsoydis, 2018; da Silva, Nunes, Schwartz ve Giugliani, 2016). Bunun yanı sıra adölesan anne bebeklerinde gelişebilecek sağlık komplikasyonları nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ihtiyacıyla daha fazla karşılaşmaktadır (Ganchimeg ve arkadaşları, 2014; Kanhadilok ve McGrath, 2015; Martínez ve arkadaşları, 2017; Sipsma ve arkadaşları, 2018). Adölesan annelerin yaşadıkları bu zorluklar; emzirme oranlarının azalmasına, bebek maması ve ek gıdalara erken başlamaya ve yaygın biçimde biberon kullanımına neden olmaktadır. Bu durum hayatın ilk yılları boyunca doğal kilo eğrisine ve sağlıklı büyüme ve gelişmesine olumsuz etki edebilmektedir (Horodyski ve arkadaşları, 2015).

2.5. Adölesan Annelerde Emzirmenin Desteklenmesi

Birçok açıdan risk döneminde olan adölesanlarda bebek emzirme uygulamasının eksikliği ve oranlarının azlığı hem birey hem de toplum sağlığı açısından düşünüldüğünde emzirmenin desteklenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (Feldman - Winter ve Shaikh, 2007; Smith ve arkadaşları, 2012; Wambach ve Cohen, 2009). Adölesan annelere verilen emzirme eğitim desteği ile ilgili 2010-2018 yıllarına ait ulaşılabilen çalışmalar Çizelge 2.1’de verilmiştir. Çizelge 2.1’de gösterilen altı çalışmanın tamamı adölesan annelere verilen emzirme eğitimi ve danışmanlığının anne sütü ile beslemeyi arttırdığını belirlemiştir.

Emzirmeyi kolaylaştırıcı teknikler ve emzirmeyle ilgili bilgi verme ve duygusal destek adölesanlarda emzirme başarısını sağlamak için gerekmektedir. Adölesanlar için sağlanan emzirme eğitim programlarının, emzirmenin başlatılmasında ve devam ettirilmesinde yararlı olduğu saptanmıştır (Brown ve arkadaşları, 2011; Işık ve Cetişli, 2017; Pentecost ve Grassley, 2014; Smith ve arkadaşları, 2012). Türkiye’de adölesan annelerde emzirme eğitimine yönelik girişimsel bir çalışmaya ulaşılammıştır. Yılmaz ve arkadaşları (2016)’nın yapmış olduğu tanımlayıcı bir çalışmada, 200 adölesan annede emzirmeyi başlama ve emzirme oranlarını etkileyen faktörler incelenmiştir. Emzirme eğitimi alan

adölesan anneler doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirmeye başlamışlardır. Bu anneler ilk bir saatten sonra emzirmeye başlayan annelere göre daha uzun süre sadece anne sütü vermeye devam etmişlerdir (Yılmaz ve arkadaşları, 2016).

Çizelge 2.1. Adölesan annelere emzirme eğitim desteği verilerek yapılan çalışmalar

Yazar Yıl	Girişim ve Araştırma Türü	Örneklem Sayısı	Çalışmanın Sonucu
Wambach ve arkadaşları, 2011	Eğitim ve danışmanlık, Randomize kontrollü çalışma	n = 289	Adölesan annelerin bebeklerinin emzirme sürelerinin uzadığı, annelerin emzirme ile ilgili olumlu düşüncelerinin yanı sıra emzirme oranlarının arttığı belirlenmiştir.
Smith ve arkadaşları, 2012	Yarı yapılandırılmış görüşmeler ve haftalık telefon görüşmesi, Prospektif kohort	n = 17	Adölesan annelerde emzirme oranlarının yükseldiği ve bunun sonucunda bebeğin büyüme ve gelişmesinin olumlu etkilendiği belirlenmiştir.
Oliveira ve arkadaşları, 2014	Anne ve büyükanneye emzirme ile ilgili 5 oturumda danışmanlık ve aylık telefon görüşmeleri (ilk 6 ay), Randomize kontrollü klinik araştırma	n = 323	Emzirme eğitimi verilen adölesan annelerde, anneleri ile birlikte yaşamayan adölesan annelerde 46 gün, anneleriyle birlikte yaşayan adölesan annelerde ise 67 gün sadece anne sütü ile besleme olduğu ve anne sütü verme süresinin uzadığı saptanmıştır.
Bica ve Giugliani, 2014	Doğum sonrası hastane ve evde 5 kez danışmanlık hizmeti, Randomize klinik çalışması	n = 323	Adölesan annelere verilen emzirme danışmanlığının emzirme davranışlarını ve emzirme sürelerini arttırdığı belirlenmiştir.
Meglio ve arkadaşları, 2010	Haftada bir kez telefon görüşmesi, Randomize kontrollü çalışma	n = 78	Girişim grubunda sadece anne sütü ile besleme oranları artmıştır. Aynı zamanda anne sütü + mama kullanma süre ortalamalarına bakıldığında girişim grubunda 75 gün, kontrol grubunda 35 gün olarak saptanmıştır.
Edwards ve arkadaşları, 2013	Prenatal ziyaret ve doğum sonu hastanede kalış boyunca bilgisayar tabanlı program Randomize kontrollü çalışma	n = 15	Programın adölesan annelerin emzirme isteklerini arttığı saptanmıştır.

2.5.1. Emzirme eğitimi

Literatürde gebelik sırasında ve sonrasında verilen emzirme eğitim programlarının emzirmeye başlama ve emzirme süresini uzatabileceğini göstermektedir. Bu amaçla çeşitli eğitim ve programlar planlanıp sunulabilmektedir. Bunlar, teknoloji temelli eğitim programları, medya kampanyaları, antenatal ya da postnatal danışmanlık, akran rol modeli, grup oturumları ve eğitim aktivitelerini içeren antenatal programlar, hemşire ve ebelerin yaptığı postpartum ev ziyaretleridir (Balogun, O'Sullivan, McFadden, Ota, Gavine, Garner ve MacGillivray, 2016; Dyson, McCormick ve Renfrew, 2014; Feldman-Winter ve Shaikh, 2007; Grady ve Bloom, 2004; Horodyski ve arkadaşları, 2015; Lumbiganon ve arkadaşları, 2016). Eğitimin etkinliğini arttırmak için hedef kitlenin ve çağın özellikleri göz önünde bulundurulmalı, uygun eğitim yöntemi seçilmelidir. Emzirme eğitim yöntemlerinden biri olan teknoloji temelli eğitim aşağıda açıklanmıştır.

2.5.2. Adölesanlara yönelik teknoloji temelli eğitim

Geçmişte yüz yüze ve geleneksel eğitimle sınırlı olan sağlık eğitimi, teknolojilerindeki gelişmeler, insanların bilgi arama davranışlarındaki değişiklikler ve bireylerin gereksinimleri doğrultusunda farklılaşmıştır. Aynı zamanda günümüzde bireylerin teknolojinin kullanımının yaygınlaşması, bilgiye ulaşmanın kolaylığı, bireylerin sağlıklarıyla ilgili daha fazla bilgi edinme gereksinimi ve eğitim başarısını arttırmak için teknoloji temelli ve modern yaklaşımların sağlık eğitimi alanında kullanımı başlanmıştır (Brayboy ve arkadaşları, 2017; Demirel, Tekin, Özbek ve Kaya 2010; Pitts ve arkadaşları, 2015; Stinson ve arkadaşları, 2016; Jones, Eathington, Baldwin ve Sipsma, 2014). Ayrıca, sağlık personelinin zaman kısıtlılığı nedeniyle yüz yüze sağlık eğitimine yeterince zaman ayıramaması, hastanelerin kalabalıklığı ve maliyet etkili arayışların artması teknoloji temelli eğitim ihtiyacını arttırmıştır (Bloom, 2005; Goldzweig, Towfigh, Maglione ve Shekelle, 2009; Lee, Lee, Kim, Shim, Sung, Kang ve Hwang, 2017; Murray, Burns, See, Lai ve Nazareth, 2005; Verhoeven, van Gemert-Pijnen, Dijkstra, Nijland, Seydel ve Steehouder, 2007).

Sağlık alanında teknoloji temelli eğitim yöntemleri arasında web tabanlı programlar, bilgisayar ortamında oyun video cd, tabletler, cep telefonları, yazılı mesajlar, uygulamalar ve telefon görüşmeleri yer almaktadır (Cafazzo ve arkadaşları, 2012; Horodyski ve arkadaşları, 2015; Pitts ve arkadaşları, 2015). Teknolojinin ulaşılabilirliği ve kapsamı düşünüldüğünde, bireylerin sağlığının geliştirilmesinde ve akut, kronik sağlık problemlerine yönelik sağlık eğitimi, danışmanlık, izlem, bireylerin öz değerlendirilmesi ve sağlık problemlerinin çözümünde etkili olduğu görülmektedir (Allen, 2008; Heeteby, Hatcher ve Tabriziani, 2005; Ritterband, Thorndike, Cox, Kovatchev ve Gonder – Frederick, 2009). Bu durum birey ve ailesi açısından öğrenme fırsatları, bilgiye ulaşma ve birbirleriyle iletişim olanaklarını geliştirebilmektedir (Nguyen, Carrieri-Kohlman, Rankin, Slaughter ve Stulbarg, 2004).

Adölesanlara yönelik olarak teknoloji temelli sağlığı geliştirici programların yaygın olarak fiziksel aktivite, anksiyete, obezite ve cinsel sağlık gibi konularda kullanıldığı görülmektedir (Cullen ve arkadaşları, 2013; Nollen ve arkadaşları, 2014; Peskin ve arkadaşları, 2015). Adölesanlarla yapılan teknoloji temelli çalışmalara bakıldığında cinsel sağlık (Marsch, Grabinski, Bickel, Desrosiers, Guarino, Muehlbach ve Acosta, 2011),

obesite ve fiziksel aktivite (Cullen ve arkadaşları, 2013), diyabet (Mulvaney, Anders, Smith, Pittel ve Johnson, 2012), depresyon (Whittaker, Merry, Stasiak, McDowell, Doherty, Shepherd ve Rodgers, 2012, Wuthrich ve arkadaşları, 2012), astım (Joseph, Ownby, Havstad, Saltzgaber, Considine, Johnson ve Johnson, 2013), juvenil romatoid artrit (Stinson ve arkadaşları, 2016), beden imajı (Franko, Cousineau, Rodgers ve Roehrig, 2013) ile ilgili çalışmaların sonucunda sağlığı geliştirici davranışların arttığı bulunmuştur.

Adölesanlarda aynı zamanda emzirme eğitimlerinin etkinliğini ve doğru emzirme davranışlarının gelişmesini sağlamak, geliştirilen davranışın devamlılığının olması için verilen eğitimlerde teknolojinin kullanılabileceği de görülmektedir (Horodyski ve arkadaşları, 2015; Edwards, Bickmore, Jenkins, Foley ve Manjourides, 2013). Adölesanın merak duygusu, kendi kendine öğrenebilmesi, kendisi ve bebeği için alınacak kararlarda aktif katılımının sağlanması, ekran karşısında geçirdiği zaman, teknolojiye olan ilgisi ve ulaşımı, teknolojiyi kullanımı düşünüldüğünde emzirme eğitimlerinin başarısını sağlamak için teknolojinin kullanımı faydalı olabilmektedir (Bowler, 2010; Olson, Gaffney, Hedberg ve Gladstone, 2009; Edwards ve arkadaşları, 2013; Hassan ve Fleegler 2010).

Adölesan anneye sunulacak teknoloji temelli emzirme programının adölesanı öğrenmeye teşvik eden, yaratıcılığını geliştiren ve istediği zaman bilgiye ulaşabileceği özellikte olması adölesanın emzirme programına katılımı, devamlılığı ve etkinliğini sağlayabilmektedir. Böylece adölesan annelerin doğru emzirme davranışlarını bilmesi, daha etkin ve yeterli emzirebilmesi, bebeklerin daha fazla anne sütü ile beslenmesi sağlanabilir (Meglio, McDermott ve Klein, 2010; Oliveira, Giugliani, Santo ve Nunes, 2014; Horodyski ve arkadaşları, 2015; Ahmed, Roumani, Szucs, Zhang ve King, 2016).

Teknolojinin geliştirilen programlarda kullanımı avantajları olabildiği gibi bazı zorlukları olabilmektedir. Adölesanların sağlık davranışlarının değiştirilmesi amacıyla verilen teknoloji temelli programların kullanılması sırasında yaşanan zorluklara bakıldığında; kişisel bilgilerin güvenliği, katılımcıların yoğunluğu, teknoloji tabanlı programlara kayıt ve giriş işlemlerinde zorlanma, kullanıcı ad ve şifresini unutma – kaybetme gibi bireysel nedenler görülmektedir (Riiser, Løndal, Ommundsen, Sundar ve Helseth, 2013; Nicholas, Fellner, Frank, Small, Hetherington, Slater ve Daneman, 2012). Programdan memnun olmama, ilgi çekici bulmama, programı kullanışlı bulmama, katılımcıların ödev – testleri tamamlamak istememe ve programı zaman alıcı bulma gibi programa bağlı sebeplerde

zorluk yaşanmasına neden olabilmektedir. Aynı zamanda yaşanan teknik sorunlar, danışman tarafından verilen teknolojik ürünlerin kaybı, arızalanması ya da hasar görmesi, telefon görüşmelerine zamanında cevap verilmemesi gibi sorunlarla da karşılaşılabilir (Katz, Rodan, Milligan, Tan, Courtney, Gantz ve Subramanian, 2011; Whittaker ve arkadaşları, 2012; Stinson ve arkadaşları, 2016).

Teknoloji temelli programların planlanma, tasarlanma, hazırlanma, uygulama ve değerlendirme aşamaları bir maliyet ortaya çıkarmaktadır. Ancak maliyet ve fayda hesabı ile ilgili yeterli veriler bulunmamaktadır. Ulaşılan çalışmalar incelendiğinde bu programlar mali yük gibi görünse de uzun süreli etkileri düşünüldüğünde diğer programlara göre sağlık maliyetlerini düşürdüğü görülmektedir (Bloom, 2005; Goldzweig ve arkadaşları, 2009; Lee ve arkadaşları, 2017; Murray ve arkadaşları, 2005; Verhoeven ve arkadaşları, 2007).

2.6. Emzirmenin Desteklenmesine Yönelik Teknoloji Temelli Yapılan Ulusal ve Uluslararası Çalışmalar

Emzirme, anneler ve bebeklerinin hayat boyunca sağlık durumlarını kısa ve uzun vadeli etkileyen önemli bir unsurdur. Bu sebeple anne sütü ile besleme açısından riskli olan adölesan annelere danışmanlık yapılması ve annelerin desteklenmesi önemlidir. Adölesan annelerin emzirme açısından riskli bir grup olduğu, verilen emzirme eğitimin emzirme üzerine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (Leclair ve arkadaşları, 2015; Smith ve arkadaşları, 2012; Wambach ve arkadaşları, 2011; Yılmaz ve arkadaşları, 2016). Ancak adölesan annelere emzirme eğitimi ve danışmanlığı verilmesi kadar, bu hizmetin verilme şekli de önemlidir. Verilen eğitimin etkinliğini arttırmak ve devamlılığını sağlamak için kullanılacak eğitim-öğretim teknikleri hedef kitlenin özelliklerine yönelik olarak belirlenmelidir. Adölesanların teknoloji kullanımı düşünüldüğünde bu grup için planlanan programlarda teknolojinin kullanılması eğitimin etkisini arttırabilmektedir. Yurt dışında ve ülkemizde adölesan annelere teknoloji temelli verilen emzirme eğitimi ve beslenme programlarının bebeklerinin gelişimi üzerine etkisini incelemek için planlanmış bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Erişkin annelere verilen teknoloji temelli emzirme eğitim desteğinin annenin emzirme durumuna etkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalara yönelik 2010 - 2018 yıllarına ait ulaşılabilenler Çizelge 2.2’de verilmiştir. Çizelge 2.2’de gösterilen on çalışmanın yedi tanesinde teknoloji temelli eğitim ve

danışmanlık hizmetlerinin erişkin annelerde emzirme davranışlarını olumlu yönde geliştirdiği ve emzirme oranlarını, sürelerini arttırdığı saptanırken, üç çalışmada sunulan teknolojik temelli emzirme müdahalelerin anne sütü ile besleme konusunda etkisinin olmadığı bulunmuştur (Kellams, Gurka, Hornsby, Drake, Riffon, Gellerson ve Coleman, 2016; Labarere, Gelbert-Baudino, Laborde, Arragain, Schelstraete ve François, 2011; Seguranyes, Costa, Fuentelsaz-Gallego, Beneit, Carabantes, Gómez-Moreno ve Postpartum Telematics Research Group, 2014). Teknoloji temelli uygulanan ve emzirme üzerine etkisi saptanmayan çalışmalara bakıldığında bu müdahalelerin tek seansta yapıldığı, devamlılığının olmadığı ve verilen danışmanlık hizmetlerinin sınırlı olduğu görülmektedir. Erişkin annelere verilen teknoloji temelli emzirme müdahalelerinin emzirme hakkında bilgilendirme, emzirmeye başlama ve sadece anne sütü ile besleme açısından önemli düzeyde olumlu etkileri olduğu saptanmıştır (Pitts ve arkadaşları, 2015; Mohamadirizi, Bahadoran, Fahami ve Moradi, 2014; Bonuck, Stuebe, Barnett, Labbok, Fletcher ve Bernstein 2014; Hannula, Kaunonen ve Puukka, 2014; Jiang, Li, Wen, Hu, Yang, He ve Qian, 2014).

Çizelge 2.2. Erişkin annelere yönelik teknoloji temelli emzirme eğitim desteği ile ilgili yapılan çalışmalar

Yazar Yıl	Örneklem Sayısı	Araştırma Türü	Eğitim Yöntemi	Çalışmanın Sonucu
Labarere ve arkadaşları, 2011	n = 499	Yarı deneysel	Postpartum taburculuktan 4. haftaya kadar CD-ROM temelli müdahale	Uygulanan müdahale sonrasında emzirme oranları ve sıklığı açısından gruplar arasında fark belirlenmemiştir.
Tahir ve Al-Sadat, 2013	n = 357	Randomize kontrollü çalışma	Ayda 2 kez telefon danışmanlığı	Annelere telefon yoluyla verilen emzirme danışmanlığı doğumdan sonraki 1 ayda anne sütü ile besleme oranlarını artırmıştır.
Bonuck ve arkadaşları, 2014	n = 313	Randomize kontrollü çalışma	Antenatal süreçten postpartum 6. aya kadar elektronik rehberlik programı	Prenatal süreçte başlayan elektronik laktasyon danışmanlığı emzirme sıklığını artırmıştır.
Fahami ve arkadaşları, 2014	n = 72	Yarı deneysel	Postnatal süreçte 2 hafta boyunca, elektronik eğitim	Postpartum emzirme farkındalık durumları girişim grubunda yüksek çıkmıştır.
Hannula ve arkadaşları, 2014	n = 704	Yarı deneysel	Antenatal süreçten postpartum 1. haftaya kadar internet tabanlı müdahale	Annelerin emzirme danışmanlığı ve desteği almalarının emzirme oranlarını artırdığı belirlenmiştir.
Jiang ve arkadaşları, 2014	n = 549	Yarı deneysel	Antenatal süreçten postpartum 12. aya kadar SMS müdahalesi	Girişim grubundaki annelerde 6. ayda belirgin olarak kontrol grubuna göre sadece anne sütü ile besleme oranları fazla, katı gıdaya geçiş zamanları daha geç bulunmuştur.
Mohamadirizi ve arkadaşları, 2014	n = 100	Yarı deneysel	Antenatal period (4 ila 6 hafta boyunca) elektronik kitapçık	Elektronik kitapçık ile eğitim verilen annelerde yazılı kitapçık yöntemine göre emzirme konusunda yüksek farkındalık belirlenmiştir.
Seguranyes ve arkadaşları, 2014	n = 1401	Randomize kontrollü çalışma	Postpartum taburculuktan 6. haftaya kadar telekonferans ya da telefon aracılığıyla danışmanlık (sabah 8'den akşam 8'e kadar)	Telekonferans yoluyla verilen bakıma postpartum dönemde anneler eğitimi yüksek ilgi göstermişlerdir. Ancak gruplar arasında emzirme açısından fark saptanmamıştır.
Pitts ve arkadaşları, 2015	n = 21	Yarı deneysel	Prenatal 32, 34 ve 36. haftalarda tablet bilgisayar yoluyla emzirme eğitimi	Teknoloji temelli eğitimin emzirmeye başlama ve sürdürme üzerine etkisini incelemişler ve olumlu etki bulmuşlardır
Kellams ve arkadaşları, 2016	n = 522	Randomize kontrollü çalışma	Prenatal üçüncü trimesterde emzirme eğitim videosu kullanarak 1 kez verilen eğitim	Emzirmeye başlama oranları ve emzirme süresini etkilemediği belirlenmiştir. Düşük gelir düzeyindeki kadınların hastanede emzirme uygulamalarının iyileştirilmesinde tek başına emzirme eğitim videosunun etkisiz olduğunu göstermektedir.

2.7. Adölesan Annelerin ve Bebeklerinin Hemşirelik Bakımı

Adölesan annelerin sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonrası süreç geçirebilmeleri ve sağlıklı bir bebeğe sahip olabilmeleri için hemşireler tarafından verilen bakım ve eğitim oldukça önemlidir. Çocuk sağlığı hemşiresinin amacı; riskli grup olan adölesan annelerin dönem özelliklerini bilme, adölesanın gereksinimleri doğrultusunda uygun müdahale yöntemlerini belirleme, planlama, uygulama ve değerlendirmedir. Hemşirelik sürecinin sağlıklı şekilde işlemesi için hemşire rol ve işlevlerini kullanarak adölesanın en üst düzeyde sağlığa kavuşmasını sağlamak amacıyla 7/24 danışmanlık hizmeti vermelidir (Hockenberry ve Wilson, 2018; Taşkın, 2013). Adölesan anne ve bebeğine yönelik olası hemşirelik tanıları aşağıda yer almaktadır.

Adölesan annelerde ve bebeklerinde olası hemşirelik tanıları

- ✓ Emzirme: Etkisiz Emzirme
- ✓ Bakım Verici Rolünde Zorlanma
- ✓ Büyüme ve Gelişimde Gecikme Riski
- ✓ Ebeveyn - Bebek Bağlılığında Bozulma Riski
- ✓ Bilgi Eksikliği (Emzirme Konusunda) (Erdemir, 2012).

Bu bölümde, konu ile ilgili hemşirelik bakımı emzirmenin desteklenmesi ve bebeğin fiziksel gelişimi ile izlenmesi başlıkları altında incelenecektir.

2.7.1. Emzirmenin desteklenmesi

Postpartum dönem tüm anneler için zor bir süreçtir. Hem fiziksel, hem de psikolojik durumlarının tam gelişmemiş olması ve değişken duygusal durumları nedeniyle adölesan anneler ebeveynlik ile ilgili sorumlulukları üstlenme ve sorunlarla baş etmede yetersiz kalabilmektedirler (Horodyski ve arkadaşları, 2015). Bu sebeple adölesanları emzirme konusunda desteklemek ve danışmanlık sağlamak emzirme başarısı ve oranları açısından katkı sağlayabilmektedir. DSÖ hemşireleri, emzirmeyi teşvik ve destekleme konusunda kilit sağlık personelinin biri olarak görmektedir (WHO/UNICEF, 2003). Hemşireler; danışmanlık, bakım, eğitim, araştırma ve savunucu rollerini kullanarak, adölesan annelerin gelişimsel özelliklerini düşünerek, teknoloji temelli emzirme eğitimleri planlayabilir ve

uygulayabilirler (ICN, 2009; Törüner ve Büyükgönenç, 2017). Bu sayede bebeğin beslenme problemleri azaltılabilir, adölesan annelerin emzirme özgüvenleri ve bebeklerine bakım verebilme becerileri arttırılabilir. Emzirme eğitimleri, bebeklerin fiziksel gelişimini olumlu yönde etkileyebilir. Adölesan anneler ve bebeklerinin yaşam kaliteleri artabilir ve sağlıklı nesillerin gelişimi desteklenebilir (Horodyski ve arkadaşları, 2015; Lifer ve Gloria 2012; WHO 2018). Annelerin kişisel emzirme hedeflerini geliştirmek ve karşılamak için tutarlı, sürekli bilgi ve desteğe ihtiyaçları vardır. Bunun için doğum öncesi dönemden itibaren annenin emzirme konusundan eğitilmesi, doğumdan itibaren anne sütü ile beslemeye başlaması, emzirme konusundan danışmanlık verilmesi, annenin emzirme sorunları ile baş etmesi ve emzirmenin başarılı bir şekilde devam etmesi sağlanmalıdır.

Emzirme eğitimlerinin; hedefleri ile uyumlu olması, ilgisini çekmesi, nitelikli ve ulaşılabilir bilgi içermesi, sürekliliğinin olması ve becerinin kontrol edilmesi emzirme başarısını arttıran unsurlardır. Hemşireler tarafından geliştirilen programlar bu unsurları bir arada bulundurduğu zaman istenilen sonuçlara erişmek mümkün olabilmektedir.

2.7.2. Bebeğin fiziksel gelişimi ve izlemi

Bebeğin fiziksel büyümesinin en belirleyici faktörlerinden biri beslenmedir. Beslenmeye yönelik yaşanan sorunlar bebeğin büyüme ve nöromotor gelişmesini olumsuz yönde etkilemekte, malnutrisyon gibi kronik problemlerin oluşmasına neden olabilmektedir (Black, 2003). Bebeklerde ve çocuklarda, hastalık ve ölümlerin önlenmesi, fiziksel büyümenin sağlıklı devam edebilmesi için yaş dönemine uygun beslenmenin sağlanması primer hedeftir. Çocuk sağlığı hemşiresi bebeklik döneminde bu gelişimin üst düzeyde olabilmesi için bebeğin anne sütü ile beslenmesini sağlamalıdır (İnce, Kondolot ve Yalçın, 2011; WHO, 2009). Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisi yaşamın ilk 6 ayı sadece anne sütü, sonrasında uygun tamamlayıcı ek gıdalar ile en az iki yaşına kadar anne sütü ile besleme devam edilmesi doğrultusundadır (WHO, 2018). Kilo ve boy ölçümleri yaşa ve cinsiyete göre yeterli olmayan bebeklerde sebepler araştırılmalı ve annenin emzirme davranışları açısından gözlem yapılmalıdır (Dewey, 2001; Özmert, 2005; Pan American Health Organization/WHO, 2003). Anne sütü ile besleme açısından risk grubundaki adölesan annelerin bebeklerinin sağlıklı fiziksel gelişimin sağlanması için anneye etkili ve başarılı emzirme desteği verilmelidir. Bu desteğin verilmesinde ve verilen desteğin değerlendirilmesinde hemşireler kilit rol oynamaktadır.

Bebek büyümesinin izlenmesi çocuk sağlığı takibi açısından oldukça önemli bir uygulamadır. Çocuğun antropometrik ölçümlerinin (kilo/boy/baş çevresi) yapılması standart büyüme eğrilerine ve kategorilere göre büyümenin sağlıklı izlenmesi amacıyla değerlendirilmelidir. İzlemlerde belirlenen sapmalar çocuk sağlığı risklerini belirlemede ilk verileri oluşturabilmektedir. Risklerin tespiti, ortaya çıkarabilecek sağlık sorunlarını belirlemede, sorunlara yönelik hemşirelik sürecini uygulayabilmede çocuk sağlığı hemşireleri için kritik öneme sahiptir. Bebeğin büyüme izlemlerinde ölçülen değerler üç yaklaşımla incelenmektedir (Keane, 2007; Tate, Dezateux ve Cole, 2006; Grummer-Strawn, Reinold, Krebs ve Centers for Disease Control and Prevention, 2010; Yalçın, 2003). Bunlar;

- a) Median değerler: Ölçülen değer aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı ve büyümesi normal olan 50. persentildeki çocuğun antropometrik ölçümü ile karşılaştırılması yoluyla belirlenen değerdir.
- b) Persentiller: Persentil eğrileri, aynı yaş ve cinsiyetteki çok sayıda çocuktan elde edilen ölçümlere ya da doğumdan itibaren adölesan dönemin sonuna kadar izlenen normal çocuklardan elde edilen ölçümlere dayanmaktadır. Ülkemizde en sık kullanılan persentil eğrileri Neyzi ve diğerleri, 2008 ve DSÖ tarafından oluşturulan persentillerdir.
- c) Z skoru: Antropometrik ölçümlerin ortanca değerinden sapmalarının kategorize edildiği bir sınıflamadır. Z skor uluslararası bir değerlendirme sağladığı için bebek izlemlerinde kullanımı önemlidir. DSÖ'nün web sitesinde bulunan "Anthro" programı kullanılarak ölçümlerin z skor değerleri hesaplanıp değerlendirilebilir (<https://www.who.int/childgrowth/software/en/>).

Bu yaklaşımların kullanılması büyüme sürecinin zaman içindeki seyrini ve değişiklikleri, fiziksel büyümenin normal ilerleyip ilerlemediğini gösteren standart bir parametre oluşturmasını ve değerlendirmelerin daha sağlıklı yapılabilmesini sağlamaktadır (Bauchner, 2007; Dietitians of Canada, Canadian Paediatric Society, The College of Family Physicians of Canada, and Community Health Nurses of Canada, 2010; İnce ve arkadaşları, 2011). Bu sebeple Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan persentil eğrilerinin ve z skor kategorilerinin nasıl kullanılacağı ve değerlendirileceği hakkında sağlık profesyonelleri eğitilmeli ve bu standart değerlendirme yaklaşımlarının kullanımı arttırılmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü ve T.C. Sağlık Bakanlığı "Herkese İçin Sağlık"

bildirgesindeki hedef ve stratejilerinde bebek, çocuk ve adölesanın sağığının geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadırlar (WHO, 1999; T.C. Sağık Bakanlığı, 2001).

Bebeğın izlemleri anne karnında başlamalıdır ve çocukluk boyunca devam etmelidir (İnce ve arkadaşları, 2011; Valérie, 2010). Antropometrik ölçümler bebeklik döneminde en azından boy, kilo ve baş çevresi değerlendirmelerini içermelidir. Bunların doğumda, doğum sonrası ilk 48 saat içinde, 15. günde, 41. günde, 2., 3., 4., 6., 9. ve 12. aylarda, 1-3 yaş arası altı ayda bir kez, 4-6 yaş arası yılda bir kez sıklıkla sağık çocuk izlemleri kapsamında yapılması önerilmektedir (Sağık Bakanlığı, Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü, 2018). Boy, kilo ve baş çevresi ölçüm prosedürleri Ek - 9, 10, 11’de verilmiştir. Ölçüm sonuçları, persentil ve z skor değerlerini belirlemek amacıyla analiz edilmelidir. Persentil ve z skor değerleri ve sınıflandırması tezde Gereç ve Yöntem kısmında ‘Bebeğın Fiziksel Ölçümleri’ içinde belirtilmiştir. Bebeklerin büyüme izlemlerinin yapılması ve sonuçlarının değerlendirilmesi, erken tespiti yapılan riskli olan bebeklerin detaylı sağık incelenmesine yönlendirilmesi ve takibinin yapılması çocuk sağığı hemşiresinin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, teknoloji temelli emzirme programının adölesan annelerin bebeklerinin büyümesine etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrol gruplu deneysel bir çalışma olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, dört aile sağlığı merkezinde yapılmıştır. Bu merkezler, TC Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bünyesinde hizmet vermekte olan Altındağ ilçesindeki Karapürçek Savaş Bıyıklı Aile Sağlığı Merkezi ve Ekin Çamlık Aile Sağlığı Merkezi ile Mamak ilçesindeki Kale Rotary Kulübü Aile Sağlığı Merkezi ve Bostancık Aile Sağlığı Merkezi'dir.

Ankara ili içerisindeki ilçelere göre sosyoekonomik ayrım Türkiye İstatistik Kurumuna göre yer almamaktadır. Ancak Altındağ ve Mamak İlçelerinde adölesan gebelik popülasyonunun fazla olduğu Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi istatistik birimi ile yapılan bireysel görüşme sonucu elde edilmiştir. Altındağ ve Mamak ilçelerinde adölesan gebelik izlemi yapılan sayılar Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi istatistik biriminin kayıtlardan belirlenmiştir. Altındağ ve Mamak ilçelerinde bulunan bölge isimleri buradan temin edilerek ve bölgede yer alan 9 Aile Sağlığı Merkezi ile görüşülmüştür. En fazla adölesan gebe sayısına sahip ve birbirine yerleşim yeri olarak yakın 4 sağlık merkezi seçilmiştir.

Dört ASM'den alınan verilere göre 2016 yılında kayıtlı olan adölesan anne sayısı:

- 1) Karapürçek Savaş Bıyıklı Aile Sağlığı Merkezi: 16
- 2) Ekin Çamlık Aile Sağlığı Merkezi: 38
- 3) Kale Rotary Kulübü Aile Sağlığı Merkezi: 23
- 4) Bostancık Aile Sağlığı Merkezi: 11

olmak üzere toplam 88'dir.

Karapürçek Savaş Bıyıklı Aile Sağlığı Merkezinde 10 aile hekimi, 10 aile sağlığı elemanı (3 hemşire, 6 ebe, 1 acil tıp teknisyeni) ve 2 personel çalışmaktadır. Ekin Çamlık Aile Sağlığı Merkezinde 9 aile hekimi, 9 aile sağlığı elemanı (4 hemşire, 5 ebe) ve 2 yardımcı personel çalışmaktadır. Kale Rotary Kulübü Aile Sağlığı Merkezinde 5 aile hekimi, 5 aile sağlığı elemanı (1 hemşire, 3 ebe, 1 sağlık memuru) ve 1 personel çalışmaktadır. Bostancık Aile Sağlığı Merkezinde 5 aile hekimi, 5 aile sağlığı elemanı (2 hemşire, 3 ebe) ve 2 personel çalışmaktadır.

Her bir aile sağlığı merkezinde gebe takibi, bebek takibi (aşı, antropometrik ölçümler, taramalar) ve emzirme eğitimi yapılmaktadır. Yapılan takipler bebek izlem formlarında kayıt altına alınmaktadır. Emzirme eğitimi, emzirme danışmanlığı sertifikası koşulu aranmaksızın aile sağlık merkezindeki aile sağlığı elemanları tarafından annelere gebeliğin 36. haftasında ve doğum sonrası ilk takipte verilmektedir. Adölesan gebe ya da annelere farklı bir hizmet verilmemektedir. Verilen eğitim içerisinde anne sütünün faydaları, emzirme tekniği, ilk 6 ay anne sütü vermenin önemi konuları bulunmaktadır. Eğitimler sözlü şekilde yapılmakta, yazılı bir materyal verilmemektedir. Annelerin emzirme takibi için “emzirip emzirmediikleri” sorulmakta, emzirmeyen annelere ek danışmanlık yapılmamaktadır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Karapürçek Savaş Bıyıklı Aile Sağlığı Merkezi, Ekin Çamlık Aile Sağlığı Merkezi, Mamak ilçesindeki Kale Rotary Kulübü Aile Sağlığı Merkezi ve Bostancık Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı adölesan gebeler ve bebekleri oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip belirtilen tarihler arasında araştırmaya katılmayı kabul eden adölesan gebeler alınmıştır. Araştırma 01 Şubat 2017 – 31 Ağustos 2017 tarihleri araştırma kriterlerine uyan adölesan anneler ve bebekleri ile yapılmıştır.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- 1) 15-19 yaş aralığında olan,
- 2) Aile sağlığı merkezlerine kayıtlı,
- 3) Doğumdan sonraki 1. hafta içinde kontrole gelen,

- 4) Bebeği miadında doğan,
- 5) İlk canlı doğum sonrası bebeği bulunan ve emzirme deneyimi olmayan,
- 6) Bebeğini emziren ya da emzirmeyle beraber mama takviyesinde bulunan,
- 7) Akıllı telefon kullanan,
- 8) İki ay boyunca çalışmaya katılmayı kabul eden adölesan anneler.

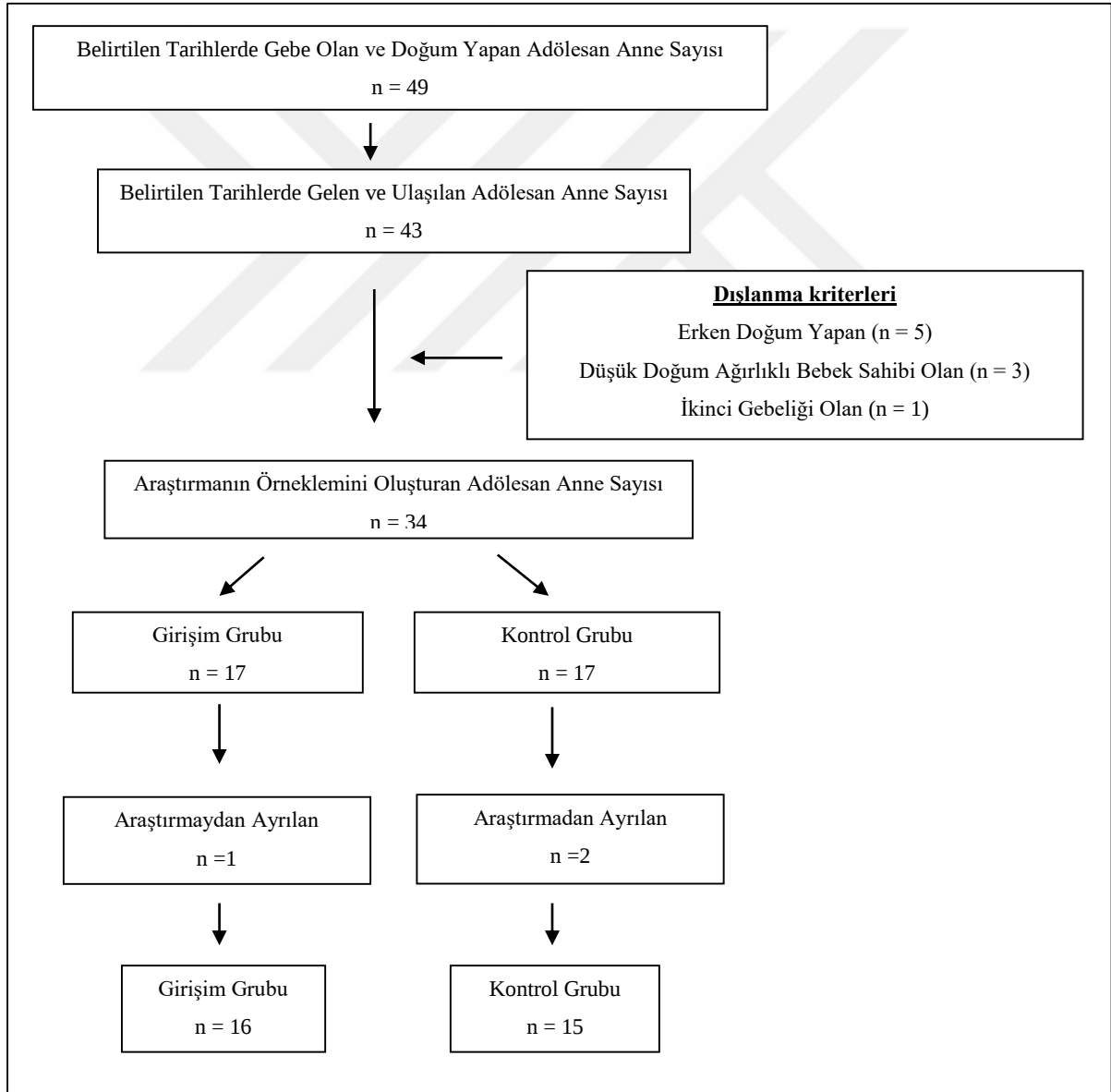
Araştırma dışı bırakılma kriterleri:

- 1) Annenin kendisinde fiziksel ya da ruhsal sağlık sorunu olan,
- 2) Riskli yenidoğan (2500 gr'ın altında, 37. gestasyon haftası öncesi doğanlar, intrauterin gelişme geriliği bulunanlar vb) ya da konjenital sağlık sorunu olan bebeğe sahip,
- 3) Son altı ay içinde önemli bir yaşam olayı deneyimleyenler (depresyon, göç, ölüm vb.) adölesan annelerdir.

Araştırmaya başlamadan önce dört ASM'de kayıtlı olan adölesan gebelerin listeleri aile sağlığı elemanları ile birlikte araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Listede 37. gestasyon haftasında bulunan adölesan gebeler aile sağlığı elemanları tarafından ilk önce aranarak araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve araştırmacının adölesan gebeye ulaşabilmesi için adölesan gebeden izin almıştır. Daha sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden adölesan gebeleri araştırmacı telefonla arayarak araştırma hakkında detaylı bilgi vermiştir. Ayrıca, adölesan gebeler ile ilk görüşme için planlama yapılmıştır. Doğum sonrası, kriterlere uyan adölesanlarla telefonla görüşmesi tekrar yapılarak bebeklerinin ilk topuk kanı için ASM'ye gelecekleri gün ve saat konusunda randevulaşmıştır.

Çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında araştırmacı tarafından her haftanın iki günü merkezlerde bulunulmuştur. Merkezdeki aile sağlığı elemanları tarafından adölesan annelerin bebekleri için topuk kanı randevularının bazılarının ayarlanması haftanın bu iki gününe gelecek şekilde düzenlenmiştir. Bu tarihler ve günler arasında aile sağlığı merkezlerinde 49 adölesan anne doğum yapmıştır. Adölesan annelerin tamamı çalışmayı kabul etmiş olup, adölesan annelerden 6 tanesi çalışmanın yapıldığı günler dışında ASM'ye gelmişlerdir. Çalışmanın uygulandığı günlerde topuk kanı testi için ASM'ye gelen 43 adölesan anneye ulaşılmıştır. Ancak erken doğum yapan ($n = 5$), düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olan ($n = 3$), ilk gebeliği olmayan ($n = 1$) nedenleriyle 9 adölesan

anne örneklem dışı bırakılmış ve 34 adölesan anne (girişim grubu=17, kontrol grubu=17) araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya başladıktan sonra devam edemeyen girişim grubunda bir, kontrol grubunda iki adölesan anne örneklemden çıkarılmıştır. Girişim grubunda 16, kontrol grubunda 15 olmak üzere toplamda 31 adölesan anne ve bebeği araştırmanın örneklemi oluşturmuştur (Bkz. Şekil 3.1 ve Çizelge 3.1). Posthoc power analizi, araştırma tamamlandıktan sonra bu alanda yapılmış benzer bir çalışmanın LATCH emzirme tanılama ve değerlendirme aracı temel alınarak yapılmıştır (Kumar, Mooney, Wieser ve Havstad, 2006). LATCH emzirme tanılama ve değerlendirme aracı açısından 3. izlem analiz edilmiştir. Power analiz değeri 3. izlemde 0,99 olarak bulunmuştur.



Şekil 3.1. Çalışmanın "consort" akış şeması

Çizelge 3.1. Belirtilen tarihlerde ulaşılan adölesan anne, örneklem dışı bırakılan adölesan anne ve araştırmanın yürütüldüğü adölesan anne sayısı

Aile Sağlığı Merkezi	Belirtilen Tarihlerde Doğum Yapan Adölesan Anne Sayısı		Belirtilen Tarihlerde Ulaşılan Adölesan Anne Sayısı		Örneklem Dışı Bırakılan Adölesan Anne Sayısı		Araştırmanın Yürütüldüğü Adölesan Anne Sayısı		Araştırmayı Tamamlayan Adölesan Anne Sayısı	
	G*	K*	G	K	G	K	G	K	G	K
Bostancık Aile Sağlığı Merkezi	3	2	2	1	0	0	2	1	2	1
Ekin Çamlık Aile Sağlığı Merkezi	10	11	9	9	3	1	6	8	6	7
Kale Rotary Kulübü Aile Sağlığı Merkezi	7	6	7	6	2	2	5	4	4	4
Karapürçek Savaş Bıyıklı Aile Sağlığı Merkezi	5	5	5	4	0	1	5	4	5	3
TOPLAM	49		43		9		34		31	

*G = Girişim grubu, K = Kontrol grubu

Randomizasyon için adölesan annelerin yaşı ve öğrenim durumu birbirine benzerlik sağlayacak şekilde girişim ve kontrol grubu ayrılmıştır. Çalışmaya kura yöntemiyle seçilen girişim grubuyla başlanmıştır. İlk gelen ve araştırma kriterlerine uyan adölesan anne girişim grubuna, aynı yaş ve öğrenim durumunda olan ikinci adölesan anne kontrol grubuna alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında: Tanımlayıcı Veriler Formu, Bebek ve Emzirmeye Yönelik Veri Toplama Formu, Bebeğin Fiziksel Gelişimi ve Emzirme Takip Formu, Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği, Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri, L (Latch on breast), A (Audible swallowing), T (Type of nipple), C (Comfort bresat/nipple), H (Hold) Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Aracı ve Emzirme Programı Değerlendirme Formundan yararlanılmıştır.

Tanımlayıcı veriler formu; annenin yaşı, öğrenim durumu, aile tipi, gelir durumu ve çalışma durumu ile ilgili 5 kapalı uçlu soru yer almaktadır (Ek-2) (Dewan ve arkadaşları, 2002; Erenel ve Eroğlu, 2005; Horodyski ve arkadaşları, 2015; Smith ve arkadaşları, 2012).

Bebek ve emzirmeye yönelik veri toplama formu; bebeğin cinsiyeti, gebeliğin planlı olup olmadığı, bebeğin doğum haftası, bebeğin kaç günlük olduğu, doğum kilosu, doğum boyu, doğum baş çevresi, doğum öncesi ve sonrası emzirme eğitimi alma durumu, doğumdan sonraki ilk emzirme zamanı, emzirme ile ilgili eğitim alma durumu ve kimden aldığı, doğumdan sonra ilk ne zaman emzirmeye başladığı, emzirmeye devam etme durumu, emzirmeyi ne kadar süre devam ettirmeyi istediği, emzirme konusundaki bilgi düzeyini algılama ve kendini yeterli hissetme durumu ile ilgili 16 soru yer almaktadır (Ek-3) (Dewan ve arkadaşları, 2002; Erenel ve Eroğlu, 2005; Leclair ve arkadaşları, 2015; Smith ve arkadaşları, 2012; Yılmaz ve arkadaşları, 2016).

Bebenin fiziksel gelişimi ve emzirme takip formu; bebeğin boy, kilo ve baş çevresi ölçümleri ile ilgili 3 soru; emzirme sıklığı, emzirme süresi, emzirmede yaşanan sorun, soruna yönelik alınan önlem, emzirmede kesinti süresi, kesinti nedeni, mama başlama zamanı, mamaya devam etme süresi, mama başlama nedeni, mama verme sıklığı, mama miktarı, mama veriliş yöntemi, mama artış miktarı ile ilgili 13 soru olmak üzere toplamda 16 soru yer almaktadır (Ek-4) (Camarotti ve arkadaşları, 2011; Erenel ve Eroğlu, 2005; Leclair ve arkadaşları, 2015; Nelson ve Sethi, 2005; Wambach ve arkadaşları, 2011).

Postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği; Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği-kısa şekli- 2003 yılında Dennis tarafından oluşturulmuştur. Ölçek emzirme öz-yeterliliğini değerlendirilen toplam 14 maddeden oluşmuştur. Ölçek 5'li likert tipinde olup, ölçeğin maddeleri 1 = “hiç emin değilim”den 5 = “her zaman eminim”e kadar derecelendirilerek değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 14, en yüksek puan 70'tir; yüksek puan daha yüksek emzirme öz-yeterliliği anlamına gelmektedir. Kesme puanı ve alt boyutları bulunmamaktadır. Dennis (2003) ölçeğin postpartum dönemde kullanılmasının uygun olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin orijinal cronbach alfa değeri 0.94 olarak bulunmuştur (Dennis, 2003). Aluş Tokat, Okumuş ve Dennis (2010) Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin kısa şeklini Türkçe güvenirlik geçerlilik çalışmasını yapmışlar ve Cronbach alfa değerini 0.86 bularak ölçeğin Türk kültürü için uygun olduğunu saptamışlardır. Ölçek postpartum döneminde anne tarafından doldurulmakta ve uygulanma süresi 5-7 dakika arası değişmektedir (Ek-5) (Tokat ve arkadaşları, 2010). Ölçeğin literatürde sık olarak annelerin emzirme öz-yeterlilik durumlarını değerlendirmek için kullanıldığını görülmektedir (Aghdas, Talat ve Sepideh, 2014; Ip, Gao, Choi, Chau ve Xiao, 2016; Brockway, Benzies, Carr ve Aziz, 2018; Wu, Hu, McCoy ve Efird, 2014).

Literatür incelemesi sonucunda ölçeğin adölesan annelerde kullanıldığı çalışmalara da rastlanmıştır (Dennis, Heaman ve Mossman, 2011; Mossman, Heaman, Dennis ve Morris, 2008; Bailey, Clark ve Shepherd, 2008). Bizim çalışmamızda ölçeğin cronbach alfa değeri 0.99 bulunmuştur.

Spielberger durumluk kaygı envanteri (STAI); Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından 1970 yılında geliştirilen envanter, durumluk kaygıyı ölçen 20 ifadeden oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-S), bireyin belli bir anda ve koşulda nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Kişilerden ölçekteki her bir madde için duygu ve davranışlarındaki şiddet derecesine göre “(1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla” seçeneklerinden birini seçmesi istenmektedir. Ölçekte düz ve ters olacak şekilde iki türlü ifade bulunur. Düz ifadeler olumsuz duyguları; ters ifadeler ise olumlu duyguları dile getirirler. Puanlamada düz ifadelerin toplamı ile ters ifadelerin yönü değiştirilmiş puanları toplanır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 80’dir. Yüksek puan, kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Öner ve Le Compte, 1998). Kesme puanı ve alt boyutları bulunmamaktadır. Ölçeğin orjinal cronbach alfa değeri 0.89 ila 0.95 arasında değişmektedir (Spielberger, 1971). STAI’nin Türkçe ’ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1983 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır ve ölçeğin cronbach alfa değeri 0,94 bulunmuştur (Ek-6) (Kutunis ve Tunç, 2013). Ölçeğin postpartum dönemde ve emziren annelerin kaygı durumlarını belirlemede kullanıldığı belirlenmiştir (Stuebe, Grewen ve Meltzer-Brody, 2013; Mezzacappa ve Katkin, 2002; Paul, Downs, Schaefer, Beiler ve Weisman, 2013; Sisk, Lovelady, Dillard ve Gruber, 2006). Bizim çalışmamızda ölçeğin cronbach alfa değeri 0.97 bulunmuştur.

LATCH emzirme tanılama ve değerlendirme aracı; LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçüm Aracı 1994 yılında Jensen ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçüm aracı etkili emzirme başarılarını gözlemlemeye dayanmaktadır ve beş değerlendirme kriterinden oluşmaktadır. Her madde 0–2 puan arasında değerlendirilmekte olup alınabilecek toplam puan 10’dur. LATCH puanının yüksek olması emzirme başarısının yüksekliğini göstermektedir (Jensen ve arkadaşları, 1994). Ölçüm aracının kesme puanı ve alt boyutları bulunmamaktadır. Ölçeğin orjinal cronbach alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur. Türkiye’de güvenilirliği Yenil ve Okumuş (2003) tarafından yapılmış ve cronbach alfa değeri 0,95 olarak saptanmıştır (Ek-7) (Yenil ve Okumuş, 2003). Literatür incelemesinde ölçeğin annelerin emzirebilme başarısını değerlendirmek için sıklıkla

kullanıldığı görülmektedir (Gerçek, Karabudak, Çelik ve Saruhan, 2017; Lau, Htun, Im Lim, Ho-Lim ve Klainin-Yobas, 2016; Aktaş ve Alemdar, 2018; Kumar, Mooney, Wieser ve Havstad, 2006). Bizim çalışmamızda ölçeğin cronbach alfa değeri 0.99 bulunmuştur.

Emzirme programı değerlendirme formu; Araştırmacılar tarafından geliştirilen formda emzirme eğitim programının anne ve bebeğe ne gibi faydaları olduğu, eğitim programından memnun kalma durumu, annenin eğitim sonrası emzirme konusunda bilgi düzeyini algılama ve kendini yeterli hissetme durumu, eğitim programının geliştirilmesine yönelik öneriler ile ilgili 6 soru yer almaktadır (Ek-8).

Ölçeklerin madde sayısı, ölçek minimum ve maksimum değerleri, kesme puanı ve alt boyut durumu ve ölçekten alınan toplam puanın anlamı Çizelge 3.2’de verilmiştir.

Çizelge 3.2. Ölçeklerin madde sayısı, ölçek min- mak değerleri, kesme puanı ve alt boyut varlığı durumu ve ölçekten alınan puan anlamı

		Madde Sayısı	Ölçek Min - Mak Değerleri	Kesme Puanı ve Alt Boyut	Ölçekten Alınan Puan Anlamı
Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği		20	20-80	Yok	Puan yükseldikçe öz-yeterlilik yükselir
Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri		5	0-10	Yok	Puan yükseldikçe kaygı yükselir
LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Aracı		14	14-70	Yok	Puanın yüksekliği emzirme başarısı yükseklir

3.5. Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmaya katılan adölesan annelerden yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki adölesan anneler ile 3 kez yüz yüze görüşme yapılmıştır. Bu görüşmeler sırasında veri toplama yöntemleri her iki gruba uygulanmıştır. Aile sağlığı merkezi içerisinde bulunan önceden belirlenmiş ve hazırlanmış, ortam ısı 24⁰C’ye ayarlanmış, görüşmenin bölünmeyeceği, sakin bir ortamda, iletişimi engelleyecek durumların en aza indirildiği bir odada görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Görüşmeler bebeğin 1, 4 ve 8. haftalarında gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçları aile sağlığı merkezlerinde programın 1, 4 ve 8. haftalarında uygulanmıştır. Programın 1. haftasında adölesan annelere tanımlayıcı veriler formu, bebek ve emzirmeye yönelik veri

toplama formu, Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği, Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri, bebeğin fiziksel gelişimi ve emzirme takip formu, LATCH emzirme aracı uygulanmıştır. 4. haftada bebeğin fiziksel gelişimi ve emzirme takip formu ve LATCH emzirme aracı takibi yapılmıştır. 8. haftada annelere 1. haftada uygulanan formlardan tanımlayıcı veriler formu, bebek ve emzirmeye yönelik veri toplama formu hariç Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği, Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri, bebeğin fiziksel gelişimi ve emzirme takip formu, LATCH Emzirme aracı ek olarak emzirme programı değerlendirme formu uygulanmıştır. Formların uygulanması ortalama 30 dk. sürmüştür.

Haftalara göre uygulanmış formlar Araştırma Akış Şemasında sunulmuştur (Bkz. Şekil 3.2). Bebeklerin fiziksel gelişimine yönelik izlemlerinde boy, kilo ve baş çevresi ölçümleri yapılmıştır. Bebeğin fiziksel ölçümleri araştırmacı tarafından yapılmıştır. Araştırmacı 16-18 Mart 2016 tarihleri arasında TC Ankara Valiliği İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Şubesi tarafından Sağlık Bakanlığı ve UNICEF işbirliğinde yürütülmekte olan “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı” kapsamına düzenlenen “Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı” konusunda gerçekleştirilen sertifika programına katılmış ve başarı ile tamamlamıştır. Araştırmacı aynı zamanda Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (1 hafta), Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi Emzirme Danışmanlığı Birimi (1 hafta) ve Koru Hastanesi Emzirme Danışmanlığı Birimi’nde “Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı” alanında (1 hafta) emziren ve emzirme sorunu yaşayan annelerle birlikte çalışmıştır. Ölçümler hakkında detaylı bilgi aşağıda sunulmuştur.

3.5.1. Bebeğin fiziksel ölçümleri

Kilo ölçümü: Kullanılacak bebek tartısı (Arçelik-Bebeğim) panelinde işlem öncesi ayar kontrolü için sıfır sayısı kontrol edilmiştir. Bebek tartı üzerine konulmadan önce güvenlik önlemleri alınmış ve tartı üzerine tek kullanımlık örtü serilmiştir. Ölçümden önce bebek kıyafetleri tamamen çıkarılmıştır. Bebeğin üzerinde sadece kuru bezi kalmıştır. Kuru bez ölçüm sonrası tartılıp bezin ağırlığı vücut ağırlığından düşülmüştür. Bebek yatar şekilde tartıya yerleştirilmiş, ölçüm sırasında bebeğe dokunulmamış ancak güvenlik sebebiyle bebeği tartan kişinin elleri vücudun üzerinde tutulmuştur. Tartı üzerindeyken bebeğin hareketleri en aza indirilmiştir. Ölçümü doğrulamak için aynı bebek için ölçüm ikinci kez

tekrarlanmıştır. İki ölçüm arasında fark çıktığında ölçüm tekrarlanmıştır ve ölçüm sırasında izlenecek basamaklar için oluşturulan kontrol listesi Ek - 9'da verilmiştir (Bindler, Ball, London ve Davidson, 2014; Törüner ve Büyükgönenç, 2017). Arçelik (Bebeğim) marka tartı aleti her işlem öncesinde sıfırlanmış ve ölçülen değer en yakın onluk değere yuvarlanmıştır.

Boy ölçümü: Bebek stadiometresi (F.Bosch-Medizintechnik) düz bir zemine ya da masaya yerleştirilmiştir. Yerleştirilen bölgeye tek kullanımlık örtü serilmiş ve güvenlik önlemleri alınmıştır. Ölçüm bebek yatar durumda iken yapılmıştır. Ölçüm öncesi bebeğin varsa saç tokası, şapka, bere, çorap ve ayakkabısı çıkarılmıştır. Bebek başının verteksi ölçüm aletinin baş tahtasına temas ettirilmiş, başın arka kısmı, sırt, kalça, bacaklar ve topuklar zemin ile tam temas halinde, topuklar dikey sert yüzey ile 90 derecede açı yapacak şekilde dizler hafifçe bastırılarak hareketli ayak tahtası bebeğin ayak tabanında olacak şekilde ölçüm yapılmıştır. Ölçüm sırasında bebeğin yardım etmeyi kabul eden bakım vericisinden bebek başını ölçüm tahtasının üst kısmında sabit olarak tutması istenmiştir. İşlem sırasında bebeğin hareketleri en aza indirilmiş ve sakinliği sağlanmıştır. Ölçümü doğrulamak için aynı bebek için ölçüm iki kez yapılmıştır. İki ölçüm arasında fark çıktığında ölçüm tekrarlanmıştır ve ölçüm sırasında izlenecek basamaklar için oluşturulan kontrol listesi Ek-10'da verilmiştir (Bindler ve arkadaşları, 2014; Törüner ve Büyükgönenç, 2017).

Baş çevresi ölçümü: Ölçüm öncesi bebeğin varsa bere, şapka, saç bandı ve saç tokası gibi ölçümde yanlış sonuçlar çıkarabilecek eşyaları çıkarılmıştır. Baş çevresi bir esnemeyen kağıt mezura yardımı ile arkada oksiput kemiğinin en çıkıntılı noktası, önde kaşların üzerinden (glabella) geçilerek ölçülmüştür. Ölçümü doğrulamak için aynı bebek için ölçüm iki kez tekrarlanmıştır ve ölçüm sırasında izlenecek basamaklar için oluşturulan kontrol listesi Ek - 11'da verilmiştir (Bindler ve arkadaşları, 2014).

3.5.2. Programın uygulanması

Sekiz haftalık program çerçevesinde girişim ve kontrol grubunda bulunan adölesan anneler ile üç kez yüz yüze görüşülmüştür. Girişim grubunda bulunan adölesan annelere 8 haftalık teknoloji temelli emzirme programı uygulanmıştır. Programın uygulanmasında odada anne, bebek (varsa annenin yakını-isteği üzerine) ve eğitimci olacak şekilde görüşme başlatılmıştır. İlk görüşme ortalama 45 dk. sürmüştür. Girişim grubundaki adölesan

annelere araştırmacı tarafından programın 1. haftasındaki ilk yüz yüze görüşmede emzirme eğitimi öncesinde anne, bebek ve emzirmeye yönelik tanımlayıcı özellikleri, bebeğin fiziksel gelişimi, adölesan annenin emzirme durumları, postpartum emzirme öz yeterlilikleri, LATCH emzirme tanılama ve değerlendirme aracı ile emzirme başarısı ve durumluluk kaygı durumları değerlendirilmiştir. Veri toplama tamamlandıktan sonra yüz yüze emzirme eğitimi verilmiştir. Eğitim sırasında interaktif yöntemler, şekiller, resimler ve maket kullanımı ile eğitim zenginleştirilmiştir. Eğitim sonrası anneye ‘‘Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi’’ eğitim kitapçığı yazılı materyal olarak verilmiş (EK -13) ve emzirme kılavuzu annenin android cep telefonuna pdf olarak yüklenmiştir. Adölesan annenin emzirme başarısı LATCH emzirme aracına göre ilk görüşme sonunda tekrar değerlendirilmiştir. Dördüncü haftada 2. yüz yüze görüşme yapılmıştır. Bu görüşmede bebeğin fiziksel gelişimi ve adölesan annenin emzirme takibi yapılmıştır. Aynı zamanda adölesan annenin emzirme başarısı LATCH aracına göre değerlendirilmiştir. Bu görüşmede adölesan annenin gereksinimleri doğrultusunda emzirme danışmanlığı verilmiştir. Adölesan annenin sorunlara yönelik çözüm önerileri görüşülmüştür. Sekizinci haftada 3. yüz yüze görüşme yapılmıştır. Bu son görüşmede bebeğin fiziksel gelişimi, adölesan annenin emzirme durumları, postpartum emzirme öz yeterlilikleri, LATCH aracı ile emzirme başarısı ve durumluluk kaygı durumlarının değerlendirilmesi için ölçekler ve formlar uygulanmıştır. Bununla birlikte adölesan annelere emzirme programı hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla emzirme programı değerlendirme formu uygulanmıştır. Ayrıca, bebek ve emzirme ile ilgili gereksinimler/sorunlar, emzirme takibi gibi konularda görüşme amaçlı adölesan anne ile 2, 3 ve 6. haftalarda telefon görüşmeleri yapılmıştır (Bkz. Şekil 3.3). Adölesan annelerle yapılan telefon görüşmeleri ortalama 3-7 dk. sürmüştür. Girişim grubundaki annelere ihtiyaç duyduklarında telefon aracılığıyla 7 gün 24 saat emzirme danışmanlığı verilmiştir. Bununla birlikte 2, 3, 4, 5, 6, 7 ve 8. haftalarda görüşme hatırlatma ve emzirme konusunda motive edici yazılı kısa mesajlar gönderilmiştir (Bkz. Çizelge 3.4). Adölesan annelere uygulanan emzirme eğitim planı Çizelge 3.3.’de gösterilmiştir.

Kontrol grubunda bulunan adölesan annelere üç yüz yüze görüşme sırasında veri toplama formları uygulanmıştır. Kontrol grubundaki anneler ASM’lerde verilen rutin bakımı ve eğitimi almışlardır. Bu gruptaki annelere araştırma tamamladığında emzirme konusundaki eğitim kitapçığı basılı şekli verilmiştir.

Adölesan annelere uygulanan teknoloji temelli emzirme programının süreç değerlendirilmesi Ek-8’de yer alan forma göre yapılmıştır. Adölesan annelerin süreç değerlendirmeye yönelik görüşleri Çizelge 3.5’da verilmiştir. Buna göre girişim grubundaki adölesan annelerin eğitim programı sonrasında öz değerlendirmesinde 10 puan üzerinden kendilerini bilgili ve yeterli hissetme düzeylerinin program öncesine göre arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p = 0.001$). Adölesan annelerin tamamı teknoloji temelli programı faydalı bulmuşlardır. Annelere programın kendileri için faydaları sorulduğunda çoğunlukla emzirme konusunda kendini rahat hissetme ($n = 11$) ve emzirmeye yönelik bilgi düzeyinin artması ($n = 10$) olarak belirtmişlerdir. Anneler programın bebeğe faydaları için genellikle etkili emmenin başlaması ve devam etmesi ($n = 15$), bebeğin huzurlu (sakin, mutlu ve rahat) olması ($n = 13$), büyümenin artması (kilo alması) ($n = 11$) şeklinde ifade etmişlerdir. Anneler program hakkında erken dönemde başlanması (gebelikte ve doğumdan hemen sonra) ($n = 8$), görüşme sıklığı ve sürelerinin artması ($n = 6$) verilmesi gibi önerilerde bulunmuşlardır.

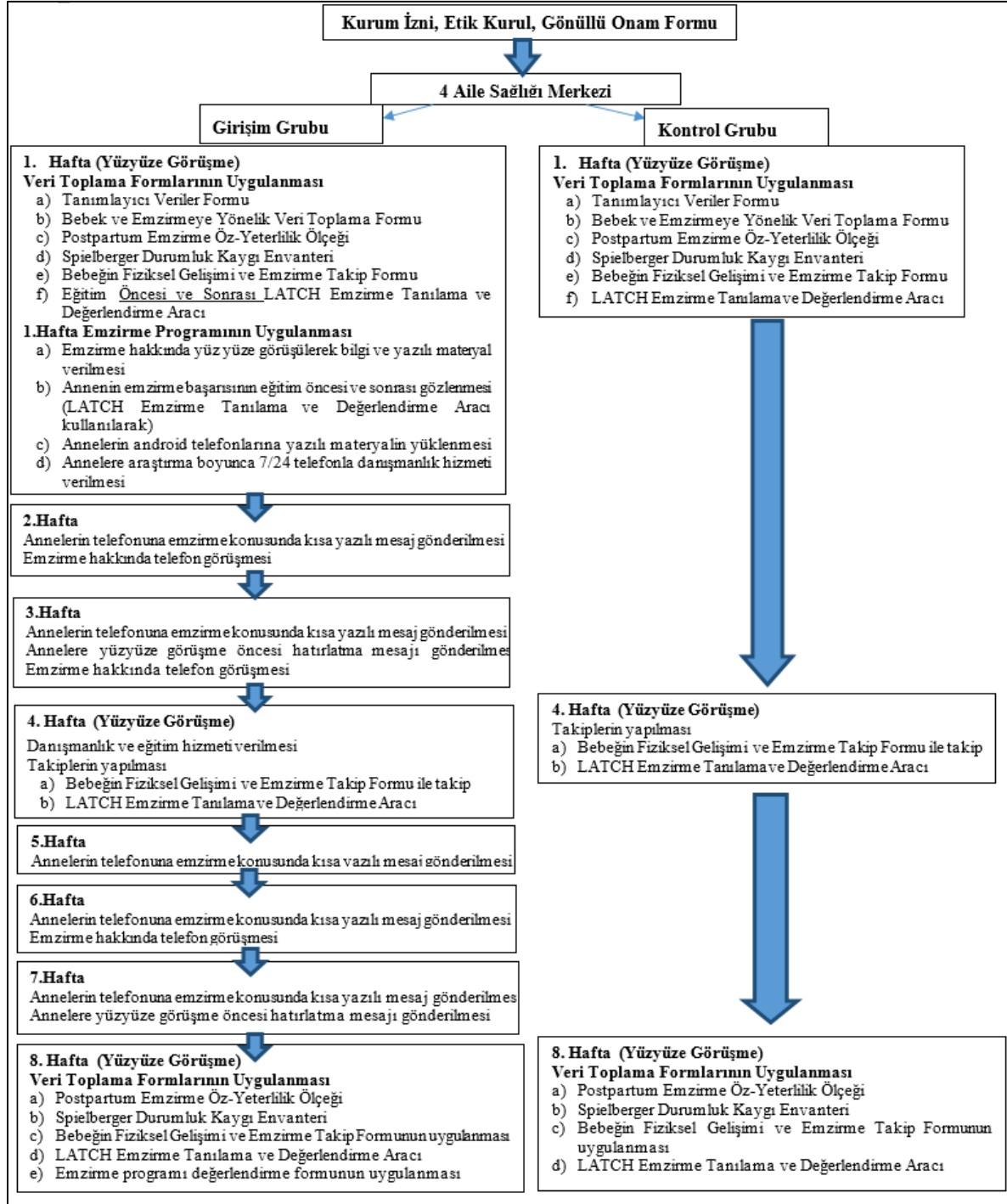
Aynı zamanda, girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin izlemlere göre kilo, boy ve baş çevre persentillerinin sınıflandırılması incelenmiş ve bunlara yönelik çizelge Ek-17 verilmiştir.

Çizelge 3.3. Girişim grubunda adölesan annelere postpartum ilk 2 ayda verilen emzirme eğitimi planı

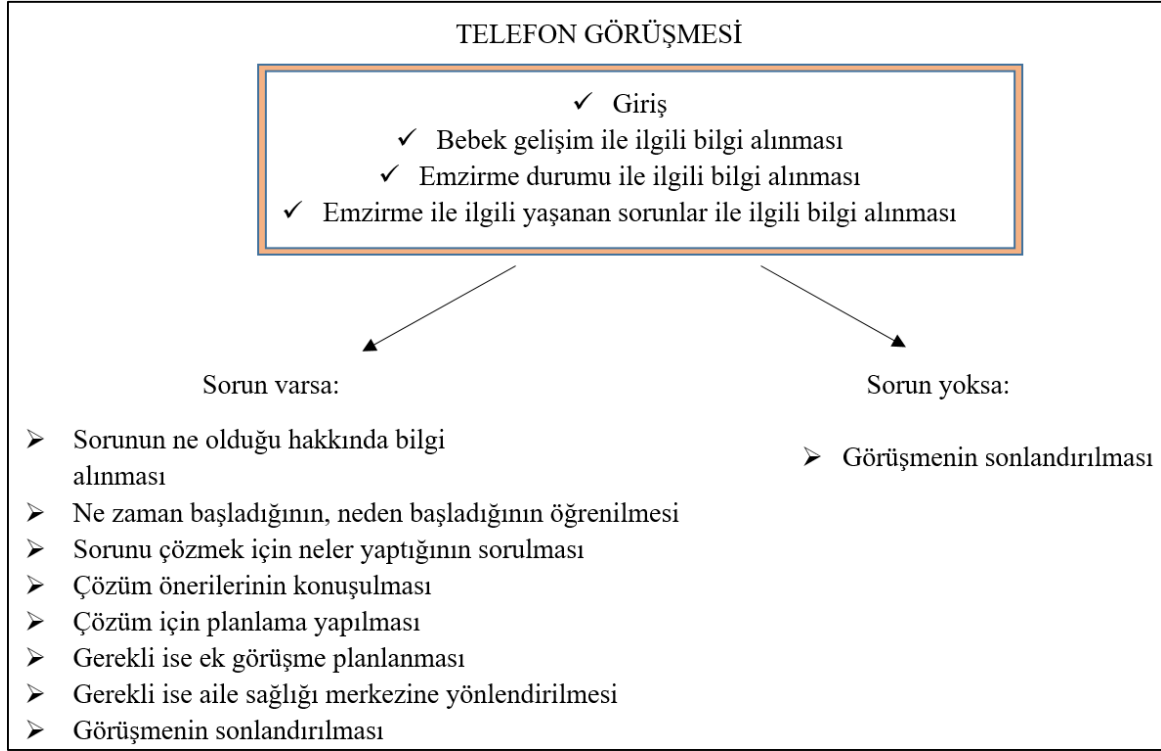
Amaç	Eğitim sonunda katılımcılara; Anne sütü ile beslemenin önemi, tekniği ve pozisyonlarını, Emzirme döneminde annenin ve bebeğin yaşayabileceği güçlükleri, Bebeğin etkili emdiğini gösteren belirtileri, Emzirme ile ilgili gelişebilecek sorunları ve bu sorunların önlenmesine yönelik alınması gereken önlemlerin öğrenilmesi ve bebeğin fiziksel büyümesinin sağlanması
Hedefler	✓ Annenin anne sütü ile beslemenin önemini açıklayabilmesi, ✓ Anne sütünün yararlarını sayabilmesi, ✓ Anne sütü ile ilgili olumlu düşüncelerinin oluşabilmesi, ✓ Annenin emzirme tekniğini gösterebilmesi, ✓ Annenin emzirme pozisyonlarını yardımsız alabilmesi, ✓ Annenin bebekteki açlık ve tokluk belirtilerini söyleyebilmesi, ✓ Annenin, bebeğin etkili ve yeterli emdiğini anlayabilmesi, ✓ Annenin gerekli koşullarda sütünü sağabilmesi, ✓ Annenin sağılmış sütü saklama koşullarını söyleyebilmesi, ✓ Annenin emzirme döneminde nasıl besleneceğini anlatabilmesi, ✓ Annenin meme problemlerini, nedenlerini ve önleme yöntemlerini söyleyebilmesi
Hedef Grup	15 ve 19 yaş dâhil olmak üzere 15-19 yaş aralığında bulunan adölesan anneler
Eğitim Zamanı ve Süresi	Eğitim, 01 Şubat 2017 – 31 Ağustos 2017 tarihleri arasında; bebeğin kontrol topuk kanının alınması için aile sağlığı merkezine geldiği gün anneye yapılması Eğitim süresinin ortalama 45 dk. olması

Çizelge 3.3. (devam) Girişim grubunda adölesan annelere postpartum ilk 2 ayda verilen emzirme eğitimi planı

Eğitim Yeri	Aile sağlığı merkezi içerisinde bulunan önceden belirlenmiş ve hazırlanmış, ortam ısı 24 ⁰ C'ye ayarlanmış, görüşmenin bölünmeyeceği, sakin bir ortamda, iletişimi engelleyecek durumların en aza indirildiği bir odada görüşmelerin gerçekleştirilmesi
Eğitim Sırasında Kullanılacak Yöntemler	Eğitimde anlatım, demonstrasyon ve soru – cevap tekniklerinin kullanılması
Eğitim Sırasında Kullanılacak Materyaller	Anlatılan konunun daha iyi anlaşılabilmesi ve kalıcılığın artması için eğitim materyali olarak araştırmacı tarafından annelere emzirme konulu elektronik ortam eğitim kitapçığının, yazılı materyallerin, şekillerin ve resimlerin sağlanması
Eğitim İçeriği	➤ Tanışma ➤ Memenin yapısı ➤ Süt yapımının gerçekleşmesi ➤ Anne sütünün içeriği ve yararları ➤ Anne sütü ile beslenmenin önemi ➤ Emzirmeye ilişkin algılanan olumlu ve olumsuz düşünceler ➤ Emzirmeye ilişkin korkular ➤ Emzirme tekniği ve pozisyonları ➤ Bebeğin etkili ve yeterli emdiğini anlama ➤ Bebekteki açlık ve tokluk belirtileri ➤ Bebek emmediğinde sütün sağılmalı ve bozulmadan korunması ➤ Annenin emzirme döneminde beslenmesi ➤ Meme ve meme ucuna ilişkin gelişebilecek sorunlar ve önlemler
Eğitimin Uygulanması	Anne ile tanışma sonrası soru-cevap yönetimi ile geliştirilmesi gereken konular belirlenip bu konularda eğitim verilmesi, Eğitim kitapçığı doğrultusunda konuların; sözel anlatım, maket ile demonstrasyon, video ve resimlerden yararlanılarak anlatılması, Anlatım sonrası anneden uygulamaları tekrarlamasının istenmesi, Alınan geri bildirim doğrultusunda varsa geliştirilmesi gereken konular tekrarlanıp, annenin sorularının cevaplandırılması
Eğitimin Değerlendirilmesi	Hastaya verilen eğitim değerlendirilmesinin 'Emzirme Programı Değerlendirme Formu' aracılığıyla yapılması



Şekil 3.2. Akış şeması



Şekil 3.3. Telefon görüşmesi iş akış şeması

Çizelge 3.4. Girişim grubundaki adölesan annelere gönderilen kısa mesajlar

✚	“Anne Sütü” bebeğinizin ilk aşısıdır.
✚	Yeni doğmuş bir bebeğin 3 şeye ihtiyacı vardır. Bunlar; • Annesinin kollarındaki SICAKLIK • Annesinin yanında olduğunu bilmekten duyduğu GÜVEN • Annesinin memelerinden gelen BESİN EMZİRMEK bunların hepsini birden karşılar.
✚	Emziren annelerin metabolizması daha hızlı çalışacağı için daha çabuk kilo verip eski kilolarına daha çabuk kavuşurlar.
✚	Her açıdan sağlıklı bir anne ve bebek olmak için bebeğinizi düzenli olarak emzirin.
✚	Anneler, bebeğinizi ne kadar sık emzirirseniz o kadar çok sütünüz artar.

Çizelge 3.5. Girişim grubundaki adölesan annelerin teknoloji temelli programa yönelik süreç değerlendirmeleri (n = 16)

38

	1. izlem		3. izlem		Test	p
	X±SD	Min-Mak	X±SD	Min-Mak	W*	p
Bilgili hissetme düzeyi (10 üzerinden)	5,31±0,67	0-10	9,62±0,22	7-10	-3,429	0,001
Yeterli hissetme düzeyi (10 üzerinden)	4,62±0,77	0-10	9,18±0,51	2-10	-3,162	0,002
Memnuniyet Puanı	--	--	9,95±0,20	9-10	-	-
Programın Bitiminde;	n	%	n	%		
Faydalı Olduğunu Düşünme*						
Faydalı Bulma	--	--	16	100	--	--
Anneye Yönelik Belirtilen Faydalar*						
Emzirme konusunda kendini rahat hissetme	--	--	11	68,75	--	--
Emzirmeye yönelik bilgi düzeyinin artması	--	--	10	62,5	--	--
Doğru emzirme becerisinin artması	--	--	7	43,75	--	--
Emzirirken memede hissedilen ağrının azalması	--	--	6	37,5	--	--
Emzirmeye yönelik kendine güven duygusunun artması	--	--	5	31,25	--	--
Emzirdiği için kendini mutlu hissetme	--	--	5	31,25	--	--
Meme başında çatlak/yaranın azalması	--	--	4	25	--	--
Uzman kişiden bilgiyi alma ve bilgiye kolay ulaşma	--	--	3	18,75	--	--
Ekonomik (mama almama)	--	--	2	12,5	--	--
Hamilelikte alınan kilonun rahat verilmesi	--	--	2	12,5	--	--
Bebeğe Yönelik Belirtilen Faydalar*						
Etkili emmenin başlaması ve devam etmesi	--	--	15	93,75	--	--
Bebeğin huzurlu (sakin, mutlu ve rahat) olması	--	--	13	81,25	--	--
Büyümenin artması (kilo alması)	--	--	11	68,75	--	--
Gaz sancısının olmaması	--	--	2	12,5	--	--
Program Hakkındaki Öneriler*						
Erken dönemde başlanması (gebelikte ve doğumdan hemen sonra)	--	--	8	50,0	--	--
Görüşme sıklığı ve sürelerinin artması	--	--	6	37,5	--	--
Eğitimin sürekliliğinin olması	--	--	5	31,25	--	--
Evde hizmet (ulaşım rahatlığı ya da diğer aile üyelerinin bilgilendirilmesi için)	--	--	2	12,5	--	--

*Her bir madde için yüzdeler n = 16 üzerinden alınmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 17.0 paket veri programında değerlendirilmiştir. Araştırmada bağımsız değişkenleri anneye ve bebeğe ait tanımlayıcı özellikler; bağımlı değişkenleri emzirme ve mama kullanımına ilişkin veriler, bebeğin fiziksel gelişimi, emzirme öz-yeterlilik puanı, durumluk kaygı puanı, emzirme checkli list puanı oluşturmuştur. Gruplardaki kişi sayısı 30'un altında olduğu için istatistiksel analizler için nonparametrik testler kullanılmıştır. Tanımlayıcı analizlerde değişkenler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapmalar kullanılarak verilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmada ordinal verilerde ikili gruplarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımlı gruplarda öncesi-sonrası karşılaştırmalarda ise Wilcoxon işaret testinden yararlanılmıştır. Gruplar arası nominal verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi analizine başvurulmuştur. Nominal verilerde beklenen değer 1'in altında ve 5'ten küçük frekansa sahip hücrelerin verinin %20'sini geçmesi durumunda fisher testi kullanılmıştır (Hayran ve Hayran, 2011).

Oluşturulan yazılı eğitim materyalin içeriğinin uygunluğunun değerlendirilmesi için (kapsam geçerliliği) alanında uzman 8 kişiden görüş alınmıştır (Tıp alanında bir pediatri profesörü, beslenme ve diyetetik alanında bir profesör, kadın doğum hemşireliği alanında bir doçent, bir dr. öğretim üyesi, pediatri hemşireliği alanında bir doçent, bir dr. öğretim üyesi, emzirme danışmanı iki hemşire). Eğitim materyalinin içerik uygunluğunun değerlendirilmesinde "Yazılı Eğitim Materyali Uzman Görüşü Formu" kullanılmıştır (Çelik, 2017). Formda, eğitim materyalinin değerlendirilmesinde yapısal özellikler, tasarım ilkelerinin doğru kullanılması ve tasarım öğelerinin uygun kullanımı alanlarında toplam 24 madde yer almaktadır. Uzman görüşünde 4'lü likert tipi derecelendirmede her bir madde "1-Uygun değil", "2-Biraz uygun", "3-Oldukça uygun", "4-Çok uygun" şeklinde değerlendirilmiştir. Uygunluk puan değerlendirmesi için 100 puan üzerinden 'uygun değil' seçeneğine 25 puan, 'biraz uygun' seçeneğine 50 puan, 'oldukça uygun' seçeneğine 75 puan, 'çok uygun' seçeneğine ise 100 puan verilmiştir. Sekiz uzman görüşü olduğu için her bir madde için toplamda elde edilen puan 8'e bölünmüştür. Uygunluk puanı ortalamasının her bir maddede 0.80 üzerinde olması beklenmiştir (Hayran ve Hayran, 2011). Bu araştırmada uzman görüş puanlarının her bir madde için 0.87 ile 1 arasında olduğu belirlenmiştir ve uzman görüşüne göre uygunluk puanları Çizelge 3.7'da verilmiştir. Açık uçlu soruların değerlendirmesinde iki uzman cevapları ayrı ayrı kodlamış, benzer cevaplar aynı başlık altında toplanmıştır.

Bebeklerin kilo, boy ve baş çevresi persentil değerlendirmelerinde DSÖ'nün değerleri (EK-12) ve sınıflandırması kullanılmıştır. Çizelge 3.6'da DSÖ'ye göre persentil değerlerinin sınıflandırılması verilmiştir.

Çizelge 3.6. Dünya Sağlık Örgütü persentil değerlerinin sınıflandırılması

	Vücut Ağırlığı	Boy Uzunluğu	Baş Çevresi
< 3. Persentil	Çok zayıf	Çok kısa	Mikrosefali
3 ve 15. Persentil arası	Zayıf	Kısa	Mikrosefali riski
15 ve 85. Persentil arası	Sağlıklı	Sağlıklı	Sağlıklı
85 ve 97. Persentil arası	Kilolu, hafif şişman	Uzun	Makrosefali riski
> 97. Persentil	Şişman	Çok uzun	Makrosefali

Kaynak: The WHO Child Growth Standards

Bebeğin fiziksel büyümesinin takibi sırasında değerlendirmenin daha sağlıklı olabilmesi için ölçümlerin z skor değeri kullanılmıştır. Çalışmada bebeklerde yapılan fiziksel büyümeye yönelik izlemler sonucu elde edilen ölçümler DSÖ'nün z skor tablolarına göre değerlendirilmiştir. Buna göre, DSÖ'nün web sitesinde bulunan 'Anthro' programı kullanılmış ve ölçümlerinin z skor değerleri belirlenmiştir (WHO, 2018).

Çizelge 3.7. Yazılı eğitim materyali uzman görüşü formu uzman görüşüne göre uygunluk puanı

YAZILI EĞİTİM MATERYALİ UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU	Uzman görüşü Uygunluk puanı				Toplam puan
	1. Uygun değil	2. Biraz uygun	3. Oldukça uygun	4. Çok uygun	
1. Materyalin amacının belirlenmiş olması				xxxxxxx	1
2. Materyalin hedeflerinin belirlenmiş olması				xxxxxxx	1
3. Materyalde hedef gruba yönelik önsöz bulunması				xxxxxxx	1
4. Materyalin ilgi çekmesi ve ilgiyi sürdürmesi			xx	xxxxxx	0,93
5. İçeriğin amaç ve hedeflere uygun olması			xx	xxxxxx	0,93
6. İçeriğin doğru ve güncel bilgiler içermesi			xxx	xxxxx	0,90
7. Temel kavramların açıklanması			xx	xxxxxx	0,93
8. İçindekiler sayfasının açık olması			x	xxxxxxx	0,96
9. Yeterli kaynağın kullanılmış olması ve belirtilmesi				xxxxxxx	1
10. Başlığın içerik ile uygunluğu ve ilgi çekici olması			xxxx	xxxxx	0,87
11. Aktif ve pozitif mesajların kullanılması			xx	xxxxxx	0,93
12. Kitapçığın hazırlama yılı, yeri ve hazırlayan kişi bilgilerinin var olması				xxxxxxx	1
13. Sözlük bölümünün bulunması			x	xxxxxxx	0,96
14. Materyalde bütünlük olması			xxx	xxxxx	0,90
15. Materyalde kullanılan görsellerin konulara uygun olması			xx	xxxxxx	0,93
16. Materyalde kullanılan görsellerin konuya uygun dağılımının dengeli olması		x		xxxxxxx	0,93
17. Dikkat çekilmesi istenen yerlerin vurgulanması		x		xxxxxxx	0,93

Çizelge 3.7. (devam) Yazılı eğitim materyali uzman görüşü formu uzman görüşüne göre uygunluk puanı

YAZILI EĞİTİM MATERYALİ UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU	Uzman görüşü Uygunluk puanı				Toplam puan
	1. Uygun değil	2. Biraz uygun	3. Oldukça uygun	4. Çok uygun	
18. Materyalde ayrıntılı ve gereksiz bilgiye yer verilmemesi			x	xxxxxxx	0,96
19. Kullanılan dilin; açık, öz ve anlaşılır olması		x		xxxxxxx	0,93
20. Zemin ile şekil/metin arasında bütünleyen renklerin kullanılması				xxxxxxxx	1
21. Materyalde kullanılan tablo, resim ve şekillerin uygun seçilmesi		x		xxxxxxx	0,93
22. Materyal yazı puntosunun 12 ve üstü olması(okunaklı)			x	xxxxxxx	0,96
23. 1 sayfada en fazla 3 resim olması				xxxxxxxx	1
24. Metinde 1 sayfada en fazla 4 renk kullanılması (renk uyumu ve ahenginin olması)				xxxxxxxx	1

Kaynakça: Çelik, L. (2017). Öğretim materyallerinin hazırlanması ve seçimi. *Pegem Atıf İndeksi*, 31-68

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılacağı İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı kurumlardan (62693856/799) (EK 14), etik kuruldan (77082166-302.08.01-) (EK 15) gerekli yazılı izinler alınmıştır ve araştırmaya dahil edilen adölesanlardan yazılı ve sözlü onam alındıktan sonra (Ek-1) uygulamaya başlanmıştır. Adölesanlara araştırmadan elde edilen verilerin sadece araştırma için kullanılacağı ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılma hakları olduğu bilgisi verilmiştir. Çalışma kapsamında kullanılan ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ölçeklerin izinleri çalışmayı yapan araştırmacılardan alınmıştır (Ek 16). Araştırmanın bitiminde kontrol grubundaki annelere yazılı eğitim materyali verilmiştir.

3.8. Teknoloji Temelli Programın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Zorluklar

Yüz yüze verilen eğitim sonrası annenin android telefonuna elektronik ortamdaki kitapçık yüklenirken teknolojik bazı sorunlar yaşanmıştır. Bu sorunlar;

Çizelge 3.8. Teknoloji temelli programın uygulanması sırasında karşılaşılan zorluklar

Elektronik Kitapçık Yüklemede Karşılaşılan Sorun	Geliştirilen Çözüm
USB girişinin bozuk olması	Yükleme işleme Whatsapp yoluyla yapılmıştır.
Adölesan annenin telefon sarjının yeterli olmaması	Adölesan annenin telefonunu sarj etmesi araştırmacının tableti veya bilgisayarını yoluyla sağlanmıştır.
Adölesan annenin internet paketinin kısıtlı olması	Araştırmacının internet paketinden yararlanılarak bluetooth üzerinden yapılmıştır.
Elektronik kitapçık yüklemesinin yapılmasına karşın adölesan annenin telefon yazılımının kitapçığı desteklememesi nedeniyle kitapçığın açılmaması	Adölesan annenin telefon özelliklerine bakılarak elektronik kitapçık telefonun desteklediği Word formatına dönüştürülmüştür.
Telefon Görüşmelerinde Karşılaşılan Sorun	Geliştirilen Çözüm
Adölesan annenin bulunduğu yerde telefonun sinyal almaması (telefonun çekmemesi)	Araştırmacı tarafından adölesan anne tekrar aranmıştır.
Adölesan annenin bebeği uyurken telefonu sessize veya kapalı moduna getirmesi	
Adölesan anneye ulaşamadığı durumlarda konuşma paketi veya kontörü olmayan annenin müsait olduğu bilgisini verememesi	

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen verilerin analizleri yer almaktadır. Çalışmada elde edilen bulgular dört başlık altında ele alınmıştır. Bu başlıklar;

- Adölesan annelerin ve bebeklerinin tanımlayıcı özelliklerinin incelenmesi
- Adölesan anne bebeklerinin izlemlere göre büyümelerinin incelenmesi
- Adölesan annelerin anne sütü ile besleme durumlarının incelenmesi
- Adölesan annelerin emzirme öz-yeterlilik, emzirme başarısı ve kaygı ölçek puanlarına etkisinin incelenmesi'dir.

4.1. Adölesan Annelerin ve Bebeklerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Çizelge 4.1. Adölesan annelerin ve bebeklerinin tanımlayıcı özellikleri (n = 31)

	Girişim grubu (n = 16)		Kontrol grubu (n = 15)		U*	p
	X±SD	Min-Mak	X±SD	Min-Mak		
Adölesan Anne Yaşı (yıl)	18,50±0,63	17-19	18,40±0,63	17-19	109,0	0,625
Bebek Doğum Haftası (hafta)	39,0±0,96	37-41	38,47±0,74	37-40	83,5	0,126
Bebek Yaşı (gün)**	6,93±1,65	5-10	6,06±1,03	5-9	86,5	0,161
Bebek Doğum Kilosu	3,08±0,32	2,50-3,69	2,94±0,33	2,55-3,64	88,5	0,213
	n	%	n	%	χ ²	p
Öğrenim Durumu***						
İlkokul mezunu	2	12,5	3	20,0		
Ortaokul mezunu	13	81,3	10	66,6	-----	-----
Lise mezunu	1	6,2	2	13,4		
Aile Tipi						
Çekirdek aile	4	25,0	8	53,4	1,561	0,211
Geniş aile	12	75,0	7	46,6		
Çalışma Durumu						
Çalışmıyor	16	100,0	15	100,0	-----	-----
Gelir Durumu ****						
Gelir giderden az	5	31,3	6	40,0	0,018	0,894
Gelir gidere eşit-Gelir giderden fazla	11	68,7	9	60,0		
Bebek Cinsiyet						
Kız	9	56,3	7	46,6	0,030	0,862
Erkek	7	43,7	8	53,4		

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

** Bebeklerin Aile Sağlığı Merkezlerinde ilk karşılaşmada doğum sonrası kaç günlük oldukları gösterilmiştir.

*** Dört hücrede n < 5 olduğu için istatistiksel analiz yapılamamıştır.

****Ailenin gelir durumu annelerin kendi ifadelerine göre belirtilmiştir.

Çizelge 4.1' de adölesan annelerin ve bebeklerinin tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Buna göre, girişim ve kontrol grubundaki adölesan annelerin yaş ortalamaları sırası ile 18,50 ± 0,63 ve 18,40 ± 0,63 bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin doğum haftası ve ilk görüşme yaş ortalamalarına bakıldığında sırası ile 39,0 ± 0,96 (hafta) ve 38,47 ± 0,74 (hafta); 6,93 ± 1,65 (gün) ve 6,06 ± 1,03 (gün) olduğu belirlenmiştir. Girişim

ve kontrol grubundaki bebeklerin doğum kilosu ortalamaları sırası ile $3,08 \pm 0,32$ (kg) ve $2,94 \pm 0,33$ (kg) bulunmuştur.

Adölesan annelerin her iki gupta çoğunlukla ortaokul mezunu olduğu ve tamamının çalışmadığı saptanmıştır. Annelerin girişim grubunda %31,3'ü, kontrol grubunda %40'ı gelir durumunun giderden az olduğunu ifade etmiştir. Girişim grubunda kız bebekler (%56,3), kontrol grubunda erkek bebekler (%53,4) fazla belirlenmiştir. Gruplar arasında tanımlayıcı özellikler yönünden istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Çizelgede gösterilmemekle birlikte, girişim ($n = 12$) ve kontrol grubunda ($n = 15$) doğumda boy ölçümü yapılan bebeklerin boy ortalamaları sırasıyla $49,37 \pm 1,79$ (cm) ve $48,73 \pm 1,37$ (cm) belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U = 75,5$; $p = 0,466$).

Çizelge 4.2. Adölesan annelerin gebelik ve emzirme durumlarına ilişkin tanımlayıcı özellikleri ($n = 31$)

	Girişim grubu (n = 16)		Kontrol grubu (n = 15)		U*	p
	X±SS	Min-Mak	X±SS	Min-Mak		
Planlanan Emzirme Süresi (ay)	14,87±8,06	4-24	12,80±8,13	0-24	104,5	0,524
Bilgi Düzeyi (10 üzerinden)**	5,31±2,70	0-10	6,20±1,65	4-9	100,0	0,420
Yeterli Hissetme Düzeyi (10 üzerinden)**	4,62±3,09	0-10	5,06±3,21	0-9	114,5	0,826
	n	%	n	%	χ^2	p
Gebeliğin Planlı Olma Durumu						
Planlı	14	87,5	15	100,0	2,004	0,484
Planlı Değil	2	12,5	-	-		
Emzirme Eğitimi Alma Durumu						
Alan	5	31,3	10	66,7	2,600	0,107
Almayan	11	68,7	5	33,3		
Emzirme Eğitimi Alma Zamanı***						
Gebelik Sırası	3	60,0	9	90,0	1,875	0,242
Gebelik Sonrası	2	40,0	1	10,0		
Eğitim Alınan Kişi***						
Ebe	1	20,0	1	10,0	0,288	0,571
Hemşire	4	80,0	9	90,0		
Doğumdan Sonra İlk Emzirme Zamanı						
İlk 1 Saat İçinde	13	81,3	5	33,3	5,465	0,019
İlk 1 Saatten Sonra	3	18,7	10	66,7		
Anne Sütünden Önce Başka Gıda Verme Durumu						
Verenler	7	43,7	9	60,0	0,297	0,586
Vermeyenler	9	56,3	6	40,0		
Anne Sütünden Önce Verilen Gıdalar****						
Mama	5	71,4	6	66,7		
Hurma	1	14,3	1	11,1	-----	-----
Şekerli Su	1	14,3	2	22,2		

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

** Adölesan anneler, emzirme konusunda kendilerini bilgili ve yeterli hissetme düzeylerin 10 puan üzerinden değerlendirmişlerdir.

*** Eğitim aldığını belirten girişim grubunda $n = 5$, kontrol grubunda $n = 10$ adölesan anne üzerinden yüzdelere alınmıştır.

**** Anne sütünden önce başka gıda verdiğini belirten girişim grubunda $n = 7$, kontrol grubunda $n = 9$ adölesan anne üzerinden yüzdelere alınmıştır. Aynı zamanda dört hücrede $n < 5$ olduğu için istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Çizelge 4.2’de adölesan annelerin gebelik ve emzirme durumlarına yönelik tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Girişim ve kontrol grupları için planlanan emzirme sürelerinin sırası ile $14,87 \pm 8,06$ ve $12,80 \pm 8,13$ ay olduğu bulunmuştur. Adölesan annelerin ifadelerine göre emzirmeye yönelik kendilerini bilgili ve yeterli hissetme düzeyleri 10 üzerinden incelendiğinde, girişim ve kontrol grubu için sırasıyla bilgili hissetme düzeyi $5,31 \pm 2,70$ (min-mak = 0-10) ve $6,20 \pm 1,65$ (min-mak = 4-9); yeterli hissetme düzeyi $4,62 \pm 3,09$ (min-mak = 0-10) ve $5,06 \pm 3,21$ (min-mak = 0-9) olarak belirlenmiştir. Adölesan annelerin çoğunluğu gebeliğinin planlı olduğunu (girişim %87,5; kontrol %100) belirtmiştir.

Girişim ve kontrol grupları için adölesan annelerin emzirme eğitimi alma durumu sırası ile %31,3 ve %66,7 bulunmuştur. Her iki grupta da emzirme eğitimi alan annelerin çoğunluğu bunu gebelikleri sırasında ve hemşireden aldıklarını ifade etmişlerdir. Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlama, girişim grubunda bulunan adölesan anneler için %81,3 iken kontrol grubundakiler için %33,3 belirlenmiştir.

Adölesan annelere anne sütünden önce başka gıda verip vermedikleri sorulduğunda girişim grubundaki annelerin %43,7’si, kontrol grubundaki annelerin %60’ı başka gıda verdiklerini ifade etmişlerdir. Her iki grupta bulunan adölesan anneler anne sütünden önce yaygın olarak mama verdiklerini belirtmişlerdir (girişim = %71,4; kontrol = %66,7). Gruplar arasında adölesan annelerin gebelik ve emzirme durumlarına ilişkin tanımlayıcı özellikleri karşılaştırıldığında sadece ilk emzirmeye başlama zamanı açısından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p = 0,019$). Buna göre, girişim grubunda bulunan adölesan annelerin çoğunluğu (%81,3) doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlamışken, kontrol grubundaki adölesan anneler (%66,7) genellikle doğumdan sonraki ilk bir saatten sonra emzirmeye başlamışlardır.

4.2. Adölesan Anne Bebeklerinin İzlemlere Göre Büyümlerinin İncelenmesi

Çizelge 4.3. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin izlemlere göre kilo, boy ve baş çevrelerinin karşılaştırması (n = 31)

		Girişim Grubu (n = 16)		Kontrol Grubu (n = 15)		U*	p
		X±SD	Min-Mak	X±SD	Min-Mak		
Kilo (kg)							
1.	İzlem	3,03±0,35	2,49-3,75	2,79±0,35	2,35-3,57	70,5	0,050
2.	İzlem	4,14±0,62	3,47-5,90	3,63±0,43	2,90-4,70	49,5	0,005
3.	İzlem	5,25±0,70	4,13-6,97	4,69±0,94	4,15-7,85	49,0	0,005
Boy (cm)							
1.	İzlem	49,78±1,55	48,0-52,8	49,52±1,65	47,0-52,5	106,5	0,592
2.	İzlem	52,87±2,03	50,0-57,6	51,86±1,68	49,7-55,0	80,5	0,117
3.	İzlem	56,47±2,49	53,0-61,2	54,76±2,21	52,0-60,0	68,0	0,039
Baş Çevresi (cm)							
1.	İzlem	34,26±1,20	32,0-36,5	34,14±1,51	32,0-37,0	117,0	0,905
2.	İzlem	36,68±1,25	35,0-38,7	36,23±1,16	34,0-38,2	97,5	0,373
3.	İzlem	39,06±1,02	37,5-40,5	38,31±1,12	35,8-39,6	74,5	0,071

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.3’de girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin izlemlere göre kilo, boy ve baş çevrelerinin karşılaştırması verilmiştir. Buna göre, girişim ve kontrol grubundaki bebekler arasında 1. izlemde kilo, boy ve baş çevresi açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Girişim grubunda yer alan bebeklerin 2. izlemde kilo ortalama artışının, 3. izlemde kilo ve boy artışının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bebeklerin baş çevresi ortalamaları açısından 1., 2. ve 3. izlemlerde gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.4. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin izlemlere göre kilo, boy ve baş çevre persentillerinin sınıflandırılması (n = 31)

	Girişim grubu (n = 16)			Kontrol grubu (n = 15)		
	1. İzlem	2. İzlem	3. İzlem	1. İzlem	2. İzlem	3. İzlem
Kilo*						
Çok zayıf	1	--	--	2	3	3
Zayıf	6	2	2	10	6	8
Sağlıklı	9	12	12	3	6	3
Kilolu	--	1	--	--	--	--
Şişman	--	1	2	--	--	1
Boy*						
Çok kısa	--	--	--	--	1	4
Kısa	5	5	3	7	9	4
Sağlıklı	11	10	11	8	5	7
Uzun	--	1	1	--	--	--
Çok uzun	--	--	1	--	--	--
Baş çevresi*						
Mikrosefali	1	--	--	4	2	1
Mikrosefali riski	4	4	--	4	2	3
Sağlıklı	10	10	12	6	10	8
Makrosefali riski	1	2	4	--	1	3
Makrosefali	--	--	--	1	--	--

*WHO büyüme standartlarına göre kategorize edilmiştir.

Çizelge 4.4’de girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin izlemlere göre kilo, boy ve baş çevre persentillerinin sınıflandırılması verilmiştir. Çizelgeye göre kilo değerlendirmelerinde girişim grubunda 1. izlemde 9 bebek sağlıklı persentil aralığında iken 3. izlemde bu sayı 12’ye yükselmiştir. Kontrol grubundaki bebeklerin kilo persentil değerlendirmesinde, 1. izlemde 3 bebek sağlıklı persentil aralığında iken 3. izlemde bu sayı değişmemiştir. Boy değerlerine bakıldığında girişim grubunda 1. izlemde 5 bebek kısa iken 3. izlemde kısa bebek sayısı 3’e düşmüştür. Kontrol grubunda boy açısından 1. izlemde 7 bebek kısa iken 3. izlemde 4 bebek kısa persentil aralığında kalmıştır. Aynı zamanda girişim ve kontrol gruplarında 1. izlemde çok kısa bebek yokken 3. izlemde kontrol grubunda çok kısa bebekler (n = 4) belirlenmiştir. Baş çevresi değerleri incelendiğinde 1. izlemde hem girişim hem de kontrol grubunda 4 bebekte mikrosefali riski belirlenmişken;

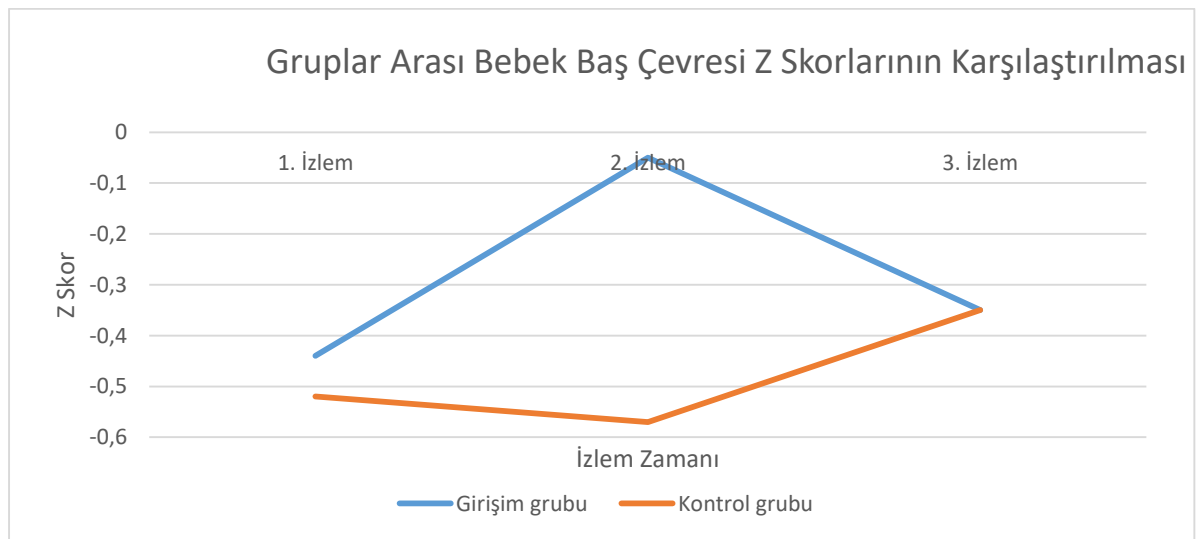
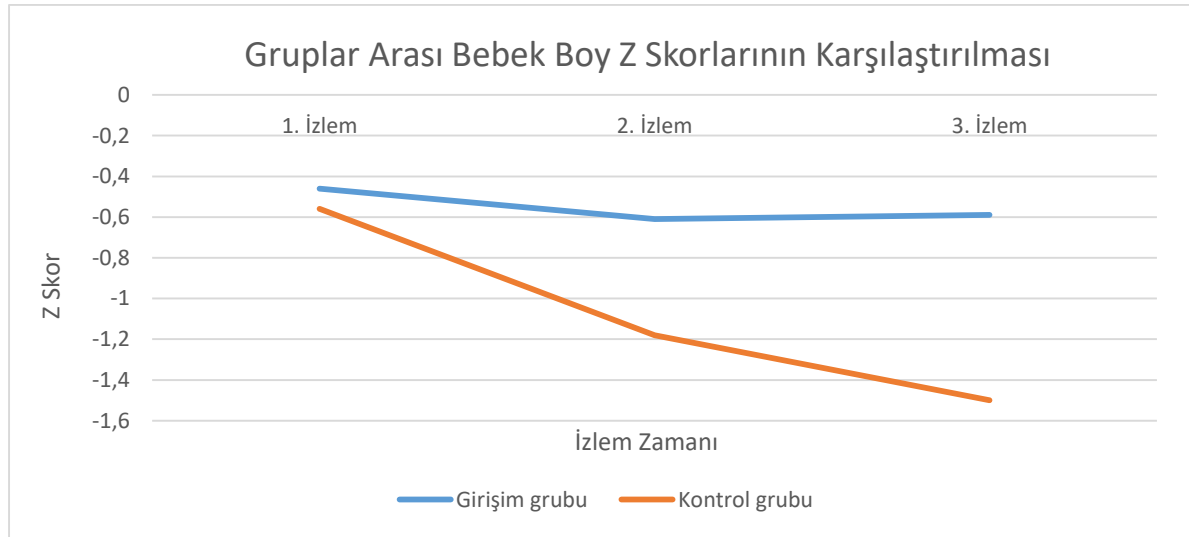
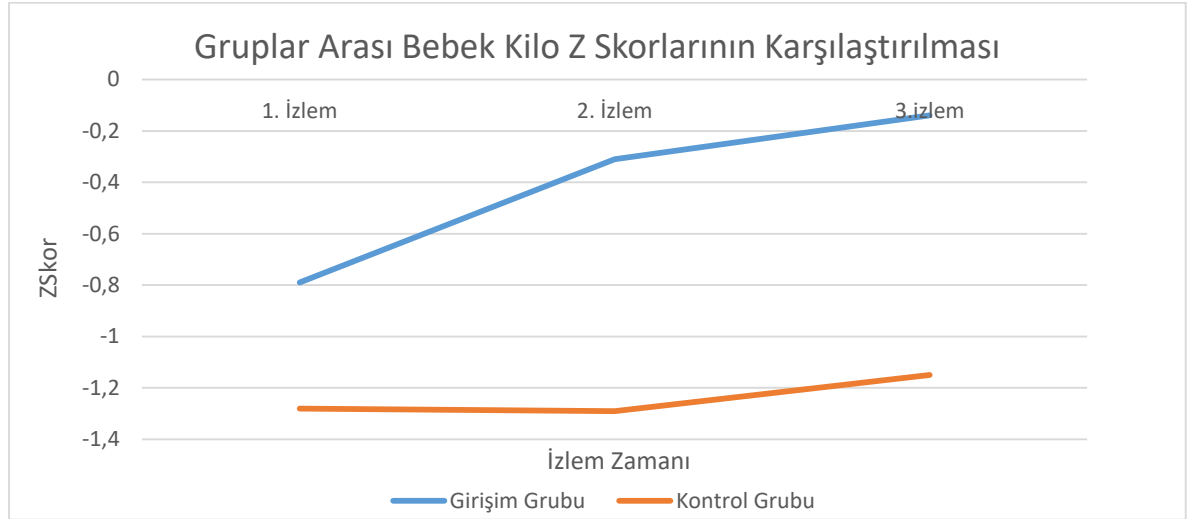
3. izlemde girişim grubunda bu riskte izlenen bebek kalmamış ancak kontrol grubunda 3 bebekte mikrosefali riski saptanmıştır.

Çizelge 4.5. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin izlemlere göre kilo, boy ve baş çevre z skor karşılaştırması (n = 31)

	Girişim Grubu (n = 16)		Kontrol Grubu (n = 15)		U*	p
	X±SD	Min-Mak	X±SD	Min-Mak		
Kilo z skor						
1. İzlem	-0,79±0,77	-1,87-0,64	-1,28±0,75	-2,45-0,34	73,5	0,066
2. İzlem	-0,31±0,96	-1,32-2,17	-1,29±0,86	-2,57-0,41	48,5	0,005
3. İzlem	-0,14±0,94	-1,65-1,85	-1,15±1,38	2,26-3,36	38,0	0,001
Boy z skor						
1. İzlem	-0,46±0,84	-1,73-1,07	-0,56±0,79	-1,82-0,82	114,5	0,828
2. İzlem	-0,61±0,95	-1,88-1,51	-1,18±0,73	-2,01-0,17	72,0	0,058
3. İzlem	-0,59±1,11	-2,00-1,92	-1,50±0,89	-2,49-0,78	55,0	0,010
Baş Çevresi z skor						
1. İzlem	-0,44±1,08	-2,49-1,24	-0,52±1,36	-2,79-2,18	119,5	0,984
2. İzlem	-0,05±1,18	-1,92-1,52	-0,57±1,08	-2,52-1,44	87,0	0,192
3. İzlem	-0,35±0,89	-0,97-1,85	-0,35±1,03	-2,25-1,11	82,0	0,132

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.5’de girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin izlemlere göre kilo, boy ve baş çevresi z skor karşılaştırması verilmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki bebekler arasında 1. izlemde kilo, boy ve baş çevresi z skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). 2. ve 3. izlemde kilo ve boy z skorlarının girişim grubunda “-1 ve 0” ve kontrol grubunda “-1 ve -2” aralığında olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunda 2. ve 3. izlemlerde kontrol grubuna göre kilo yönünden fark istatistiksel olarak fazla bulunmuştur ($p < 0.05$). Boy açısından fark yalnızca 3. izlemde girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Baş çevresi z skorları yönünden 1., 2. ve 3. izlemlerde gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin izlemlere göre kilo, boy ve baş çevre z skor karşılaştırmasının şekilsel görünümü Şekil 4.1’de verilmiştir.



Şekil 4.1. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin izlemlere göre kilo, boy ve baş çevre z skor karşılaştırması

4.3. Adölesan Annelerin Anne Sütü İle Besleme Durumlarının İncelenmesi

Çizelge 4.6. Girişim ve kontrol grubundaki adölesan annelerin emzirmeye ve mama kullanımına yönelik durumlarının karşılaştırılması (n = 31)

	Girişim Grubu (n = 16)		Kontrol Grubu (n = 15)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Sadece Anne Sütü İle Besleme*						
1. İzlem	7	43,7	5	33,3	0,051	0,821
2. İzlem	12	75,0	2	13,3	9,528	0,002
3. İzlem	14	87,5	2	13,3	17,052	0,001
Sadece Mama İle Besleme*						
1. İzlem	--	--	1	6,25	--	0,484
2. İzlem	1	6,25	5	33,3	--	0,083
3. İzlem	1	6,25	10	66,7	12,344	0,001
	M±SD	Min-Mak	M±SD	Min-Mak	U	p
Emzime Sıklık (kez/gün)						
1. İzlem	10,06±3,67	3-16	8,73±4,21	0-15	96,5	0,350
2. İzlem	10,25±3,25	0-13	5,86±5,79	0-18	60,5	0,017
3. İzlem	10,0±3,40	0-15	2,80±4,31	0-12	29,5	0,001
Emzirme Süresi (dak./1 defa)						
1. İzlem	8,93±4,50	4-20	9,13±6,54	0-20	109,5	0,674
2. İzlem	14,31±5,00	0-20	5,06±5,22	0-15	28,5	0,001
3. İzlem	14,12±4,31	0-20	2,73±4,86	0-15	18,0	0,001
Mama Veriliş Sıklığı (kez/gün)						
1. İzlem	2,31±3,02	0-11	4,86±5,05	0-13	88,0	0,191
2. İzlem	1,18±2,22	0-8	6,13±3,37	0-10	32,5	0,001
3. İzlem	0,60±1,84	0-7	6,73±3,55	0-10	20,5	0,001
Verilen Mama Miktarı (cc/1 defa)						
1. İzlem	15,93±16,85	0-45	20,00±14,63	0-30	105,0	0,497
2. İzlem	18,12±29,93	0-90	55,66±27,83	0-90	46,0	0,002
3. İzlem	11,25±30,74	0-90	92,66±34,97	0-120	23,0	0,001

* Her bir satır için girişim grubunda n = 15, kontrol grubunda n = 16 adölesan anne üzerinden yüzdeler alınmıştır.

Çizelge 4.6'da girişim ve kontrol grubundaki adölesan annelerin emzirmeye ve mama kullanımına yönelik durumlarının karşılaştırılması verilmiştir. Emzirmeye ve mama kullanımına yönelik 1. izlemde girişim ve kontrol grubundaki adölesan anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Girişim grubunda 2. ve 3. izlemde sadece anne sütü ile bebeğini besleyen adölesan anne sayısının kontrol grubuna göre fazla olduğu belirlenmiş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Girişim ve kontrol grubunda bulunan adölesan annelerin bebeğini sadece mama ile besleme durumlarına bakıldığında 3. izlemde kontrol grubundaki

adölesan anne sayısı girişim grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur ($p = 0,001$).

Girişim grubundaki adölesan annelerde 2. ve 3. izlemde emzirme sıklık ve süresi kontrol grubundaki adölesan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur ($p < 0.05$). İkinci ve üçüncü izlemlerde kontrol grubundaki adölesan annelerin bebeklerine mama veriş sıklığı ve mama veriş miktarı girişim grubundaki adölesan annelere göre daha fazladır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).



Çizelge 4.7. Girişim ve kontrol grubundaki adölesan annelerin emzirme sırasında yaşadıkları sorunların ve sorunlara yönelik girişimlerin izlemlere göre karşılaştırılması (G = 16; K = 15)*

	I. İZLEM			II. İZLEM			III. İZLEM		
	G	K	p**	G	K	p**	G	K	p**
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Emzirmede Yaşanan Sorun									
Memede Çatlak	9(56,25)	3(20,00)	0,089	3(18,75)	4(26,66)	0,685	--	2(13,33)	0,226
Emzirmede Ağrı	8(50,00)	7(46,66)	1,000	4(25,00)	7(46,66)	0,376	--	5(33,33)	0,018
Memede Kızarıklık	9(56,25)	7(46,66)	0,862	3(18,75)	7(46,66)	0,135	1(6,25)	5(33,33)	0,083
Tutuş Problemi	11(68,75)	9(60,00)	0,894	3(18,75)	11(73,33)	0,007	2(12,50)	10(66,66)	0,006
Memeyi Kavrayamama	12(75,00)	9(60,00)	0,485	2(12,50)	11(73,33)	0,002	2(12,50)	10(66,66)	0,006
Kısa Emzirme	6(37,50)	10(66,66)	0,206	--	7(46,66)	0,002	--	3(20,00)	0,101
Emzirmek İstememek	--	1(6,66)	0,484	--	1(6,66)	0,484	--	1(6,66)	0,484
Tek Meme Emzirme	1(6,25)	--	1,000	3(18,75)	1(6,66)	0,600	3(18,75)	1(6,66)	0,600
Annenin Emzirmede Yaşadığı Soruna Yönelik Girişimi									
Uygun Girişim									
Krem Kullanımı	7(43,75)	8(53,33)	0,862	3(18,75)	6(40,00)	0,252	--	3(20,00)	0,101
Bebek Tutuş Değişikliği	--	2(13,33)	0,226	9(56,25)	2(13,33)	0,023	4(25,00)	2(13,33)	0,654
Anne Sütü İle Meme Bakım	--	--	--	9(56,25)	--	0,001	3(18,75)	--	0,226
Anne Sütü Sağma	2(12,50)	7(46,66)	0,054	2(12,50)	5(33,33)	0,220	1(6,25)	5(33,33)	0,083
Uygun Olmayan Girişim									
Kısa Emzirme	2(12,50)	6(40,00)	0,113	--	4(26,66)	0,043	--	2(13,33)	0,226
Mama Başlama	8(50,00)	11(73,33)	0,335	3(18,75)	12(80,00)	0,001	2(12,50)	12(80,00)	0,001

*G = Girişim Grubu; K = Kontrol Grubu

**Ki-kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.7’de girişim ve kontrol grubundaki adölesan annelerin emzirmeye yönelik durumlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre 1. izlemde girişim ve kontrol grubu arasında emzirme sırasında yaşanan sorunlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). İkinci izlemde tutuş problemi, memeyi kavrayamama ve kısa emzirme sorunları; 3. izlemde ağrı, tutuş problemleri ve memeyi kavrayamama kontrol grubundaki adölesan annelerde fazla görülmüş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p < 0.05$).

Adölesan annenin emzirmede yaşadığı soruna yönelik uygun ve uygun olmayan girişimler incelendiğinde 1.izlemde gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). İkinci izlemde uygun girişim olarak anne sütü ile meme bakımı ve etkili bebek tutuş değişikliği girişim grubunda istatistiksel olarak anlamlı ve daha fazla bulunmuştur ($p < 0.05$). Annenin emzirmede yaşadığı soruna yönelik uygun olmayan girişimleri olarak ikinci izlemde kısa emzirme ve mamaya başlama; üçüncü izlemde mamaya başlama kontrol grubunda daha fazla belirlenmiştir ($p < 0.05$).

4.4. Adölesan Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik, Emzirme Başarısı ve Kaygı Ölçek Puanlarına Etkisinin İncelenmesi

Çizelge 4.8. Girişim ve kontrol grubundaki adölesan annelerin öz-yeterlilik, durumluluk kaygı ve LATCH puan ortalamasının karşılaştırılması (n = 31)

	Girişim Grubu (n = 16)		Kontrol Grubu (n = 15)		U*	p
	M±SD	Min-Mak	M±SD	Min-Mak		
Öz-Yeterlilik						
1.İzlem	50,43±13,47	25-69	45,40±15,40	25-69	99,0	0,678
3.İzlem	62,00±14,10	14-70	27,13±18,40	14-70	28,0	0,001
Durumluluk Kaygı						
1.İzlem	42,5±11,53	25-65	43,60±12,89	26-69	109,5	0,406
3.İzlem	25,31±6,25	20-38	43,53±17,49	22-68	37,0	0,001
LATCH						
1.İzlem	5,43±2,52	2-10	5,73±3,05	0-10	112,0	0,750
2.İzlem	8,06±2,56	0-10	4,00±3,90	0-10	53,0	0,007
3.İzlem	9,18±2,50	0-10	2,26±4,13	0-10	35,0	0,001

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.8’de girişim ve kontrol grubundaki adölesan annelerin öz yeterlilik, durumluluk kaygı ve LATCH puan ortalamasının karşılaştırılması verilmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki adölesan anneler arasında 1. izlemde öz-yeterlilik puanı, durumluluk kaygı puanı ve LATCH emzirme puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmamıştır ($p > 0.05$). Üçüncü izlemde girişim grubundaki adölesan annelerde kontrol grubundaki adölesan annelere göre öz-yeterlilik puanı yüksek (girişim grubu $62,0 \pm 14,10$; kontrol grubu $27,13 \pm 18,40$), durumluluk kaygı puanı düşük (girişim = $25,31 \pm 6,25$, kontrol = $43,53 \pm 17,49$) belirlenmiştir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.001$). LATCH puanı yönünden 2. ve 3. izlemlerde girişim grubundaki puan ortalaması kontrol grubuna göre daha fazla belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.001$).





5. TARTIŞMA

Sağlık alanında sunulan eğitimlerde teknolojinin gelişmesi, bireylerin bilgiyi arama ve bilgiye ulaşma gereksinimlerinin artışı, sağlık profesyonellerinin zaman kısıtlılığı, eğitim maliyetlerinin fazlalığı gibi nedenlerle teknoloji temelli programlara ihtiyacı arttırmıştır. Sağlık eğitimlerinde teknolojinin kullanımı aynı zamanda eğitimin başarısını ve bireyin eğitimden memnun kalma düzeyini önemli derecede etkilemektedir (Nguyen ve arkadaşları, 2004; Demirel ve arkadaşları, 2008; Brayboy ve arkadaşları, 2017; Pitts ve arkadaşları, 2015; Stinson ve arkadaşları, 2016).

Emzirme oranlarındaki düşüşlere bakıldığında, sağlık alanında sunulan eğitimlerde farklı tekniklere ve etkili eğitime olan gereksinimin arttığı görülmektedir. Özellikle emzirme açısından riskli olan adölesan annelerin teknolojiye ilgisi, ulaşımı ve kullanımları düşünüldüğünde sunulacak eğitimlerde teknoloji temelli programların bir yöntem olarak kullanımı başarıyı arttırmaktadır (Çelik ve Törüner, 2017).

Bu çalışmada primipar adölesan annelere verilen 2 aylık teknoloji temelli emzirme programının adölesan annelerin bebeklerinin büyümesine etkisini belirlenmek amaçlanmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır. Bu başlıklar;

Teknoloji temelli emzirme programının,

- Adölesan anne bebeklerin büyümesine etkisi
- Adölesan annelerin anne sütü ile besleme durumlarına etkisi
- Adölesan annelerin emzirme öz-yeterlilik, LATCH emzirme aracı ve durumluluk kaygı ölçek puanlarına etkisi'dir.

5.1. Teknoloji Temelli Emzirme Programının Adölesan Anne Bebeklerinin

Büyümesine Etkisi

Adölesan annelik birçok açıdan riskli bir süreçtir. Adölesan annelik, anne sağlığını etkileyebildiği gibi bebek sağlığını da etkileyen önemli sorunlardandır (Ganchimeg ve arkadaşları, 2014; WHO, 2018). Bu sorunlar arasında adölesan annenin emzirmeye başlama ve emzirmeye devam etme oranlarının az olması, emzirme hakkındaki bilgi

eksikliği, emzirme problemleri yaşaması, emzirme öz-yeterliliğinin düşüklüğü sayılabilmektedir. (Horodyski ve arkadaşları, 2015; Pillay ve arkadaşları, 2018; da Silva ve arkadaşları, 2016). Adölesan annenin yaşadığı sorunlar bebeğinin yetersiz anne sütü ile beslenmesine neden olabilmektedir. Bebeklik döneminde bebeğin hayatta kalmasını ve sağlıklı gelişmesini destekleyen, metabolik, immünolojik ve duygusal sağlığı için en uygun besin anne sütüdür (Ballard ve Morrow, 2013; Turfkruyer ve Verhasselt, 2015). Bu sebeple adölesan annelerde emzirme oranlarının arttırılması ve etkin emzirmenin gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır. Bu amaçla adölesan annelere sunulan emzirmeyi destekleyici programlarda istenen davranış değişikliğini gerçekleştirmek ve başarıyı arttırmak için teknolojinin kullanıldığı görülmektedir (Whittaker ve arkadaşları, 2012; Stinson ve arkadaşları, 2016). Özellikle adölesanın teknoloji kullanımı, erişimi ve ilgisi düşünüldüğünde teknoloji entegre edilmiş sağlık girişimlerinin kullanımın yaygınlaşması önerilmektedir (Marsch, Guarino, Grabinski, Syckes, Dillingham, Xie ve Crosier, 2015; Nicholas ve arkadaşları, 2012; Smith ve arkadaşları, 2014; Wuthrich ve arkadaşları, 2012).

Yaptığımız bu araştırmada, adölesan annelere uygulanan teknoloji temelli emzirme programı sonrasında, girişim grubundaki bebeklerin 2. ve 3. izlemde kilo ortalamaları ve 3. boy ortalamaları kontrol grubuna göre yüksek belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Bkz. Çizelge 4.3). Literatürde teknoloji temelli emzirme eğitiminin adölesan ve erişkin annelerin bebeklerinin büyümesine yönelik etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ancak, teknoloji kullanılmadan yapılan emzirme eğitimlerinin erişkin anne bebeklerinin büyümesine etkisini inceleyen iki çalışmaya ulaşılmıştır. Varol ve Yıldız, (2006)'nın doğum sonrası primipar erişkin annelere verdikleri emzirme eğitiminin tek başına anne sütüyle beslenme süresine ve bebeğin büyümesine etkisini incelemek amacıyla yaptığı randomize kontrol gruplu çalışmada 60 bebek 6 ay boyunca izlenmiştir. Gruplar arasında doğum kilo, boy ve baş çevresi ölçümleri arasında fark bulunmazken, 6. ayın sonunda girişim grubu bebeklerinde kilo, boy ve baş çevresi ortalamalarının arttığı ve sadece anne sütü ile beslemenin bebek büyümesini olumlu etkilendiği belirlenmiştir (Varol ve Yıldız, 2006). Kamran, Shrifirad, Mirkarimi ve Farahani, (2012)'nin erişkin annelere verdikleri emzirme eğitiminin bebeğin vücut ağırlığı ve annelerin öz-yeterliliğine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları kontrol gruplu çalışmada ($n = 88$) bebeklerin dördüncü ayında, girişim grubundaki bebeklerin vücut ağırlık ortalamasının kontrol grubu bebeklerinden yüksek olduğu bulunmuştur (Kamran ve arkadaşları, 2012). Bu çalışma sonuçları bizim araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda adölesan anneye verilen teknoloji

temelli emzirme eğitiminin; anne sütü ile bebeği beslemede düzenli olarak motivasyon sağlaması, annenin 24 saat bilgiye ve danışmanlığa ulaşabilmesi gibi temel faktörlerin adolesan annenin emzirme düzeyini ve etkinliğini arttırarak bebeğin büyümesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Erişkin annelere emzirme eğitimi verilmeden anne sütü ile beslemenin bebeklerin büyümesine etkisini inceleyen çalışmalara da ulaşılmıştır. Kumar ve arkadaşları (2006)'nın yaptığı çalışmada, doğumdan sonra altı saat içinde emzirmeye başlayan erişkin annelerin bebeklerinin düşük kilolu ve bodur olma oranı daha uzun sürede emzirmeye başlayan annelere göre daha düşük bulunmuştur. Anne sütü ile beslenen bebeklerin kilo ve boy artışının mama ile beslenenlere göre fazla olduğunu gösteren çalışmalar çoğunlukta olmasına karşın (Kumar ve arkadaşları, 2006; Kamran ve arkadaşları, 2012; Varol ve Yıldız, 2006) bunun tersi bir sonuca ulaşan bir çalışmaya da literatürde rastlanmıştır. Karataş, Aydoğdu, Karataş ve Aydın, (2011)'nin erişkin annelerin anne sütü ve mama ile beslenen bebeklerin ghrelin ve leptin düzeylerinin büyüme üzerine etkisini incelemek amacıyla 46 sağlıklı bebekle bir çalışma yürütmüşlerdir. Mama ile beslenen bebeklerin vücut kitle indeksleri ve vücut ağırlıkları anne sütü ile beslenen bebeklere göre 6. aylarında yüksek bulunmuştur (Karataş ve arkadaşları, 2011). Yaptığımız araştırma sonuçları, bebeklerin kilo ve boy büyüme oranlarının anne sütü ile beslenen bebeklerde anne sütü ile beslenmeyenlere göre yüksek olduğunu gösteren sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Bebeğin büyümesinin desteklemesinde annenin sütünün bebeğin ihtiyaçlarına özgü olması, büyüme ve gelişmesi için en iyi besin olması, mamaların sınırlı bileşene sahip olması ve beslenme miktarına bebeğin değil bakım vericisinin karar vermesinin etkili olduğu görülmektedir.

Bebeğin büyümesinin belli aralıklarla standart büyüme çıktılarına göre değerlendirilmesi, normalden sapmaların erkenden saptanıp önleyici tedbirlerin alınmasını sağladığı ve daha objektif veri oluşturduğu için önerilmektedir. Bebek gelişimini incelerken Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre hesaplama yapılan z skoru değerleri kullanımı yaşa ve cinsiyete göre doğru değerlendirme yapılmasını sağlamaktadır. Yaptığımız çalışmada, girişim grubundaki bebeklerin 2. ve 3. izlemde kilo z skorunun ve 3. izlemde boy z skorunun kontrol grubuna göre daha fazla artış gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Bkz. Çizelge 4.5). Erişkin annelere emzirme eğitimi verilmeden anne sütü ile beslemelerinin bebeğin kilo ve boy z skorlarına etkisini inceleyen iki çalışmaya ulaşılmıştır. Kalanda, Verhoeff ve

Brabin (2006)'nın yaptığı çalışmada erken tamamlayıcı besinlerle (mama) beslenmeye başlanan bebeklerin 3. ve 6. aylarda vücut ağırlığı z skorunun ve 9. ayda boy z skorunun anne sütü ile beslenenlere göre düşük olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, erken tamamlayıcı besinlerle beslenen bebeklerde yaşa göre kilo z skoru 6. haftada itibaren düşmeye başlamıştır. Krame, Guo, Platt, Shapiro, Collet, Chalmers ve Vanilovich, (2002)'nin yaptıkları çalışmada bebeklerin kilo ve boy değerlendirmeleri z skoruna göre yapılmıştır. Buna göre, anne sütü ile beslenen bebeklerde mamayla beslenenlere göre vücut ağırlığı z skoru 1. aydan itibaren artmaya başlamış ve 3. ayda en üst düzeye çıkmıştır. Ancak gruplar arasındaki fark daha sonra yavaş yavaş azalmış ve 12. aydan sonra ortadan kalkmıştır. Kalanda, Verhoeff ve Brabin, (2006); Kramer ve arkadaşları, (2002) yaptıkları çalışma sonuçlarında anne sütü ile beslenen bebeklerin kilo ve boy z skorları mamayla beslenenlere göre fazla belirlenmiştir ve bu sonuçlar, bizim araştırma sonuçlarımıza benzerlik göstermektedir. Bebeklerin kilo, boy ve baş çevresi ortalamalarına uyumlu olarak z skorlarında da artış olması beklenmektedir. Ancak z skorları yaşa ve cinsiyete göre daha standartize bir değerlendirme sağladığı için z skorlarına bu artış yansımayaabilir. Bizim araştırmamızdaki ölçümler z skor değerlerine yansımıştır. Bu kapsamda verilen eğitimin bebek büyümesine olumlu etkisinin olduğu görülmektedir. Kanıta dayalı eğitim araştırmaları, adölesan yaş gurubunun teknoloji destekli öğretimi kullanarak iyi öğrendiklerini ve sağlık eğitiminde teknolojinin etkinliğini kanıtladığını göstermiştir (Long ve Stevens, 2004). Anne sütü ile beslenmeyi arttırmayı amaçladığımız çalışmada adölesan annelere verilen teknoloji temelli emzirme programının adölesan annelerde emzirmeyi arttırdığı ve bebeğin yaşına, cinsiyetine uygun fiziksel büyümenin gerçekleşmesine yardımcı olduğu düşünülmektedir.

5.2. Teknoloji Temelli Emzirme Programının Adölesan Annelerin Anne Sütü İle Besleme Durumlarına Etkisi

Adölesan annelerin emzirme oranlarının düşüklüğü ve risk alıcı davranışlarının erişkin annelere göre yüksekliği düşünüldüğünde emzirme konusunda desteklenmeleri gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Kanhadilok ve McGrath, 2015; Sipsma ve arkadaşları, 2018). Adölesan annelere verilen desteğin çağın özellikleri, adölesanın dönem özellikleri, teknolojiye olan ilgisi, ekran karşısında geçirdiği zaman, adölesanın içinde bulunduğu şartlar ve davranış değişikliği yapılmak istenen konunun özelliklerine göre belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu durumlar göz önüne alındığında adölesan annelere sunulan emzirme

programlarının annenin ilgisini çekebilecek, eğlenceli, merak duygusu ile bilgiyi arama ve bilgiye ulaşma davranışını arttırabilecek, motivasyonunu, programa katılımı ve devamlılığı sağlayabilecek ve programın etkinliğini arttırabilecek nitelikte olması gerekmektedir (Whittaker ve arkadaşları, 2012; Stinson ve arkadaşları, 2016). Farklı sağlık eğitimlerinde kullanılan teknoloji temelli programların adölesanlarda kazandırılmak istenen olumlu sağlık davranışını kolaylaştırdığı ve başarıyı arttırdığı belirlenmiştir (Brayboy ve arkadaşları, 2017; Çelik ve Törüner, 2017; Horodyski ve arkadaşları, 2015; Pitts ve arkadaşları, 2015).

Yaptığımız bu araştırmada, adölesan annelere uygulanan teknoloji temelli emzirme programı sonrasında, girişim grubunda bebeğini sadece anne sütü ile besleyen adölesan annelerin sayısı 2. ve 3. izlemde kontrol grubuna göre yüksek belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Bkz. Çizelge 4.6). Literatürde adölesan annelere sunulan teknoloji temelli emzirme eğitiminin emzirme davranışlarına etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşamamıştır. Adölesan annelerde emzirmenin desteklenmesine yönelik eğitim ve telefonla danışmanlık hizmeti verilen iki çalışmaya ulaşılmıştır. Wambach ve arkadaşları, (2011) yaptıkları çalışmada adölesan annelere prenatal dönemde hastane ortamında 2 kez eğitim vermişler ve postpartum dönemde 5 telefon görüşmesi yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda adölesan annelerin bebeklerinin emzirme sürelerinin uzadığı, annelerin emzirme ile ilgili olumlu düşüncelerinin yanı sıra emzirme oranlarının arttığı belirlenmiştir (Wambach ve arkadaşları, 2011). Meglio ve arkadaşları, (2010) adölesan annelere akran destekli telefon görüşmeleri sağlayarak görüşmelerin emzirme durumları üzerine etkisini incelemişlerdir. Yaptıkları çalışmada, desteğin anne sütü ile beslemeyi arttırdığını ancak emzirme süresinde değişiklik yaratmadığını saptamışlardır (Meglio ve arkadaşları 2010). Adölesan dönem soyut düşünceye geçiş, sağlık davranışlarını ve bilgiyi almaya, işlemeye, analiz etmeye uygun bir dönem olduğu için etkili şekilde verilen sağlık eğitimleri adölesanlarda olumlu sağlık davranışlarını geliştirebilir ve bu davranışlar ömür boyu devam edebilir. Araştırmamızda, adölesan annelere teknoloji temelli emzirme programı uygulanmasının olumlu emzirme davranışları geliştirmede yararlı olduğu düşünülmektedir.

Literatürde ulaşılan teknoloji temelli emzirme eğitimi ve danışmanlığı ile ilgili çalışmaların genellikle erişkin annelerle yapıldığı görülmektedir. Pitts ve arkadaşları, (2015) prenatal dönemde başlayan bilgisayar yoluyla verilen emzirme eğitiminin erişkin annelerin emzirme durumlarına etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada teknoloji temelli

eğitimin emzirmeye başlama ve emzirmeyi sürdürme üzerine olumlu etkilerini bulmuşlardır. Teknoloji temelli emzirme destek programlarının sadece emzirme sıklığını arttırdığının bulunmasının (Bonuck ve arkadaşları, 2014) yanı sıra emzirme oranlarının arttırdığını da belirten çalışmalar bulunmaktadır (Hannula ve arkadaşları, 2014; Jiang ve arkadaşları, 2014). Lau, Htun, Tam ve Klainin-Yobas, (2016), perinatal dönemde erişkin annelerde emzirmeyi geliştirmeye yönelik teknolojinin etkilerini araştıran bir meta analiz çalışması yapmışlardır. Lau, Htun, Tam ve Klainin-Yobas, (2016) on altı araştırmayı inceledikleri çalışmalarında, erişkin annelerde teknoloji kullanımının anne sütü ile besleme konusunda annelerin sadece anne sütü ile beslenmeye başlama ve sürdürme oranlarını arttırdığını belirtmişlerdir (Lau, Htun, Tam ve Klainin-Yobas, 2016). Teknoloji temelli emzirme destek programlarının bilgi, emzirme sıklığı ve oranındaki etkilerinin yanı sıra erişkin annelerin emzirme isteklerini arttığını ve annelerin emzirme farkındalıklarını yükselttiğini (Mohamadirizi ve arkadaşları, 2014; Fahami ve arkadaşları, 2014) belirleyen çalışmalarda bulunmaktadır. Teknoloji temelli sunulan emzirme müdahalelerinin çoğunlukla doğru emzirme davranışları, emzirme oranları, sıklığı ve süresini arttığını gösteren çalışmaların çoğunlukta olmasına rağmen etkisinin olmadığını gösteren çalışmalara da rastlanılmaktadır. Buna göre Kellams ve arkadaşları, (2016), Labarere ve arkadaşları, (2011), Seguranyes ve arkadaşları, (2014) ve Tahir ve Al-Sadat, (2013) yaptıkları çalışmalarda teknoloji temelli çalışmaların emzirme oranlarını, sıklığını ve süresini etkilemediğini bulmuşlardır. Teknoloji temelli uygulanan ve emzirme üzerine etkisi olmayan çalışmalara bakıldığında bu müdahalelerin tek seansta yapılması, devamlılığının olmaması, genellikle prenatal dönemin alınmaması, verilen danışmanlık hizmetlerinin uzun sürmemesi ve zaman sınırının olduğu görülmektedir. Çalışmamızda uzun süreli eğitim ve danışmanlık hizmetinin verilmesinin ve teknolojinin girişimlerimize entegre edilmesinin adölesan dönemde emzirme konusunda bilgilenmeye ve doğru emzirme davranışlarına yönelik ilgiyi arttırdığı düşünülmektedir. Adölesanlarda ilginin artması, bilgiyi arama ve bilgiye ulaşmayı kolaylaştırabilir. Çalışmamızda, yüzyüze görüşme ve e-kitapçık, telefonla danışmanlık gibi teknoloji temelli girişimlerin entegre kullanımının adölesan annelerin görsel, işitsel ve kinestetik duyularını aktive ettiği düşünülmektedir.

5.3. Teknoloji Temelli Emzirme Programının Adölesan Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik, LATCH Emzirme Aracı ve Kaygı Ölçek Puanlarına Etkisi

Adölesan anneler ve bebekleri; fiziksel, sosyal ve ekonomik olarak yetersiz emzirme davranışı nedeniyle riskli grupta oldukları için anne sütü ile besleme oldukça önemlidir. Adölesan annelerin emzirme durumlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlardan bazıları adölesan annenin kendisini emzirme açısından yeterli hissetmesi, emzirebileceğine olan güveni, emzirme isteği, inancı ve adölesan dönem özelliği sebebiyle yaşadığı kaygı düzeyidir (Mossman ve arkadaşları, 2008; Bailey, Clark ve Shepherd, 2013; İnce ve arkadaşları, 2017; Stuebe, Grewen ve Meltzer-Brody, 2013; Paul ve arkadaşları, 2013). Hemşireler, adölesan annelerde emzirme başarısını arttırmak, olumlu emzirme davranışları geliştirmek ve emzirme oranlarını, süresini arttırmak için bu faktörleri ele alarak emzirme programları planlamalı, uygulamalı ve değerlendirmelidir. Bunu yaparken adölesanın ilgisini ve katılımını arttırmak, kendi sağlığı konusunda aktif rol almasını sağlamak, bireye ve ihtiyaçlarına özel sağlık eğitimi sunmak ve uygulanan programın etkinliğini sağlamak için teknolojinin kullanımından faydalanılabilir.

Yaptığımız bu araştırmada, adölesan annelere uygulanan teknoloji temelli emzirme programı sonrasında (3. izlemde) girişim grubundaki adölesan annelerin kontrol grubundakilere göre öz-yeterlilik düzeylerinin yüksek; durumluluk kaygı düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda emzirme başarılarını değerlendirmek için kullandığımız LATCH puanının 2. ve 3. izlemlerde girişim grubundaki adölesan annelerde kontrol grubuna göre arttığı saptanmıştır ($p < 0,05$) (Bkz. Çizelge 4.8).

Emzirme öz yeterliliğini arttırmaya yönelik girişimlerin emzirme başarısı ve emzirme oranları üzerinde olumlu etkileri olduğu görülmektedir. Emzirme durumunu iyileştirmek ve adölesan anne bebeğinin daha çok anne sütü ile beslenmesini sağlamak için adölesan annelerde emzirmenin desteklenmesinde teknoloji kullanılabilir (McQueen, Dennis, Stremler ve Norman, 2011; Horodyski ve arkadaşları, 2015). Adölesan annelerde teknoloji temelli emzirme eğitiminin annelerin emzirme öz-yeterlilik durumlarına etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Adölesan annelerle teknoloji kullanılmadan emzirme öz-yeterliliklerinin emzirmeye başlama ve sürdürme üzerine etkilerini inceleyen iki tanımlayıcı çalışmaya ulaşılmıştır. Mossman ve arkadaşları, (2008) doğum öncesi ve sonrası öz-yeterlilikleri yüksek olan adölesan annelerin emzirmeye başlama ve devam etme

sürelerinin öz-yeterlilikleri düşük annelere göre daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Bailey, Clark ve Shepherd, (2013) genç (16 - 24 yaş) ve erişkin (25 - 40 yaş) anneler arasında öz-yeterlilik durumlarının emzirme sürelerine etkisini incelemek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada, genç annelerin erişkin annelere göre öz-yeterliliklerinin daha düşük olduğu ve buna bağlı emzirme sürelerinin azaldığı saptanmıştır. Aynı zamanda yaştan bağımsız olarak öz-yeterliliği düşük annelerin emzirme sürelerinde düşük olduğu bulunmuştur (Bailey ve arkadaşları, 2013).

Literatürde ulaşılan çalışmaların genellikle erişkin annelerle ve teknoloji temelli olmadan yapıldığı görülmektedir. Erişkin annelerle ve teknoloji kullanılmadan yapılmış annelerin emzirme öz-yeterlilik durumlarını inceleyen iki çalışmaya ulaşılmıştır. McQueen ve arkadaşları, (2011) erişkin primipar annelerde emzirme öz-yeterlilik müdahalesinin emzirme durumlarına etkisini inceleyen çalışmada girişim grubundaki annelerin doğumdan sonraki 4. ve 8. haftalarda kontrol grubuna göre daha yüksek emzirme öz-yeterlilikleri olduğunu bulmuşlardır. Aynı zamanda çalışmada, annelerin emzirme öz-yeterliliklerine yönelik girişimlerin emzirme oranları ve süreleri üzerine olumlu etkileri olduğunu belirlemişlerdir (McQueen ve arkadaşları, 2011). Blyth, Creedy, Dennis, Moyle, Pratt ve De Vries, (2002) erişkin annelerde öz-yeterliliğin emzirme süresine etkisini inceledikleri çalışmada yüksek öz-yeterliliğe sahip annelerin emzirme sürelerinin fazla olduğu saptamışlardır. Bizim araştırma sonuçlarımız Mossman ve arkadaşları, (2008) ve McQueen ve arkadaşları, (2011) yaptıkları çalışmalardan elde ettikleri sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Buna göre, araştırmamızda girişim grubundaki adölesan annelerin 3. izlemde kontrol grubuna göre öz-yeterlilikleri ve emzirme oranları fazla bulunmuştur. Hemşireler tarafından adölesan annelerde emzirmenin desteklenmesine yönelik teknoloji temelli geliştirilen programlarda annelerin öz-yeterliliğinin ele alınmasının programın başarısını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Adölesan annelerde emzirme pozisyonu, tutuş problemleri, bebeğin memeyi tutuşu ve meme ucu ile ilgili yaşanan sorunlar nedeniyle emzirme başarıları düşük olabilmektedir. Aynı zamanda memede dolgunluk, kızarıklık, çatlak, kanama ve ağrı gibi karşılaşılan zorluklar emzirmenin devam etmemesine ya da süresini azalmasına neden olabilmektedir (Horodyski ve arkadaşları, 2015; Labarere ve arkadaşları, 2011). Adölesan annelerde emzirme başarısını değerlendirmek için LACTH tanılama ve değerlendirme aracı kullanılarak yapılmış teknoloji temelli bir çalışmaya ulaşılammıştır. Adölesan ve erişkin

annelerle teknoloji kullanılmadan LATCH aracı ile emzirme başarılarını değerlendirmeye yönelik yapılmış tanımlayıcı çalışmalar bulunmaktadır. Özsoy, (2014) adölesan annelerin emzirmeye yönelik düşünce ve uygulamaları incelemek için 223 erişkin anne ve 254 adölesan anne ile yaptıkları çalışmada LATCH değerlendirme aracını kullanmıştır. Adölesan annelerin emzirme ile ilgili sağlık personelinin yardım alma ve LATCH puan ortalamaları erişkin annelerden düşük belirlenmiştir. Bunun sonucunda adölesan annelerin emzirme konusunda daha fazla desteğe gereksinimleri olduğu bulunmuştur (Özsoy, 2014). Kumar, Mooney, Wieser ve Havstad, (2006) LATCH puanının emzirme süresine etkisini incelemek için yaptıkları çalışmada, postpartum 6. haftanın sonunda LATCH puanı yüksek annelerin emzirmeye daha yüksek oranda devam ettiklerini bulmuşlardır (Kumar, Mooney, Wieser ve Havstad, 2006). Aynı zamanda Gerçek ve arkadaşları, (2017) yaptıkları emzirme öz-yeterlilik ile LATCH puanı arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada, postpartum emzirme öz-yeterlilik puanı ile LATCH puanı arasında pozitif bir korelasyon olduğunu saptamışlardır. İnce ve arkadaşları, (2017) annelerin emzirme öz-yeterlilikleri ve emzirme başarılarını etkileyen özelliklerin değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmada prenatal ya da postnatal dönemde emzirme danışmanlığı alan annelerin öz-yeterlilikleri ve emzirme başarılarının yüksek olduğunu belirlemişlerdir (İnce ve arkadaşları, 2017). Bu sonuçlar, bizim araştırma sonuçlarımıza benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda kontrol grubunda emzirme açısından riskli grup olan adölesan annelerin emzirme başarılarının düşük olduğu ve desteklenmesi gerektiği görülmektedir.

Adölesan annelik bireyde fiziksel değişiklikler, okulu bırakma, akran çevresi ile ilgili sorunlar, rol değişiklikleri, ekonomik zorluklar, bebek bakımı ve beslemesinde (emzirmeme, emzirmeye devam etme süresinin kısalığı, tamamlayıcı gıdalara başlama, erken katı gıdaya geçiş vb.) riskli davranışlarda bulunma gibi sorunlara neden olabilmekte ve adölesan anne duygu durum değişiklikleri yaşayabilmektedirler. Bu değişikliklere uyum sağlamada güçlük yaşayan adölesan annelerde kaygı düzeyi yüksek görülebilmektedir (Kakleas, Kandyla, Karayianni ve Karavanaki, 2009; Schraml, Perski, Grossi ve Simonsson-Sarnecki, 2011). Adölesan annelerde teknoloji temelli uygulanan ve annenin kaygı durumunu ölçen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Teknoloji kullanılmadan erişkin annelerin kaygı durumlarının emzirme davranışları üzerine etkisini inceleyen üç çalışmaya ulaşılmıştır. Stuebe ve arkadaşları, (2013) teknoloji kullanmadan erişkin annelerle emzirmenin oksitosin ve anne duygu durumuna etkisini inceleyen 8 haftalık çalışmada

emzirme durumu ile kaygı durumu arasında ters ilişki bulunduğunu, emziren erişkin annelerde kaygı puanlarının düşük olduğunu belirlemişlerdir (Stuebe ve arkadaşları, 2013). Paul ve arkadaşları, (2013) doğum sonrası anksiyetenin anne ve bebek sağlığı sonuçlarını inceledikleri teknoloji temelli olmayan çalışmada emzirme süresinin azalan annelerde kaygı puanının arttığı bulunmuştur (Paul ve arkadaşları, 2013). Insaf, Fortner, Pekow, Dole, Markenson ve Chasan-Taber (2011) erişkin kadınlarda emzirme isteğini etkileyen faktörü incelemişlerdir. Çalışmada, anksiyete belirtileri olmayan erişkin annelerde emzirme isteğinin anksiyete belirtileri olan annelere göre yüksek olduğu saptanmıştır (Insaf ve arkadaşları, 2011). Erişkin ve adölesan annelerde kaygı düzeyi ile emzirme başarısını birlikte ele alan çalışmalar sınırlıdır. Annenin kaygı durumunun düşük olması teknoloji temelli emzirme programının başarısını arttırabilmektedir. Teknoloji temelli emzirme program dahilinde annelerin kaygı durumlarının değerlendirilmesinin ve kaygıyla baş etmelerinin desteklenmesinin emzirme başarısını arttıracağı düşünülmektedir. Teknoloji temelli emzirme programı ile postpartum dönemde adölesan anneye 7/24 sosyal destek olunabilmekte, adölesan anne gereksinim duyduğunda doğru bilgiye ulaşabilmekte ve adölesan annenin güven duygusunun oluşması sağlanmaktadır. Bu sayede adölesanın yaşadığı kaygı düzeyinin azalabileceği ve sorunlarla başetmesinin daha kolay olabileceği düşünülmektedir.

Postpartum dönemde adölesan annelere kaygı durum ölçeği, emzirme öz-yeterlilik ölçeği ve LATCH emzirmeyi değerlendirme ölçeği düzenli ve belirli aralıklarla uygulanarak emzirme açısından risk grubunda olan anneler belirlenmeli, uygun hemşirelik girişimleri ile erken dönemde desteklenmelidir.

5.4. Çalışmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Araştırmamız, teknoloji temelli emzirme programının adölesan annelerin bebeklerinin büyümesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüş olup bu konuda Türkiye’de yapılmış ilk çalışmadır. Yurt dışında ise benzer konuda yapılmış tek çalışmaya ulaşılmıştır. (Horodynski ve arkadaşları, 2015). Yaşadığımız çağın özellikleri ve çalışma örneklemini oluşturan adölesanların yaş dönem özellikleri düşünüldüğünde emzirme programında teknolojinin kullanımı eğitimin başarısını arttırabileceği için çalışmamızın güçlü olmasını sağlamaktadır.

Çalışmamızın sınırlılığı olarak belirlediğimiz yönler, belli bir bölgede yaşayan az sayıda adölesan anne ve bebeği ile yapıldığından çalışma sonuçlarının genelleme yapmaya izin vermemesi, annelerin postpartumun ilk haftasında programa alınması ve programın sadece 8 hafta sürmesi ve araştırmanı tek gözlemci tarafından yapılmasıdır.

Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda adölesan annelere teknoloji temelli emzirme desteği verilmesinin bebeğin sağlığı ve büyümesi için katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Çocuk sağlığı hemşirelerinin adölesan annelerin kendilerine ve bebeklerine yönelik sağlık eğitim programlarını planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesindeki önemli rolleri ve işlevleri bulunmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Adölesan annelere uygulanan teknoloji temelli emzirme programının bebeklerin büyümesine etkisini incelemek amacıyla yürütülen çalışmada girişim grubuna 16, kontrol grubuna 15 adölesan anne alınmıştır. Çalışmada, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Adölesan annelerin ve bebeklerinin tanımlayıcı özellikleri değerlendirildiğinde, girişim ve kontrol grubundaki adölesan annelerin yaş ortalamaları sırası ile $18,50 \pm 0,63$ ve $18,40 \pm 0,63$ belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin ilk görüşme yaş ve doğum kilosu ortalamalarına sırası ile $6,93 \pm 1,65$ (gün) ve $6,06 \pm 1,03$ (gün); $3,08 \pm 0,32$ (kg) ve $2,94 \pm 0,33$ (kg) bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.1).
- Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin izlemlere göre kilo, boy ve baş çevrelerinin ortalamaları ve z skorları incelendiğinde; girişim ve kontrol grubundaki bebekler arasında 1. izlemde kilo, boy ve baş çevresi açısından fark saptanmamışken, girişim grubunda 2. izlemde kilo, 3. izlemde kilo ve boy artışı kontrol grubuna göre fazla bulunmuştur. Baş çevresi ölçümlerinde gruplar arasında fark belirlenmemiştir (Bkz. Çizelge 4.3 ve 4.5).
- Girişim ve kontrol grubundaki adölesan annelerin sadece anne sütü ile bebeğini besleme durumları karşılaştırıldığında 1. izlemde gruplar arasında fark bulunmazken, girişim grubunda 2. ve 3. izlemde anne sütü ile bebeğini besleyen adölesan anne sayısının kontrol grubuna göre fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca, 2. ve 3. izlemde girişim

grubundaki adölesan annelerin emzirme sıklığı ve sürelerinin kontrol grubuna göre arttığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki adölesan annelerin 3. izlemde sadece mama kullanarak bebeklerini besleme durumlarının girişim grubundaki annelerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda kontrol grubundaki adölesan annelerin mama verme sıklığı ve miktarının girişim grubundaki adölesan annelere göre daha fazla arttığı görülmüştür (Bkz. Çizelge 4.6).

- Adölesan annelerin emzirme sırasında yaşadığı sorunlar incelendiğinde; 2. ve 3. izlemde tutuş problemi, memeyi kavrayamama ve kısa emzirme, 3. izlemde memede ağrı, tutuş problemi ve memeyi kavrayamama sorunu kontrol grubundaki adölesan annelerde fazla saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.7).
- Girişim ve kontrol grubundaki adölesan annelerin LATCH, öz-yeterlilik ve kaygı puanları ilk değerlendirmede (1. izlem) benzer bulunmuştur. Üçüncü izlemde girişim grubundaki adölesan annelerde kontrol grubundakilere göre öz-yeterlilik puanı daha yüksek ve durumluluk kaygı puanı daha düşük bulunmuştur. LATCH puanı yönünden 2. ve 3. izlemlerde girişim grubunun puan ortalaması kontrol grubuna göre daha fazla belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.8).

6.2. Öneriler

Araştırmanızdan elde edilen bulgulara göre;

- Adölesan annelere uygulanan teknoloji temelli emzirme programının girişim grubunda bulunan bebeklerin boy, kilo ve baş çevresi z puanları ile annelerin emzirme oranını, yeterliliğini ve başarısı artırması nedeniyle;
- ✓ Adölesan annelerde emzirmenin desteklenmesi ve bebeklerin büyümesinin desteklenmesine yönelik teknoloji temelli programlardan yararlanılması,
- ✓ Geliştirilen programlarda adölesan annelerin 24 saat android telefonlarından bilgiye ulaşabilmeleri ve 7/24 telefonla danışmanlık hizmetinin sağlanması,
- ✓ Program çerçevesinde teknolojinin nasıl kullanılacağının ve etkili emzirme yöntemlerinin nasıl olacağının adölesan annelere yüz yüze görüşülerek gösterilmesi ve doğru uygulamaların yapıldığının kontrol edilmesi,
- ✓ Program içerisinde adölesan annelerin emzirme davranışlarının arttırılmasına yönelik en az hafta bir SMS ile motivasyonel mesaj gönderilmesi,

- ✓ Teknoloji temelli program sırasında düzenli olarak bebeklerin boy, kilo, baş çevrelerinin ölçülmesi ve adölesan annelerin emzirme tutum ve becerilerinin en az ayda bir yüz yüze görüşülerek değerlendirilmesi,
- ✓ Program çerçevesinde adölesan annelerin emzirme başarısı ve emzirme öz-yeterlilik düzeylerini etkileyebilecek kaygı düzeylerinin de düzenli olarak değerlendirilmesi,
- ✓ Bebeklerin kilo, boy ve baş çevresi ölçümleri, DSÖ persentil değerlerinin sınıflandırılması, DSÖ'nün web sitesinde bulunan "Anthro" programı kullanılarak yapılan ölçümlerinin z skor değerleri hesaplanıp değerlendirmenin standartlaştırılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Aghdas, K., Talat, K. and Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*, 27(1), 37-40.
- Ahmed, A. H., Roumani, A. M., Szucs, K., Zhang, L. and King, D. (2016). The effect of interactive web-based monitoring on breastfeeding exclusivity, intensity, and duration in healthy, term infants after hospital discharge. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(2), 143-154.
- Aktaş, S. ve Küçük Alemdar, D. (2018). Correlation between infantile colic and maternal breastfeeding self-efficacy, breastfeeding success and breast milk amount. *Journal of Tropical Pediatrics*, 1–7.
- Allen, M. (2008). Im-Allen M, Lezzoni LI, Huang A, Huang L, Leveille SG. Improving patient-clinician communication about chronic conditions: description of an internet-based nurse E-coach intervention. *Nursing Research*, 107-112.
- Althabe, F., Moore, J. L., Gibbons, L., Berrueta, M., Goudar, S.S., Chomba, E. and Esamai, F. (2015). Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network’s Maternal Newborn Health Registry study. *Reproductive Health*, 12(2), 8.
- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding, (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 129, 827–841.
- American Academy of Pediatrics, (2005). Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115, 496–506.
- Andrade, P. R. D., Ohara, C. V. D. S., Borba, R. I. H. D. and Ribeiro, C. A. (2015). Facing the difficult experience even with support: The underage adolescent experiencing motherhood. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 36, 111-118.
- Apostolakis-Kyrus, K., Valentine, C. and DeFranco, E. (2013). Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers. *The Journal of Pediatrics*, 163(5), 1489-1494.
- Assante, L. M, Chun, S., Yun, M. and Newell, M. (2014). Social supply of alcohol to Korean high school students: Across-sectional international alcohol control study. *BMJ Open*, 4(1), 1-6.
- Aydın, D. (2013). Adölesan gebelik ve adölesan annelik. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 16(4), 250-254.
- Ayyıldız, T., Topan, A., Öztürk, Ö. ve Kulakçı, H. (2015). Adölesan gebeliklerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 61-66.
- Bailey, J., Clark, M. and Shepherd, R. (2008). Duration of breastfeeding in young women: psychological influences. *British Journal of Midwifery*, 16(3), 172-178.

- Ballard, O. and Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics*, 60(1), 49-74.
- Balogun, O. O., O'Sullivan, E. J., McFadden, A., Ota, E., Gavine, A., Garner, C. D. and MacGillivray, S. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *The Cochrane Library*, 11, 5-19.
- Bauchner, H. (2007). Failure to Thrive. In: Kliegman R. M., Behrman R. E., Jenson H. B., Stanton B. F. (eds). *Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed.* Philadelphia: Saunders, Elsevier, 184-187.
- Beyerlein, A., Schiess, B., Lack, N. and Von Kries, R. (2011). Associations of gestational weight loss with birth-related outcome: A retrospective cohort study. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(1), 55-61.
- Bica, O. C. and Giugliani, E. R. J. (2014). Influence of counseling sessions on the prevalence of breastfeeding in the first year of life: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Birth*, 41(1), 39-45.
- Bindler, R. C., Ball, J. W., London, M.L. and Davidson, M. R. (2014). *Anne ve çocuk hemşireliği klinik uygulama becerileri kitabı* (çev. N.C. Şahiner, A. Açıkgoz, M.D. Bal). Nobel Akademik Yayıncılık, Yayın No: 944 (4. Basımdan çeviri), 72-74.
- Black, A. Y., Fleming, N. A. and Rome, E. S. (2012). Pregnancy in adolescents. *Adolescent Medicine: State of the art Reviews*, 23(1), 123-138.
- Blatt, K., Moore, E. A., Chen, A., Van Hook, J. W. and DeFranco, E. A. (2015). Factors Associated With Early Smoking Cessation in Teenage Pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, 125, 35-36.
- Bloom, B. S. (2005). Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *International Journal Of Technology Assessment in Health Care*, 21(3), 380-385.
- Blyth, R., Creedy, D. K., Dennis, C. L., Moyle, W., Pratt, J. and De Vries, S. M. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*, 29(4), 278-284.
- Bonuck, K., Stuebe, A., Barnett, J., Labbok, M. H., Fletcher, J. and Bernstein, P. S. (2014). Effect of primary care intervention on breastfeeding duration and intensity. *American Journal of Public Health*, 104(1), 119-127.
- Bottorff, J. L., Poole, N., Kelly, M. T., Greaves, L., Marcellus, L. and Jung, M. (2014). Tobacco and alcohol use in the context of adolescent pregnancy and postpartum: A scoping review of the literature. *Health & Social Care in The Community*, 22(6), 561-574.
- Bowler, L. (2010). The self-regulation of curiosity and interest during the information search process of adolescent students. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 61(7), 1332-1344.

- Brayboy, L. M., Sepolen, A., Mezoian, T., Schultz, L., Landgren-Mills, B. S., Spencer, N. and Clark, M. A. (2017). Girl Talk: A smartphone application to teach sexual health education to adolescent girls. *Journal Of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 30(1), 23-28.
- Breheny, M. and Stephens, C. (2010). Youth or disadvantage? The construction of teenage mothers in medical journals. *Culture, Health & Sexuality*, 12(3), 307-322.
- Brockway, M., Benzies, K. M., Carr, E. and Aziz, K. (2018). Breastfeeding self-efficacy and breastmilk feeding for moderate and late preterm infants in the Family Integrated Care trial: a mixed methods protocol. *International Breastfeeding Journal*, 13(1), 29.
- Brown, A., Raynor, P. and Lee, M. (2011). Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community. *Midwifery*, 27(1), 53-59.
- Cafazzo, J. A. and St-Cyr, O. (2012). From discovery to design: the evolution of human factors in healthcare. *Healthcare Quarterly*, 15(Special Issue), 24-29.
- Camarotti, C. M., Spano Nakano, A. M., Pereira, C. R., Medeiros, C. P. and Monteiro, J. C. (2010). The experience of breastfeeding in a group of teenage mothers. *Acta Paul Enferm*, 24(1), 55-60.
- Celik, R. ve Törüner, E. K. (2017). The Effect of Technology-Based Breastfeeding Approach on Adolescent Mothers' Breastfeeding Situation. *International Journal of Gynecology, Obstetrics, and Neonatal Care*, 4, 1-6.
- Chandra-Mouli, V., Camacho, A. V. and Michaud, P. A (2013). WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *Journal of Adolescent Health*, 52, 517–522.
- Cullen, K. W., Thompson, D., Boushey, C., Konzelmann, K. and Chen, T. (2013). Evaluation of a web-based program promoting healthy eating and physical activity for adolescents: Teen Choice: Food and Fitness. *Health Education Research*, 28(4), 704–714.
- Çelik, L. (2017). Öğretim materyallerinin hazırlanması ve seçimi. *Pegem Atıf İndeksi*, 31-68.
- Çınar, N. ve Hıra, S. (2017). Adölesan Annelik. *Journal of Human Rhythm*, 3(1), 15-19.
- Çırak, R. and Özdemir, F. (2015). Adölesan gebelerde beden imajı algısının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(3), 214-221.
- Çolak, Ü. (2012). Türkiye'deki adölesan gebelikler. *Eğitim Dergisi*, 33(1), 1-6.
- da Silva, C. F., Nunes, L. M., Schwartz, R. and Giugliani, E. R. J. (2016). Effect of a pro-breastfeeding intervention on the maintenance of breastfeeding for 2 years or more: randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 97.

- de Oliveira, L., Giugliani, E., Santo, L. and Nunes, L. (2014). Counselling sessions increased duration of exclusive breastfeeding: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Nutrition Journal*, 13(1), 1- 7.
- Demirel, M., Tekin, A., Özbek, S. ve Kaya, E. (2010). *Internet as a means of Developing Health Status: A Research on Internet Usage of Users and Their Expectations*, 373-380.
- Dennis, C. L., Heaman, M. and Mossman, M. (2011). Psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale-short form among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 49(3), 265-271.
- Dennis, C.L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: Psycometric assesment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(6), 734-744.
- DeVito, J. (2010). How adolescent mothers feel about becoming a parent. *Journal Perinat Education*, 19(2), 25-34.
- Dewan, N., Wood, L., Maxwell, S., Cooper, C. and Brabin, B. (2002). The breast-feeding knowledge and attitudes of teenage mothers in Liverpool. British Dietetic Association. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 15, 33-37.
- Dewey K. G. (2001). Nutrition, growth, and complementary feeding of breastfed infant. *Pediatric Clinics of North America*, 48, 87-104.
- Dewey, K. G., Heinig, M. J., Nommsen, L. A., Peerson, J. M. and Lönnerdal, B. (1992). Growth of breast-fed and formula-fed infants from 0 to 18 months: The darling Study. *Pediatrics*, 89(6), 1035-1041.
- Dhayanandhan, B., Bohr, Y. and Connolly, J. (2015). Developmental task attainment and child abuse potential in at-risk adolescent mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 24(7), 1987-1998.
- Dietitians of Canada, Canadian Paediatric Society, The College of Family Physicians of Canada, and Community Health Nurses of Canada. (2010). Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: Using the new WHO growth charts. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 71(1), 1-3.
- Dyson, L., McCormick, F. M. and Renfrew, M. J. (2014). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Sao Paulo Medical Journal*, 132(1), 68-68.
- Edwards, R. A., Bickmore, T., Jenkins, L., Foley, M. and Manjourides, J. (2013). Use of an interactive computer agent to support breastfeeding. *Maternal and Child Health Journal*, 17(10), 1961-1968.
- Erdemir, F. (2012). *Hemşirelik tanıları: El kitabı*. Ankara:Nobel Tıp Kitabevleri, 67-195.
- Erenel, A. Ş. ve Eroğlu, K. (2005). Doğum sonrası ilk altı ayda ev ziyareti yoluyla desteklenen emzirme eğitimi modelinin etkili emzirme davranışı üzerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (2), 43-54.

- Fahami, F., Mohamadirizi, S., and Bahadoran, P. (2014). Effect of electronic education on the awareness of women about post partum breast feeding. *International Journal of Pediatrics*, 2(32), 57-63.
- Feldman-Winter, L. and Shaikh, U. (2007). Optimizing breastfeeding promotion and support in adolescent mothers. *Journal of Human Lactation*, 23(4), 362-367.
- Filippi, V., Chou, D., Ronsmans, C., Graham, W. and Say, L. (2016). *Levels and causes of maternal mortality and morbidity. In Disease Control Priorities* (third edition): Third Edition (Volume 2). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2016 Apr. Chapter 3, 1-20.
- Franko, D. L., Cousineau, T. M., Rodgers, R. F. and Roehrig, J. P. (2013). Bodımojo: Effective internet-based promotion of positive body image in adolescent Girls. *Body Image*, 10(4), 481-488.
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P. and Zhang, J. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(1), 40-48.
- Gerçek, E., Sarıkaya Karabudak, S., Ardiç Çelik, N. ve Saruhan, A. (2017). The relationship between breastfeeding self-efficacy and LATCH scores and affecting factors. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (7-8), 994-1004.
- Goldzweig, C. L., Towfigh, A., Maglione, M. and Shekelle, P. G. (2009). Costs and benefits of health information technology: new trends from the literature. *Health Affairs*, 28(2), 282-293.
- Grady, M. A. and Bloom, K. C. (2004). Pregnancy outcomes of adolescents enrolled in a CenteringPregnancy program. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(5), 412-420.
- Grummer-Strawn, L. M., Reinold, C. M., Krebs, N. F. and Centers for Disease Control and Prevention, (2010). Use of World Health Organization and CDC growth charts for children aged 0-59 months in the United States. *Recommendations and Reports*, 59(9), 1-15.
- Haase, C. M. and Silbereisen, R. K. (2011). Effects of positive affect on risk perceptions in adolescence and young adulthood. *Journal of Adolescence*, 34(1), 29-37.
- Hamburg, B. A. (2017). *Subsets of adolescent mothers: Developmental, biomedical, and psychosocial issues*. In School-age pregnancy and parenthood. Routledge, 115-146.
- Hannula, L. S., Kaunonen, M. E. and Puukka, P. J. (2014). A study to promote breast feeding in the Helsinki Metropolitan area in Finland. *Midwifery*, 30(6), 696-704.
- Hassan, A. and Fleegler, E. W. (2010). Using technology to improve adolescent healthcare. *Current Opinion in Pediatrics*, 22(4), 412-417.
- Hayran, M. ve Hayran, M. (2011). *Sağlık araştırmaları için temel istatistik*. Ankara: Art Ofset Matbaacılık Yayıncılık Organizasyon, 114-115.

- Heetebry, I., Hatcher, M. and Tabriziani, H. (2005). Web based health education, e-learning, for weight management. *Journal of Medical Systems*, 29(6), 611-617.
- Hockenberry, M. J. and Wilson, D. (2018). *Wong's nursing care of infants and children*. Elsevier Health Sciences, 548-572.
- Holness, N. (2015). A global perspective on adolescent pregnancy. *International Journal of Nursing Practice*, 21(5), 677-681.
- Horodyski, M., Silk, K., Hsieh, G., Hoffman, A. and Robson, M. (2015). Tools for teen moms to reduce infant obesity: A randomized clinical trial. *BMC Public Health*, 15(1), 22.
- Huh, S. Y., Rifas-Shiman, S. L., Taveras, E. M., Oken, E. and Gillman, M. W. (2011). Timing of solid food introduction and risk of obesity in preschool-aged children. *Pediatrics*, 127, 544-551.
- Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Da Silva, M.O., Astin, M. and Wyness, L. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in The European Union Countries: A systematic review. *European Journal Public Health*, 17(6), 630-636.
- Insaf, T. Z., Fortner, R. T., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G. and Chasan-Taber, L. (2011). Prenatal Stress, Anxiety, and Depressive Symptoms as Predictors of Intention to Breastfeed Among Hispanic Women. *Journal of Women's Health*, 20(8), 1183-1192.
- International Council of Nurses (ICN). (2009). *ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist*. ICN Regulatory Series. Geneva, Switzerland, 5-31.
- Ip, W. Y., Gao, L. L., Choi, K. C., Chau, J. P. C. and Xiao, Y. (2016). The short form of the breastfeeding self-efficacy scale as a prognostic factor of exclusive breastfeeding among mandarin-speaking Chinese mothers. *Journal of Human Lactation*, 32(4), 711-720.
- Işık, G. ve Cetişli, N. E. (2017). The Breastfeeding in Adolescent Mothers. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(1), 50-58.
- İnce, O. T., Kondolot, M. ve Yalçın, S. S. (2011). Büyümenin izlenmesi ve büyüme duraklaması. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 5(3). 181-192.
- İnternet: National Center for Health Statistics, (2018). *An infant death occurs within the first year of life*. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fnchs%2Findex.htm&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.
- İnternet: National Health and Medical Research Council (2012). *Infant Feeding Guidelines: Information for Health Workers*. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fnhmrc.gov.au%2Fabout-us%2Fpublications%2Finfant-feeding-guidelines-information-health-workers&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

İnternet: Sağlık Bakanlığı (2018). Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü. 1-14. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Ffile%3A%2F%2F%2FC%3A%2FUsers%2FRCelik%2FDownloads%2F%25252FEkutuphane%25252Fkitaplar%25252Fbebek%25C3%25A7ocuk%2520izlem%2520protokolleri%2520%281%29.pdf&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), (2017). *Doğum İstatistikleri*. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.tuik.gov.tr%2FPreHaberBultenleri.do%3Fid%3D27588+&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

İnternet: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2003). *Doğurganlık ve bebeklerin beslenme alışkanlıkları, çocukların ve annelerinin beslenme durumu*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.hips.hacettepe.edu.tr%2FTNSA2003-AnaRapor.pdf%2C&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2015.

İnternet: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2008). *Doğurganlık ve bebeklerin beslenme alışkanlıkları, çocukların ve annelerinin beslenme durumu*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fhhttp%3A%2F%2Fwww.hips.hacettepe.edu.tr%2FTNSA2008-AnaRapor.pdf%2C+&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2015.

İnternet: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2013). *Doğurganlık ve bebeklerin beslenme alışkanlıkları, çocukların ve annelerinin beslenme durumu*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.hips.hacettepe.edu.tr%2Ftnsa2013%2Frapor%2FTNSA_2013_ana_rapor.pdf%2C+&date=2018-12-05, Son Erişim Tarihi: 05.12.2015.

İnternet: UNICEF (2015). *Statistical tables*. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.data.unicef.org%2Fresources%2Fthe-state-of-the-world-s-children-report-2015-statistical-tables.html&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

İnternet: UNICEF and WHO, (2018). *Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn*. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fnutrition%2Fpublications%2Finfantfeeding%2Fcapture-moment-early-initiation-bf%2Fen%2F&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

İnternet: UNICEF Nutrition, (2018). *Breastfeeding*. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.unicef.org%2Fnutrition%2Findex_24824.html&date=2018-12-05, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

İnternet: UNICEF, (2016). *'The Adolescent Brain: A Second Window of Opportunity'*. URL:<http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.unicef-irc.org%2Fpublications%2F933-the-adolescent-brain-a-second-window-of-opportunity-a-compendium.html&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

İnternet: UNICEF, (2017). *Sustainable Development Knowledge Platform Progress Of Goal 3 In 2017*. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fsustainabledevelopment.un.org%2Fsdg3&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

İnternet: WHO, (2016). *Global health estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015*. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fhealthinfo%2Fglobal_burden_disease%2FGlobalCOD_method_2000_2015.pdf&date=2018-12-05, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

İnternet: WHO, (2018). *Child Growth Standards*, <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fchildgrowth%2Fstandards%2Fen%2F+&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

İnternet: WHO, (2018). *Maternal, newborn, child and adolescent health*. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fmaternal_child_adolescent%2Ftopics%2Fadolescence%2Fdevelopment%2Fen%2F&date=2018-12-05, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

İnternet: WHO, (2018). *World Health Statistics*. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Fgho%2Fdata%2Fnode.sdg.3-7-viz-2%3Flang%3Den&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

İnternet: WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, (2015). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015*. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Freproductivehealth%2Fpublications%2Fmonitoring%2Fmaternal-mortality-2015%2Fen%2F&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

İnternet: WHO/UNICEF, (2003). *Anne Sütü İle Beslenmede Danışmanlık, Eğitim Kursu Katılımcı Rehberi*, URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Ffile%3A%2F%2F%2FC%3A%2FUsers%2FSau%2FDownloads%2F%25252FEkutuphane%25252Fkitaplar%25252Fa%25C3%25A7sap23.pdf&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

İnternet: World Bank, (2017). *Economic impacts of child marriage: Global synthesis report*. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fdocuments.worldbank.org%2Fcurated%2Fen%2F530891498511398503%2FEconomic-impacts-of-child-marriage-global-synthesis-report&date=2018-12-05>, Son Erişim Tarihi: 05.12.2018.

Jeha, D., Usta, I., Ghulmiyyah, L. and Nassar, A. (2015). A review of the risks and consequences of adolescent pregnancy. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 8, 1-8.

- Jensen, D., Wallace, S. and Kelsay, D. (1994). LATCH: Breastfeeding Charting System and Documentation Tool. *Journal of Obstetric Gynecology Neonatal Nursing*, 23(1), 27-32.
- Jiang, H., Li, M., Wen, L. M., Hu, Q., Yang, D., He, G. and Qian, X. (2014). Effect of short message service on infant feeding practice: findings from a community-based study in Shanghai, China. *JAMA Pediatrics*, 168(5), 471-478.
- Jones, K., Eathington, P., Baldwin, K. and Sipsma, H. (2014). The impact of health education transmitted via social media or text messaging on adolescent and young adult risky sexual behavior: a systematic review of the literature. *Sexually Transmitted Diseases*, 41(7), 413-419.
- Joseph, C. L., Ownby, D. R., Havstad, S. L., Saltzgaber, J., Considine, S., Johnson, D. and Johnson, C. C. (2013). Evaluation of a web-based asthma management intervention program for urban teenagers: reaching the hard to reach. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 419-426.
- Kakleas, K., Kandyla, B., Karayianni, C. and Karavanaki, K. (2009). Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolism*, 35(5), 339-350.
- Kalanda, B. F., Verhoeff, F. H. and Brabin, B. J. (2006). Breast and complementary feeding practices in relation to morbidity and growth in Malawian infants. *European Journal of Clinical Nutrition*, 60(3), 401-407.
- Kamran, A., Shrifirad, G., Mirkarimi, S. K. and Farahani, A. (2012). Effectiveness of breastfeeding education on the weight of child and self-efficacy of mothers—2011. *Journal of Education and Health Promotion*, 1, 11.
- Kanhadilok, S. and McGrath, J. M. (2015). An integrative review of factors influencing breastfeeding in adolescent mothers. *The Journal of Perinatal Education*, 24(2), 119-127.
- Karataş, Z., Aydoğdu, S. D., Karataş, A. ve Aydın, B. (2011). Erken Bebeklik Döneminde Anne Sütü ve Formül Mama ile Beslenen Bebeklerin Ghrelin ve Leptin Düzeylerinin Büyüme Üzerine Etkisi. *Duzce Medical Journal*, 13(3), 6-12.
- Katz, K. S., Rodan, M., Milligan, R., Tan, S., Courtney, L., Gantz, M. and Subramanian, S. (2011). Efficacy of a randomized cell phone-based counseling intervention in postponing subsequent pregnancy among teen mothers. *Maternal and Child Health Journal*, 15(1), 42-53.
- Keane, V. (2007). *Assessment of Growth*. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (eds): Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed. Philadelphia: Saunders, Elsevier: 71-74.
- Kellams, A. L., Gurka, K. K., Hornsby, P. P., Drake, E., Riffon, M., Gellerson, D. and Coleman, V. (2016). The impact of a prenatal education video on rates of breastfeeding initiation and exclusivity during the newborn hospital stay in a low-income population. *Journal of Human Lactation*, 32(1), 152-159.

- Kennedy, A. C., Bybee, D. and Greeson, M. R. (2015). Intimate partner violence and homelessness as mediators of the effects of cumulative childhood victimization clusters on adolescent mothers' depression symptoms. *Journal of Family Violence*, 30(5), 579-590.
- Klein, J. D. (2005). Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics*, 116(1), 281-286.
- Kovavisarach, E., Chairaj, S., Tosang, K., Asavapiriyant, S. and Chotigeat, U. (2010). Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi Hospital. *Medical Journal of The Medical Association of Thailand*, 93(1), 1-8.
- Kramer, M. S., Guo, T., Platt, R. W., Shapiro, S., Collet, J. P., Chalmers, B. Vanilovich, I. (2002). Breastfeeding and infant growth: biology or bias?. *Pediatrics*, 110(2), 343-347.
- Kumar, S. P., Mooney, R., Wieser, L. J. and Havstad, S. (2006). The LATCH scoring system and prediction of breastfeeding duration. *Journal of Human Lactation*, 22(4), 391-397.
- Kutanis, R. Ö. ve Tunç, T. (2013). Hemşirelerde benlik saygısı ile durumluk ve sürekli kaygı arasındaki ilişki: Bir üniversite hastanesi örneği. "*İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 15(2), 1-15.
- Labarere, J., Gelbert-Baudino, N., Laborde, L., Arragain, D., Schelstraete, C. and François, P. (2011). CD-ROM-based program for breastfeeding mothers. *Maternal & Child Nutrition*, 7(3), 263-272.
- Lau, Y., Htun, T. P., Tam, W. S. and Klainin-Yobas, P. (2016). Efficacy of e-technologies in improving breastfeeding outcomes among perinatal women: A meta-analysis. *Maternal and Child Nutrition*, 12(3), 381-401.
- Lau, Y., Htun, T. P., Im Lim, P., Ho-Lim, S., and Klainin-Yobas, P. (2016). Psychometric evaluation of 5-and 4-item versions of the LATCH breastfeeding assessment tool during the initial postpartum period among a multiethnic population. *PloS One*, 11(5), 1-15.
- Leclair, E., Robert, N., Sprague, A. E. and Fleming, N. (2015). Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent pregnancies: A cohort study. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(6), 516-521.
- Lee, J. E., Lee, D. E., Kim, K., Shim, J. E., Sung, E., Kang, J. H. and Hwang, J. Y. (2017). Development of tailored nutrition information messages based on the transtheoretical model for smartphone application of an obesity prevention and management program for elementary-school students. *Nutrition Research and Practice*, 11(3), 247-256.
- Letourneau, N. L., Stewart, M. and Barnfather, A. K. (2004). Adolescent mothers: support needs, resources, and support-education interventions. *Journal of Adolescent Health*, 35(6), 509-525.

- Li, R., Fein, S. B. and Grummer-Strawn, L. M. (2010). Do Infants Fed From Bottles Lack Self-regulation of Milk Intake Compared With Directly Breastfed Infants? *Pediatrics*, 125, 1386-1393.
- Lifer, G. (2012). Maternity nursing an introductory text. *Community-Based Care, The Pregnant Adolescent and Maternity Nursing in the Community*, 8, 355-370.
- Loaiza, E. and Liang, M. (2013). *Adolescent pregnancy: A review of the evidence*. New York, United Nations Population Fund [UNFPA], 60, 1-14.
- Long, J. D. and Stevens, K. R. (2004). Using technology to promote self-efficacy for healthy eating in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 134-139.
- Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M. R., Ho, J. J. and Hakimi, M. (2016). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 9, 11.
- Marsch, L. A., Grabinski, M. J., Bickel, W. K., Desrosiers, A., Guarino, H., Muehlbach, B. and Acosta, M. (2011). Computer-assisted HIV prevention for youth with substance use disorders. *Substance Use & Misuse*, 46(1), 46-56.
- Marsch, L. A., Guarino, H., Grabinski, M. J., Syckes, C., Dillingham, E. T., Xie, H. and Crosier, B. S. (2015). Comparative effectiveness of web-based vs. educator-delivered HIV prevention for adolescent substance users: A randomized, controlled trial. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 59, 30-37.
- Martínez, M. R., Numa, L. T., Bernal, D. R., de Galvis, Y. T. and Sierra, G. (2017). Sexual abuse and neglect situations as risk factors for adolescent pregnancy. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (English ed.), 46(2), 74-81.
- Mason, E. (2011). *Guidelines for preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries*. World Health Organization, Geneva, 1-8.
- McCarvill, R. and Weaver, K. (2014). Primary care of female adolescents with type 1 diabetes mellitus and disordered eating. *Journal of Advanced Nursing*, 70(9), 2005-2018.
- McQueen, K. A., Dennis, C. L., Stremmler, R. and Norman, C. D. (2011). A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(1), 35-46.
- Meglio, G. D., McDermott, M. P. and Klein, J. D. (2010). A randomized controlled trial of telephone peer support's influence on breastfeeding duration in adolescent mothers. *Breastfeeding Medicine*, 5(1), 41-47.
- Mezzacappa, E. S. and Katkin, E. S. (2002). Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology*, 21(2), 187.

- Mohamadirizi, S., Bahadoran, P., Fahami, F. and Moradi, F. (2013). Effect of Electronic Education on The Awareness of Women about Post-Partum Nutrition Education. *International Journal of Fertility & Sterility*, 7, 151.
- Mollborn, S. and Dennis, J. A. (2012). Investigating the life situations and development of teenage mothers' children: Evidence from the ECLS-B. *Population Research and Policy Review*, 31(1), 31-66.
- Mossman, M., Heaman, M., Dennis, C. L. and Morris, M. (2008). The influence of adolescent mothers' breastfeeding confidence and attitudes on breastfeeding initiation and duration. *Journal of Human Lactation*, 24(3), 268-277.
- Mulvaney, S. A., Anders, S., Smith, A. K., Pittel, E. J. and Johnson, K. B. (2012). A pilot test of a tailored mobile and web-based diabetes messaging system for adolescents. *Journal Of Telemedicine and Telecare*, 18(2), 115-118.
- Murray, E., Burns, J., See, T.S., Lai, R. and Nazareth, I. (2005). Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 4, 2-84.
- Nelson, A. and Sethi, S. (2005). The breastfeeding experiences of Canadian teenage mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34(5), 615-624.
- Nesbitt, S. A., Campbell, K. A., Jack, S. M., Robinson, H., Piehl, K. and Bogdan, J. C. (2012). Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: A qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 149.
- Neyzi, O., Günöz, H., Furman, A., Bundak, R., Gökçay, G. ve Darendeliler, F. (2008). Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51, 1-14.
- Nguyen, H. Q., Carrieri-Kohlman, V., Rankin, S. H., Slaughter, R. and Stulbarg, M. S. (2004). Internet-based patient education and support interventions: a review of evaluation studies and directions for future research. *Computers in Biology and Medicine*, 34(2), 95-112.
- Nicholas, D. B., Fellner, K. D., Frank, M., Small, M., Hetherington, R., Slater, R. and Daneman, D. (2012). Evaluation of an online education and support intervention for adolescents with diabetes. *Social Work in Health Care*, 51(9), 815-827.
- Nollen, N. L., Mayo, M. S., Carlson, S. E., Rapoff, M. A., Goggin, K. J. and Ellerbeck, E. F. (2014). Mobile technology for obesity prevention: a randomized pilot study in racial-and ethnic-minority girls. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(4), 404-408.
- Noller, P. and Callan, V. (2016). *The adolescent in the family*. Routledge Taylorand Francis Group; Newyork, 1-41.
- Nommsen-Rivers, L. A. and Dewey, K.G. (2009). Growth of breastfed infants. *Breastfeed Medicine*, 4, 45-49.

- Ogbuanu, C., Glover, S., Probst, J., Liu, J. and Hussey, J. (2011). The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. *Pediatrics*, 127, 1414-1427.
- Olson, A. L., Gaffney, C. A., Hedberg, V. A. and Gladstone, G. R. (2009). Use of inexpensive technology to enhance adolescent health screening and counseling. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(2), 172-177.
- Öner, N. and Le Compte, A. (1998). *Süreksiz durumluk/sürekli kaygı envanteri el kitabı*. İstanbul: 2.Basım, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 10-26.
- Özmert, E. N. (2005). Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-I: Beslenme. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48(1), 79-195.
- Özsoy, S. (2014). Adölesan annelerin emzirmeye yönelik düşünce ve uygulamaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22 (2), 84-93.
- Pan American Health Organization/WHO (2003). *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child*. Division of Health Promotion and Protection Food and Nutrition Program, Food and Nutrition, 8-14.
- Paul, I. M., Downs, D. S., Schaefer, E. W., Beiler, J. S. and Weisman, C. S. (2013). Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics*, 1218-1224.
- Pentecost, R. and Grassley, J. S. (2014). Adolescents' needs for nurses' support when initiating breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 30(2), 224-228.
- Peskin, M. F., Shegog, R., Markham, C. M., Thiel, M., Baumler, E. R., Addy, R. C. and Emery, S. T. (2015). Efficacy of It's Your Game-Tech: a computer-based sexual health education program for middle school youth. *Journal of Adolescent Health*, 56(5), 515-521.
- Pillay, S., Sibanda, W., Ghuman, M. R. and Coutsooudis, A. (2018). Infant feeding practices of teenage mothers attending a well-baby clinic in a public hospital in Umlazi, KwaZulu-Natal, South Africa. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 31(1), 14-19.
- Pitts, A., Faucher, M.A. and Spencer, R. (2015). Incorporating breastfeeding education into prenatal care. *Breastfeeding Medicine*, 10(2), 118-123.
- Popo, E., Kenyon, S., Dann, S. A., MacArthur, C. and Blissett, J. (2017). Effects of lay support for pregnant women with social risk factors on infant development and maternal psychological health at 12 months postpartum. *PloS one*, 12(8), 1-14.
- Rani, M. and Lule, E. (2004). Exploring the socioeconomic dimension of adolescent reproductive health: a multicountry analysis. *Int Fam Plan Perspect*, 30, 110-17.
- Riiser, K., Løndal, K., Ommundsen, Y., Sundar, T. and Helseth, S. (2013). Development and usability testing of an internet intervention to increase physical activity in overweight adolescents. *JMIR Research Protocols*, 2(1), e7.

- Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Cox, D. J., Kovatchev, B. P. and Gonder-Frederick, L. A. (2009). A behavior change model for internet interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 18-27.
- Sağlık Bakanlığı, (2010). *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı*. Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015, Ankara, 41-44.
- Savino, F., Fissore, M.F., Liguori, S.A. and Oggero, R. (2009). Can hormones contained in mothers' milk account for the beneficial effect of breast-feeding on obesity in children? *Clinical Endocrinology (Oxford)*, 71, 757-765.
- Schraml, K., Perski, A., Grossi, G. and Simonsson-Sarnecki, M. (2011). Stress symptoms among adolescents: The role of subjective psychosocial conditions, lifestyle, and self-esteem. *Journal of Adolescence*, 34(5), 987-996.
- Seguranyes, G., Costa, D., Fuentelsaz-Gallego, C., Beneit, J. V., Carabantes, D., Gómez-Moreno, C. and Postpartum Telematics Research Group (2014). Efficacy of a videoconferencing intervention compared with standard postnatal care at primary care health centres in Catalonia. *Midwifery*, 30(6), 764-771.
- Siddiqui, M. M. (2018). Frequency and Related Health Problems of Adolescent Pregnancy among Rural Families in Pakistan. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 12(1), 138-141.
- Sipsma, H. L., Ruiz, E., Jones, K., Magriples, U. and Kershaw, T. (2018). Effect of breastfeeding on postpartum depressive symptoms among adolescent and young adult mothers. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(11), 1442-1447.
- Sipsma, H., Magriples, U., Divney, A., Gordon, D., Gabzdyl, E. and Kershaw, T. (2013). Breastfeeding behavior among adolescents: Initiation, duration, and exclusivity. *Journal of Adolescent Health*, 53(3), 394-400.
- Sisk, P. M., Lovelady, C. A., Dillard, R. G. and Gruber, K. J. (2006). Lactation counseling for mothers of very low birth weight infants: effect on maternal anxiety and infant intake of human milk. *Pediatrics*, 117(1), 67-75.
- Smith, J. J., Morgan, P. J., Plotnikoff, R. C., Dally, K. A., Salmon, J., Okely, A. D. and Lubans, D. R. (2014). Smart-phone obesity prevention trial for adolescent boys in low-income communities: The Atlas RCT. *Pediatrics*, 134(4), 723-731.
- Smith, P. H., Coley, S. L., Labbok, M. H., Cupito, S. and Nwokah, E. (2012). Early breastfeeding experiences of adolescent mothers: A qualitative prospective study. *International Breastfeeding Journal*, 7, 1-14.
- Spielberger, C. D. (1971). Notes and comments trait-state anxiety and motor behavior. *Journal of motor behavior*, 3(3), 265-279.
- Stinson, J., Kohut, S. A., Forgeron, P., Amaria, K., Bell, M., Kaufman, M. and Spiegel, L. (2016). The iPeer2Peer program: A pilot randomized controlled trial in adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Pediatric Rheumatology*, 14(1), 48.

- Stuebe, A. M., Grewen, K. and Meltzer-Brody, S. (2013). Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *Journal of Women's Health*, 22(4), 352-361.
- Şen, S. ve Kavlak, O. (2011). Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 12(7), 34-44.
- Şolt, A. ve Yazıcı, S. (2015). Adölesan Gebelikler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(2), 241-249.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2001). *Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedefleri ve Stratejileri*, 62-69.
- Tahir, N. M. and Al-Sadat, N. (2013). Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices?: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 16-25.
- Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Genişletilmiş XIII. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 219-240.
- Tate, A.R., Dezateux, C. and Cole, T.J. (2006). Millenium Cohort Study Child Health Group. Is infant growth changing? *International Journal of Obesity*, 30(7), 1094-1096.
- Tokat, M. A., Okumuş, H. ve Dennis, C.L. (2010). Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale—Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*, 26(1), 101-108.
- Törüner, K. E. ve Büyükgönenç, L. (2017). *Çocuk Sağlığı: Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, Ankara: Göktuğ Yayıncılık, 93-97.
- Turfkruyer, M. and Verhasselt, V. (2015). Breast milk and its impact on maturation of the neonatal immune system. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 28(3), 199-206.
- Uzun, K. A. ve Orhon, Ş. F. (2013). Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebek Sağlığına Olan Etkileri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 66(1), 19-24.
- Valérie, M., Member of the Collaborative Statement Advisory Group, and Nutrition and Gastroenterology Committee (2010). Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: using the new World Health Organization growth charts. *Paediatrics & Child Health*, 15(2), 77-79.
- Varol, D. ve Yıldız, S. (2006). Doğum sonrası 6 ay boyunca sürdürülen emzirme eğitiminin tek başına anne sütüyle beslenme süresine ve büyümeye etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 14(56), 27-40.
- Venkatesh, K. K., Phipps, M. G., Triche, E. W. and Zlotnick, C. (2014). The relationship between parental stress and postpartum depression among adolescent mothers enrolled in a randomized controlled prevention trial. *Maternal and Child Health Journal*, 18(6), 1532-1539.

- Verhoeven, F., van Gemert-Pijnen, L., Dijkstra, K., Nijland, N., Seydel, E. and Stehouder, M. (2007). The contribution of teleconsultation and videoconferencing to diabetes care: a systematic literature review. *Journal of Medical Internet Research*, 9, 37.
- Victora, C., Bahl, R., Barros, A., França, G., Horton, S. and Krasevec, J. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.
- Wambach, K. A., Aaronson, L., Breedlove, G., Domain, E. W., Rojjanasrirat, W. and Yeh, H. W. (2011). A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *Western Journal of Nursing Research*, 33(4), 486-505.
- Wambach, K. and Cohen, S. (2009). Breastfeeding experiences of urban adolescent mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(4), 244- 254.
- Whittaker, R., Merry, S., Stasiak, K., McDowell, H., Doherty, I., Shepherd, M. and Rodgers, A. (2012). MEMO—a mobile phone depression prevention intervention for adolescents: Development process and postprogram findings on acceptability from a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), e13.
- Woods, N., Chesser, A. and Wipperman, J. (2013). Describing adolescent breastfeeding environments through focus groups in an urban community. *Journal of Primary Care & Community Health*, 4(4), 307-310.
- World Health Organization, (1999). *Health 21: The health for all policy framework for WHO European Region, Copenhagen*. 28-35.
- World Health Organization, (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: World Health Organization, 29-81.
- World Health Statistics, (2015). *Demographic and socioeconomic statistics. Adolescent fertility rate (per 1000 girls aged 15–19 years)*. World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland, 149-159.
- Wu, D. S., Hu, J., McCoy, T. P. and Efird, J. T. (2014). The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1867-1879.
- Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Cunningham, M. J., Lyneham, H. J., Hudson, J.L. and Schniering, C. A. (2012). A Randomized Controlled Trial of the Cool Teens CD-ROM Computerized Program for Adolescent Anxiety. In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(3), 261-270.
- Yalçın, S.S. (2003). Büyümenin izlenmesi. *Katkı Pediatri Dergisi*, 25, 43–63.
- Yasmin, G., Kumar, A. ve Parihar, B. (2014). Teenage pregnancy-its impact on maternal and fetal outcome. *International Journal of Scientific Study*, 1(6), 9-13.
- Yenal, K. ve Okumuş, H. (2003). LATCH Emzirme tanılama ölçeğinin güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. *HEMAR-G Dergisi*, 5(1), 38-44.

- Yılmaz, E., Öcal, F. D., Yılmaz, Z. V., Ceyhan, M., Kara, O. F. ve Küçüközkan, T. (2017). Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 14(1), 1-9.
- Yılmaz, E., Yılmaz, Z., Isık, H., Gultekin, I.B., Timur, H. ve Kara, F. (2016). Factors associated with breastfeeding initiation and exclusive breastfeeding rates in Turkish adolescent mothers. *Breastfeeding Medicine*, 11(6), 315-320.





EK-1. Gönüllü İzin Onam Formu

Girişim Grubu

Sayın anne,

Doğum sonrası bebeğinizi emzirmeniz onun sağlıklı büyüme ve gelişimi için önemlidir. Araştırma, teknoloji temelli emzirme programının adölesan annelerin bebeklerinin büyümesine etkisini belirlenmek amacıyla planlanmış bir araştırmadır.

Bu çalışmada; sizinle emzirme durumunuzu ve bebeğinizin fiziksel gelişimi ile ilgili bilgileri içeren görüşmeler yapılacak, emzirme eğitim programı uygulanacak, cep telefonunuza eğitim içeriği yüklenecek, haftalık telefon görüşmeleri ve yazılı kısa mesaj gönderimi yapılacaktır. Çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Tamamen akademik amaçlı olan bu çalışma için herhangi bir ücret ödenmeyecektir ya da talep edilmeyecektir. Kimliğiniz sorulmayacaktır ve size ait bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

İlginizden dolayı teşekkür ederiz.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bölümü

Yüksek Lisans Öğrencisi
Rukiye ÇELİK

Danışman Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER

Yukarıda, araştırma ile ilgili metni okudum. Araştırmaya katılmama hakkı ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum. Çalışmaya gönüllü olarak katılabileceğimi kabul ediyorum.

Tarih:

İmza:

İletişim bilgisi:

EK-1. (devam) Gönüllü İzin Onam Formu

Kontrol Grubu

Sayın anne,

Doğum sonrası bebeğinizi emzirmeniz onun sağlıklı büyüme ve gelişimi için önemlidir. Araştırma, teknoloji temelli emzirme programının adölesan annelerin bebeklerinin büyümesine etkisini belirlenmek amacıyla planlanmış bir araştırmadır.

Bu çalışmada; sizinle emzirme durumunuzu ve bebeğinizin fiziksel gelişimi ile ilgili bilgileri içeren görüşmeler yapılacaktır. Çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Tamamen akademik amaçlı olan bu çalışma için herhangi bir ücret ödenmeyecektir ya da talep edilmeyecektir. Kimliğiniz sorulmayacaktır ve size ait bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

İlginizden dolayı teşekkür ederiz.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bölümü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Rukiye ÇELİK

Danışman Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER

Yukarıda, araştırma ile ilgili metni okudum. Araştırmaya katılmama hakkı ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum. Çalışmaya gönüllü olarak katılabileceğimi kabul ediyorum.

Tarih:

İmza:

İletişim bilgisi:

EK-2. Tanımlayıcı Veriler Formu

TANIMLAYICI VERİLER FORMU

- 1) Yaşınız:
- 2) Öğrenim durumunuz
 - a) Okur-yazar
 - b) İlkokul mezunu
 - c) Ortaokul mezunu
 - d) Lise mezunu
 - e) Üniversite mezunu
 - f) Diğer.....
- 3) Çalışma durumunuz
 - a) Çalışıyor
 - b) Çalışmıyor
 - D) Diğer.....
- 4) Aile tipiniz
 - a) Çekirdek aile (Eş/partneri ile birlikte)
 - b) Büyük aile (Eş/partner, kendisi, anne, baba, kardeşler, amca, yenge vs.)
 - c) Parçalanmış aile (Eş ile birlikte değil)
 - d) Diğer.....
- 5) Ailenizin gelir durumu
 - a) Gelir giderden az
 - b) Gelir gidere eşit
 - c) Gelir giderden fazla
 - d) Diğer....

EK-3. Bebek ve Emzirmeye Yönelik Veri Toplama Formu

BEBEK VE EMZİRMeye YÖNELİK VERİ TOPLAMA FORMU

- 1) Bebeğin cinsiyeti
 - a) Kız
 - b) Erkek
- 2) Gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 3) Bebeğin doğum haftası:.....
- 4) Bebek kaç günlük:.....
- 5) Bebeğin doğum kilosı:.....
- 6) Bebeğin doğum boyu:.....
- 7) Bebeğin doğum baş çevresi:.....
- 8) Emzirme ile ilgili eğitim aldınız mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır (11.soruya geçiniz)

9) Ne zaman aldınız? a) Hamilelik öncesi b) Hamilelik sırası c) Hamilelik sonrası d) Diğer.... Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.	10) Eğitimi kimden aldınız? a) Hemşire b) Ebe c) Hekim d) Diğer...
--	--

11) Doğumdan sonra bebeğinizi ilk ne zaman emzirdiniz?

- a) Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde
- b) Doğumdan 1 saat sonra
- c) Diğer.....

12) Emzirmeye kesintisiz devam ettiniz mi?

- a) Evet
- b) Hayır (cevabınız hayır ise nedeni:.....)

EK-3. (devam) Bebek ve Emzirmeye Yönelik Veri Toplama Formu

13) Başka bir gıda verdiniz mi?

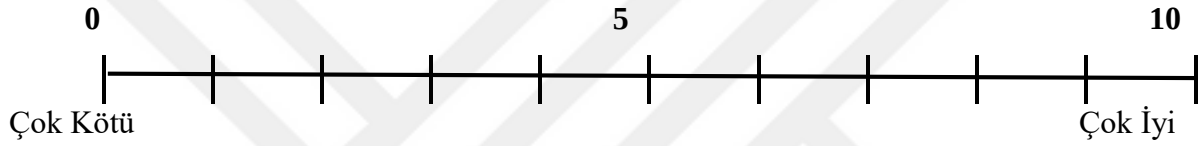
a) Evet (cevabınız evet ise nedeni:.....)

b) Hayır

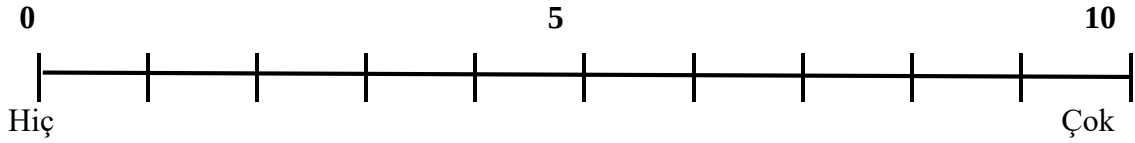
EK 3(devam).

14) Bebeğinizi ne kadar süre emzirmeyi planlıyorsunuz?.....

15) Emzirme konusundaki bilgi düzeyinizi 10 üzerinden değerlendirdiğinizde vereceğiniz puan kaç olur?



16) Emzirme uygulanması sırasında konusundaki kendinizi yeterli bulma/hissetmeye 10 üzerinden vereceğiniz puan kaç olur?



EK-4. Bebeğin Fiziksel Gelişim Takip Formu ve Emzirme Takip Formu

BEBEĞİN FİZİKSEL GELİŞİM TAKİP FORMU

Anne Adı:

Bebek Adı:

Tarih/ Süre	Görüşme	Kilo	Boy	Baş Çevresi	LATCH Puanı	STAI Puanı	EÖYÖ Puanı
	1) Görüşme						
	2) Görüşme						
	3) Görüşme						
	1. Telefon						
	2. Telefon						
	3. Telefon						

*Araştırmacı tarafından ölçülecektir.

EMZİRMETAKİP FORMU

Tarih/ Süre	Görüşme	Emzirme Sıklık/ Gün	Emzirme Süre/1 defa (Ortalama)	Emzirmede Yaşanan Sorun	Soruna Yönelik Alınan Önlem	Emzirmede Kesinti Süresi(Gün)	Kesinti Nedeni	Mama Başlama Zamanı	Mamaya Devam Etme Süresi (gün)	Mama Başlama Nedeni	Mama Sıklığı/Gün	Mama Miktarı /1 defa	Mama Veriliş Yöntemi	Mama Değişim Miktarı
	1. Görüşme													
	1. Görüşme													
	3. Görüşme													
	1. Telefon													
	2. Telefon													
	3. Telefon													

* Veriler anneden alınacaktır.

EK-5. Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ)

POSTPARTUM EMZİRME ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ(EÖYÖ)

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 yanıtlayınız. Doğru veya yanlış yanıt 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 bebeğimi her zaman 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-6. The State-Trait Anxiety Inventory (Durumluluk kaygı envanteri)

STAI FORM TX – I

Cinsiyet:.....

Yaş:.....

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

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-7. LATCH Emzirme Tanılama Ve Değerlendirme Aracı

LATCH EMZİRME TANILAMA VE DEĞERLENDİRME ARACI

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ	PUANLAR		
	0	1	2
MEMEYİ TUTMA	Uyur ya da isteksizdir, memeyi tutmayı başaramaz.	Tekrar dener, sadece meme ucunu ağzına alır, emme hareketi görülür.	Areolanın tamamını ağzına alacak şekilde memeyi tutar, ritmik bir şekilde emer, dudakları dışa dönüktür.
BEBEĞİN YUTMA HAREKETİNİN GÖRÜLMESİ	Yok	Birkaç emme hareketi	Yutma sırasında kısa süreli güçlü ekspirasyon görülür.
MEME UCUNUN TİPİ	Çökük	Düz	Uyarıyla dışa doğru
ANNENİN MEME VE MEME UCUNA İLİŞKİN RAHATLIĞI	Çatlak, kanama, eziklik, memelerde dolgunluk, şişme	Doku kızarıklık, küçük ezikler, rahatlıkta azalma	Yumuşak göğüsler, annede rahatlık
BEBEĞİ TUTUŞ POZİSYONU	Tamamıyla yardımla	Minimal yardımla	Yardımsız

EK-8. Emzirme Programı Değerlendirme Formu

EMZİRME PROGRAMI DEĞERLENDİRME FORMU

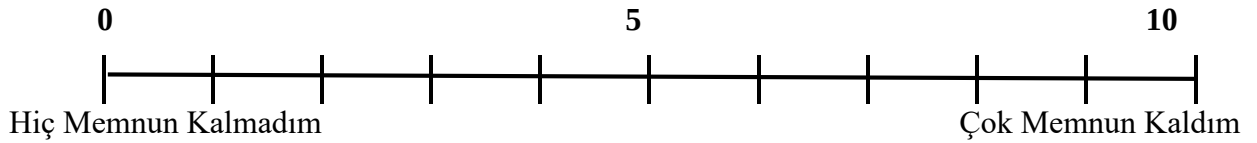
1) Emzirme eğitim programının size ve bebeğinize faydası olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

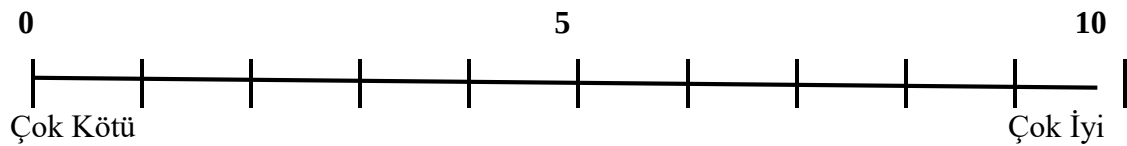
2) Cevabınız evetse ne gibi faydaları olduğunu düşünüyorsunuz?

Anneye Ait Faydalar	Bebeğe Ait Faydalar
a)	a)
b)	b)
c)	c)

3) Eğitim programdan memnun kalma durumunuzu 10 üzerinden değerlendirdiğinizde vereceğiniz puan kaç olur?

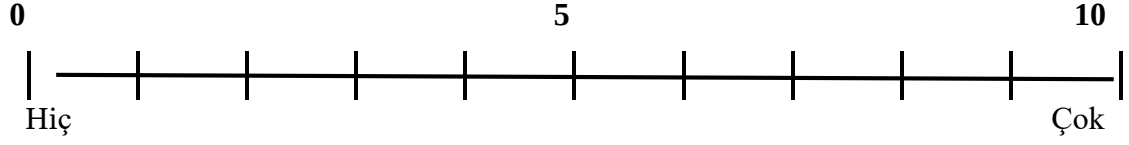


4) Eğitim sonrası emzirme konusundaki bilgi düzeyinizi 10 üzerinden değerlendirdiğinizde vereceğiniz puan kaç olur?



EK-8. (devam) Emzirme Programı Değerlendirme Formu

- 5) Eğitimin sonrası emzirme konusundaki kendinizi yeterli bulma/hissetmeye 10 üzerinden vereceğiniz puan kaç olur?



- 6) Eğitim programın geliştirilmesine yönelik önerileriniz nelerdir?

a)

b)

c)

EK-9. Bebek Kilo Ölçümü

BEBEK KİLO ÖLÇÜMÜ**Malzemeler**

Bebek tartısı

Disposable örtü

Persentil eğrisi

Uygulama Basamakları	Yapıldı
Ellerinizi yıkayınız.	
Bebek tartısını düz bir zemine yerleştiriniz.	
Bölgenin güvenliğini sağlayınız.	
Kullanılacak bebek tartısı panelinde işlem öncesi ayar kontrolü için sıfır sayısını kontrol ediniz.	
Oda ısısı 22-24 °C olacak şekilde ayarlayınız.	
Bebeğin kullandığı kuru bezi tartınız (Kuru bez ölçüm sonrası tartılıp bezin ağırlığı vücut ağırlığından düşülecektir).	
Bebek kıyafetlerini sadece kuru bez kalacak şekilde çıkarınız.	
Bebek tartı üzerine konulmadan önce güvenlik önlemlerini alınız ve tartı üzerine disposable örtü seriniz.	
Bebeği yatar şekilde tartıya yerleştiriniz, ölçüm sırasında bebeğe dokunmayınız ancak güvenlik sebebiyle bebeği tartan kişinin elleri bebeğin vücudunun üzerinde olmasını sağlayınız.	
Ölçümün doğruluğu için bebeğin tartı üzerindeki hareketlerinin en aza indirilmesini ve sakinliği sağlayınız.	
Ölçümü bebek birkaç saniye hareketsiz iken yapınız ve kayıt ediniz (bebeğin gerçek ağırlığı hareketsiz iken tam olarak ölçülebilir).	
Ölçümü doğrulamak için aynı bebek için ölçüm ikinci kez yapınız.	
İki ölçüm arasında fark varsa ölçümü tekrarlayınız.	
Disposable örtüyü atınız ve ellerinizi yıkayınız.	
Ölçümü standart büyüme eğrisinde çocuğun haftasına uygun şekilde işaretleyiniz.	

EK-10. Bebek Boy Ölçümü

BEBEK BOY ÖLÇÜMÜ**Malzemeler**

Bebek stadiometresi

Disposable örtü

Persentil eğrisi

Uygulama Basamakları	Yapıld
	1
Ellerinizi yıkayınız.	
Düz bir zemine disposable örtüyü yerleştiriniz.	
Bölgenin güvenliğini sağlayınız.	
Bebeğin varsa bir ayakkabı ya da çorabın çıkartılmasını sağlayınız.	
Bebeğin varsa saç tokası, şapkası ya da beresinin çıkartılmasını sağlayınız.	
Bebeği düz zemine sırt üstü olacak şekilde yatırınız.	
Bebek başının verteksi ölçüm aletinin baş tahtasına temas ettirilecek, başın arka kısmı, sırt, kalça, bacaklar ve topuklar zemin ile tam temas halinde, topuklar dikey sert yüzey ile 90 derecede açı yapacak şekilde dizler hafifçe bastırılarak hareketli ayak tahtası bebeğin ayak tabanında olacak şekilde yerleştiriniz.	
Ölçümün doğruluğu için bebeğin hareketlerinin en aza indirilmesini ve sakinliği sağlayınız.	
Ölçüm sırasında bebek başının ölçüm tahtasının üst kısmında sabit kalmasını sağlayınız.	
Ölçümü bebek hareketleri en az ve bebek başı ölçüm tahtasının üst kısmında sabit iken yapınız ve kayıt ediniz.	
Ölçümü doğrulamak için aynı bebek için ölçüm ikinci kez yapınız.	
İki ölçüm arasında fark varsa ölçümü tekrarlayınız.	
Disposable örtüyü atınız ve ellerinizi yıkayınız.	
Ölçümü standart büyüme eğrisinde çocuğun haftasına uygun şekilde işaretleyiniz.	

EK-11. Bebek Baş Çevresi Ölçümü

BEBEK BAŞ ÇEVRESİ ÖLÇÜMÜ**Malzemeler**

Üzerinde milimetre ve santimetre cinsinden işaretleri olan, esnek olmayan mezura

Gerekli ise disposable örtü

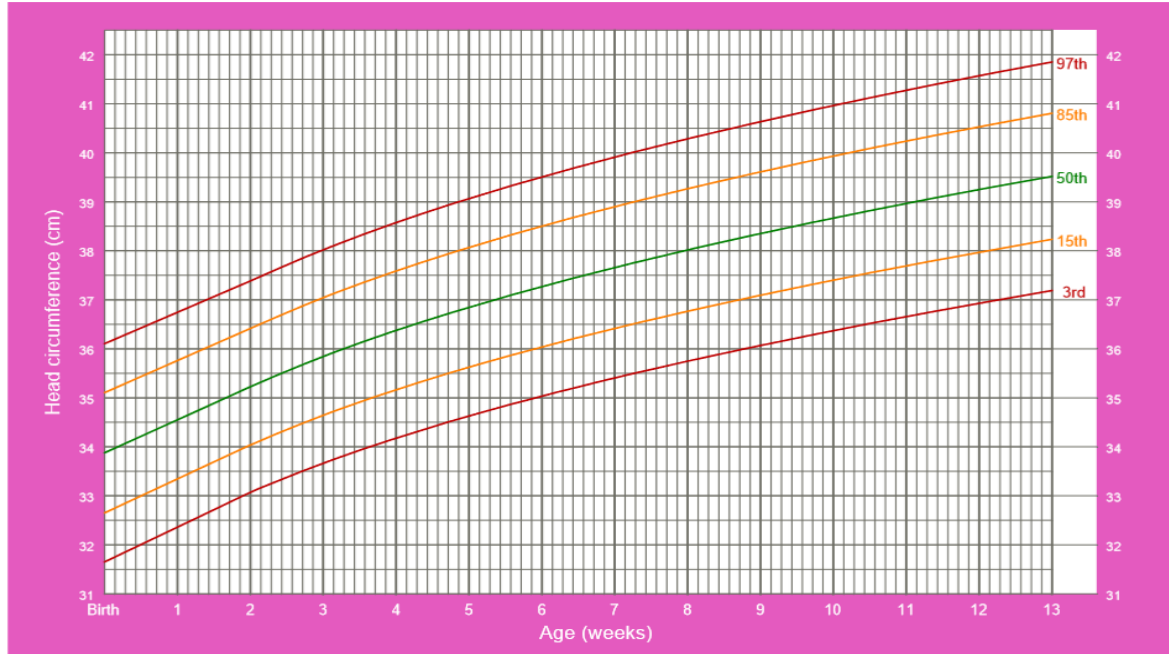
Persentil eğrisi

Uygulama Basamakları	Yapıldı
Ellerinizi yıkayınız.	
Ölçüm öncesi bebeğin varsa bere, şapka, saç bandı ve saç tokası gibi ölçümde yanlış sonuçlar çıkarabilecek eşyaları çıkarınız.	
Bebek bakım vericisinin kucağında ya da düz bir zeminde yatarken ölçümü yapınız.	
Bebek yatarken ölçüm yapılacaksa düz ve güvenlik önlemleri alınmış bir zemine disposable örtüyü seriniz (Ölçüm bebek anne kucağında iken yapılacaksa bakım vericinin bebeği güvenli bir şekilde tutmasını sağlayınız). Bebeği sırt üstü yatar pozisyonda yatırınız. Mezurayı bebeğin kaşlarının ve kulaklarının üstünden(periorbital bölge) ve arkada oksiput kemiğinin en çıkıntılı noktasından geçecek şekilde bebeğin başına yerleştiriniz.	
Mezuranın kaymaması ya da herhangi bir yaralanmaya yol açmaması için dikkatli olunuz.	
Ölçümü yaptıktan sonra en yakın 0,5 cm' e yuvarlayınız ve kayıt ediniz.	
Ölçümü doğrulamak için aynı bebek için ölçüm ikinci kez yapınız.	
İki ölçüm arasında fark varsa ölçümü tekrarlayınız.	
Ölçüm yatarken yapıldı ise disposable örtüyü atınız ve ellerinizi yıkayınız.	
Ölçümü standart büyüme eğrisinde çocuğun haftasına uygun şekilde işaretleyiniz.	

EK-12. Dünya Sağlık Örgütü Persentil Değerleri Sınıflandırması

Head circumference-for-age GIRLS

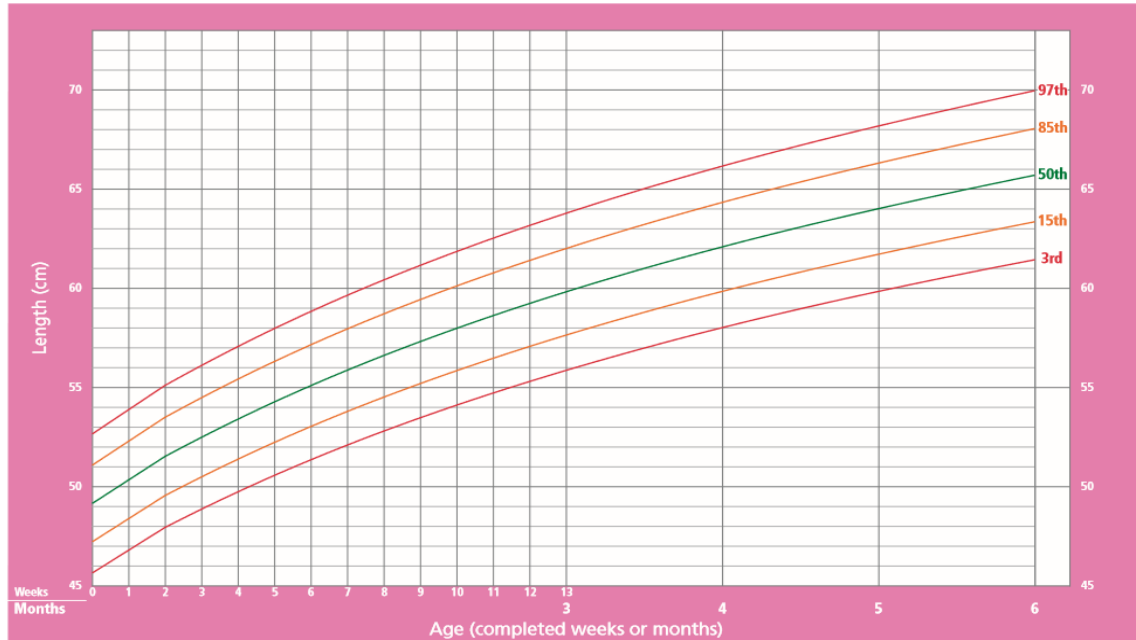
Birth to 13 weeks (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Length-for-age GIRLS

Birth to 6 months (percentiles)

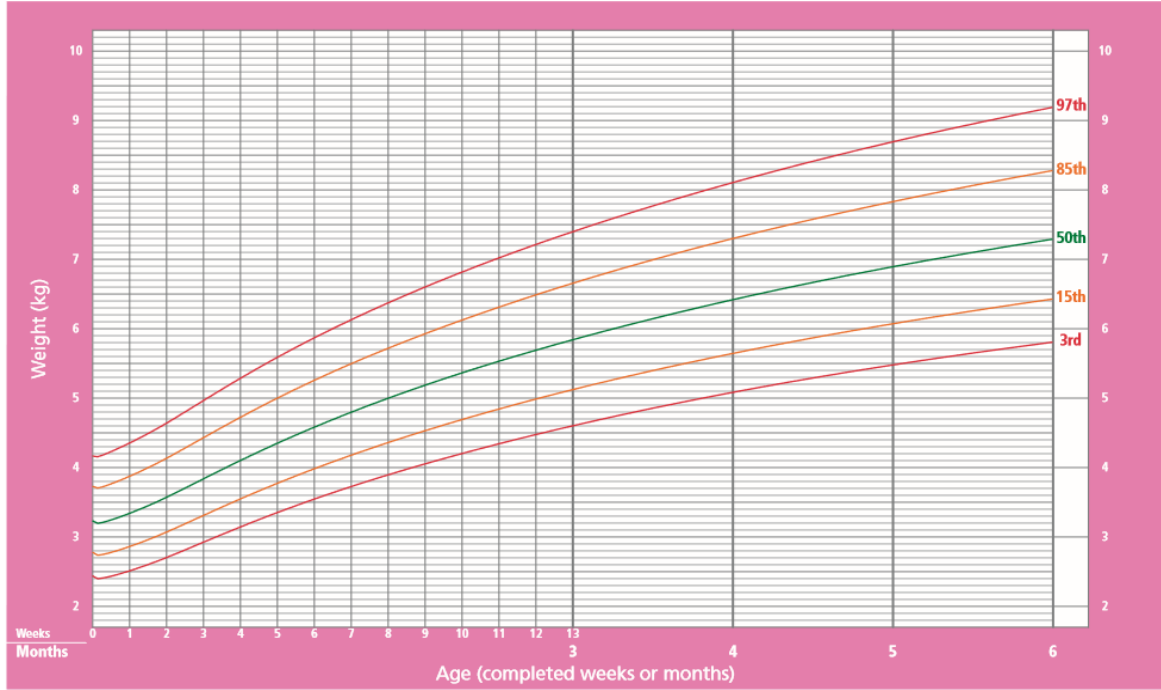


WHO Child Growth Standards

EK-12. (devam) Dünya Sağlık Örgütü Persentil Değerleri Sınıflandırması

Weight-for-age GIRLS

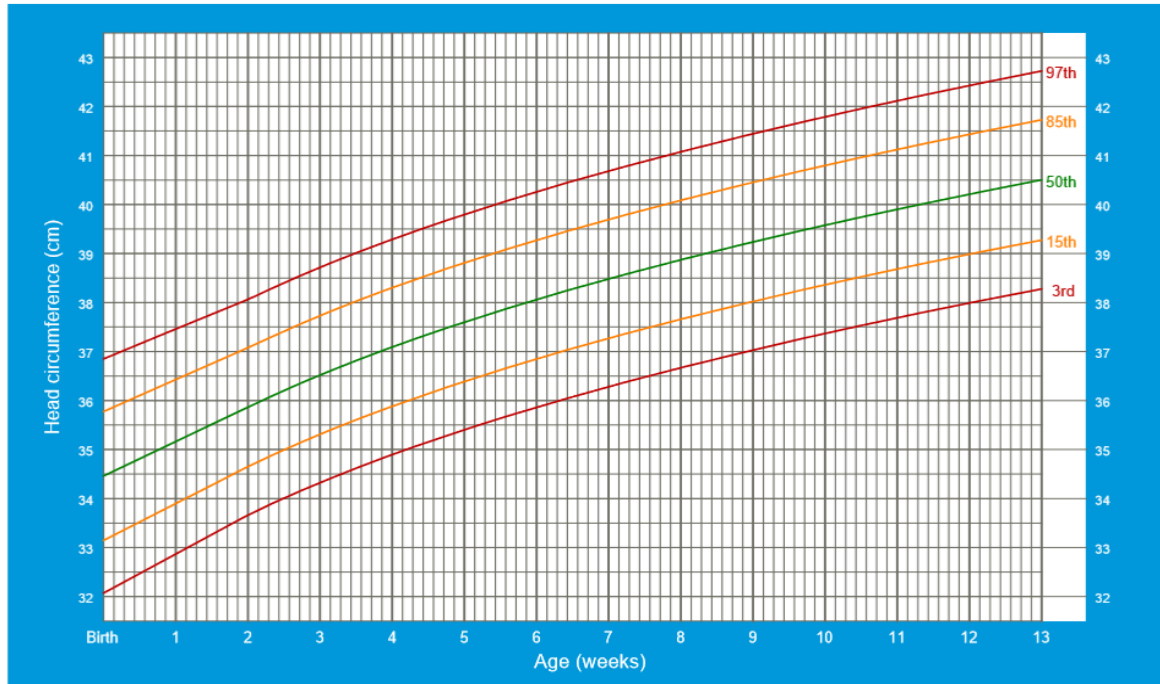
Birth to 6 months (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Head circumference-for-age BOYS

Birth to 13 weeks (percentiles)

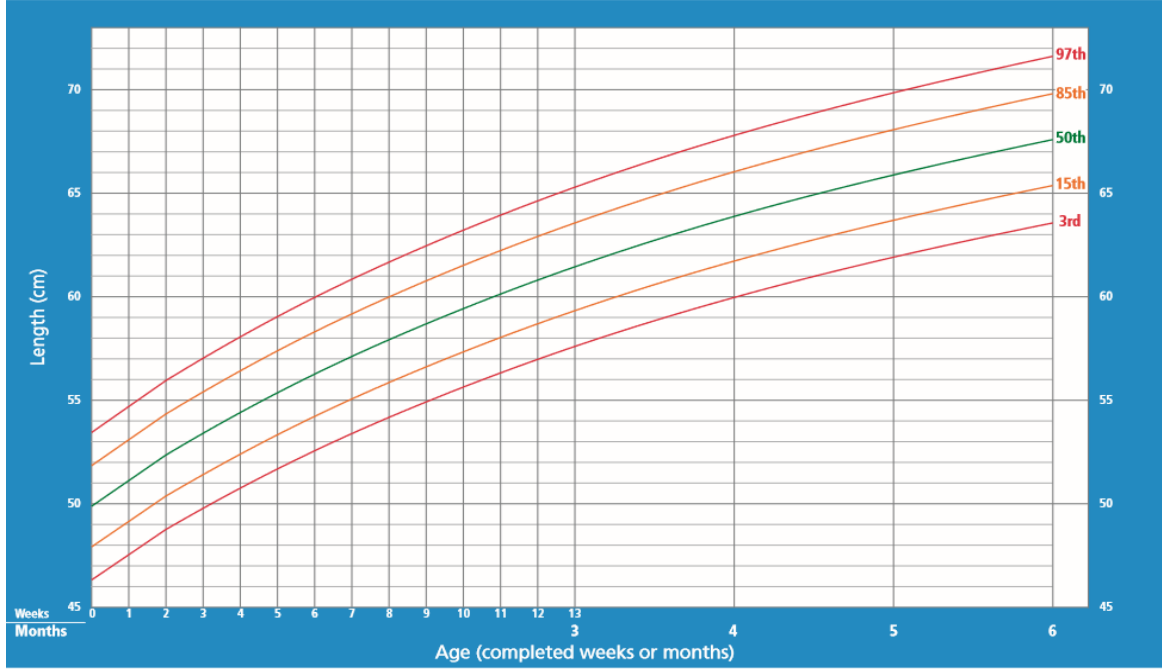


WHO Child Growth Standards

EK-12. (devam) Dünya Sağlık Örgütü Persentil Değerleri Sınıflandırması

Length-for-age BOYS

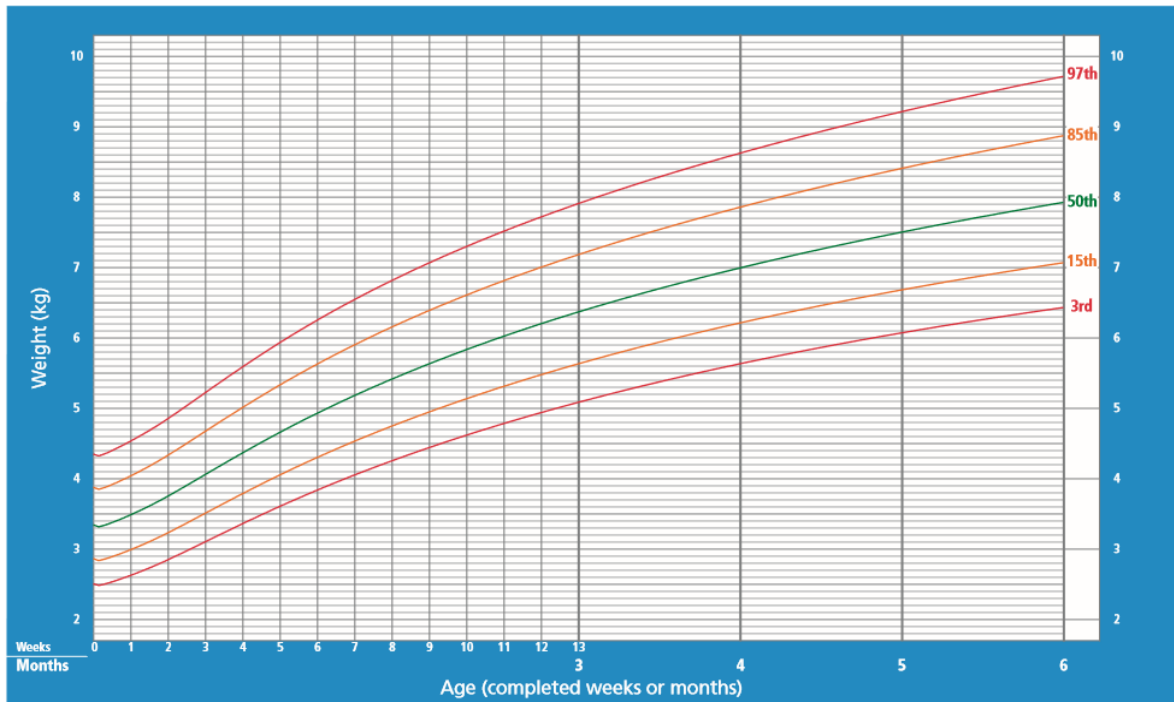
Birth to 6 months (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Weight-for-age BOYS

Birth to 6 months (percentiles)



WHO Child Growth Standards

EK-13. Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi



TC

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

ADÖLESAN ANNELER İÇİN EMZİRME REHBERİ



EĞİTİM KİTAPÇIĞI

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi



ISBN: 978-605-87620-6-0

Bu kitabın her türlü yayın hakkı yazarlara aittir. Tanıtım amacıyla yapılacak kısa alıntılar dışında, yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen ya da tamamen kopya edilemez; fotokopi, baskı ve diğer yollardan çoğaltılamaz.

ANKARA, 2017

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

ÖNSÖZ

Sevgili Anneler,

Toplum ve onu oluşturan bireylerin, sağlıklı ve güçlü olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında, mutlu, huzurlu ve güvence altında varlığını sürdürebilmesinde yeterli ve dengeli beslenme en temel koşullardan biridir. Anne sütü ile beslenme, çocuğun sağlığı ve gelişmesi için temel konulardan bir tanesidir.

Her geçen gün anne sütüyle beslenmenin sağlığa olumlu etkilerini öğrenmeye devam etmekteyiz. Anne sütüyle uzun süre beslenen çocuğun büyüme-gelişmesinin istenen standartlara daha uygun olduğu görülmektedir. Bebeklere anne sütü verilmesi ishal, solunum yolu enfeksiyonları, kötü ve yetersiz beslenme, yaşam boyu kronik hastalıkların görülme riskini azaltmaktadır. Emzirmenin; bebeğin ve annenin güven, huzur ve ruhsal gelişimi üzerine olumlu etkisi düşünüldüğünde bugüne ve geleceğe yatırım olarak görülmelidir.

Teknoloji ilerlemiş olsa da anne sütüne eşdeğer bir besin maddesi üretebilmek mümkün olmamıştır. Çünkü anne sütü bebeğin ihtiyacına göre değişen, bağışıklık maddelerini içeren canlı bir sıvıdır. Anne sütünün içeriği ve bebeğin vücudundaki etkileri keşfedildikçe anne sütünün üstünlüğü benimsenmiştir. İnsanlığın varoluşundan beri anne sütünün bu üstünlüğü devam etmektedir.

Bu eğitim kitapçığında anne sütünün nasıl salgılandığı, içeriği, yararları, emzirme tekniği ve pozisyonları, bebekteki açlık ve tokluk belirtileri, anne sütünün sağılması ve saklanması gibi konular yer almaktadır. Kitapçığın siz annelere emzirme konusunda yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Saygılarımızla

Arş. Gör. Rukiye ÇELİK

Doç. Dr. Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

Kitapcığın amacı eğitim sonunda annelere;

- ✓ Anne sütü ile beslemenin önemi, tekniği ve pozisyonlarını,
- ✓ Emzirme döneminde annenin ve bebeğin yaşayabileceği güçlükleri,
- ✓ Bebeğin etkili emdiğini gösteren belirtileri,
- ✓ Emzirme ile ilgili gelişebilecek sorunları ve bu sorunların önlenmesine yönelik alınması gereken önlemleri öğretmek ve bebeğin fiziksel büyümesini sağlamaktır.

Kitapcığın hedefleri;

- Annenin anne sütü ile beslemenin önemini açıklayabilmesi,
- Annenin anne sütünün yararlarını sayabilmesi,
- Annenin anne sütü ile ilgili olumlu düşüncelerinin oluşması,
- Annenin emzirme tekniğini gösterebilmesi,
- Annenin emzirme pozisyonlarını yardımsız alabilmesi,
- Annenin bebekteki açlık-tokluk belirtilerini söyleyebilmesi,
- Annenin, bebeğin etkili ve yeterli emdiğini anlayabilmesi,
- Annenin gerekli koşullarda sütünü sağabilmesi,
- Annenin sağılmış sütü saklama koşullarını söyleyebilmesi,
- Annenin emzirme döneminde nasıl besleneceğini anlatabilmesi,
- Annenin meme problemlerini, nedenlerini ve önleme yöntemlerini söyleyebilmesidir.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

BAŞARILI EMZİRMEDE EN ÖNEMLİ ETKEN
ANNENİN KENDİNE GÜVENMESİDİR.

Başarılı emzirme, annenin bebeğini emzireceğini düşünmesi ve bunu başaracağına inanmasıyla başlar.

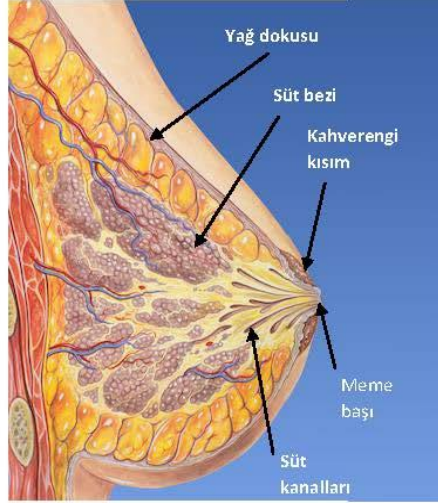
EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

İÇİNDEKİLER

1) MEMENİN YAPISI	7
2) SÜT YAPIMININ GERÇEKLEŞMESİ	7
3) SÜT YAPIMININ DEVAMLILIĞI	8
4) ANNE SÜTÜNÜN İÇERİĞİ VE YARARLARI	8
4.1) İÇERİK	9
4.2) YARARLAR	10
5) ANNE SÜTÜ İLE BESLENMENİN ÖNEMİ	11
6) EMZİRMİYİ ETKİLEYEN OLUMLU VE OLUMSUZ DÜŞÜNCELER	11
7) EMZİRMeye İLİŞKİN ENDİŞELER	12
8) EMZİRME TEKNİĞİ VE POZİSYONLARI	15
8.1) ANNENİN POZİSYONU	15
8.2) BEBEĞİN POZİSYONU	16
8.2.1) TUTUŞ ŞEKİLLERİ	17
8.3) ADIM ADIM BEBEĞİN MEMEYE YERLEŞTİRİLMESİ	18
8.4) BEBEĞİN EMMESİ SIRASINDA DİKKAT EDİLECEK ADIMLAR	18
8.5) REFLEKSLERİN VARLIĞI	21
9) BEBEĞİN ETKİLİ VE YETERLİ EMDİĞİNİ ANLAMA	21
10) BEBEKTEKİ AÇLIK VE TOKLUK BELİRTİLERİ	22
11) BEBEK EMMEDİĞİNDE SÜTÜN SAĞILMASI VE BOZULMADAN KORUNMASI	23
12) ANNENİN EMZİRME DÖNEMİNDE BESLENMESİ	27
13) MEME-MEME UCUNA İLİŞKİN GELİŞEBİLECEK SORUNLAR VE ÖNLEMLER	28
KAYNAKLAR	33
İLETİŞİM BİLGİLERİ	35
SÖZLÜK	36
NOTLAR	36

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

1) MEMENİN YAPISI



Şekil 1. Memenin Yapısı

Meme, yağ dokusu ile süt bezleri ve burada üretilen sütü meme başına taşıyan kanallardan oluşur.

Meme temel üreme organı olmamasına karşın üremeyi destekleyici bir organdır.

Meme dokusu bebeğin ihtiyaç duyduğu besin olan anne sütünü üretir.

2) SÜT YAPIMININ GERÇEKLEŞMESİ

Süt yapımı, gebelik döneminde salgılanan birçok hormonun etkisiyle meme bezinin süt üretecek şekilde değişime uğraması sonucu gerçekleşir. Gebelik dönemi boyunca annenin memeleri, doğacak bebek için dünyadaki en uygun sütünü üretmeye ve kullanmaya hazır hale gelir. Doğum ile birlikte memeler bebek için besin olacak anne sütünü salgılamaya hazırdır.

Süt memede yapılıp yapılmaz dışarıya salınmaz, süt akımı için bebeğin emmesi gerekir. Bebeğin emmesiyle meme başında bulunan sinir uçları uyarılır ve meme ucundaki deliklerden dışarı akmaya başlar.

Bebeğin anne göğsüne yatırılması, tensel temas sağlayarak sütün salgılanmasını kolaylaştırır.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

3) SÜT YAPIMININ DEVAMLILIĞI

- Emzirmede bebeğin ağzının annenin meme ucu çevresindeki kahverengi kısmı alması sağlanır.
- Bebeğin emme hareketiyle memede sinirler uyarılır ve beyinde prolaktin adı verilen hormonun yapımıyla görevli olan bölgeye bilgiler iletilir.
- Sinir uçlarıyla iletilen bu bilgi prolaktin salgılanmasını sağlar.
- Ne kadar çok ileti olursa, o kadar çok prolaktin yapılır.
- Böylece **“Fazla Emme Fazla Süt Yapar”**
- Özellikle geceleri daha fazla prolaktin yapılır.
- Prolaktin ayrıca annenin bebeğini emzirmek için gece uyansa bile yorgun olmamasını sağlar.



Ne kadar sık emzirirseniz o kadar çok sütünüz olacaktır.

Anne Sütünün Salgılanmasını Gösteren Belirtiler



- ✓ Emzirmeden hemen önce ya da emzirirken memelerde dolgunluk hissi
- ✓ Bebeğini düşününce ya da ağladığını duyunca memeden süt akması
- ✓ Bebek meme emerken diğer memeden süt akması
- ✓ Bebek emzirme sırasında emdiği memeden ayrıldığında ince ince süt akması
- ✓ Süt emdiğini gösterir şekilde bebeğin yavaş ve derin emmesi, yutkunması

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

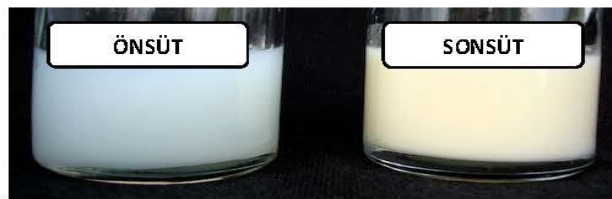
4.1. İÇERİK

Anne sütü ve içeriği her bir bebeğin ihtiyacı için özeldir. Erken doğan bir bebeğin annesinin sütünün içeriği, zamanında doğan bebeğin annesinin sütünün içeriğinden farklıdır. Bebeğin büyüme sürecindeki ihtiyacına uygun olarak anne sütünün içeriği zamanla değişir.

Anne sütü salgılandığı döneme ve içeriğine göre üçe ayrılır:

- 1- **Ağız sütü:** Doğumdan sonra ilk beş gün boyunca salgılanan süttür. Bu “ağız sütü” özel olarak çok besleyicidir ve bebeği pek çok hastalıktan korur. Bebeğin ilk aşısıdır. “Ağız sütü” nün miktarı az olmasına karşın ilk günlerde bebeğin beslenmesi ve bağırsaklarının iyi çalışması için yeterlidir. Olgun süte göre içeriği farklıdır. Daha fazla antikor, protein ve vitamin içerir. Sindirimi daha kolaydır.
- 2- **Geçiş Sütü:** Ağız sütünden sonra 5-15. günler arasında salgılanan süttür.
- 3- **Olgun Süt:** On beşinci günden sonra salgılanan süttür.

Her emzirmede ilk gelen süt daha az yağ içeren “önsüt”tür. Bebek emmeyi sürdürdükçe sütün içeriği değişir, yağ miktarı artar. En fazla yağ içeren süt, emzirmenin sonunda salgılanan “son süt”tür.



Şekil 2. Önsüt ve Sonsüt Görünümü

Kaynak: Kuloğlu Z. 2015. Anne Sütü İle Beslenme. Türk Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji Ve Beslenme Derneği

Bebeğin hem önsüte hem de sonsüte ihtiyacı vardır. Bebek memeye doğru yerleştirilip doyana kadar kalırsa, hem önsütü hem de sonsütü almış olur.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

4.2. YARARLAR

BEBEK İÇİN YARARLARI	ANNE İÇİN YARARLARI
➤ Anne sütü bebeğin büyümesi ve gelişmesini hızlandırır.	❖ Emzirmeye erken başlamayla doğum sonu kanamalar daha çabuk kesilir.
➤ Beyin gelişimi için gerekli olan madde anne sütünde daha fazladır.	❖ Memelerde şişme, enfeksiyon olmaz.
➤ Anne sütünde bol miktarda bulunan antikorlar bebeği enfeksiyonlara karşı korur, bağışıklık sistemini kuvvetlendirir.	❖ Anne loğusalık dönemini daha rahat ve sorunsuz geçirir.
➤ Sindirimi bebek için en kolay besin maddesidir.	❖ Rahmin ve vücudun daha kısa sürede normale dönmesini sağlar.
➤ Anne sütü ile beslenen bebekler daha sakin ve huzurludur.	❖ Emziren annelerde meme ve rahim kanseri riski daha düşüktür.
➤ Emzirmenin sonuna doğru gelen sütteki yağ oranı artar ve bebeğin doygunluk hissetmesi ile emmeyi bırakması sağlanır.	❖ Emmeyle anneden salgılanan hormonlar annenin kısa sürede dinlenme ihtiyacını karşılar ve annenin huzurlu olmasını sağlar.
➤ Anne sütü ile beslenmiş çocuklarda deri hastalıkları, alerjik hastalıklar, dişi eti hastalıkları, kanser, diyabet ve obezite gibi hastalıklar daha az görülmektedir.	❖ Anne sütü hazır, pratik ve ekonomik bir besindir. Her zaman taze ve içilmeye hazır haldedir.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

5) ANNE SÜTÜ İLE BESLENMENİN ÖNEMİ

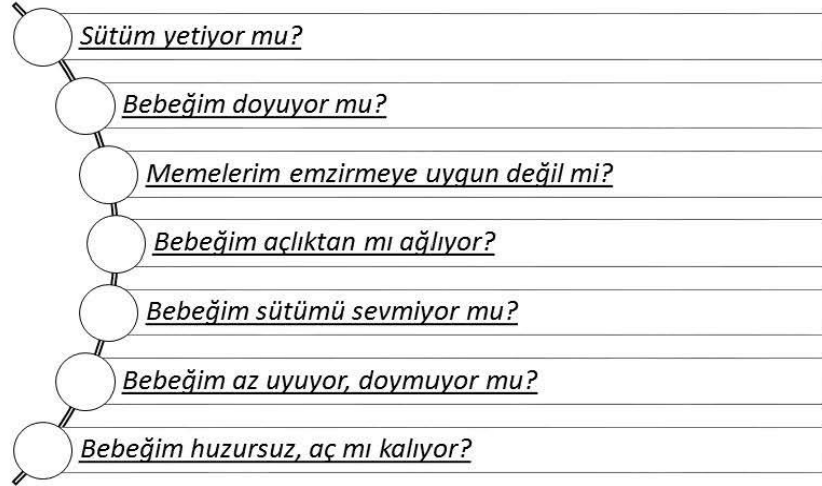
Anne sütü, üst düzeyde beslenme, büyüme ve gelişmeyi sağlar. Emzirmek hem bebek hem de anne sağlığı için oldukça önemlidir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF ve Sağlık Bakanlığı anne sütü ile beslenmenin doğum ile birlikte başlamasını, ilk altı ayda sadece anne sütü verilmesini ve altıncı aydan sonra uygun ek besin takviyeleriyle iki yaşına kadar devam etmesini önermektedir.

6) EMZİRMEYİ ETKİLEYEN OLUMLU VE OLUMSUZ DÜŞÜNCELER



EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

7) EMZİRMEYE İLİŞKİN ENDİŞELER



Sütüm yetiyor mu?

Bebeğim doyuyor mu?

Memelerim emzirmeye uygun değil mi?

Bebeğim açlıktan mı ağlıyor?

Bebeğim sütümü sevmiyor mu?

Bebeğim az uyuyor, doymuyor mu?

Bebeğim huzursuz, aç mı kalıyor?

Bebekler sadece acıktıkları ya da annelerinin sütü yetmediği için ağlamazlar. Hastalık durumunda, gaz sancısı olduğunda, altı kirli olduğunda, annesinin rahatı bozulduğunda ya da duygusal olarak kendisini kötü hissettiğinde de bebekler huzursuzlanabilir ve ağlayabilirler.

Emzirme döneminde annelerin yaşadıkları endişeler sütlerinin yeterli olmadığını düşünmelerinin ve bebeklerini biberonla beslemeye başlamalarının ya da emzirmeyi kesmelerinin en sık nedenlerindendir. Bu durum hem bebeğin anne süt alımını hem de süt üretimini etkilemektedir.

Bebeğin yeterli anne sütü alıp almadığını somut bir şekilde gösterecek belirtiler konusunda anneler farkında olurlarsa, ek ürünlere erken dönemde başlanması ya da emzirmenin sonlanması gibi sorunların çıkması önlenabilmektedir. Bu nedenle bebeğin gerçekten yeterli anne sütü aldığını gösteren belirtiler iyi bilinmelidir. Bu “**güvenilir belirtiler**” şunlardır:

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

Mide kapasitesi- Yenidoğan bebeğin mide kapasitesi doğduğunda küçüktür, günler içinde artmaktadır. Bebeklerin mide kapasitelerinin gözde canlandırabilmesi için bazı benzetmeler yararlı olabilir. Mide kapasitelerinin hacmi şekillerle aşağıda verilmiştir.



Yeterli Tartı Alımı- Yenidoğan ilk hafta yaklaşık olarak kilosunun %5-10'unu anneden gelen hormonların azalmasına bağlı olarak kaybeder. 7-10 günlük olduğunda doğum kilosuna ulaşması beklenir. Yenidoğanın, doğum sonrası ilk 2 hafta sonunda doğum tartısına ulaşamaması ve ilk 6 ay içinde aylık 500 gramdan az kilo alımı yetersiz beslenmeyi gösterebilir.

Yeterli İdrar Yapımı- Yenidoğanın bir gün içinde 8 ve üzeri olmak üzere idrar yapması beklenir. İlk 2 günden sonra, günde 6 kereden az, koyu renkli, yoğun idrar çıkışı az idrar çıkımı olduğunu gösterir. Ayrıca, dışkının miktarı ve doğum sonrası değişiklikler dikkate alınmalıdır. Normalde yenidoğanlar günde 2-8 kere dışkıları. Bu sayının azalması ya da 5. gün hala mekonyum çıkartıyor olması, anne sütünün yetersiz alındığını düşündürebilir.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

Yeterli Süt Alımı- Yenidoğanın sağlık büyümesi için anne sütü miktarının yeterli ve dengeli olması önemlidir. Anne sütü yetersizliği değişik faktörlerden kaynaklanabilmektedir. Bunları: emzirmeye geç başlama, sık emzirmeme, gece emzirmeme, kısa emzirme, bebeği memeye iyi yerleştirmeme, biberon ve emzik kullanma, erken dönemde ek besinlere başlama, annede özgüven azlığı, kaygı, stres, yorgunluk gibi nedenler olabilmektedir.

Süt miktarını arttırmak için şunlar yapılabilir?

- ✓ **“Daha çok emzirme = Daha çok süt yapımı”**
- ✓ Doğumdan sonra bebek en kısa sürede emzirilmelidir.
- ✓ Bebek her istediğinde sık sık emzirilmeli, emzirme saatleri bebekle birlikte belirlenmelidir (Bebekğin emme rutinleri zaman içinde değişiklikler gösterebilir, bebeğin rutini değiştiği zaman anne-bebek uyumuna özen gösterilmelidir).
- ✓ Bebek memeye doğru pozisyonda yerleştirilmelidir.
- ✓ Geceleri emzirmeye devam edilmelidir.
- ✓ Anne yeterli ve dengeli beslenmeli, bol miktarda sıvı tüketmelidir.
- ✓ Biberon ve emzik kullanılmamalıdır.
- ✓ Ek besinlere 5. aydan önce başlanmamalıdır.
- ✓ Anne bebeğine daha çok süt üretebileceğine inanmalıdır.
- ✓ Annenin uyuması ve dinlenmesi sağlanmalıdır.
- ✓ Anneye destek verilmeli, cesaretlendirilmelidir.
- ✓ Anne stres, kaygı gibi olumsuz duygulardan mümkün olduğu kadar uzak durmalı, etkili baş etme becerileri geliştirmelidir.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

8) EMZİRME TEKNİĞİ VE POZİSYONLARI

Anne sütünün yapımı, bebeğin sık aralarla ve doğru teknikle emzirilmesi sonucu artar. Ayrıca doğru teknikle emzirme, meme sorunlarının önlenmesi ve bebeğin yeterli beslenmesi için de önemlidir.

Emzirmenin gözlenmesi sırasında annenin ve bebeğin genel durumu ile memelerin durumuna dikkat edilmeli, aşağıdaki noktalar izlenmelidir.

1. Anne ve bebeğin pozisyonu
2. Bebeğin memeye yerleşmesi
3. Emme refleksinin varlığı

DOĞRU EMZİRME TEKNİĞİ İLE EMZİRMeye AİT PROBLEMLER ÖNLENEBİLİR



ANNE VE BEBEĞİN POZİSYONU

ANNENİN POZİSYONU

Emzirme için annenin kullanabileceği değişik pozisyonlar bulunmaktadır. Önemli olan annenin kendisi için en rahat ve emzirme tekniğine uygun olan pozisyonu belirlemesidir.

Öncelikle anne rahat olmalı, eğer oturuyorsa ayaklarının altı ve sırtı desteklenmiş olmalı, öne doğru aşırı eğilmeden sırtı dik tutulmalı, gerekirse memesini eliyle desteklemeli, giysileri rahat ve gevşek olmalıdır.



EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi



Meme desteklenirken;

- Annenin parmakları meme altında göğüs duvarına düz olarak yaslanmalı
- İğaret parmağı memeyi alttan desteklemeli
- Başparmak memenin üst kısmında olmalı (C-şeklinde tutuş)
- Parmaklar kahverengi kısımdan uzakta olmalı, memeye baskı yapmamalı

Emzirme sırasında bebeğin giysileri ince, bebek rahat ve altı temiz olmalıdır.

BEBEĞİN POZİSYONU

Tutuş şekilleri farklılık gösterse de bebeğin rahat emebilmesi için bebeğin pozisyonunda 4 temel özellik olmalıdır.

- **DÜZ TUTMA** – Bebeğin kulağı, omuzu ve kalçası düz bir hat oluşturmaktadır böylece boynunun sağa-sola ya da öne-arkaya rahat hareket edebilmesi sağlanabilir.
- **YAKIN TUTMA** – Bebek annenin gövdesine yakın tutulmalıdır böylece meme bebeğe değil, bebek memeye yaklaştırılmış olur. Bebeğin vücudu anneye yakın ve paralel, vücudu memeye dönük olmalıdır.
- **DESTEKLEME** - Başından, omuzlarından ve kalçasından desteklenmelidir.
- **YÜZ YÜZE BAKMA** - Yüzü memeye bakarken burnu meme başına yönlendirilmelidir.



EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

BEBEĞİ TUTUŞ ŞEKİLLERİ



Bu pozisyon en sık tercih edilen tutuş şekillerinden bir tanesidir.



Özellikle sezaryen doğumlarda yararlıdır.

Bebeğin ağzının annenin meme ucuyla aynı hizada olmasına dikkat edilmelidir



Özellikle bebeğin başının desteklenmesinin gerektiği durumlarda kullanılabilir. Bebeğin başı tutulurken hareket etmesini engelleyecek kadar bastırılmamalıdır.



İkizlerin emzirilmesinde ya da memenin tüm bölgelerinin boşaltılması için yararlıdır. Sezaryen ile doğumlarda yararlı olabilir.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

ADIM ADIM BEBEĞİN MEMEYE YERLEŞTİRİLMESİ



1. ADIM: Bebeğin yüzü annenin memesine bakar, bebeğin ağzı meme ucunun karşısında olur. Annenin meme başıyla bebeğin dudak kenarlarına dokundurulur. Bebeğin memeyi araması sağlanır.



2. ADIM: Bebeğin emme refleksini uyarmak için ağzının kenarına annenin parmağı ya da meme başı dokundurulur. Bebeğin ağzını iyice açması ve memenin kahverengi kısmını ağzının içine alması beklenir. Emerken emmeye yönelik seslerin duyulması, yanaklarını içeri doğru çekmesi bebeğin memeye iyi yerleştiğini gösterir.



3. ADIM: Anne C tutuş şekliyle memeyi destekler ve memenin başı ve kahverengi kısmını bebeğin ağzında tutmasına yardımcı olur. Bunun için bebeğin “Memeyi ağzına olabildiğince doldurduğu, Çene memeye dayandığını, Alt dudağın dışa doğru kıvrılmış olduğunu “ kontrol edilir.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

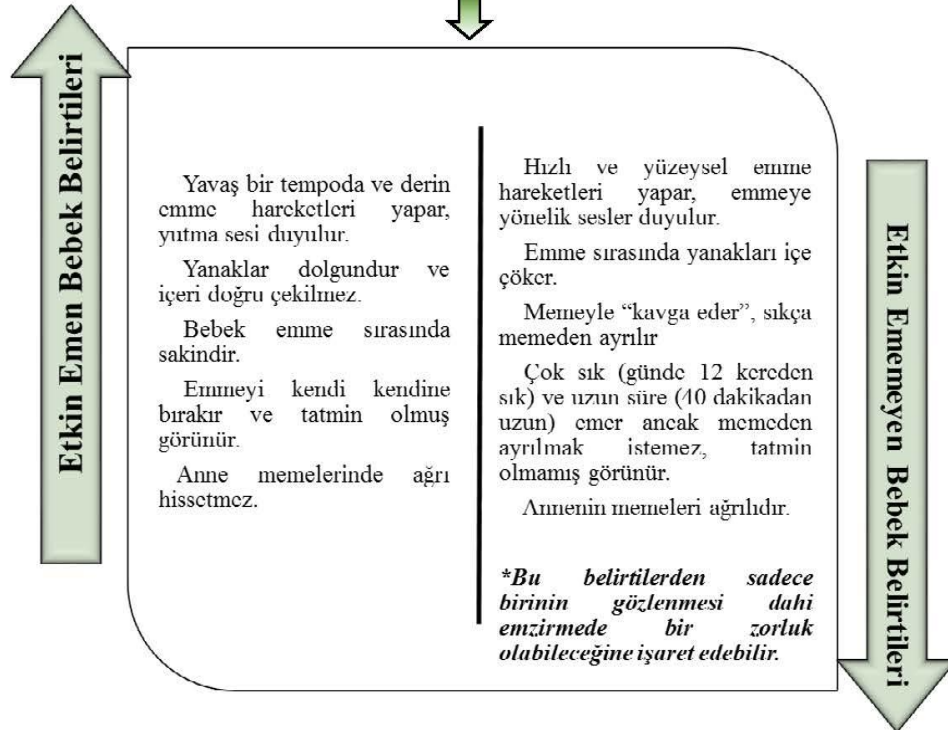
Memeye iyi yerleşmiş bir bebekte gözlenmesi gereken belirtiler:



- Çenesinin memeye dayanmış olması
- Ağızının geniş ve açık olması
- Yanaklarının dolgun olması
- Alt dudağının dışa doğru dönük olması
- Memenin kahverengi kısmının ağızın üst kısmında, alt kısmına göre daha fazla görünmesi.

Memeye iyi yerleşmiş bir bebek etkin şekilde emebilir.

Emmenin etkin olup olmadığını gösteren belirtiler aşağıda belirtilmiştir.



EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

BEBEĞİN EMMESİ SİRASINDA DİKKAT EDİLECEK ADIMLAR



1. ADIM: Bebek emmeye başladığında anne eliyle bebeğın başının arkasına destek olur. Bebek sürekli emmez, kuvvetli emme hareketlerinden sonra kısa süreli dinlenme aralıkları olur.



2. ADIM: Bebek emzirilirken tensel temasta bulunmak bebeğın güven duygusunu geliştirir. Bunu yapmak için bebeğın eldivenleri çıkarılıp anneye dokunması sağlanır.



3. ADIM: Bebeği uygun bir şekilde memeden ayırmak önemlidir. Meme ucunda herhangi bir hasara neden olmamak için bebeği memeden bir anda değil, anne küçük parmağını bebeğın dudak kenarına koyarak yavaşça ayırmalıdır. Emme işlemi sona erdiğinde, bebek doymuş ve mutlu görünür.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

BEBEĞİN EMMESİ İÇİN REFLEKSLERİN VARLIĞI

Emzirmenin gerçekleşebilmesi için **arama**, **emme** ve **yutma** reflekslerin bulunması gerekmektedir. Bu refleksler doğumdan sonra ilk aylarda devam eder ancak daha sonra bebek bunları öğrenir.

-Arama Refleksi: Annenin meme başının bebeğin alt dudağına dokunmasıyla başlamaktadır. Bebek başını dokunulduğu yöne çevirir ve ağzını açar.

- Emme Refleksi: Bebek memeyi etkin bir şekilde yerleştğinde, dilin damağa doğru çekilmesi, süt salınımının başlamasına neden olur. Emme refleksi doğum sonrası, bebek uyanıkken 3-4. aya, uykuda iken 7. aya kadar devam edebilmektedir.

-Yutma Refleksi: Bebeğin ağzı süt ile dolduğu zaman yutma refleksinin uyarılması ve yutmasıdır.

9) BEBEĞİN ETKİLİ VE YETERLİ EMDİĞİNİ ANLAMA

Bebeğinizin etkili bir şekilde emdiğini gösteren çeşitli ipuçları bulunmaktadır. Bunlar:

- ✚ Emzirme sırasında bebeğinizin yutkunma sesinin duyulması
- ✚ Emme sırasında bebeğinizin şakaklarında ve kulaklarında hareket olması
- ✚ Günde en az sekiz kez emmesi
- ✚ Meme başının sağlıklı görünmesi
- ✚ Bebeğinizin dışkı renginin doğumdan sonraki 4-5 gün içinde daha açık bir renk alması ya da sarı olması
- ✚ Bebeğinizin sakin ve huzurlu görünmesi
- ✚ Bebeğin memeyi kendisinin bırakması
- ✚ Bebeğinizin bezini günde 5-6 kez ıslatması ve 2-5 defa dışkısını yapması
- ✚ Yapılan kilo takibinde istenen düzeyde kilo artışı iyi bir şekilde emdiğinin göstergesidir.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

10) BEBEKTEKİ AÇLIK VE TOKLUK BELİRTİLERİ

AÇLIK BELİRTİLERİ

- Göz kapakları kapalıyken göz hareketleri artar ya da gözlerini açar.
- Ağızını açar, dilini çıkarır, başını sağa-sola çevirerek memeyi arar.
- Huysuzlanmaya, mırıldanmaya başlar.
- Yumruğunu, parmaklarını ya da ağızına dokunan örtü, battaniye gibi cisimleri emer.
- Ağlama GEÇ BİR BELİRTİDİR!
- Bazı bebekler ise çok sakin ve erken açlık belirtileri fark edilmezse tekrar uyumaya başlar; bu da beslenme yetersizliğine yol açabilir.

TOKLUK BELİRTİLERİ

- Emzirmenin başında çoğu bebeğin vücudu gergindir; doydukça gevşer.
- Emzirme sırasında emme hareketi aşamalı olarak azalır.
- Bebek dudaklarını büzer ve meme başını serbest bırakır.
- Açlık belirtileri gözlenmez.
- Bebeğin ağızdan az miktarda süt dışarı taşar.
- Bebek huzurlu görünür.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

11) BEBEK EMMEDİĞİNDE SÜTÜN SAĞILMASI VE BOZULMADAN KORUNMASI

Anne Sütünün Sağılması Gereken Durumlar

- Anne işe gittiğinde bebeğin anne sütü ile beslenmesini devam ettirmek,
- Anne veya bebek hasta ise ve birbirlerinden ayrı ise anne sütüyle beslenmeyi sağlamak,
- Tıkanık veya çok dolu memeyi rahatlatarak bebeğin emmesini kolaylaştırmak ve meme ucunun yara olmasını önlemek,
- Çökük meme başından emmeyi öğrenene kadar bebeği beslemek,
- Erken doğan veya düşük doğum ağırlıklı ve başlangıçta ememeyen bir bebeği beslemek,
- Memeyi istemeyen bir bebeğin memeden hoşlanana kadar beslenmesini sağlamak amacıyla anne sütünün sağılması tercih edilebilir.

Elle Sağma

Elle sağmak süt sağlamak için en iyi yoldur. Memeler yumuşak olduğunda elle sağmak daha kolaydır.

Elle sağma işlemi için;

- ❖ Önce eller 2-3 dakika süreyle bol sabunlu su ile yıkanır ve temiz havlu ile kurulur.
- ❖ Süt akışını kolaylaştırmak için annenin oksitosin hormonunun uyarılması gerekir. Bunun için bebeğin fotoğrafına bakmak, ılık bir şeyler içmek, memeleri ısıtmak, masaj gibi yöntemler kullanılabilir.
- ❖ Rahat bir yerde oturulur ya da rahatça ayakta durabilecek bir yerde durarak, sütün boşaltılacağı kap memeye yakın bir şekilde tutulur.
- ❖ Annenin başparmağı memenin kahverengi kısmının dış kenarında tespih taneleri gibi hissedilen süt kanallarının üzerine, işaret parmağı da bunun tam karşısına yerleştirilir ve meme desteklenir (C-şeklinde).

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi



- ❖ Önce annenin parmakları ile meme göğüs kafesine doğru bastırılır, sonra başparmağıyla işaret parmağı aynı anda bastırıp bırakarak süt kanallarına masaj yapılır. (Bu işlem sırasında meme ucu sıkılmamalıdır, annenin parmakları meme derisine sürtmemelidir).
- ❖ Memenin belirlenen bölgesine basıp bırakarak sağma işlemi yapılır.
- ❖ Memenin tüm bölümlerinin boşaltılması için sağma işlemi her bölge için yapılır.
- ❖ Süt akışı yavaşlayınca anne parmaklarının yönünü değiştirerek sağma işlemine devam eder.
- ❖ İlk birkaç gün anne sütünün sağılma işlemi 20–30 dakika sürebilir. Sonrasında sağma işlemi 10-15 dakika da tamamlanabilir.



Eğer sağma işlemi sırasında devam eden acı hissediyorsanız işlem hatalıdır.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

Süt Sağma Sıklığı

• **Bebek hiç ememeyecek ise;** doğum sonrası ilk 6 saat içinde (tercihen doğumhanede ilk saatte) anne göğüsleri sağılmaya başlanmalıdır. Özellikle kolostrumun ilk gün elle sağılması önerilmektedir çünkü pompa ile sağıldığında setlerde kalan miktar ziyan olacaktır.

• **Süt yapımını artırmak için ise;** 24 saat içinde en az 6 tercihen 8-12 kez (bunların en az biri gece olmak üzere) sağılmalıdır. Sağma süresi için genellikle 10-15 dakika yeterlidir.

Sağılması Hedeflenen Anne Sütü Miktarı

- ❖ İlk gün 15 ml
- ❖ 4-7. günlerde 500-600 ml/gün
- ❖ 7 günden sonra: 1000 ml/gün
- ❖ Hedef: 150 (200) ml/kg/gün süt sağılmasıdır.

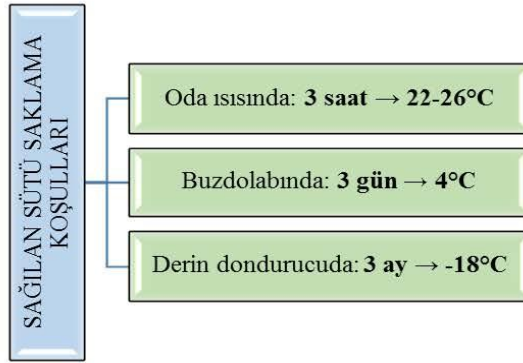
Sağılan Anne Sütünün Saklanması

- Anne sütü steril plastik poşetlerde saklanmalıdır. Anne sütü cam kaplarda saklandığı zaman içindeki önemli proteinlerin cama yapışma eğilimi vardır.
- Plastik poşetlerde anne sütü derin dondurucuda 3 ay süreyle üzerine tarih, saat yazılarak saklanabilir. Her sağdığınız anne sütü için ayrı poşet kullanınız.
- Sağdığınız anne sütünün üzerine tekrar süt sağmayınız.
- Tek bir seferde plastik poşete konan anne sütü miktarının 120 cc'den fazla olmamasına özen gösterilmelidir. Çünkü bir poşette fazla miktarda biriktirilen süt çözdürüldüğünde arta kalan süt tekrar derin dondurucuya konulamamakta ve buzdolabında da 24 saatten uzun tutulamamaktadır.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

- Poşetlerin üzerine yazmış olduğunuz tarih ve saat anne sütünü bebeğinize verirken öncelik sırasına göre vermeniz yararlı olacaktır (Eski tarihten yeni tarihe doğru verilir).

Yeni sağılan süt



Derin Dondurucudan Çıkarılmış Anne Sütü

- ✚ Sakladığınız anne sütünü kesinlikle mikro dalga fırında ya da ocak üstünde ısıtmayınız. Çünkü bu sütün proteinini bozar.
- ✚ Süt poşetini, bir kapa koyduğunuz **ılık suyun** içine (kaynatılmış su ya da sıcak suya konulduğunda protein yapısı bozulacağı için), ağzı dışarıda olacak şekilde yerleştirerek çözülmesini sağlayın.
- ✚ Anne sütünün sıcaklığını kontrol ederek bebeğinize veriniz.
- ✚ Buzluktan çıkardığınız sütü kullanana kadar buzdolabında saklayıp, 24 saat içinde kullanınız.
- ✚ Bebeğinizi besledikten sonra sütün artan miktarını oda ısısında 3 saat, buzdolabında 24 saat geçtikten sonra atınız.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

12) ANNENİN EMZİRME DÖNEMİNDE BESLENMESİ

Anneler; hangi şartlar altında olursa olsun bebeğin sağlığını geliştirecek ve büyümesini destekleyecek yeterli kalitede ve miktarda süt üretebilirler. Ancak emzirme döneminin başarılı bir şekilde geçirilmesi için annenin yeterli ve dengeli beslenmesi gerekir. Bunun için

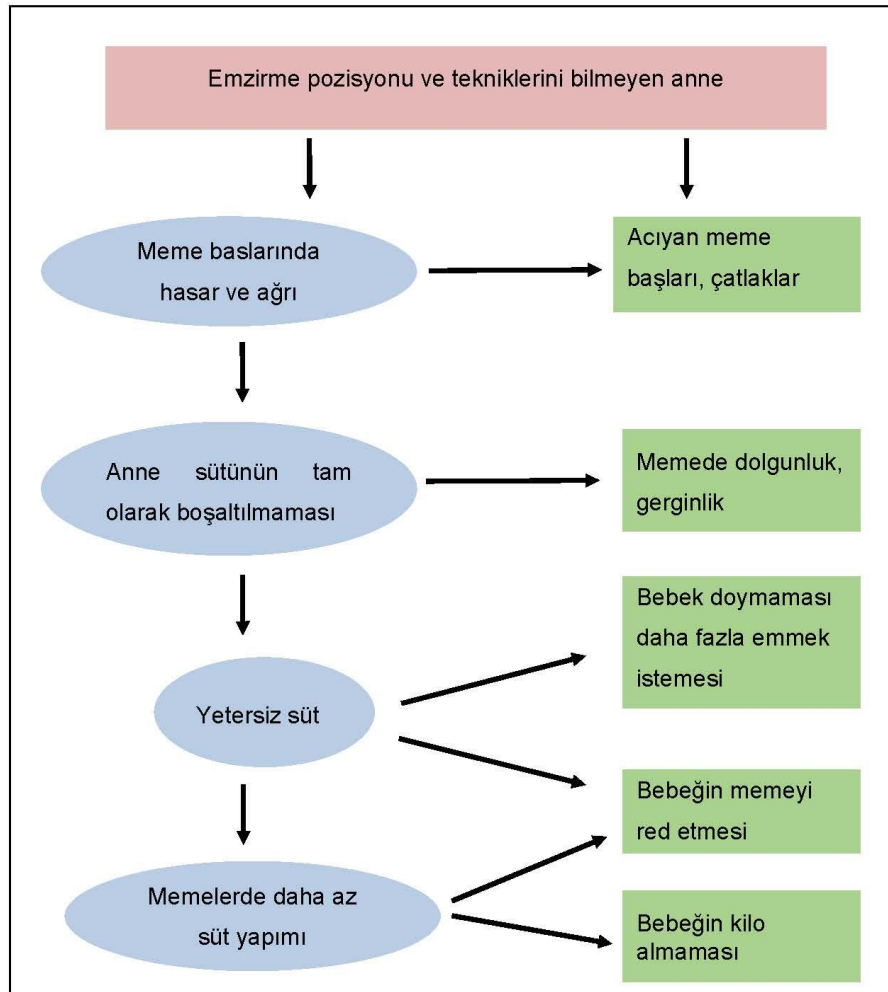
- ☐ Yeterli ve dengeli beslenmede günde en az 3 ana ve 3 ara öğün yemek yiyiniz.
- ☐ Rejim yapmayınız.
- ☐ Günde ortalama 3-4 litre sıvı tüketiniz (su, süt, meyve suyu, çorba vb.)
- ☐ Gün içinde bol bol taze sebze ve meyve tüketiniz.
- ☐ Günde 2 kibrit kutusu peynir, en az 2 su bardağı süt veya yoğurt tüketiniz.
- ☐ Alkol, sigara, kafein içeren içecekleri kullanmayınız.
- ☐ Emzirme döneminizde içeriği bilinmeyen ve katkı maddesi içeren besinleri tüketmeyiniz.
- ☐ Besin ve enerji ihtiyacını karşılamak için, her öğünde kuru baklagiller (mercimek, nohut, vb.) ya da et, balık, tavuk tüketmeye dikkat ediniz.
- ☐ D vitamini gereksinimini karşılamak için günün uygun saatlerinde güneş ışığına çıkın.
- ☐ Stresten uzak durunuz ve istirahat ediniz.



EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

13) MEME VE MEME UCUNA İLİŞKİN GELİŞEBİLECEK SORUNLAR VE ÖNLEMLER

Bebğin Memeye İyi Yerleşmemesinin Sonuçları



Kaynak:

1) World Health Organization, Cdd Programme, UNICEF. Breastfeeding Counselling, A Training Course.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

MEME TIKANMASININ NEDENLERİ VE ÖNLEMLERİ	
NEDENLER	ÖNLEMLER
Fazla süt	Doğumdan hemen sonra emzirmeye başlanmalı
Emzirmeye başlamanın gecikmesi	Bebeğin memeye iyi yerleşmesi sağlanmalı
Memeye iyi yerleşmeme	Bebeğin ihtiyacına göre emzirme sıklığı ve süresi ayarlanmalı
Sütün seyrek sağılması	Eğer süt sağılıyorsa uygun teknikler kullanılarak sağılması sağlanmalı
Emzirmenin kısa sürmesi	Emzirme öncesi emzirmeyi kolaylaştırmak için ılık yaş pansuman, ılık duş, omuz ve sırtta masaj, memelere hafif masaj, meme ucu derisine hafif uyarı yapılmalı
	Anne rahatlatılmalı

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

MEME BAŞI ÇATLAĞI NEDENLERİ VE ÖNLEMLERİ	
NEDENLER	ÖNLEMLER
Memeye yerleşmede sorunlar	Anneye meme başı çatlağının geçici olduğu söylenmeli
Bebegi memeden “çekerek” ayırmaya çalışmak	Bebek memeye doğru yerleştirilmeli ve uygun pozisyon verilmeli
Meme sağma işleminin yanlış yapılması	Emzirme sonrası birkaç damla süt meme ucuna sürülmeli ve süt kuruyana kadar açık bırakılmalı
Bebegin ağızındaki mantar enfeksiyonu	Memeler çok dolu ve ağrı varsa meme başı iyileşene kadar sağma işlemi yapılmalı
	Mantar enfeksiyonu için hem bebek hem de anne tedavi edilmeli

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

MEME BAŞI ÇÖKÜKLÜĞÜ NEDENLERİ VE ÖNLEMLERİ	
NEDENLER	ÖNLEMLER
Doğumsaldır	Emme işleminden önce meme ucunu çıkarabilmek için her iki elin parmakları ile iki zıt yöne doğru doku gerilmeli Bu egzersiz günde iki defa beşer dakika yapılmalı Emzirirken meme ucu ve memenin kahverengi kısmının bebeğin ağzında olmasına dikkat edilmeli Memeler çok dolu ve gergin ise memeler yumuşayana kadar süt sağılmalı Bebeğin memeye uygun yerleştiğinden emin olunmalı

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

MEMEYİ REDDETME NEDENLERİ VE ÖNLEMLERİ	
NEDENLER	ÖNLEMLER
Bebeğin aç olmaması	Nedenler ortadan kaldırılmalı
Üşümüş, hasta ya da erken doğmuş bebek	Bebek hasta ise süt sağılarak verilmeli
Memeye yerleşmede sorunlar	Sakin bir ortamda anneyle tentene temas sağlanmalı (Bunu yaparken bebeğin elindeki eldivenlerin çıkarılması sağlanmalı)
Süt fazlalığı (aşırı süt akışı sonucu bebek boğulur gibi olabilir)	Bebek ağlarken emmeye zorlamamalı, bebek emmeyi isteyene kadar süt sağılarak kaşıkla verilmeli
Süt azlığı (süt akışı olmayınca bebek "kızabilir" ve emmeyi bırakabilir)	Bebeğin memeye iyi yerleşmesi sağlanmalı
Burun tıkanıklığı	Bebeğin ve annenin rahat ettiği emzirme pozisyonu belirlenmeli
Pamukçuk varlığı ya da diş çıkarma	Emzik/biberon kullanan bebeklerde kademeli olarak kullanımı azaltılmalı
Emzik/biberona alışmış olmak	Emzirme konusunda bebekle inatlaşmamalı
Annenin kokusundaki değişiklik	
Anneden ayrılma	

Kaynak:

- 1) U.S. Department of Health and Human Services Office on Women's Health, (2011). Your Guide to Breastfeeding.
- 2) T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, (2015). Emzirme ve Anne Sütü ile İlgili Sık Sorulan Sorular.
- 3) T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, (2015). Emzirme Danışmanlığı El Kitabı.
- 4) T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, (2015). Emzirme Danışmanlığı Eğitimci Kitabı.
- 5) Türk Neonatoloji Derneği, (2014). Sağlıklı Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi.
- 6) Aluş Tokat M. ve Okumuş H. (2009). Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Annelerin Emzirme Özyeterlilik Algısına ve Emzirme Başarısına Etkisi.
Yazar tarafından geliştirilmiştir.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

KAYNAKLAR

- 1) Aluş Tokat M. ve Okumuş H. (2009). Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına ve Emzirme Başarısına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yayınlanmış Doktora Tezi.
- 2) Törüner K.E. ve Büyükgönenç L. (2012). Çocuk Sağlığı: Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Göktuğ Yayıncılık, 1. Baskı, Amasya.
- 3) Geddes D. (2007). Inside the Lactating Breast: The Latest Anatomy Research. Journal of Midwifery & Women's Health, 52, 556–563.
- 4) Kuloğlu Z. (2015). Anne Sütü İle Beslenme. Türk Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji Ve Beslenme Derneği. http://pedgastro.org/?page_id=309 Erişim Tarihi: 22.11.2016
- 5) Martinez-Costa C., Silvestre MD., Lopez MC., et al., (2007). Effects of Refrigeration on the Bactericidal Activity of Human Milk: A Preliminary Study. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 45, 275–277.
- 6) Neonatoloji Hemşireliği Derneği, (2014). Bebeğinizin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde ve Evde Bakımı. Ankara, ISBN: 978-605-87620-3-9. <http://www.neonatolojihemshireligi.org.tr> Erişim Tarihi: 12.11.2016
- 7) Registered Nurses Association of Ontario (2007). Breastfeeding Best Practice Guidelines for Nurses. Nursing Best Practice Guidelines Project, p:88-89. Revised 2007 Supplement Enclosed, Toronto, Canada.
- 8) Riordan, J. (2005). Breastfeeding and Human Lactation, (3rd Ed., pp: 34-80). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- 9) Slutzah M., Codipilly CN., Potak D., et al., (2010). Refrigerator Storage of Expressed Human Milk in the Neonatal Intensive Care Unit. J Pediatr, 156, 26–28.
- 10) Taşkın L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş XIII. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara. ISBN:975-94661-0-4
- 11) The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, (2010). ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants. Breastfeeding Medicine, 5,(3), Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089=bfm.2010.9988 Erişim Tarihi: 21.09.2016
- 12) T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, (2015). Emzirme ve Anne Sütü İle İlgili Sık Sorulan Sorular. Özyurt Matbaacılık, Ankara. http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/bilgi-dokumanlar/kitaplar/1014-emzirme_ve_anne_sutu-ile_ilgili_sik_sorulan_sorular.html Erişim Tarihi: 14.10.2016

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

- 13) T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, (2015). Emzirme Danışmanlığı El Kitabı. Özyurt Matbaacılık, Ankara. <http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/bilgi-dokumanlar/kitaplar/1013-emzirme-danismanligi-el-kitabi.html> Erişim Tarihi: 12.10.2016
- 14) T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, (2015). Emzirme Danışmanlığı Eğitimci Kitabı. Özyurt Matbaacılık, Ankara. <http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/bilgi-dokumanlar/kitaplar/1012-emzirme-dan%C4%B1%C5%9Fmanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-e%C4%9Fitimci-kitab%C4%B1.html> Erişim Tarihi: 14.10.2016
- 15) T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). Resimli Emzirme Rehberi. http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/Dokumanlar/Kitaplar/b_c_e_i_p/resimli_emzirme_rehberi.pdf Erişim Tarihi: 15.10.2016
- 16) Türk Neonatoloji Derneği, (2014). Sağlıklı Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi. <http://www.neonatology.org.tr/dernek-hakkinda/mansetler/72-tnd-tani-ve-tedavi-protokolleri.html> Erişim Tarihi: 12.10.2016
- 17) U.S. Department of Health and Human Services Office on Women's Health, (2011). Your Guide to Breastfeeding. Washington. www.womenshealth.gov 800-994-9662, TDD 888-220-5446. Erişim Tarihi: 09.10.2016
- 18) West, D., and Marasco,L., (2009). The Breastfeeding Mothers Guide: Making More Milk. (1st.ed.,14-190).USA: Mc Graw Hill.
- 19) World Health Organization, Cdd Programme, UNICEF. Breastfeeding Counselling, A Training Course. Participants' Manual Part One, Sessions 1-9. WHO/CDR/93.5, UNICEF/NUT/93.3. Erişim Tarihi: 20.09. 2016.
- 20) World Health Organization Cdd Programme,UNICEF. Breastfeeding Counselling, A Training Course. Participants' Manual Part Three, Sessions 20-30. WHO/CDR/93.5, UNICEF/NUT/93.3. Erişim Tarihi: 20.09. 2016.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Arş. Gör. Rukiye ÇELİK

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Telefon: 0543 979 00 99

Email: rukiyecelik@gazi.edu.tr

Doç. Dr. Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Telefon: 0312 216 26 15

Email: ebrutoruner@gazi.edu.tr

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

SÖZLÜK

Prolaktin: Meme bezlerinden süt salgısını uyaran hormondur.

Oksitosin: Doğumdan sonra meme başı uyarısı ile sütün salınımını sağlayarak emzirmeye yardımcı olan hormondur.

Protein: İçerisinde amino asit içeren, vücudumuzda bulunan tüm hücrelerin düzgün işlemesi için gerekli olan yapıtaştır.

Enfeksiyon: Hastalık yapıcı özellikle bir mikroorganizmanın insan vücuduna girip, herhangi bir dokuda ya da organda yaşaması ve çoğalmasdır.

UNICEF: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonunun kısaltmasıdır.

Antikor: Vücuda giren hastalık yapabilecek etkenleri zararsız duruma getirmek için vücudun ürettiği savunma maddeleridir.

Mekonyum: Anne karnındaki sıvının yutulması ile çeşitli bağırsak salgılarının karışımından oluşan, yapışkan, koyu, yeşil renkte kokusuz dışkıdır.

Refleks: Bir uyarı karşısında düşünülmeden, çok ani bir şekilde verilen tepkiye refleks denir.

Steril: Herhangi bir cisim ya da madde de bulunan tüm mikroorganizmaların her türlü canlı formundan temizlenmesi amacıyla uygulanan fiziksel veya kimyasal işlemdir.

EK-13. (devam) Adölesan Anneler İçin Emzirme Rehberi

NOTLAR

[illegible]

EK-14. İl Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

ANKARA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - ANKARA
HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ EĞİTİM BİRİMİ
27/01/2017 14:44 - 62693856 - 799 - E 83



00038208347

Sayı : 62693856/799
Konu : Araştırma İzini (Doç.Dr.Ebru
Kılıçarslan Törüner)

Hemşirelik

GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)

İlgi : a) 26/12/2016 tarihli ve 62693856-799-732 sayılı yazımız
b) 24/01/2017 tarihli ve 62693856 sayılı dilekçe

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER'in "Teknoloji Temelli Emzirme Programının Adölesan Annelerin Bebeklerinin Büyümesine Etkisi" başlıklı ilgi kayıtlı araştırma izin talebine ilişkin ilgi "a" kayıtlı yazımızla tarafınızdan istediğimiz güncellenmiş başvuru dosyası hakkındaki ilgi "b" kayıtlı dilekçe incelenmiştir. Söz konusu başvuru dosyasının ilgi "a" kayıtlı yazımızda belirtilen ilkeler çerçevesinde güncellendiği tespit edilmiş olup "Sağlık Hizmetleri Alanında İl Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonunun" 21/12/2016 nolu Toplantı Tutanağına istinaden yapılmasında sakınca olmadığına ve izin verilmesine karar verilmiştir.

Söz konusu araştırmaya başlanırken araştırmanın yapılacağı Aile Sağlığı Merkezlerinin bağlı olduğu Altındağ ve Mamak Toplum Sağlığı Merkezlerine gidilerek başlayış işlemlerinin yaptırılması ve ayrıca araştırmanın bitiş tarihi bildirilirken de araştırma sonuç raporunun 2 (iki) nüsha halinde sunulması gerekmektedir. Tarafınızdan Doç.Dr.Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER'e tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Elif Ayla ARABULAN
Müdür a.
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı V.

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
30.12/2017
Nail DİNÇ
V.H.K.İ.



Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü-Eğitim Birimi Tel:0312 302 56 05

Faks No:

e-Posta:emel.karakurt1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.ankarahalksagligi.gov.tr

Bilgi için:Emel KARAKURT

Unvan:ÇEVRE SAĞ. TEKN.

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 27543864-9211-46bd-a632-cf53be87d7ec kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-15. Etik Komisyon İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/11/2016-E.143872



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

Sayın Doç. Dr. Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı - Anabilim Dalı Başkanı

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Rukiye ÇELİK'in tez çalışması olan "*Teknoloji Temelli Emzirme Programının Adölesan Annelerin Bebeklerinin Büyümesine Etkisi*" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **11.11.2016** tarih ve **13** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanın yapılacağı Karapürçek Savaş Bıyıklı Aile Sağlığı Merkezi, Ekin Çamlık Aile Sağlığı Merkezi, Kale Rotary Kulübü Aile Sağlığı Merkezi ve Bostancık Aile Sağlığı Merkezleri'nden izin alınması koşuluyla, yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

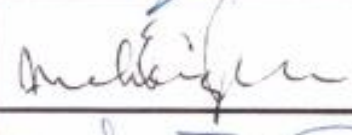
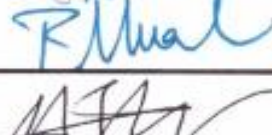
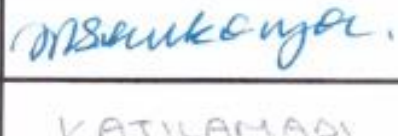
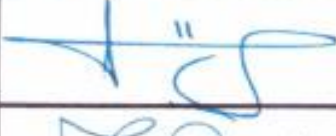
e-imzalıdır
Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
Komisyon Başkan Yardımcısı

Ek:1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 Faks:0 (312) 202 20 63
İnternet Adresi: <http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Nursel Güner
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57

EK-15. (devam) Etik Komisyon İzin Yazısı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 11.11.2016	TOPLANTI SAYISI : 13
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.İlhan ÜZÜLMEZ BAŞKAN	KATILAMADI
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	
Prof.Dr.Fatma GÜMÜŞ	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Naciye YILDIZ	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILAMADI
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Füsun DEMİREL	
Doç.Dr.Tuncay ÖNDER	

EK-16. Ölçek izinleri

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği İzin Talebi Okun Kütüsü x 📄 📧 📧

Rukiye Çelik 20 Tem ☆
 Merhaba Hocam, Ben Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bö...

merlinda alus <merlinda_alus@yahoo.com> 21 Tem ☆ 📄 📧 📧
 Alın: bana 📄

Merhabalar Rukiye,
 tabii ölçeği kullanmaktan memnuniyet duyuyorum. İzin yazısı ve ölçek ektedir.
 Başarılar dilerim.
 Yrd Doç Dr. Merlinda Alus Tokat
 Dokuz Eylül Üniversitesi Fakültesi
 Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı
 35340 Inciraltı / İzmir
 s Tel : 0 232 412 47 81/412 47 51
 s Fax : 0 232 412 47 98
 e- mail : merlinda_alus@yahoo.com
merlinda_alus@deu.edu.tr

Ölçek İzin Talebi Okun Kütüsü x 📄 📧 📧

Rukiye Çelik 15 Tem ☆
 Merhaba Hocam, Ben Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bö...

Kerziban Yenal <kazban.yenal@gmail.com> 15 Tem ☆ 📄 📧 📧
 Alın: bana 📄

Sayın Rukiye Çelik ölçeğini kullandığınızdan memnuniyet duyuyorum.
 İyi çalışmalar

15 Tem 2016 16:34 tarihinde "Rukiye Çelik" <rukiyeceleb25@gmail.com> yazdı:

Merhaba Hocam,
 Ben Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü araştırma görevlilerinden Rukiye ÇELİK. Türkiye'de güvenilirliğini yapmış olduğunuz LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı' nı uygun görürseniz tez çalışmada kullanmak istiyorum. Cevabınızı bekliyorum.

SAYGILARIMLA.

EK-17. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bebeklerin İzlemlere Göre Kilo, Boy Ve Baş Çevre Persentillerinin Sınıflandırılması (n = 31)

	Girişim grubu (n = 16)			Kontrol grubu (n = 15)		
	n			n		
	1. İzlem	2. İzlem	3. İzlem	1. İzlem	2. İzlem	3. İzlem
Kilo						
Çok zayıf	1	--	--	2	3	3
Zayıf	6	2	2	10	6	8
Sağlıklı	9	12	12	3	6	3
Kilolu	--	1	--	--	--	--
Şişman	--	1	2	--	--	1
Boy						
Çok kısa	--	--	--	1	1	4
Kısa	5	5	3	9	9	4
Sağlıklı	10	10	11	5	5	7
Uzun	1	1	1	--	--	--
Çok uzun	--	--	1	--	--	--
Baş çevresi						
Mikrosefali	1	--	--	4	2	1
Mikrosefali riski	4	4	--	4	2	3
Sağlıklı	10	10	12	6	10	8
Makrosefali riski	1	2	4	--	1	3
Makrosefali	--	--	--	1	--	--

*Kategorizasyon The WHO Child Growth Standards, <https://www.who.int/childgrowth/standards/en/> göre yapılmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Soyadı, Adı : ÇELİK, Rukiye
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 08.07.1987/ Ankara
 Medeni hali : Evli
 e-posta : rukiyecelik@gazi.edu.tr



Eğitim

Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/Hemşirelik Bölümü	Devam ediyor
Lisans	Ankara Üniversitesi/Hemşirelik Bölümü	2010
Lise	Ahmet Yesevi Lisesi	2005

İş deneyimi

Yıl	Çalıştığı yer	Görev
2012- devam ediyor	Gazi Üniversitesi	Araştırma Görevlisi
2011- 2012	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dili

İngilizce

Yayınlar

Celik, R. ve Törüner, E. K. (2017). The effect of technology-based breastfeeding approach on adolescent mothers' breastfeeding situation. *International Journal of Gynecology, Obstetrics, and Neonatal Care*, 4, 1-6.

Kongreler

Celik, R. ve Toruner, E.K. (2017-14-17 Haziran). *Effects of technology-based breastfeeding program on mother and newborn: A case report*. 13th International Family Nursing Conference, Poster Bildiri, Pamplona, İspanya.

Arslan, E., Çoban, F., Çavaş, F., Demir, M. ve Çelik, R. (2016-28-29 Nisan). 15. *Ulusal hemşirelik öğrenci kongresi*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Kongre ve Kültür Merkezi, Poster Bildiri, Eskişehir.

Celik, R., Yurttutan, S., Altay, N. ve Toruner, E.K. (2015-15-18 Kasım). 1.*Ulusal 2. uluslararası akdeniz pediatri hemşireliği kongresi*. Türkiye Barolar Birliği Litai Hotel Kongre Merkezi, Sözel Bildiri, Ankara.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR...

