

**T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**FAZLA KİLOLU, OBEZ VE OBEZ OLMAYAN
GEBELERDE DOĞUM SONU DEPRESYON VE EMZİRME
DAVRANIŞLARI**

**FEYZA ERTOP
YÜKSEK LİSANS TEZİ
(DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI)**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç.Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ**

2017-İZMİR

**T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**FAZLA KİLOLU, OBEZ VE OBEZ OLMAYAN
GEBELERDE DOĞUM SONU DEPRESYON VE EMZİRME
DAVRANIŞLARI**

**FEYZA ERTOP
YÜKSEK LİSANS TEZİ
(DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI)**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç.Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ**

2017-İZMİR

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 22/11/2017

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi)

Üye: Yrd.Doç.Dr.Sezer ER GÜNERİ (Ege Üniversitesi)

Üye: Yrd.Doç. Dr. Selma ŞEN (Celal Bayar Üniversitesi)

ONAY: Bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'na belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet KOYU

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Lisansüstü eğitimimin sonuna gelmiş bulunuyorum. Mesleğimin ayrıntılarını öğrenmek ve hastalarımın zarar vermeden faydalı olmak, kendimi daha fazla geliştirmek için önümde aşmam gereken birçok engel olduğunun farkında olarak;

Eğitimim boyunca değerli bilgilerinden yararlandığım insani ve ahlaki değerleri ile de örnek aldığım, ayrıca tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Nuray Egelioglu Cetişli' ye,

Bu yolda bana eşlik eden, benden desteklerini esirgemeyen ve birlikte olmaktan mutluluk duyduğum tüm yöneticilerime ve arkadaşlarıma,

Fedakarlık ve sabırla ilgi ve desteklerini eksik etmeyen, bu günlere gelmemde büyük pay sahibi aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

FEYZA ERTOP

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	iii
Önsöz	iv
İçindekiler	v
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	viii
Şekiller Dizini	ix
Tablolar Dizini	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi	3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Obezite	5
2.2. Gebelikte Obezite	7
2.3. Gebelikte Obezitenin Neden Olduğu Sorunlar	8
2.3.1. Gebelikte Obezite Nedeniyle Ortaya Çıkan Bebeğe Ait Sorunlar	8
2.3.2. Gebelikte Obezite Nedeniyle Ortaya Çıkan Anneye Ait Sorunlar	9
2.3.2.1. Gebelik Öncesi Dönem ve Gebeliğe İlişkin Sorunlar	9
2.3.2.2. Doğum Sırasındaki Sorunlar	10
2.3.2.3. Doğum Sonrası Sorunlar	10
2.3.2.3.1. Doğum Sonu Depresyon	11
2.3.2.3.2. Emzirme Sorunları	13
2.4. Maternal Obezitede Hemşirelik Bakımı	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	16
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	16
3.4. Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri	17
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	17

3.6. Veri Toplama Araçları	18
3.6.1. Birey Tanıtım Formu	18
3.6.2. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği	18
3.6.3. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği	19
3.7. Verilerin Toplanması	19
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.9. Araştırmanın Etiği	21
3.10. Araştırma Bütçesi	21
4. BULGULAR	
4.1. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri	22
4.2. Annelerin ve Bebeklerinin Doğum Sonu Dönem Özellikleri	24
4.3. Annelerin LATCH ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları	25
4.4. Annelerin LATCH ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	28
5. TARTIŞMA	
5.1. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi	30
5.2. Annelerin ve Bebeklerin Doğum Sonu Dönem Özelliklerinin İncelenmesi	31
5.3. Annelerin LATCH ve EPDÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi	
5.4. Annelerin LATCH ve EPDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	32
	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuç	38
6.2. Öneriler	39
ÖZET	40
ABSTRACT	41
KAYNAKLAR	42
EKLER	
EK 1. Birey Tanıtım Formu	51
EK 2. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği	52

EK 3. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği	53
EK 4. Etik Kurul İzni	55
EK 5. Kurum İzni	56
EK 6. Araştırmaya Katılma Onam Formu	57
ÖZGEÇMİŞ	58

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKI: Beden Kitle İndeksi

CDC:The Center for Disease Control

DSÖ:Dünya Sağlık Örgütü

EPDÖ: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

ICN:Uluslar Arası Hemşireler Birliği

IVF: İn Vitro Fertilizasyon

LATCH: Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı

OECD:Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organization for Economic Co-operation and Development)

PCOS: Polikistik Over Sendromu

PPD: Postpartum (Doğum Sonu) Depresyon

SPSS:Statistical Package for the Social Sciences

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TUİK:Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Araştırma S¼reci

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: Yetişkinlerde BKİ'ne Göre Zayıflık, Fazla Kiloluluk ve Obezitenin Sınıflandırılması

Tablo 2: Gebelik Öncesi BKİ'ye Göre Gebelikte Toplam Alınması Gereken Kilo Oranları

Tablo 3: Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Tablo 4: Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Tablo 5: Annelerin ve Bebeklerin Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Göre Dağılımları

Tablo 6: Annelerin EPDÖ ve LATCH Puan Ortalamaları

Tablo 7: Annelerin Doğum Öncesi ve Doğum Sonu Dönemdeki Depresyon Risk Dağılımları

Tablo 8: Annelerin EPDÖ ve LATCH Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Obezite, vücutta fazla miktarda yağ dokusunun birikmesi veya vücut ağırlığında boy uzunluğu ile ilişkili standardın üzerindeki artışla tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi “sağlığa zararlı anormal ya da aşırı yağ birikimi” olarak tanımlayıp, tüm ülkeler için “Global Epidemiyi” olarak ilan etmiş ve insan immünyetmezlik virüsü ve malnütrisyonla eşdeğer düzeyde milenyumun en büyük öldürücü hastalıklarından biri olduğunu bildirmiştir (1). DSÖ'nün (2014) verilerine göre Dünya çapında kadınların %14'ü, erkeklerin %10'u, Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK, 2014) verilerine göre ise kadınların %24.5'i, erkeklerin %15.3'ü obezdir. Özellikle toplumda erkeklere göre kadınlar arasında daha yaygındır (2,3).

Obezitenin kadınlarda daha sıklıkla görülmesinin nedenlerinin başında gebelik öncesi ve gebelik döneminde kazanılan ağırlık fazlalığı gelmektedir. DSÖ gebelikte obezite prevalansının %1.8 ile %25.3 arasında olduğunu, maternal obezitenin fetal, neonatal, maternal ve perinatal mortalite ve morbidite için büyük bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir (4,1). Maternal obezite, nöral tüp defektleri, ölü doğum, hipoglisemi, mekonyum aspirasyonu, düşük APGAR skoru, kalp ve intestinal sistem anomalileri gibi konjenital anomalilere de neden olmaktadır (5,6). Kuzey İrlanda'da, beden kitle indeksinin (BKI) maternal ve neonatal sonuçları üzerine yapılan retrospektif bir çalışmada hipertansif bozukluklar, gestasyonel diyabet, sezaryen, ölü doğum, makrozomik bebek gibi risklerin BKI artışıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (7). Obez kadınlar, gebelik döneminde üriner sistem enfeksiyonu, hipertansiyon, preeklamsi ve gestasyonel diyabet, doğum sonrası dönemde de yara yeri enfeksiyonları, tromboembolizm, atoni kanamaları, doğum sonu depresyon ve inefektif emzirme açısından normal gebelere göre daha fazla risk altındadırlar (8).

Gebelik ve doğum sonu dönem birçok kadın için anksiyete, yeme bozuklukları, depresyon, psikoz gibi çeşitli duygudurum bozukluklarına yatkınlığın

arttığı bir dönem olarak karşımıza çıkabilmektedir. Yapılan çalışmalar obezite ile doğum sonu depresyon arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir (9, 10, 11). Eren (2007)adölesan annelerde, ilk doğumunu yapmış ve düşük gelirli annelerde, istenmeyen gebeliklerde, beden imajını daha ön planda tutan annelerde doğum sonu depresyon görülme olasılığının arttığını belirtmiştir (12). Annedeki strese bağlı salgılanan kortizolün plasentaya geçmesiyle fetüsün stres cevabı kalıcı olarak değişir(13). Doğum sonu dönemde annede açığa çıkan depresyon anne ve çocuk arasındaki ilişkiyi, annenin bebeğine bakımını ve ebeveynlik rolünü öğrenmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu olumsuz etkilerden biri de emzirme üzerine olduğundan, bebeğin beslenmesi ve dolayısıyla sağlığı da risk altına girmektedir. Obez anneler emzirmede birçok güçlük yaşadığı için sürekli desteğe ihtiyaç duyarlar (14).

Obezite, gebelik ve doğum sonrası dönemde anneyi, fetüsü ve yenidoğanı bir çok komplikasyon açısından riske sokar, bu nedenleobez gebeler yüksek riskli gebeler olarak değerlendirilmelidir. Bu noktada obezite sorununun önüne geçebilmek için bireylerin bilinçlendirilmeye ihtiyaçları vardır. Özellikle hemşireler yaşam kalitesini arttırarak obezitenin önüne geçmede önemli role sahiptir. Uluslar Arası Hemşireler Birliği (ICN) düzenli yaşam biçimi oluşturma, kilo kontrolü ve beslenme konularında hemşirelerin önemli pozisyonda olduğunu vurgulamaktadır (15). Hemşirelerdoğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonu dönemde düzenli fiziksel aktivite, dengeli beslenme, kilo kontrolü ve emzirme gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmeti vererek obezitenin neden olduğu risklerin önüne geçebilir (16). Ülkemizde gebelikte obezite ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Genellikle maternal obezitenin prepartum ve doğum sonu dönemde komplikasyonları ele alınmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, fazla kilolu, obez ve obez olmayan annelerin gebelik ve doğum sonu dönemde depresyon ve emzirme davranışlarını incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

1.H₁: Fazla kilolu ve obez gebelerin,obez olmayan gebelere göre doğum öncesidepresyon puanları daha yüksektir.

2.H₁: Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre doğum sonrası ikinci günde depresyon puanları daha yüksektir.

3.H₁: Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre doğum sonrası 4-6. haftalarda depresyon puanları daha yüksektir.

4.H₁: Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre doğum sonrası ikinci günde emzirme başarı puanları daha düşüktür.

5.H₁:Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre doğum sonrası 4-6. haftalarda emzirme başarı puanları daha düşüktür.

6.H₁:Fazla kilolu ve obez anneler ile obez olmayan annelerin depresyon puanları ile emzirme başarı puanları arasında ilişki vardır.

1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Topluma ve Ulusal Ekonomiye Katkıları

Obez kadınların kapsamlı ve kişiye özgü hemşirelik bakımına, beslenme konusunda danışmanlığa ek bakım ekipmanlarına ihtiyacı vardır. Bu hem toplum açısından maliyeti arttıran bir durumdur hem de multidisipliner bir bakım ve personel ihtiyacını gerektirir. Bu araştırma obezitenin gerek gebelik dönemine gerekse sonraki uzun dönem etkilerine karşı, kişilerin sağlığını korumak, olumsuz durumları önlemek, ülke ekonomisine katkı sağlamak, bireyleri topluma kazandırmak açısından önemlidir.

Bilimsel/Akademik Alana Katkıları

Literatürde, hemşirelerin obez gebeye yaklaşımları obezitenin gebeliğe, doğum sonu depresyona ve emzirmeye olan etkileri hakkında araştırmalar oldukça sınırlıdır. Hemşirelerin bireysel ve holistik davranışlarının desteklenmesi, hemşireler tarafından geliştirilen yöntemlerin bir yenilik olarak literatüre yansıtılarak sağlık hizmetinde hemşirelerin yenilikçi rolünün ortaya çıkarılması, mesleki bilginin geliştirilmesi önemlidir. Araştırmanın da bu yönüyle hemşirelik literatürüne yenilik katması ve hemşirelik bakımına ışık tutmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yürütüldüğü hastanede gebelerin izlemlerinin on poliklinikte gerçekleştiriliyor olması ve gebe polikliniğinin ayrı olmaması nedeniyle araştırmacı bütün gebelere ulaşamamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre fazla kilo ve obezite; ‘‘Sağlığa zarar veren anormal ya da aşırı yağ birikimi’’ olarak tanımlanmıştır. Dünya’da 18 yaş ve üzeri 1.9 milyar yetişkinin fazla kilolu olduğu,bunlarında 600 milyonunun obez olduğu tespit edilmiştir. Yani dünyanın yetişkin nüfusunun yaklaşık %13’ü obezdir (2). Başta gelişmiş ülkeler olmak üzere önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkan obezite, toplumda erkeklere göre kadınlarda daha yaygındır. DSÖ’nün yaptığı Asya, Afrika ve Avrupa’nın altı ayrı bölgesini kapsayan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında obezite prevalansının 10 yılda %10-30 arasında artış gösterdiği kaydedilmiştir(17). DSÖ’nün Avrupa Bölge Ofisi tarafından Avrupa’da yetişkinlerin %30-80’ini fazla kiloluların oluşturduğu, çocuk ve adölesan dönemindeki bireylerin yaklaşık %20’sinin fazla kilolu olduğu ve bu kişilerin üçte birinin obez kategorisinde olduğu belirtilmektedir (18). Erişkin popülasyonda obezite prevalansı %15-60 olup, Amerika Birleşik Devletleri’nde erişkinlerin %65’i, Hollanda’da %34’ü obezdir (19). Amerika’da 2009-2010 yıllarında yapılan Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme çalışmasında, kadınların ortalama BKİ’sinin 28.7 kg/m² olduğu, yetişkin kadınların ise %35,8’inin obez olduğu belirtilmiştir (20).

Seçilmiş Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütüne(OECD) üye ülkelerde obezite oranları incelendiğinde,en yüksek obezite oranına %28.7 ile ABD’nin sahip olduğu görülmektedir. ABD’yi %22.2 ile İzlanda izlemektedir. Türkiye ise %19.9’luk oranla üçüncü sırada yer almaktadır.Obezite oranının en düşük olduğu ülkelerin ise sırasıyla %2.4’lük oranla Kore, %10.3’lük oranla İsviçre ve İtalya olduğu görülmektedir (3, 24).

Ülkemizde, TUİK (2014) verilerine göre obezite prevalansı %19,9’dur ve artan bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Fazla kilolu ve obezler toplandığında bu oran erkeklerde %53,5 iken kadınlarda %53,8’dir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’na göre kadınlarda obezite oranı %41’dir (3, 22).

Obezite, BKİ kapsamında sınıflandırılmaktadır. BKİ, erişkin bireylerde kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanır. Bu nedenle birimi de kg/m^2 dir. Bu sınıflama yaş, doğum sayısı, sigara öyküsü, ırk ve etnik kökenden bağımsızdır. Tablo 1’de DSÖ’nün yetişkinlerde BKİ sınıflandırması yer almaktadır. Yapılan değerlendirmelerde farklı Asya toplumlarında obezitenin kesişim noktaları farklılık gösterebildiği için tabloda bu değerlere de yer verilmiştir(23).

Tablo 1: Yetişkinlerde BKİ’ne göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m^2)	
	Temel kesişim noktaları	Geliştirilmiş kesişim noktaları
Zayıf (düşük ağırlıklı)	<18.50	<18.50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	≥ 25.00	≥ 25.00
Şişmanlık öncesi (Pre-obez)	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Şişman (Obez)	≥ 30.00	≥ 30.00
Şişman I. Derece	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Şişman II. Derece	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Şişman III. Derece	≥ 40.00	≥ 40.00

Adapted from WHO, 1995, WHO, 2000 and WHO 2004.
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Obezite kardiyovasküler rahatsızlıklara, hipertansiyona, tip 2 diyabete, bazı kanser türlerine, metabolik sendroma, obstrüktif uyku apnesine neden olan risk faktörleri arasında olduğu gibi aynı zamanda da kadınlarda erken menopoza ve infertiliteye neden olabilmektedir (19, 24).

2.2. Gebelikte Obezite

Dünya’da ve Türkiye’de obezite oranı kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır (25, 26). Obezitenin kadınlarda daha sıklıkla görülmesinin nedenlerinin başında gebelik öncesi ve gebelik döneminde kazanılan ağırlık fazlalığı gelmektedir (4, 1, 27).The Center for Disease Control (CDC) gebelerde obezite sıklığının, doğurgan çağda kadınlardaki obeziteyle ilişkili olduğunu, Amerika’da doğurganlık çağındaki kadınların %25’inin şişman, %25’inin obez olduğunu ve maternalobeziteninmaternalmortalite için büyük risk faktörü olduğunu belirtmiştir (28).Geçtiğimiz on yıl içinde fazla kilolu ve obez gebelerin oranı ne yazık ki artmış durumdadır(29).

Prekonsepsiyonel danışmanlık hizmeti, maternalobezitenin yol açabileceği sağlık risklerinin önüne geçebilmek için oldukça önemli bir noktadır. Bu noktada özellikle obez kadınlar eğitilerek gebelik öncesi normal BKİ değerlerine ulaşması ve sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenme, aktivite, egzersiz alışkanlıklarının kazandırılması önem arz etmektedir. Gebeliğin ilk izleniminde BKİ’si 30’un üzerinde olan kadınlar, obezitenin riskleri konusunda eğitime başlanarak, kilo aralığı belirlenerek sağlıklı ve dengeli beslenmesi sağlanmalıdır. Artan riskler nedeniyle düzenli sağlık taramalarının önemi anneye anlatılmalıdır(1).

TheInstitute of Medicine (IOM), 2009 yılı raporlarında gebelik döneminde kilo alımında gebelik öncesi BKİ değerinin esas alınmasını vurgulanmaktadır. Tablo 2’de belirtildiği üzere, gebelik öncesi BKİ düşük (<18.5 kg/m²) olan kadınlar için önerilen toplam kilo alımı 12.5-18 kg, BKİ normal (18.5-24.9 kg/m²) olan kadınlar için 11.5-16 kg, BKİ yüksek (25-29.9 kg/m²) olanlar için 7-11.5 kg, BKİ >30 kg/m² olanlar için toplam kilo alımının 5-9 kg olması önerilmiştir. Bu önerilerdeki amaç,

bebek için normal gelişimin ve kilo alımının gerçekleşmesi, preeklampsi, iri bebek, sezaryen risklerinin azaltılmasıdır (30). Gebelikte tavsiye edilen kilo alımı 0.5-2 kg'a kadarı ilk trimesterde önerilir, daha sonra ikinci ve üçüncü trimesterde gebenin haftada 0.35-0.5 kg alması önerilmektedir (31, 32).

Tablo 2: Gebelik öncesi BKİ'ye göre gebelikte toplam alınması gereken kilo oranları

Gebelik Öncesi BKİ	Toplam Kilo Alımı Sınırları (kg)	İkinci ve Üçüncü Trimesterde Kilo Alım Oranları (kg/hafta) Ortalama Sınırları
Zayıf (<18.5 kg/ m ²)	12.5-18.0	0.51 (0.44-0.58)
Normal Kilolu (18.5-24.9 kg/ m ²)	11.5-16.0	0.42 (0.35-0.50)
Fazla Kilolu (25.0-29.9 kg/ m ²)	7.0-11.5	0.28 (0.23-0.33)
Obez (≥ 30.0kg/ m ²)	5.0-9.0	0.22 (0.17-0.27)
İlk trimesterde kilo alımı 0.5-2 kg varsayılarak hesaplanmıştır.		

Kaynak: Committee Opinion, 2013; Rasmussen and Yaktine, 2009.

2.3. Gebelikte Obezitenin Neden Olduğu Sorunlar

Gebelikte alınan kilo gelecekte bebeğin ve annenin sağlığını önemli ölçüde etkiler (33). Gebe kalmadan önceki BKİ'nin ve gebelikteki kilo artışı oranlarının, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki anne ve yenidoğanda gelişebilecek sorunlarla olan ilişkisi birçok araştırmada ortaya konmuştur (34, 35). Kitsantas ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir araştırma da gebelik süresince sağlık sorunu yaşayan ya da doğumda komplikasyon gerçekleştirenlerin oranı %44.7 olup, bunların %30.7 sinin gebe kalmadan öncede şişman/obez olduğu saptanmıştır (33). Obezite, tekrarlayan gebelik kayıpları ile de ilişkilidir (24).

2.3.1. Gebelikte Obezite Nedeniyle Ortaya Çıkan Bebeğe Ait Sorunlar

Annede mevcut olan fazla kilo ve obezite bebekte; ölü doğum, konjenital anomaliler, erken doğum, makrozomik bebek doğumu, hipoglisemi, mekonyum aspirasyonu gibi birçok sağlık sorununa yol açar. Gebelik öncesi

obezitenin artmış olması, doğum ağırlığı 4 kg ve üzeri olan bebek sayısının artmasına neden olur. Maternal obezitenin ölü doğum ve perinatal ölümler ile iki kat daha fazla ilişkili olduğu belirtilmiştir (36). Makrozomik bebekler anormal pozisyonlara, doğum eyleminde omuz distosisi ve buna bağlı brakial sinir hasarlarına ve obstetrik risklerin artmasına yol açmaktadır (4). Hildebrand et al. (2014) yaptıkları araştırmada maternal obezitenin down sendromu riskini artırdığı gözlemlenmiştir (37). Yapılan çalışmalar gösteriyor ki BKI 30'un üzerinde olan obez gebeler ve BKI 30'un altında olan gebeler karşılaştırıldığında gestasyonel diyabet, gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi BKI'si 30 ve üzeri olanlarda daha fazla görülmektedir. Artan BKI sezaryen oranını ve spontan abortus riskini artırmaktadır. Bu da infertilite tedavisi görenler için önemli bir unsurdur. Gebelikte obeziteye yaklaşım multidisipliner ve bütüncül olmalıdır. Sağlık çalışanı bunun farkında olarak kişiye gebelik öncesi BKI'sini normale döndürmek için yardımcı olmalıdır (36).

2.3.2. Gebelikte Obezite Nedeniyle Ortaya Çıkan Anneye Ait Sorunlar

2.3.2.1 Gebelik Öncesi Dönem ve Gebeliğe İlişkin Sorunlar

Obezite, kadınlarda üreme fonksiyonlarını önemli derecede etkilemektedir. Obezite ile meme kanseri ve endometrium kanseri arasındaki ilişki incelenmiş ve aralarında pozitif bir ilişki saptanmıştır (8). Kadınlarda obezite gebelik komplikasyonlarını arttırmaktadır. Normal bireylerle karşılaştırıldığında obez olan bireylerin infertilite ile karşılaşma oranı çok yüksektir. Obez kadınlarda Polikistik Over Sendromu (PCOS) görülme riski yüksektir. PCOS hormonal düzensizliklere ve infertiliteye neden olur, PCOS'lu bayanların toplamda %30-75'inin obez olduğu görülmektedir, ayrıca obez gebelerde abortus riski %27-35 oranındadır (5). Obezite gebelikte; gestasyonel diyabet, gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, kardiyovasküler, serebrovasküler sorunların yanısıra emosyonel durum değişikliklerine neden olarak depresyon riskine neden olabilmektedir (38, 39). Fazla kiloya bağlı olarak hareket kısıtlılığı yada yavaşlama, çabuk yorulma, bel ağrısı gibi yakınmaların görülme olasılığının arttığı düşünülmektedir. Shaikh et al. (2010) yaptıkları bir çalışmaya göre, obez annelerin normal kilodaki annelere göre preeklampsi yönünden iki kat daha fazla risk altında olduklarını göstermektedir (40).

Obezite ilk trimesterde spontan gebelik kaybı ve nöral tüp defekti; ikinci trimesterde gestasyonel diyabet; üçüncü trimesterde gestasyonel hipertansiyon, fetal izlemede güçlük, anestezi komplikasyonları, ölü doğum gibi birçok sağlık riskine neden olur (41).

2.3.2.2. Doğum Sırasındaki Sorunlar

Obezite sezaryenle doğum, perinatal ölümlere neden olabilmektedir (38).Obez kadınlar tromboembolizm yönünden risk taşımaktadırlar. Ayrıca obez kadınlar aşırı kilo nedeniyle anestezi komplikasyonları açısından risk taşımaktadırlar (1).Obeziteenfeksiyona, doğum travmalarına, kanamalara yol açabilmektedir (42).

2.3.2.3. Doğum Sonu Sorunlar

Obezite,doğum sonu dönemde metaboliksendrom, doğum sonu anemiye neden olabilmektedir (38).Preeklampsiye neden olan obezite,kadının sonraki yaşamında koroner kalp hastalığı geçirme riskini de arttırmaktadır (43). Doğum sonu dönemde aşırı kan kaybı, enfeksiyon, yara yeri açılması, venöz pıhtı oluşumuna neden olmaktadır (41).

Fazla kilolu ve obez kadınlar gebelik boyunca, hipertansiyon, kardiyak rahatsızlıklar, preeklampsi, gestasyonel diyabet, sezaryen doğum, gebelik sonrası kilo verememe gibi birçok problemle karşı karşıya kalırlar.Buna ek olarak obez annelerde emzirmenin başlaması ve sürdürülmesinde de problemler yaşanabilir. Obez annelerde kanser, felç, diyabet ve koroner kalp hastalıklarına yakalanma riskinin yükseldiği, yaşam kalitesinin düştüğü ve bu hastalıklara bağlı olarak ölüm oranlarının arttığı bildirilmiştir. Annede meydana gelen olumsuz faktörlerin annenin beden imajını olumsuz etkilediği ve psikolojisini kötü yönde etkilediği belirtilmektedir (36). BKI'si 25 üzerinde olan annelerin %50'si emzirmeyi erken dönemde bırakmaktadır. Obez annelerdeki meme dokusundaki fazlalık, annede meydana gelen ruhsal değişiklikler nedeniyle isteksizlik emzirmeye başlama ve sürdürmeyi etkiler (44).Doğum sonu dönemde, obez gebelerin obez olmayan gebelere göre, her ay emzirmeyi durdurma oranı %11 oranında riskli bir artış

göstermektedir (33). BKI arttıkça annedeki prolaktin düzeyi azalacağından süt üretimi de azalarak, emzirme olumsuz yönde etkilenmektedir (45).

2.3.2.3.1Doğum Sonu Depresyon

Duygu durum bozuklukları arasında olan ‘Majör Depresif Bozukluk’; görülme sıklığı açısından en yaygın psikolojik sorundur. Depresyon semptomlarını; güç kaybı başta olmak üzere uyku bozuklukları, iştah bozuklukları, zevk alamama, öfke, stres, ajitasyon gibi farklı şekillerde sıralanabilir. Obezite ve depresyon aynı hastalık sürecinin farklı sonuçları olarak adlandırılmıştır. Obezite tedavi edildikçe depresyonun azaldığından, depresyon tedavi edildikçe de kilo vermenin kolaylaştığından bahsetmek mümkündür. Kadınların gösterdiği anksiyete belirtileri ve depresif semptomların, obezitenin psikolojik etkileri olduğu söylenmektedir(9).

Yakın gelecekte büyük iş gücü kaybına neden olabilecek depresyonun gebelikte görülme sıklığı %7.4 ile %12.7 arasında değişmektedir. Gebelik ve doğum sonu dönem birçok kadın için anksiyete, yeme bozuklukları, depresyon, psikoz gibi çeşitli duyu durum bozukluklarına yatkınlığın arttığı bir dönem olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu noktada klinisyenler bu bilişsel değişimleri göz önüne alarak gebeliğin getirdiği fiziksel değişimler sonucu ortaya çıkan doğal ve beklenen durumlarla ayırımını iyi yapmalıdır (11). Yapılan çalışmalar obezite ile doğum sonu depresyon arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir (10). Doğum sonu depresyon(PPD) ise, gebeliğin neden olduğu hormonal değişikliklerin sebep olduğu bir bozukluk değil, nonspesifik stresörlere bir cevap olarak değerlendirilir. Tanısal ve İstatiksel Akıl Bozuklukları Rehberi’nin dördüncü baskısında doğum sonu depresyon kriterleri tam olarak belirlenmiştir. Buna göre PPD, doğumdan sonraki dört hafta içinde kendini gösteren ve non-psikotik majör depresyon olarak tarif edilmiştir. Ağırılık seviyesine göre “babyblues”(lohusalık hüznü), “non-psikotik depresyon” ve “puerperal psikoz” (doğum sonu psikoz) olarak sınıflandırılır(46). Doğum sonu depresyonun dünyadaki prevalansı %10-15 arasındadır. Hemen hemen her altı kadından biri doğum sonu depresyonu yaşamaktadır. (47). Ülkemizde doğum sonu depresyon prevalansı %13 civarındadır (11). Kadınlarda doğum sonu depresyonun görülme sıklığı %15.2-25 arasında

toplumdan topluma değişmektedir. Doğumu takiben olağan psikolojik semptomlar yaklaşık iki hafta içinde kendiliğinden geçmez ise ve bu durumun süresi uzarsa; ilk 3 aylık dönemde, kadınların %14.5'inde yeni bir major depresyon ya da minor depresyon atağı oluşur (14).

Gebelik ve doğumla birlikte kadınlarda depresyon görölme sıklığı artmaktadır. Fakat bu noktada birçok gebe, doğum sonu depresyonla karşı karşıya kalsada tedavi aksamaktadır, bunun nedeni daha çok gebelikle birlikte oluşan hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlanmaktadır. Sağlık çalışanlarının, tanıyı kesinleştirebilmesi için ayırıcı tanı olan karamsarlık, değersizlik, hiçbir şeyden zevk alamama, isteksizlik gibi durumları göz önünde bulundurmaları gerekir. Abortus, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik durum, ölü doğum, sosyal destek azlığı veya olmaması, çekingen kişilik yapısı, endişe, madde bağımlılığı, istenmeyen bebek gibi durumlar depresyon riskini arttırarak yorgunluk, sinirlilik, içe kapanma gibi birçok durumla kendini gösterip gebeliğin inkârına kadar giderek, doğum sonu depresyonu olarak doğumdan sonra da aylarca devam edebilmektedir (11).BKI'si yüksek olan kadınlarda depresyon oranları incelendiğinde BKI arttıkça depresyon, migren ve hipertansiyon görölme oranının arttığı bulunmuştur (48).

Psikolojik olarak zorlayıcı bir dönem olan gebelik ve doğum sonu dönemi anneyi etkilediği kadar bebeği de etkilemektedir. Doğum sonu dönemde annede açığa çıkan depresyon, anne ve çocuk arasındaki ilişkiyi, annenin bebeğine bakımını ve ebeveynlik rolünü öğrenmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (14). Annede depresyon tedavi edilemezse, bebeğin kan kortizol düzeyi yükselir ve bebekte mental gerilik oluşma riski artar. Depresif anneler bebekleriyle daha az sözel iletişim kurmakta ve daha çok negatif etki yaşamaktadır. Bu durum bebeğin çocukluk dönemini bile olumsuz etkileyebilmektedir (47). Obez gebelerde aktivite azlığı endorfin düzeyini etkileyip norepinefrin metabolizmasında değişikliklere neden olur, böylece kişide psikolojik belirtiler baş gösterir. Yapılan birçok çalışmada fiziksel aktivite, egzersizlerin depresyonu azalttığı görölmektedir (49). Obez kadınlardaki beden imajı kadının yaşama bakışını olumsuz etkilemekte, yaşam kalitesini düşürmektedir, kadında depresyon, stres ve beden imajı sorunlarına neden olabilmektedir. Böylece bu kadınlarda doğum sonu depresyon görölme riski

artmaktadır (36). Tanı konan bireylere tedavi planlanırken, olası ilaç yan etkileri, annenin emzirme durumu, yöntemlerin uygulanabilirliği göz önüne alınmalıdır. Ayrıca planlanan tedavi sadece kişiyi değil ailesini de kapsamalıdır.

2.3.2.3.2. Emzirme Sorunları

Kitsantas and Pawloski (2010) yaptıkları çalışmada gebelik öncesi BKİ'nin emzirmeye başlamaya ve sürdürmeye etkisine bakmışlardır. Çalışmaya göre ortalama emzirme süresinin iki ay civarı olduğu ve emziren annelerin oranının %69.3 olduğu görülmüştür. Obezitenin emzirmeye başlamayı ve sürmeyi olumsuz etkilediği, sağlık problemi ya da doğum komplikasyonu olan obez kadınların normal kilolu kadınlara göre yaklaşık 1.4 kez daha az emzirmeye başladığı ve emzirmeyi erken kestiği görülmüştür (33).

Yapılan bir araştırmada obezite ile emzirme/süt salgılama arasındaki ilişki incelenmiş ve obez primiparların sütünün doğumdan 72 saat sonra geldiği gözlemlenmiştir. Araştırmalar gösteriyor ki gebelik öncesi BKİ'de her birimlik artış (1 kg/m²) süt yapımını yaklaşık yarım saat geciktirmektedir (8).

Amir et al. (2007) tarafından yapılan sistematik bir derlemede on çalışmanın dokuzu, obez annelerin emzirmeye başlamalarının, normal kilodaki annelere göre daha güç olduğunu göstermektedir. Ayrıca obez anneler emzirmeyi daha erken bırakmaktadırlar (50). Obezite nedeniyle ağrı, anemi ve mobilizasyondaki gecikme, doğum sonrası annenin emzirmede güçlükler yaşamasına neden olur (51).

Şişman ve obez annelerin gebelik boyunca, diyabet, hipertansiyon ve enfeksiyon gibi bir çok tıbbi sorun için riskleri artmış bulunmaktadır. Bu nedenle sezaryenle doğum obez gebelerde sık görülen bir durumdur, bunlarda emzirmeyi yakından etkileyen faktörlerdir. Etkili emzirme annede; meme kanseri, metabolik sendrom, tip 2 diyabet ve hipertansiyon görülme riskinde azalmaya neden olurken; çocuklarda emme, obez hale gelmenin önüne geçerek, enfeksiyon riskini, ani bebek ölüm riskini, pediatrik kanserlere yakalanma riskini düşürür ve astım görülme riskini azaltır (52). Ayrıca sağlık sorunu olmayan obez kadınların normal kilodaki kadınlara göre emzirmeyi bırakma riskleri her ay için %11 oranında artmaktadır (33). Bu

bilgiler ışığında obez gebelere emzirmenin önemi ve sürdürülmesi konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanmasında hemşirelere büyük pay düşmektedir.

McGuire et al.(2010) yaptıkları bir derlemede obezitenin, annelerde emzirmeye başlama süresini ve emzirmeyi sürdürmeyi etkilediğinden bahsetmişlerdir. Obez kadınlar özellikle psikolojik açıdan emzirme konusunda birçok sorun yaşarlar. Düşük özbenlik saygısının oluşu, düşük özgüven, diğer ruhsal sorunlar ve doğum sonu depresyon emzirmeyi önemli ölçüde etkileyen faktörlerdendir (53).

2.4. Maternal Obezitede Hemşirelik Bakımı

Maternal obezite, emzirmeye başlamayı ve emzirmeyi sürdürmeyi olumsuz yönde etkilediği gibi, emzirme isteğini de azaltmaktadır. Emzirme konusunda yaşanan bu olumsuzluklar normal kilodaki annelere göre obez olan annelerde daha yaygın görülmektedir. Obez kadınlar normal kilolu kadınlara göre emzirmeyi daha erken bırakmaktadır. Maternal obezitenin emzirmeyi etkileyerek, emzirmede çeşitli problemlere (prolaktin seviyesinde azalma, emme yanıtının azalması, erteleme) neden olduğu bildirilmiştir. Emzirmede başarısızlık sebebiyle bebeğin hazır mamalar ile beslenmesi ile bebekte ileri dönemde obezite riski artabilmektedir (25). Bunun yanıdagelişmiş ülkelerde obez kişilerin depresif bir ruh hali içinde oldukları, majör psikolojik bozukluklar açısından risk taşıdıkları belirtilmektedir (54). LaCoursiere et al. (2006) yaptığı bir çalışmada, obez kadınlarda doğum sonrası depresif semptomlara daha çok rastlandığı ve obez kadınların doğum sonu depresyon yaşama sıklıklarının normal kilolu kadınlara göre iki kat fazla olduğu görülmüştür (55). Bu nedenlerle doğum sonu dönemde hemşirelik bakımı; annenin, bebeğin ve ailenin gereksinimlerini kapsayacak şekilde olmalıdır. Sağlık çalışanları riskli durumları tespit ederek, ailenin psikososyal yapısını değerlendirerek, rehberlik etmelidir. Bakımlar bilimsel bilgiye dayalı olmalı ve sağlık personeli en yeni bilgileri yakından takip etmelidir. Ailenin gereksinimleri her zaman ön planda olmalıdır. Anneyi duygularını ifade etmesi yönünden cesaretlendirmelidir (Kanıt D). Sağlık çalışanı doğum sonrası ortaya çıkan ruhsal problemlerin farkında olmalıdır (Kanıt D).

Emzirme desteği uygun şekilde yapılmalıdır (Kanıt A). Emzirme sıklığı ve süresinin sınırlandırılmaması önerilmelidir (Kanıt A) (56).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı ve analitik araştırma türüne uygun olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, Ekim 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Gebe Poliklinikleri'ne rutin prenatal izlem için gelen ve örneklem kriterlerine uyan gebeler ile yürütülmüştür.

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi'nde 10 adet poliklinik 09.00-16.00 saatleri arasında, hafta içi her gün hizmet vermektedir. Afyon il merkezi içerisinde gebeler tarafından en çok tercih edilen hastane olması, aylık doğum sayısının yüksek olması, kadınların doğum sonu 4-6. haftalarda poliklinik kontrolüne çağırılıyor olması ve araştırmacının ulaşım kolaylığı ve zamansal kayıpların önlenmesi nedeniyle çalışma bu hastanede yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Ekim 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Gebe Poliklinikleri'ne rutin prenatal izlem için gelen fazla kilolu, obez ve obez olmayan gebeler oluşturmuştur. Bu tarihler arasında hastanede 1100 doğum gerçekleşmiş ve araştırmaya dâhil olma kriterlerine uyan 398 doğum gerçekleşmiştir.

Araştırmanın örnekleme, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak, Ekim 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında gebe polikliniğine başvuran, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan, 110 fazla kilolu ve obez ve 119 obez olmayan gebe oluşturmuştur. Gruplar yaşa göre homojenize edilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri

Tablo 3: Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri

FAZLA KİLOLU ve OBEZ GEBELER	OBEZ OLMAYAN GEBELER
Dahil Olma Kriterleri	Dahil Olma Kriterleri
-18 yaş üzerinde olmak, -37. gebelik haftasında veya üzerinde olmak, -Gebelik öncesi BKİ'sine göre fazla kilolu ve obez olan gebeler (BKİ=25-29.9kg/m ² / >30kg/m ²), -Tekil gebeliğe sahip olmak, -Primigravida olmak, -Doğum sonrası dönemde bebeği ile bir arada olmak, -Obezite dışında gebeliği riskli hale getirecek bir duruma sahip olmamak, - Tanı almış psikolojik problemi veya sürekli kullanılan ilacı olmamak, -Çalışmaya katılmayı kabul etmek.	-18 yaş üzerinde olmak, -37. gebelik haftasında veya üzerinde olmak, -Gebelik öncesi BKİ'sine göre normal kilolu olan gebeler (BKİ=18.5-24.9 kg/m ²), -Tekil gebeliğe sahip olmak, -Primigravida olmak, -Doğum sonrası dönemde bebeği ile bir arada olmak, - Gebeliği riskli hale getirecek bir duruma sahip olmamak, - Tanı almış psikolojik problemi veya sürekli kullanılan ilacı olmamak, -Çalışmaya katılmayı kabul etmek.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon durumu ve emzirme başarısı.

Bağımsız değişkenler: Obezite.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama gereçleri kullanılmıştır:

- Birey Tanılama Formu (EK 1)
- LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği (EK 2)
- Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) (EK 3)

3.6.1. Birey Tanıtım Formu

Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik özelliklerine, gebeliklerine, doğum şekli ve emzirmeye ilişkin verilerin elde edilmesi amacıyla literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (57, 58, 11). Formda 14 soru yer almaktadır (EK 1).

3.6.2. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği

Emzirmenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm araçlarından birisidir. Puanlama yöntemi açısından, APGAR skor sistemine benzetilerek 1986 yılında oluşturulmuştur. Bu ölçüm aracı beş değerlendirme kriterinden oluşmaktadır. LATCH bu beş kriterin İngilizce karşılığının ilk harflerinin birleşiminden oluşmaktadır. Bu kriterler şu şekilde sıralanmıştır:

L: Memeyi tutma (Latch on breast)

A: Bebeğin yutma hareketinin görülmesi (Audible swallowing)

T: Meme başınının tipi (Type of nipple)

C: Annenin meme ve meme başına ilişkin rahatlığı (Comfort breast/nipple)

H: Bebeği tutuş pozisyonu (Hold)

LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı'nın güvenilirliği 1997 yılında Adams and Hewell tarafından Amerika'da yapılmıştır. Her madde 0-2 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 10'dur. Ölçüm aracının kesme noktası yoktur ve LATCH puanı yükseldikçe emzirme başarısının yüksek olduğu anlaşılmaktadır (59). Ülkemizde, Yenal ve Okumuş (2003) tarafından

güvenilirlik çalışması yapılmış ve Cronbach's Alpha değeri 0.95 olarak saptanmıştır (60). Bu çalışmada ise Cronbach alpha değeri doğum sonu ikinci günde 0.80, doğum sonu dört-altıncı haftalarda 0.87 olarak belirlenmiştir (EK 2).

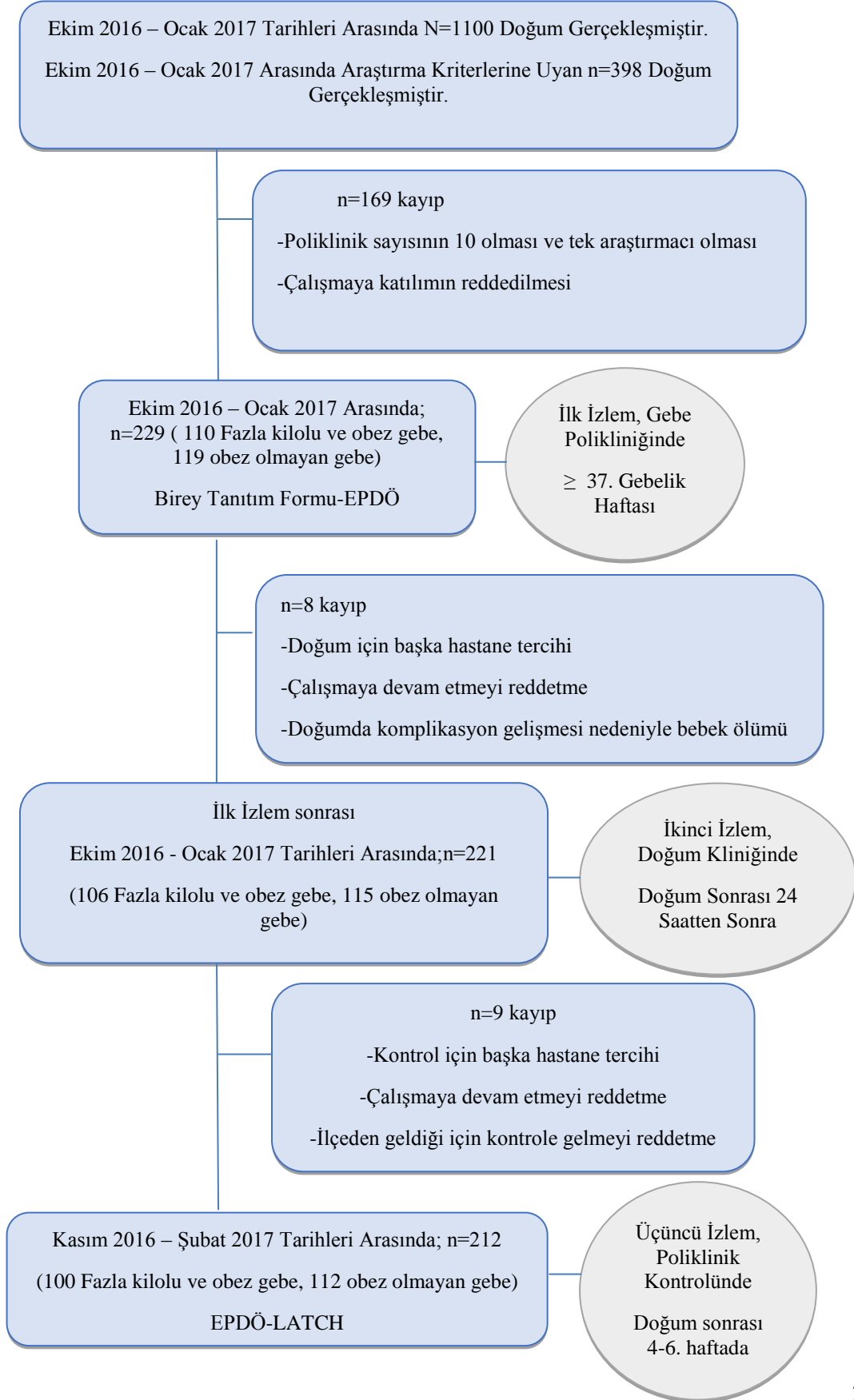
3.6.3. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)

Cox ve ark. (1987) tarafından geliştirilen ölçek, doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla hazırlanmış bir tarama aracıdır. Hem gebelikte, hem de doğum sonrası dönemde, depresyon yönünden riski belirlemek amacıyla en yaygın kullanılan, 10 sorudan oluşan, 4'lü likert biçiminde kendini değerlendirme ölçeğidir. Her biri dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta olup, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Soruların puanlanması birbirinden farklıdır. Ölçekte 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10., sorular 3-2-1-0 şeklinde puanlandırılırken, 1, 2, ve 4. sorular ise 0-1-2-3 biçiminde puanlandırılırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir (61). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliliği 1996 yılında Engindeniz tarafından yapılmış, Aydın ve arkadaşları tarafından da 2004 yılında tekrarlanmıştır. Türkiye'de iki ayrı araştırmada yapılan geçerlilik çalışmasında kesme puanınının 12-13 olduğu gösterilmiştir. Ölçekten 13 puan ve üzeri puan alan kişiler risk grubu olarak değerlendirilir (62, 63). Engindeniz'in yaptığı geçerlilik güvenirlik çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.79, Aydın ve arkadaşlarının çalışmasında ise 0.76, bu çalışmada ise doğum öncesi dönemde 0.92, doğum sonu ikinci günde 0.91, doğum sonu dört-altıncı haftalarda 0.88 olarak bulunmuştur(EK 3).

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler, Afyon Devlet Hastanesi Gebe Polikliniği'nde, örnekleme alınan her iki gruptaki gebelere üç izlem yapılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Birinci izlem 37. gebelik haftasından sonraki dönemde gebe polikliniğinde, ikinci izlem doğum sonrası ikinci günde (doğum sonrası 24 saati dolduran kadınlara) doğum kliniğinde ve üçüncü izlem doğum sonrası dört-altıncı haftalar arasında poliklinikte gerçekleştirilmiştir. Birinci izlemde Tanıtıcı Bilgi Formu ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, ikinci ve üçüncü izlemlerde Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve LATCH Emzirme Tanılama formu doldurulmuştur (Tablo 4).

Şekil 1:Araştırma Süreci



3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 istatistik paket programında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri sayı ve yüzde dağılımları olarak verilmiştir. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre, EPDÖ ve LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği'nin puan ortalamalarını incelemek amacıyla normal dağılıma uygunluk analizi yapılarak parametrik (independent sample t testi) ve nonparametrik testler (Mann Whitney U ve Friedman, Wilcoxon) kullanılmıştır. Fazla kilolu ve obez olan ve olmayan kadınların gebelik vedoğum sonu depresyon ile emzirme başarıları arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi temel alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etiği

Veriler, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.07.2016 tarih ve 195 sayılı kararı (EK 4) ile araştırmanın yürütüldüğü Afyonkarahisar Devlet Hastanesi'nden 12.10.2016 tarihinde 52832905/774.99 sayılı (EK 5) yazılı izinler alındıktan sonra, araştırmaya katılan bireylerden yazılı onamı (EK 6) alınarak toplanmıştır. Katılımcılara veri toplamaya başlamadan önce araştırmanın amacı ve araştırma süreci ile ilgili araştırmacı tarafından bilgi verilmiştir.

3.10. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmaya maddi destek veren kurum ya da kuruluş bulunmamaktadır. Araştırmada kullanılacak anket formlarının çoğaltılması ile ilgili harcamalar araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular dört başlık altında incelenmiştir. Bu başlıklar şunlardır:

- Annelerin sosyodemografik özellikleri,
- Annelerin ve bebeklerin doğum sonu dönem özellikleri,
- Annelerin EPDÖ ve LATCH ölçeği puan ortalamaları,
- Annelerin EPDÖ ve LATCH ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki.

4.1. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan annelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4'te verilmiştir. Obez olmayan annelerin yaş ortalaması 25.95 ± 5.78 (19-32), BKI ortalamaları obez olmayan gebelerde 21.79 ± 0.73 olup, %52.9'u yükseköğretim mezunu, %52.1'i çalışıyor, %48.8'inin geliri giderine eşit, %74.8'i çekirdek aile yapısına sahip, %94.1'inin sosyal desteği yok ve %87.4'ü isteyerek gebe kalmıştır. Fazla kilolu ve obez annelerin ise yaş ortalaması 25.64 ± 3.14 (min-max=18-32), BKI ortalaması 29.33 ± 1.49 olup, %49.0'u yükseköğretim mezunu, %56.4'ü çalışmıyor, %43.6'sının geliri giderine eşit, %67.3'ü çekirdek aile yapısına sahip %93.6'sının sosyal desteği yok ve %64.5'i isteyerek gebe kalmıştır. Araştırmada annelerin BKI ortalamaları ($t=-49.134$, $p=0.000$), gelir durumları ($\chi^2=8.481$, $p=0.014$) ve gebeliği isteme durumları ($\chi^2=16.561$, $p=0.000$) açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4).

Tablo 4: Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler	Obez olmayan Anneler (n=119)		Fazla Kilolu ve Obez Anneler (n=110)		İstatistiksel Anlamlılık
	Ortalama±SD		Ortalama±SD		
Yaş ortalaması (yıl)	25.95±5.78		25.64±3.14		t=0.744
(Min-max)	(19-32)		(18-32)		p=0.458
BKI ortalaması (kg/m²)	21.79±0.73		29.33±1.49		t=-49.134
(Min-max)	(20.10-24.60)		(26.50-33.10)		p=0.000
	n	%	n	%	
Eğitim durumu					
İlköğretim ve altı	7	5.9	6	5.5	$\chi^2=0.426$
Ortaöğretim	49	41.2	50	45.5	p=0.808
Yükseköğretim	63	52.9	54	49.0	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	62	52.1	48	43.6	$\chi^2=1.641$
Çalışmıyor	57	47.9	62	56.4	p=0.200
Gelir durumu					
Gelir giderden az	13	10.9	28	25.5	$\chi^2=8.481$
Gelir gidere eşit	58	48.8	48	43.6	p=0.014
Gelir giderden fazla	48	40.3	34	30.9	
Aile tipi					
Çekirdek aile	89	74.8	74	67.3	$\chi^2=1.575$
Geniş aile	30	25.2	36	32.7	p=0.210
Sosyal destek varlığı					
Var	7	5.9	7	6.4	$\chi^2=0.023$
Yok	112	94.1	103	93.6	p=0.879
Gebeliği isteme durumu					
İstenen gebelik	104	87.4	71	64.5	$\chi^2=16.561$
İstenmeyen gebelik	15	12.6	39	35.5	p=0.000

4.2. Annelerin ve Bebeklerinin Doğum Sonu Dönem Özellikleri

Tablo 5: Annelerin ve Bebeklerinin Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler	Obez olmayan Anneler (n=119)		Fazla Kilolu ve Obez Anneler (n=110)		İstatistiksel Anlamlılık
	Ortalama±SD	Ortalama±SD	n	%	
Bebeğin doğum kilosu ortalaması (gram)	3129.65±444.84	3089.71±879.45			t=0.431 p=0.667
Bebeğin 4-6.haftadaki kilo ortalaması (gram)	3961.75±471.28	3903.84±907.62			t=0.586 p=0.558
	n	%	n	%	
Doğum şekli					
Sezaryen ile doğum	35	19.2	58	79.7	$\chi^2=12.884$ p=0.000
Vajinal doğum	84	72.1	52	15.8	
Emzirmeye ilişkin bilgi alma durumu					
Evet	108	90.8	88	80.0	$\chi^2=5.362$ p=0.021
Hayır	11	9.2	22	20.0	
Emzirmeye ilişkin bilgiyi aldığı yer*					
Aile, akraba	32	29.5	28	31.8	$\chi^2=0.818$ p=0.845
Sağlık personeli	29	26.9	19	21.6	
Arkadaş	18	16.7	17	19.3	
İnternet	29	26.9	24	27.3	
Anne sütü dışında başka besin verme durumu					
Evet	19	16.0	73	66.4	$\chi^2=60.406$ p=0.000
Hayır	100	84.0	37	33.6	

*Emzirmeye ilişkin bilgi alanlar üzerinden analiz yapılmıştır.

Tablo 5’ te araştırmaya katılan annelerin ve bebeklerinin doğum sonu dönem özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Obez olmayan annelerden doğan bebeklerin doğum kilosu ortalaması 3129.65±444.84 gram, 4-6. haftadaki kilo ortalaması 3961.75±471.28 gram ve annelerin %72.1’si vajinal yoldan doğum yapmış, %90.8’i emzirmeye ilişkin bilgi almış, bilgi alanların %29.5’i aile ve

akrabalarından bilgi aldığını ifade etmiş, %84'ü anne sütü dışında bebeğine başka gıda vermemiştir. Fazla kilolu ve obez annelerden doğan bebeklerin doğum kilosu ortalaması 3089.71 ± 879.45 gram, 4-6. haftadaki kilo ortalaması 3903.84 ± 907.62 gram ve annelerin %79.7'si sezaryen ile doğum yapmış %80'i emzirmeye ilişkin bilgi almış, bilgi alanların %31.8'i aile ve akrabalarından bilgi aldığını ifade etmiş, %66.4'ü anne sütü dışında bebeğine başka gıda vermiştir. Araştırmada annelerin doğum şekli ($\chi^2=12.884$, $p=0.000$), emzirmeye ilişkin bilgi alma durumları ($\chi^2=5.362$, $p=0.021$) ve anne sütü dışında başka besin verme durumları ($\chi^2=60.406$, $p=0.000$) açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 5).

4.3. Annelerin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve LATCH Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan annelerin EPDÖ ve LATCH puan ortalamaları Tablo 6'da verilmiştir. Obez olmayan annelerin EPDÖ puan ortalaması doğum öncesi dönemde 1.94 ± 3.09 , doğum sonu ikinci günde 2.50 ± 3.79 , doğum sonu 4-6. haftalarda 2.60 ± 4.58 iken, LATCH puan ortalaması doğum sonu ikinci günde 9.00 ± 1.29 , doğum sonu 4-6. haftalarda 9.66 ± 0.84 'dür. Obez olmayan annelerin, doğum öncesine ve doğum sonu dönemindeki EPDÖ puan ortalamaları arasında fark yokken ($\chi^2=2.557$; $p=0.279$) doğum sonu ikinci gün ve doğum sonu 4-6. haftadaki LATCH puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark vardır ($z=-5.412$; $p=0.000$)(Tablo 6).

Fazla kilolu ve obez annelerin EPDÖ puan ortalaması doğum öncesi dönemde 6.29 ± 6.01 , doğum sonu ikinci günde 8.18 ± 5.83 , doğum sonu 4-6. haftalarda 13.26 ± 7.63 iken, LATCH puan ortalaması doğum sonu ikinci günde 5.32 ± 1.84 , doğum sonu 4-6. haftalarda 5.66 ± 2.30 'dur. Fazla kilolu ve obez annelerin, doğum öncesi ve doğum sonu dönemindeki EPDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunurken ($\chi^2=133.696$; $p=0.000$), doğum sonu ikinci gün ve doğum sonu 4-6. haftadaki LATCH puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ($z=-1.757$; $p=0.079$)(Tablo 6).

Fazla kilolu ve obez annelerin EPDÖ puan ortalaması doğum öncesi dönemde (MU=3309.500; $p=0.000$), doğum sonu ikinci günde (MU=2664.000; $p=0.123$) ve

doğum sonu 4-6.haftalarda (MU=1711.000; p=0.000) obez olmayan annelere göre daha yüksektir ve aralarındaki puan farklılıkları istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır

Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre LATCH puan ortalamaları doğum sonu ikinci günde (MU=851.000; p=0.000) ve 4-6. haftalarda (MU=704.500; p=0.000) daha düşüktür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır.

Tablo 6: Annelerin EPDÖ ve LATCH Puan Ortalamaları

Değişkenler	Obez olmayan Anneler (n=119)	Fazla Kilolu ve Obez Anneler (n=110)	MU/p
	Ortalama±SD	Ortalama±SD	
Doğum Sonu İkinci Gün LATCH Puan Ortalaması	9.00±1.29	5.32±1.84	MU=851.000 p=0.000
Doğum Sonu 4-6. Hafta LATCH Puan Ortalaması	9.66±0.84	5.66±2.30	MU=704.500 p=0.000
z	z= -5.412	z=-1.757	
p	p=0.000	p=0.079	
Doğum Öncesi EPDÖ Puan Ortalaması	1.94±3.09	6.29±6.01	MU=3309.500 p=0.000
Doğum Sonu İkinci Gün EPDÖ Puan Ortalaması	2.50±3.79	8.18±5.83	MU=2664.000 p=0.000
Doğum Sonu 4-6. Hafta EPDÖ Puan Ortalaması	2.60±4.58	13.26±7.63	MU=1711.000 p=0.000
x²	x ² =2.557	x ² =133.696	
p	p=0.279	p=0.000	

Fazla kilolu, obez ve obez olmayan annelerin doğum öncesi ve doğum sonudönemdeki depresyon risk dağılımları Tablo 7’de verilmiştir. Yapılan çalışmada EPDÖ puanının 12 ve üzerinde olması bireylerde depresyon riski olduğunu göstermektedir. Obez olmayan annelerin doğum öncesi dönemde depresyon riski % 0.8, doğum sonu ikinci günde % 2.6 ve doğum sonu 4-6. haftada % 6.3’ünde varken, obez olmayan annelerin % 0.8’inde risk vardır. Fazla kilolu ve obez annelerin doğum öncesi dönemde depresyon riski %17.3, doğum sonu ikinci günde %20.8 ve doğum sonu 4-6. haftada %66.3’tür. Fazla kilolu ve obez annelerin doğum öncesi, doğum sonu ikinci gün ve doğum sonu 4-6. haftadaki depresyon riski obez olmayan annelere göre daha yüksektir ve doğum sonu 4-6. haftadaki farkistatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=85.400$; $p=0.000$)(Tablo 7).

Tablo 7: AnnelerinDoğum Öncesi ve Doğum Sonu Dönemdeki Depresyon Risk Dağılımları

Depresyon Riski (EPDÖ≥ 12)	Obez olmayan Anneler (n=119)		Fazla Kilolu ve Obez Anneler (n=110)		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	
Doğum Öncesi Dönem*					
Var	1	0.8	19	17.3	
Yok	118	99.2	91	82.7	
Doğum Sonuİkinci Gün*					
Var	3	2.6	22	20.8	
Yok	112	97.4	84	79.2	
Doğum Sonu4-6.hafta					
Var	7	6.3	69	66.3	$\chi^2=85.400$
Yok	105	93.8	35	33.7	$p=0.000$

*Gözlerdeki birey sayısı<5 olduğu için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

4.4. Annelerin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve LATCHPuan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Fazla kilolu ve obez olan annelerin ve obez olmayan annelerin EPDÖ ve LATCHpuan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 8’de verilmiştir. Obez olmayan annelerinde doğum öncesi EPDÖ puan ortalamaları ile doğum sonu ikinci gün ($r=0.810$; $p=0.000$) ve doğum sonu 4-6. haftadaki ($r=0.552$; $p=0.000$) EPDÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Obez olmayan annelerin doğum sonu ikinci gün EPDÖ puan ortalamaları ile doğum sonu 4-6. haftadaki ($r=0.707$; $p=0.000$) EPDÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde, doğum sonu ikinci gün ($r=-0.349$; $p=0.000$) ve doğum sonu 4-6. haftadaki ($r=-0.254$; $p=0.008$) LATCH puan ortalamaları arasında da negatif yönde anlamlı ilişki vardır. Obez olmayan annelerin doğum sonu 4-6. haftadaki EPDÖ puan ortalamaları ile doğum sonu ikinci gün ($r=-0.506$; $p=0.000$) ve doğum sonu 4-6. haftadaki ($r=-0.438$; $p=0.000$) LATCH puan ortalamaları arasında da negatif yönde, doğum sonu ikinci gün LATCH puan ortalamaları ile doğum sonu 4-6. hafta LATCH puan ortalamaları ($r=0.547$; $p=0.000$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır (Tablo 8).

Fazla kilolu ve obez gebelerinde doğum öncesi EPDÖ puan ortalamaları ile doğum sonu ikinci gün ($r=0.833$; $p=0.000$) ve doğum sonu 4-6. haftadaki ($r=0.711$; $p=0.000$) EPDÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde, ayrıca doğum sonu ikinci gün ($r=-0.412$; $p=0.000$) ve doğum sonu 4-6. haftadaki ($r=-0.363$; $p=0.000$) LATCH puan ortalamaları arasında da negatif yönde anlamlı ilişki vardır. Fazla kilolu ve obez annelerin doğum sonu ikinci gün EPDÖ puan ortalamaları ile doğum sonu 4-6. haftadaki ($r=0.815$; $p=0.000$) EPDÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde, doğum sonu ikinci gün ($r=-0.481$; $p=0.000$) ve doğum sonu 4-6. haftadaki ($r=-0.454$; $p=0.000$) LATCH puan ortalamaları arasında da negatif yönde anlamlı ilişki vardır. Fazla kilolu ve obez annelerin doğum sonu 4-6. haftadaki EPDÖ puan ortalamaları ile doğum sonu ikinci gün ($r=-0.555$; $p=0.000$) ve doğum sonu 4-6. haftadaki ($r=-0.523$; $p=0.000$) LATCH puan ortalamaları arasında da negatif yönde, doğum sonu ikinci gün LATCH puan ortalamaları ile doğum sonu 4-6. hafta LATCH puan ortalamaları ($r=0.743$; $p=0.000$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır (Tablo 8).

Tablo 8: Annelerin EPDÖ ve LATCH Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	Değişkenler	Doğum Sonu İkinci gün EPDÖ	Doğum Sonu 4-6. hafta EPDÖ	Doğum Sonu ikinci gün LATCH	Doğum Sonu 4-6. Hafta LATCH
Obez olmayan anneler	Doğum Öncesi EPDÖ	r=0.810 p=0.000	r=0.552 p=0.000	r=-0.176 p=0.060	r=-0.072 p=0.461
	Doğum Sonu ikinci gün EPDÖ		r=0.707 p=0.000	r=-0.349 p=0.000	r=-0.254 p=0.008
	Doğum Sonu 4-6. hafta EPDÖ			r=-0.506 p=0.000	r=-0.438 p=0.000
	Doğum Sonu ikinci gün LATCH				r=0.547 p=0.000
	Doğum Öncesi EPDÖ	r=0.833 p=0.000	r=0.711 p=0.000	r=-0.412 p=0.000	r=-0.363 p=0.000
Fazla kilolu ve obez anneler	Doğum Sonu ikinci gün EPDÖ		r=0.815 p=0.000	r=-0.481 p=0.000	r=-0.454 p=0.000
	Doğum Sonu 4-6. hafta EPDÖ			r=-0.555 p=0.000	r=-0.523 p=0.000
	Doğum Sonu ikinci gün LATCH				r=0.743 p=0.000

5. TARTIŞMA

Fazla kilolu ve obez olananneler ile obez olmayan annelerin gebelik ve doğum sonu dönemde depresyon ve emzirme davranışlarınıninelenmesi amacıyla yürütülen çalışmadan elde edilen bulgulara göre tartışma dört başlık altında toplanmıştır.Bu başlıklar şunlardır:

- Annelerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi
- Annelerin ve bebeklerinin doğum sonu dönem özelliklerinin incelenmesi
- Annelerin LATCH ve EPDÖ puan ortalamalarının incelenmesi
- Annelerin LATCH ve EPDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi

5.1. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi ve sosyal destek varlıklarına göre aralarında fark yoktur. Çalışmada fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre gelir durumlarının ve mevcut gebeliği isteme durumlarının daha düşük olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Reynolds et al (2013) tarafından İngiltere’de 37709 kadının doğum kayıtlarının incelendiği kohort çalışmada, kadınların %21’inin fazla kilolu, %4’ünün obez olduğu ve obez kadınların yaş ortalamasının normal BKİ’ye sahip kadınlardan daha yüksek, gelir düzeylerinin ise daha düşük olduğu belirtilmiştir (64). Ovesen et al (2011) tarafından Danimarka’da maternal obezitenin gebelik ve doğum komplikasyonlarına etkisini belirlemek amacıyla 403092 doğum yapan kadının sonuçlarının incelendiği çalışmada ise, kadınların %32.6’sının fazla kilolu ve obez olduğu, yaş ortalamalarının normal BKİ’ye sahip kadınlarla benzer olduğu belirlenmiştir (65). Muckenhuber et al (2015) tarafından düşük gelir düzeyinin obezite üzerine etkisinin incelendiği çalışmada (n=9615), özellikle kadınlarda düşük eğitim ve gelir düzeyinin obezite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (66). Burkert et al (2015) tarafından Avusturya’da farklı vücut ağırlığına sahip

kadınlarınsağlık davranışları ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada (n=516) da, düşük gelir düzeyinin obezite ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (67).Düşük gelir düzeyinin yetersiz ve dengesiz beslenme ve sedanter yaşam tarzı ile ilişkili olduğu, bu durumda hem gebelik öncesi BKİ’de hem de gebelik sürecindeki kilo artışında etkili olduğu düşünülmektedir. Terme yaklaşıldıkça gebeliğin neden olduğu hareket kısıtlılığı ve solunum problemleri fazla kilolu ve obez gebelerde daha şiddetli biçimde hissedilebilir. Çalışma kapsamına alınan annelerin primigravida olmasına rağmen, fazla kilolu ve obez gebelerin gebeliği istememe nedeninin, verilerin 37.gebelik haftasında toplanması ve bu dönemde gebeliğin neden olduğu rahatsızlıkların daha fazla hissedilmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

5.2. Annelerin ve Bebeklerinin Doğum Sonu Dönem Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmada annelerin bebeklerinin doğum kilosu ve 4-6. haftadaki kilosu benzer bulunurken, fazla kilolu ve obez annelerin sezaryen ile doğum oranları ve anne sütü dışında başka besin verme durumları obez olmayan annelere göre daha yüksek, emzirmeye ilişkin bilgi alma durumları ise daha düşük bulunmuştur. Reynolds et al (2013) tarafından yapılan çalışmada da yenidoğanın doğum kilosu ile maternal obezitenin ilişkili olmadığı belirtilmiştir (64). İngiltere’nin kuzey batısında gebeler arasında obezite prevalansını ve gebelik sonuçlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada (n=8176) preeklampsi, gestasyonel diyabet, müdahaleli doğum, sezaryen ve fetal makrozomi oranlarının obez gebelerde daha yüksek olduğu bulunmuştur (68). Kuzey İrlanda’da 2004-2011 yılları arasındaki doğumların maternal ve neonatal sonuçlarının incelendiği retrospektif çalışmada (n=30298) obez gebelerde sezaryen doğum ve fetal makrozomi oranlarının normal BKİ’ne sahip gebelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (7). Ovesen et al (2011) tarafından yapılan çalışmada ise planlı sezaryen ve makrozomik yenidoğan oranlarının fazla kilolu ve obez annelerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (65). Ülkemizde Aktulay ve ark (2012) tarafından yapılan, obezitenin doğum şekline etkisinin incelendiği retrospektif bir çalışmada (n=5472), sezaryen oranı kontrol grubunda %24.4 iken obez gebelerde %47 olarak tespit edilmiş olup, obezitenin artmış sezaryen oranıyla birliktelik gösterdiği

belirtilmiştir (69). Mandal et al (2011) tarafından gebelik komplikasyonları ve kötü fetal sonuçların obez kadınlarda artış artmadığını değerlendirmek amacıyla Hindistan’da yapılan çalışmada obez gebelerde preterm doğum, sezaryen doğum, müdehaleli doğum, makrozomi, omuz distozisi, fetal ölüm ve konjenital malfarmasyon (spina bifida, yarı damak ve dudak, kalp defektleri) oranları yüksek bulunmuştur (70). Çalışmanın gerçekleştiği hastane Sağlık Bakanlığı’nın ‘Sağlıklı Nesiller Sağlıklı Başlangıçlar’ projesi pilot hastanelerinden olduğu için hastanede normal doğuma özendirme ve sezaryen oranlarını azaltmayı amaçlayan faaliyetler yürütülmektedir, fakat bu uygulamalara rağmen araştırmada fazla kilolu ve obez gebelerde sezaryen oranları literatürdeki diğer çalışmalarda olduğu gibi yüksek bulunmuştur.

5.3. Annelerin EPDÖ ve LATCH Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Çalışmada fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan gebelere göre doğum öncesine doğum sonu dönemdeki EPDÖ puan ortalamaları ve depresyon riski daha yüksektir. Maternal obezite derecesinde artma, kadınların fiziksel işlevselliğinin ve kendine güvenin azalmasına, beden imajından memnuniyetsizliklerinin artmasına ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine yol açarak depresyon oranlarının artışına neden olmaktadır. Depresyonun tedavi edilememesi kadınlarda depresyonun devam etmesi veya tekrarlaması olasılığını arttırarak, bebeklerinin davranışsal sorunlar ve bilişsel gecikmeler göstermesine neden olabilmektedir (71). Molyneaux et al. (2014) tarafından obez ve fazla kilolu kadınlar arasında doğum öncesi ve doğum sonu dönemdeki mental hastalık sıklığını değerlendirmek amacıyla yapılan metaanaliz çalışmasında fazla kilolu ve obez kadınların hem gebelik hem de doğum sonu dönemde depresif semptomlarının normal BKİ’ye sahip kadınlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (72).EPDÖ kullanılarak LaCoursiere et al. (2010) tarafından yapılan çalışmada da maternal obezite ve doğum sonu depresyon arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir (73). Bodnar et al. (2009) tarafından 20 hafta ve altı 242 gebeye yapılan bir çalışmada, gebelik süresince tavsiye edilenden fazla kilo artışının majör depresyon riskini artırdığını saptamışlardır (74). Doğum sonu depresyon görülme sıklığını saptamak ve ortaya çıkmasında etkili olabilecek risk faktörlerini

belirlemek amacıyla 272 doğum yapmış anneyle yapılan araştırmada, gebelik boyunca fazla kilolu ve obez kadınlarda doğum sonu depresyon görülme oranı yüksek çıkmıştır (75). Gebelikte kilo artışı nedeniyle bedenlerinden memnun olmayan kadınlarda depresyon görülme riski, sinirlilik ve isteksizlik duygu durumları daha fazla görülmektedir (76). Nagl et al. (2015) tarafından gebelik ve doğum sonu dönemde maternal obezite ve anksiyete arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 13 çalışmanın incelendiği sistematik derlemede maternal obezite ve anksiyete arasında ilişki olduğu, aşırı gestasyonel kilo alımının da anksiyeteyi arttıran önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir (77). Claesson et al. (2010) tarafından obez gebelerin gebelik ve doğum sonu dönemdeki depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerine obezite müdahale programının (gestasyonel kilo alımının kısıtlanmasına yönelik motivasyonel görüşmeler) etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları deneysel çalışmada yapılan girişimin depresyon oranlarında değişim yaratmadığı belirlenmiştir (78). Çalışmada literatürden elde edilen sonuçlara benzer sonuçlar elde edilmesinin, fazla kilolu ve obez annelerin, obezite ve gebeliğin neden olduğu fiziksel kısıtlılıkları daha fazla yaşamaları ve yaşam kalitelerinin bu durumdan olumsuz etkilenmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre çalışmada, **1.H₁**: Fazla kilolu ve obez gebelerin obez olmayan gebelere göre doğum öncesi depresyon puanları daha yüksektir”, “**2.H₁**: Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre doğum sonrası ikinci günde depresyon puanları daha yüksektir”, “**3.H₁**: Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre doğum sonrası 4-6. haftalarda depresyon puanları daha yüksektir” hipotezleri kabul edilmiştir.

Çalışmada fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan gebelere göre doğum sonu ikinci gün ve doğum sonu 4-6. haftalardaki LATCH puan ortalamaları düşüktür. Epidemiyolojik çalışmalar, maternal obezitenin olumsuz emzirme sonuçlarına yönelik bir risk faktörü olarak düşünülebileceğini göstermektedir (79). Maternal obezite, emzirmenin negatif belirteçlerinden biridir. Doğum sonu erken dönemde maternal obez kadınlarda emzirme, mekanik faktörler ve laktojenesis II'nin gecikmesi ile geç dönemde ise hormonal dengesizlikler, psikososyal faktörler ve meme hipoplazisi ile ilişkilidir (80). Obezitenin progesteron düzeyinde artışa neden olması ve bu sayede prolaktini baskılaması laktojenesisin gecikmesi ile

sonuçlanmaktadır. Ayrıca obezitenin komplikasyonları olarak ortaya çıkan gestasyonel diyabet ve artmış sezaryen doğum riski de laktojenезisi geciktiren faktörlerdendir (8, 44, 81). Tao et al. (2017) tarafından yapılan çalışmada da gebelik öncesi BKI'ne göre obez olan annelerde normal BKI'ne sahip annelere göre, laktojenезis II'de gecikme ve emzirmeyi erken sonlandırma oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (82). Gebelik öncesi BKI ve gebelikte kilo alımının emzirme süresi ve emzirme şekli üzerine etkilerinin incelendiği Castillo et al. (2016) tarafından yapılan prospektif kohort çalışmada (n=4231), gebelik öncesi obez olan annelerin, normal BKI'ye sahip annelere göre sadece anne sütü verme sürelerinin ve emzirme sürelerinin daha kısa olduğu belirtilmiştir. İlk üç ay içerisinde fazla kilolu annelerin %25.3'ü, obez annelerin ise %34.6'sı emzirmeyi tamamen bırakmıştır (83). Gebelik öncesi BKI'ye göre emzirmeye başlama insidansını belirlemek amacıyla 6592 gebe ile yapılan bir çalışmada, fazla kilolu ve obez gebelerin %20 sinin emzirmeye başlayamadığı, fazla kilolu ve obez gebelerin sosyodemografik özellikleri iyileştirilse bile emzirme yönünden cesaret ve istek olmadıkça emzirmeyi başlatamadığı görülmüştür (84). Visram et al. (2013) tarafından Ontario'da yapılan kohort çalışmada (n=22131) obez olan annelerin emzirme niyetlerinin daha az olduğu, fazla kilolu ve obez kadınların obez olmayanlara göre sadece anne sütüyle besleme oranının daha düşük olduğu bildirilmiştir (85). Masho et al. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada (n=95141), doğum yapan annelerin emzirme bilgileri incelenmiş ve doğum yapan annelerin emzirmeye başlamada başarısızlık oranı obez annelerde obez olmayan annelere kıyasla %29 daha yüksek bulunmuştur (86). Renfrew et al (2012) tarafından anne-bebek çifti ile 21 ülkede yapılan 52 çalışmayı inceledikleri çalışmada (n=56451) emzirmenin desteklenmesinin emzirmenin süresini ve etkinliğini arttırdığı belirtilmiştir (87). Winkvist et al. (2015)'nin Norveçli annelerde gebelik öncesi BKI ve gestasyonel kilo alımının emzirmeye başlama ve emzirme süresine etkisini inceledikleri çalışmada (n=49669) gestasyonel kilo alımının önerilenden yüksek olmasının emzirmeyi olumsuz etkilediği, gestasyonel kilo alımı yüksek olan obez annelerin emzirmeyi sürdürme konusunda en riskli grup olduğu belirtilmiştir (88). Hilson et al. (2006) tarafından yapılan gestasyonel kilo alımı ile emzirmeyi erken bırakma ilişkisinin değerlendirildiği çalışmada da, gebelik sırasında fazla kilo alımının gebelik öncesi

BKI değeri ne olursa olsun emzirmeye başlamadaki başarısızlıkla ilişkili olduğu belirtilmiştir (89). Avustralya’da 1800 anne ve bebeğinin incelendiği bir araştırmada fazla kilolu ve obez annelerin fiziksel ve hormonal faktörlere bağlı olarak bebeklerini ya hiç emzirmedikleri ya da doğumdan sonra 2-6 ay arasında emzirmeyi bıraktıkları saptanmıştır (90). Sistematik bir derlemede incelenen 13 araştırmadan dokuzunda fazla kilolu ve obez annelerin doğum sonrası laktasyonda gecikme, 10 araştırmada ise fazla kilolu ve obez gebelerde emzirme sürelerinin daha kısa olduğu görülmüştür (91).Yapılan çalışmada da fazla kilolu ve obez annelerin emzirme sonuçlarının literatür ile benzer şekilde bulunmasının, Laktojenesis II’nin daha geç olması ve obez annelerin normal BKI’ne sahip annelere göre bebeklerini emzirme konusunda daha az istekli olmaları, emzirme niyetlerinin daha az, emzirmeye başlama zamanlarında daha geç ve sadece anne sütü verme oranlarının düşük olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre çalışmada “**4. H₁**: Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre doğum sonrası ikinci günde emzirme başarı puanları daha düşüktür”, “**5. H₁**: Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre doğum sonrası 4-6. haftalarda emzirme başarı puanları daha düşüktür” hipotezleri kabul edilmiştir.

5.4. Annelerin EPDÖ ve LATCH Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmada obez olmayan gebelerin doğum sonu dönemde depresyon risklerinin artması ile emzirme davranışlarının olumsuz etkilendiği sonucu elde edilmiştir. Emzirme niyetinin ve emzirmeye başlamanın gebelikle ilgili yüksek endişe ve doğum öncesi depresif belirtilerle ilişkisini açıklamak amacıyla yapılan araştırmada (n=1436) doğum öncesi depresif belirtilerin emzirme niyetini olumsuz etkilediği, ayrıca emzirme süresince anne-bebek teması ve sıcaklığının oksitosin salgılanmasını uyurarak annede rahatlama ve antistres etkisi oluşturduğu saptanmıştır (92).Emzirmemek veya emzirmeyi erken bırakmak doğum sonrası depresyon riskini artırmaktadır (93).Annelerin doğum sonu depresif belirtilerinin bebek beslenmesini etkileyip etkilemediğini belirlemek amacıyla 594 gebenin doğum sonubir, dört ve sekizinci haftalarda incelendiği araştırmada, doğum sonu birinci haftada EPDÖ puan

ortalaması >12 olan annelerin, emzirme sorunlarıyla karşılaştıkları ve emzirmeyi dört veya sekizinci haftalarda bıraktıkları saptanmıştır (94). Zubaran ve Foresti'nin (2013) 89 anneye yaptıkları bir çalışmada ise, düşük emzirme öz-yeterliliği ile EPDÖ puanları arasında ters ilişki olduğu, EPDÖ puanları yüksek olan annelerin emzirme öz-yeterlilik puanı ve emzirme konusunda kendilerine güvenlerinin düşük olduğu saptanmıştır (95). Amerika'da 1501 gebeye yapılan bir araştırmada, doğum öncesi emzirme niyetleri yüksek olan ve doğum sonu emzirebilen annelerin ikinci aydaki doğum sonu depresyon belirtileri daha düşük bulunmuştur (96). Doğum sonu depresyon açısından risk taşıyan ve taşımayan annelerin emzirme süreleri ve doğum sonu depresyonun bebek büyümesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada (n=131), doğum sonu depresyon açısından risk altında olan annelerin emzirme sürelerinin daha kısa olduğu, bebeklerin kilo alımlarının düşük oranda olduğu bulunmuştur (97). Aksoy ve arkadaşlarının (2016) 324 kadında doğum sonu depresyonun emzirmeye etkisini inceledikleri araştırmada da doğum sonu depresyonun emzirmeyi olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (98). Literatürdeki çalışmalardan elde edilen bulgulara göre obez olmayan gebelerin ruhsal açıdan rahat olmalarının, kendilerine güvenlerinin fazla olmasının ve olaylara bakış açılarının olumlu olmasının, emzirme başarılarını olumlu yönde etkilediği görülmektedir.

Çalışmada fazla kilolu ve obez gebelerde de artan doğum sonu depresyon riskinin olumsuz emzirme davranışları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. BKİ arttıkça düşük özgüven, benlik saygısı ve ruhsal problemler nedeniyle emzirmeye başlama ve emzirmeyi sürdürme konusunda isteksizlik artar (53). ABD, Avustralya, Danimarka, Kuveyt ve Rusya'da yapılan on beş çalışma ile maternal BKİ ile emzirme süresi incelenmiş olup, fazla kilolu ve obez annelerin psikolojik veya kültürel etmenler nedeniyle obez olmayan annelere göre emzirmeyi daha kısa sürede bıraktıkları ve emzirmeye başlamakta sorun yaşadıkları görülmüştür (50).

Fazla kilolu ve obez annelerde artmış sezaryen oranları, fiziksel hareket kısıtlılığı ve laktojenesis II'nin gecikmesi, meme dokusunun büyük olması gibi faktörler de emzirmenin başlatılamamasına veya sürdürülememesine neden olmaktadır. Emzirmek, annelik rolünün gerçekleştirilmesinde önemli bir unsur olarak görülmekte ve gerçekleştirilememesi anne tarafından, annelik rolünün de tam olarak

yerine getiremediğinin düşünülmesine ve doğum sonu depresyona neden olmaktadır. Birçok araştırmada görüldüğü gibi doğum sonu depresyon düşük özgüven, kaygı, isteksizlik gibi duygu durumlarına ve olumsuz emzirme sonuçlarına neden olmaktadır. Çalışmada fazla kilolu ve obez annelerin olumsuz emzirme davranışları ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişkinin bu nedenlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre çalışmada “**6.H₁**: Fazla kilolu ve obez anneler ile obez olmayan annelerin depresyon puanları ile emzirme başarı puanları arasında ilişki vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırmada, fazla kilolu ve obez olmanın depresyon ve emzirme davranışları üzerine etkisi incelenmiştir.

Yapılan çalışmadan elde edilen bulgulara göre;

- Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre gebeliği isteme durumlarının daha düşük, sezaryen ile doğum oranlarının ve anne sütü dışında başka besin verme durumlarının daha yüksek olduğu,
- Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre doğum öncesive doğum sonu dönem depresyon puanlarının daha yüksek olduğu,
- Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre doğum öncesi ve doğum sonu dönem depresyon riskinin daha fazla olduğu,
- Fazla kilolu ve obez annelerde doğum öncesi dönemde depresyonun artmasının emzirme başarısını azalttığı,
- Fazla kilolu ve obez anneler ile obez olmayan annelerde doğum sonu depresyon ile doğum sonu emzirme davranışları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, depresyon riskinin artması ile emzirme başarısının azaldığı bulunmuştur.
- Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre doğum öncesi ve doğum sonu dönem LATCH puan ortalamalarının daha düşük olduğu,
- Bu sonuçlara göre; “**1.H₁**: Fazla kilolu ve obez gebelerin obez olmayan gebelere göre doğum öncesi depresyon puanları daha yüksektir”, “**2.H₁**: Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre doğum sonrası ikinci günde depresyon puanları daha yüksektir”, “**3.H₁**: Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre doğum sonrası 4-6. haftalarda depresyon puanları daha yüksektir”, “**4.H₁**: Fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre doğum sonrası ikinci günde emzirme başarı puanları daha düşüktür”, “**5.H₁**: Fazla kilolu ve obez annelerin obez

olmayanannelere göre doğum sonrası 4-6. haftalarda emzirme başarı puanları daha düşüktür”, “**6.H₁**:Fazla kilolu ve obez anneler ile obez olmayan annelerin depresyon puanları ile emzirme başarı puanları arasında ilişki vardır” hipotezleri kabul edilmiştir.

6.2. Öneriler

- Gebelikte fazla kilolu ve obez olmanın anne ve bebek açısından riskleri gebe adaylarına anlatılarak kilo kontrolüne yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Eğer planlı bir gebelik düşünülüyorsa gebe adaylarının gebe kalmadan ideal kiloya ulaşması sağlanmalıdır.
- Gebelerin,gebeliği boyunca alması gereken ideal kilo ortalaması belirlenmeli ve beslenme konusunda danışmanlık hizmeti sunulmalıdır, gerekirse diyetisyenden yardım alınmalıdır.
- Doğum öncesi dönemden başlanarak gebeler için eğitimler düzenlenmeli, bu eğitimler aynı zamanda ruh sağlığını koruyucu ve geliştirici nitelikte olup tüm aileyi kapsamalıdır.
- Sağlık profesyonelleri tarafından gebelerde meydana gelen duygudurum değişiklikleri yakından takip edilmeli, risk faktörleri değerlendirilmelidir. Semptomların erken tanı ve tedavisiyle doğum sonu depresyonun önüne geçilmesi hedeflenmelidir.
- Gebelere sağlık profesyonellerince uygulamalı etkili emzirme eğitimleri verilmelidir.
- Doğumhane, gebe takip ve lohusa servislerinde çalışan ebe ve hemşirelerin bu alanda holistik bir anlayışla hemşirelik bakımını verebilmesinde hizmet içi eğitim, konferans, seminer gibi eğitim programlarına katılarak gelişimleri desteklenmelidir.

ÖZET

Fazla Kilolu, Obez ve Obez Olmayan Gebelerde Doğum Sonu Depresyon ve Emzirme Davranışları

Bu araştırma fazla kilolu, obez ve obez olmayan annelerin gebelik ve doğum sonu dönemde depresyon ve emzirme davranışlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik araştırma tipine uygun olarak yürütülmüştür. Araştırma, Ekim 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında Afyon'da bir devlet hastanesine rutin prenatal izlem için gelen ve örneklem kriterlerine uyan 119 obez olmayan, 110 fazla kilolu ve obez gebe ile üç izlemde tamamlanmıştır. Birinci izlem >37. gebelik haftasında poliklinikte, ikinci izlem doğum sonu ikinci günde serviste, üçüncü izlem ise doğum sonu 4-6. haftalar arasında kadın doğum polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Veriler, Birey Tanıtım Formu, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ve LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre fazla kilolu ve obez annelerin obez olmayan annelere göre gebeliği isteme durumlarının daha düşük, sezaryen ile doğum oranlarının ve anne sütü dışında başka besin verme durumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fazla kilolu ve obez annelerin, obez olmayan annelere göre doğum öncesidönem, doğum sonu ikinci gün ve doğum sonu 4-6. haftadaki EPDÖ puan ortalamaları daha yüksek, doğum sonu ikinci gün ve doğum sonu 4-6. Haftadaki LATCH puan ortalamaları daha düşüktür. Ayrıca tüm annelerin EPDÖ puan ortalamaları ile LATCH puan ortalamaları arasında negatif ilişki vardır. Sonuç olarak, fazla kilolu ve obez annelerin emzirme başarılarının daha düşük ve depresyon riskinin obez olmayan annelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Emzirme davranışı, depresyon, obez gebe, fazla kilolu, gebe, hemşirelik.

ABSTRACT

Postpartum Depression and Breastfeeding Behaviors of Overweight, Obese and Non-obese Pregnant Women

This study was carried out as a descriptive and comparative study in order to examine depression and breastfeeding behaviors of overweight, obese and non-obese mothers during pregnancy and postpartum period. It was completed in three follow-ups with 119 non-obese and 110 overweight and obese pregnant women who came to a state hospital in Afyon city between October 2016-January 2017 for routine prenatal follow-ups and fulfilled the sample inclusion criteria. First follow-up was carried out in outpatient clinic at >37th gestational weeks, second follow up was performed in the patient service at postpartum second day and third follow-up was performed between postpartum 4-6th weeks in gynecology outpatient clinic. Data were collected by the researcher with face-to-face interview method using Individual Description Form, Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and LATCH Breastfeeding Assessment Tool. Based on the results obtained from the study, it was determined that demanding status of overweight and obese mothers' for pregnancy was lower than the non-obese mothers; and their delivery rates by caesarean section and their status of giving any nutrient other than breast milk were found to be higher. Mean EPDS scores of overweight and obese mothers at antenatal period, postpartum second day and postpartum 4-6th weeks were higher than the non-obese mothers, and their mean LATCH scores at postpartum second day and postpartum 4-6th weeks were lower. In addition, a negative correlation was found between mean EPDS scores and mean LATCH scores of all mothers. In conclusion, it was found that breastfeeding success of overweight and obese mothers was lower and their depression risk was higher compared to the non-obese mothers.

Key Words: Breastfeeding behavior, depression, nursing, obese pregnant woman, overweight, pregnant.

KAYNAKLAR

1. Yanikkerem E, Mutlu S. Maternal obezitenin sonuçları ve önleme stratejileri. TAF Prev Med Bull 2012; 11(3): 353-36.
2. World Health Organization, Obesity and overweight 2014; Fact Sheet No:311. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
3. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). Türkiye Sağlık Araştırması 2014; <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854> Erişim Tarihi:14.03.2017.
4. Guelinckx I, Devlieger R, Beckers K, Vansant G. Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition. Obes Rev 2008; 9(2): 140-50.
5. Daşıkın Z, Kavlak O, Maternal obezite: gebelik komplikasyonları ve gebe kadının yönetimi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2009; 1(1): 39-46.
6. Thangaratinam S, Jolly K, Tomlinson WJ, Coomarasamy A, Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence. BMJ 2012; 344: 1-15.
7. Scott Pillai RA, Spence D, Cardwell CR, Hunter A, Holmes VA. The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: a retrospective study in a UK obstetric population, 2004–2011. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2013; 120(8): 932-939.
8. Apay SE, Kılıç M, Pasinlioğlu T. Obez gebelerde doğum eylemi ve doğum sonu dönem. TAF Prev Med Bull 2010; 9(2):151-156.
9. Oyekcin DG, Yıldız D, Şahin EM, Gür S. Depression and anxiety in obese patients. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism 2011; 15: 121-4.
10. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara 2013; ISBN 978-975-491-390-3.
11. Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca HH, Muhcu M. Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2014; 45(2):71-78.

12. Eren TI. Postpartum depresyon prevalansı ve sosyodemografik riskfaktörleri. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 2007; 1-51.
13. Colman I, Polubidis GB, Wadsworth ME, Jones PB, Croudace TJ. A Longitudinal typology of symptoms of depression and anxiety over the life course. *BiolPsychiatry* 2007; Aug 8.
14. Beyca H. Etkin emzirme eğitimi alan postpartum depresyonlu anne bebeklerinin doğum sonrası ilk iki aylık dönemde antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi 2009; İstanbul,1-76.
15. Lazarou C, Kouta C. The role of nurses in the prevention and management of obesity. *BritishJournal of Nursing* 2010; 19(10):641-647.
16. Dereli Ö, Fadiloğlu Ç. Obezitede güçlendirme ve hemşirelik yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2012; 4 (2): 94-101.
17. Silventoinen K, Sans S, Tolonen H, Monterde D, Kuulasmaa K, Kesteloot H, Tuomilehto J. Trends in obesity and energy supply in the WHO MONICA Project. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004 May;28(5):710-8.
18. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. (Ed.) The challenge of obesity in the WHO Europeanregion and thestrategies forresponse, WHO, Denmark 2007.
19. Çayır A, Atak N, Köse SK, Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2011; 64(1).
20. Jungheim ES, Travieso JL, Hopeman MM. Weighingtheimpact of obesity on femalereproductivefunctionandfertility. *Nutr Rev* 2013; 71(1): 3-8. <http://dx.doi.org/10.1111/nure.12056>.
21. OECD-Health-Statistics-2015-Frequently-Requested-Data <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm> Erişim Tarihi: 18.04.2017
22. Ergin BA. Obezitenin kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet açısından değerlendirilmesi. *KASHED* 2014; 1(1):41-54.
23. Adapted from WHO, 1995, WHO, 2000 and WHO 2004. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

24. Akgün N. Maternal beden kütle indeksi ve gebelikte vücut ağırlığı artışı takibinin perinatal sonuçlar ile ilişkisi. Hacettepe Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2013.
25. Kulie T, Slattengren A, Redmer J, Counts H, Eglash A, Schragger S. Obesityandwomen'shealth: an evidence-basedreview. J Am Board FamMed 2011; 24(1): 75-85. <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2011.01.100076>.
26. Samur GE. Obezite ve gebelik. Sağlık Bakanlığı 2012; 2: 7.
27. Ağaoğlu AS. Kadın sağlığı ve egzersiz.Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi 2015; 6(2):67-72.
28. Cedergren, M. Effects of gestational weight gain and body mass index on obstetric outcome in Sweden. Int J Gynecol Obstet. 2006;93:269–274.
29. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion, No:548: Weight gain during pregnancy. ObstetGynecol 2013; 121:210-212.
30. IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council) Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington DC 2009; The National Academies Press.
31. Rasmussen KM, Yaktine AL, Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. National Academies Press (US); 2009.
32. ACOG Committee Opinion, No:548: Weight gain during pregnancy. ObstetGynecol 2013; 121:210-212.
33. Kitsantas P, Pawloski LR. Maternal obesity, health status during pregnancy and breastfeeding initiation and duration. J Matern Fetal Neonatal Med 2010; 23(2):135-141.
34. Uzun A, Maternalobezitenin prenatal ve postnatal gelişim üzerine etkileri. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anatomi Anabilim Dalı, Isparta 2011, Türkiye.
35. Şener EH, Uzun A, Malas MA, Maternalobeziteninfetusun prenatal ve postnatal gelişimi üzerine etkileri: Derleme. Türkiye Klinikleri Journalof Gynecologyand Obstetric 2011;21(2):112-20.
36. Bulut B, Mihmanlı V. Obezite ve gebelik. Okmeydanı Tıp Dergisi 2014; 30(1):24-28.

37. Hildebrand E, Kallen B, Josefsson A, Gottval T, Bloomberg M. Maternal obesity and risk of down syndrome in the off spring. *Prenat Diagn* 2014; 34:310-315. <http://dx.doi.org/10.1002/pd.4294>
38. Kabaran S, Samur G. Maternal obezite ve gebelik. *J NutrandDiet* 2010; 38(1):45-52.
39. Freeland-Graves JH, Tabbakh T, Effective strategies for obesity prevention in underserved at-risk groups. *J Food Nutr Disor* 2012;1:1.
40. Shaikh H, Robinson S, Teoh TG. Management of maternal obesity prior to and during pregnancy. *Semin Fetal Neonatal Med* 2010; 15(2): 77- 82.
41. Lee CY, Koren G. Maternal Obesity: Effects on pregnancy and the role of pre-conception counselling. *J Obstet Gynaecol* 2010; 30(2):101-106.
42. Yanikkerem E, Obezitenin kadın sağlığına etkileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;3(1):37-43.
43. Sirimi N, Goulis DG. Obesity in pregnancy. *Hormones* 2010; 9(4):299-306.
44. Lepe M, Bacardi-Gascon M, Castaneda-Gonzalez LM, PerezMorales ME, Jimenez-Cruz A. Effect of maternal obesity on lactation: systematic review. *Nutricion Hospitalaria* 2011; 26:1266-1269.
45. Çakmak V, Şahin S. Annedeki obezitenin emzirmeye etkisi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi* 2014; 2 (2).
46. Mehta A, Sheth S. Postpartum depression: How to recognize and treat this common condition. *Medscape Psychiatry&Mental health* 2006; 11(1).
47. Krause KM, Qstbye T, Swamy GK. Occurrence and correlates of postpartum depression in overweight and obese women: results from the Active Mothers Postpartum (AMP) study. *Matern Child Health J* 2009; 13(6):832-838.
48. Majumdar A, Saleh S, Candelier CK. Failure to recognise the impact of 'moderate' obesity (BMI 30-40) on adverse obstetric outcomes. *J Obstet Gynaecol* 2010; 30(6): 567-570.
49. Özdel O, Sözeri-Varma G, Fenkçi S, Değirmenci T, Karadağ F, Kalkan-Oğuzhanoglu N, Ateşçi F. Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri* 2011; 14:210-217.

50. Amir LH, Donath S. A Systematic review of maternal obesity and breast feeding intention, initiation and duration. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007; 7:9.
51. Egelioglu Cetişli N. Results of maternal obesity. A.Adil Çamlı, Bilal Ak, Ramiz Arabacı, Recep Efe (Ed.), *Recent Advances in Health Sciences* 2016; 237-242. Sofia, St.Kliment Ohridski University Press.
52. Christine D Garner, Stephannie L Ratcliff, Carol M Devine, Lorelei L Thornburg, Kathleen M Rasmussen. Healthprofessionals' experiences providing breastfeeding-related care for obese women. *Breastfeed Med* 2014; 9(10): 503-509. Doi:10.1089/bfm.2014.0104.
53. McGuire W, Dyson L, Renfrew M. Maternal obesity; consequences for children, challenges for clinicians and carers. *Semin Fetal Neonatal Med* 2010; 15(2):108-112.
54. Agrawal P, Gupta K, Mishra V, Agrawal S. The psychosocial factors related to obesity: A study among overweight, obese and morbidly obese women in India. *Women & Health* 2015; 55(6): 623-645. <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2015.1039180>
55. LaCoursiere DY, Baksh L, Bloebaum L. et al. Maternal body mass index and self-reported postpartum depressive symptoms. *Matern Child Health J*2006; 10: 385-390.
56. Güneri SE. Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 4 (3): 482-496.
57. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2011; 8(1):1303-5134.
58. Aydemir H. Maternalobezitenin gebelikte oluşan yakınmalara ve öz-bakım gücüne etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı* 2014; 1-100.
59. Adams D, Hewell S. Maternal and professional assessment of breastfeeding. *J Hum Lac* 1997; 13:279-283.

60. Yenal K, Okumuş H. LATCH emzirme tanılama aracının güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003; 5(1): 38-44.
61. Cox, JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnataldepression: Development of the 10-item Edinburgh PostnatalDepressionScale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150:782-786.
62. Engindeniz N. Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeğinin Türkçe Formu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 1996; İzmir.
63. Aydın N, İnandı T, Yigit A, Hodoglugil NN. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women with in their first postpartum year. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2004 Jun;39(6):483-6.
64. Reynolds MR, Allan MK, Raja AE, Bhattacharya S, McNeill G, Hannaford CP, Sarwar N, Lee JA, Bhattacharya S, Norman EJ. Maternal obesity during pregnancy and premature mortality from cardiovascular event in adult offspring: follow-up of 1323275 person years. *BMJ* 2013; 347. doi: 10.1136/bmj.f4539.
65. Ovesen Per, Rasmussen S, Kesmodel U. Effect of prepregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome. *Obstetric & Gynecology* 2011; 118 (2): 305-312.
66. Muckenhuber MJ, Dorner ET, Burkert N, Groschadl F, Freidl W. Low social capital as a predictor for the risk of obesity. *Health and Social Work* 2015; 40 (2): e51-e58.
67. Burkert NT, Rásky É, Großschädl F, Muckenhuber J, Freidl W. The relation of weight to women's health: A matched sample study from Austria. *Women & Health* 2015; 55(2): 134-151. <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2014.979967>
68. Kerrigan AM, Kingdon C. Maternal obesity and pregnancy: a retrospective study. *Midwifery* 2010; 26(1): 138-146.
69. Aktulay A, Yörük Ö, Üstün EY, Eyi YGE, Mollamahmutoğlu L. Obezitenin doğum şekline etkisi. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology* 2012; 8 (33):1351- 1353.

70. Mandal D, Manda S, Rakshi A, Dey RP, Biswas SC, Banerjee A. Maternal obesity and pregnancy outcome: a prospective analysis. *The Journal of the Association of Physicians of India* 2011; 59: 486-489.
71. Markowitz S, Friedman MA, Arent SM. Understanding the relation between obesity and depression: causal mechanisms and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2008; 15(1): 1-20.
72. Molyneaux E, Poston L, Ashurst-Williams S, Howard LM. Obesity and mental disorders during pregnancy and postpartum: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 2014; 123(4): 857.
73. LaCoursiere DY, Barrett Connor E, O'Hara MW, Hutton A, Varner MW. The association between prepregnancy obesity and screening positive for postpartum depression. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2010; 117(8): 1011-1018.
74. Bodnar LM, Wisner KL, Moses-Kolko E, Sit DKY, Hanusa BH. Prepregnancy body mass index, gestational weight gain and the likelihood of major depression during pregnancy. *J Clin Psychiatry* 2009; 70 (9): 1290-1296.
75. Karakaş MN, Güneş G, Sarıbiyık M. Battalgazi'de postpartum depresyon riski ve etkili faktörler. *Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi* 2014; 4(3): 3.
76. Kumcağız H. Gebe kadınlarda beden algısı ve benlik saygısının bazı değişkenlere göre incelenmesi. *International Journal of Human Sciences* 2012; 9(2): 691-703.
77. Nagl M, LindeK, Stepan H, Kersting A. Obesity and anxiety during pregnancy and postpartum: a systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2015; 186: 293-305.
78. Claesson M, Josefsson A, Sydsjö G. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among obese pregnant and postpartum women: an intervention study. *BMC Public Health* 2010; 10(1): 766.
79. Stanford FC. Obesity and breastfeeding: Exploring the relationship. *Breastfeeding Medicine* 2016; 11(8): 411-412.

80. Babendure JB, Reifsnider E, Mendias E, Moramarco MW, Davila YR. Reduced breastfeeding rates among obese mothers: a review of contributing factors, clinical considerations and future directions. *International Breastfeeding Journal* 2015; 10(1): 21.
81. Kürklü N, Kamarli H. Maternal obezitenin emzirmeye etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2016; 19: 53-56.
82. Tao XY, Huang K, Yan SQ, Zuo AZ, Tao RW, Cao H, Gu CL, Tao FB. Pre-pregnancy BMI, gestational weight gain and breast-feeding: a cohort study in China. *Public Health Nutrition* 2017; 20(6): 1001-1008.
83. Castillo H, Santos IS, Matijasevich A. Maternal pre-pregnancy BMI gestational weight gain and breastfeeding. *European Journal of Clinical Nutrition* 2016; 70(4): 431.
84. Verret-Chalifour J, Giguère Y, Forest JC, Croteau J, Zhang P, Marc I. Breastfeeding initiation: Impact of obesity in a large Canadian perinatal cohort study. *PLoS ONE* 2015; 10 (2).
85. Visram H, Finkelstein SA, Feig D, Walker M, Yasseen A, Tu X, Keely E. Breastfeeding intention and early post-partum practices among overweight and obese women in Ontario: a selective population-based cohort study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2013; 26(6): 611-615.
86. Masho WS, Cha S, Morris RM. Prepregnancy obesity and breastfeeding noninitiation in the united states: An examination of racial and ethnic differences. *Breastfeed Med* 2015; 10(5): 253–262.
doi: 10.1089/bfm.2015.0006.
87. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies (Review). *The Cochrane Collaboration* 2012; 5.
88. Winkvist A, Brantsæter AL, Brandhagen M, Haugen M, Meltzer HM, Lissner L. Maternal prepregnant body mass index and gestational weight gain are associated with initiation and duration of breastfeeding among Norwegian mothers. *The Journal of Nutrition* 2015; 145(6): 1263-1270.

89. Hilson JA, Rasmussen KM, Kjolhede CL. Excessive weight gain during pregnancy is associated with earlier termination of breastfeeding among White women. *Journal of Nutrition* 2006; 136(1): 140-146.
90. Daniels SR. Maternal obesity and breastfeeding. *Journal of Pediatrics* 2006; 149(2):185.
91. Janet M. Wojcicki. Maternal prepregnancy body mass index and initiation and duration of breastfeeding: A review of the literature. *Journal of Women's Health* 2011; 20(3): 341-347.
92. Fairlie TG, Gillman MW, Rich-Edwards J. High pregnancy-related anxiety and prenatal depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed and breastfeeding initiation. *J Women's Health* 2009; 18: 945-53.
93. Babacan Gümüő A, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *Yeni Symposium Journal* 2012; 50: 145-54.
94. Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes, *Acta Paediatr* 2007; 96(4): 590-4.
95. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in Southern Brazil. *Sex Reprod Healthc* 2013; 4(1):9-15.
96. Gregory EF, Butz AM, Ghazarian Sr, Gross SM, Johnson SB. Are unmet breast feeding expectations associated with maternal depressive symptoms. *Acad Pediatr* 2015; 15(3): 319-25.
97. Dönmez H, Bükölmez A. Postpartum depresyonun annelerin bebeklerini emzirme süreleri ve bebek büyümesi üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Derg* 2015; 31(4):358-362.
98. Aksoy EY, Ünal F, İnçe G, Çil G, Oruç K, Yılmaz T, Yıldırım Ő, Yılmaz DS. Postpartum depresyonun emzirme üzerine etkisi. *GÜSBD* 2016; 5(3): 90-96.

EK1. BİREY TANITIM FORMU

Rumuz:

Anket No:

1. Yaş:
2. Gebe kalmadan önceki boy- kilo: BKI :
3. Son Adet Tarihi:.....Gebelik Haftası:
4. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) İlköğretim ve altı
 - b) Ortaöğretim
 - c) Yüksek Öğretim
5. Aile yapısı:
 - a) Çekirdek aile
 - b)Geniş aile
6. Çalışma durumu:
 - a) Çalışıyor
 - b) Çalışmıyor
7. Gelir durumu:
 - a) Gelir giderden az
 - b) Gelir gidere eşit
 - c) Gelir giderden fazla
8. Sosyal Desteğiniz var mı? Varsa açıklar mısınız?
 - a) Var (.....)
 - b) Yok
9. Gebelik durumu:
 - a) İstenen gebelik
 - b) İstenmeyen gebelik
10. Doğum şekli:
 - a) Sezaryen
 - b) Normal doğum
11. Emzirme hakkında daha önce bilgilendirildiniz mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır
12. Emzirme hakkında bilgi aldıysanız bilgiyi nereden aldınız?
 - a) Arkadaş
 - b) Aile / Akraba
 - c) Sağlık personeli
 - d) Tv-radyo
 - e) İnternet
 - f) Diğer
13. Yenidoğanın doğum kilosu:..... 4-6.haftada kilosu:.....
14. Anne sütüne ek olarak herhangi bir gıda veriyor musunuz?
 - a) Evet (.....)
 - b) Hayır

EK 2. LATCH EMZİRME TANILAMA ÖLÇEĞİ

PUAN KRİTERLERİ	0	1	2
L MEMEYİ KAVRAMA	Çok uykulu ve isteksiz * Memeyi tutamıyor.	*Memeyi tekrar tekrar tutmayı deniyor *Meme başına ağzında tutuyor *Emme için uyarı istiyor.	*Dudakları açık *dil aşağıda *düzenli bir şekilde emmiyor
A BEBEĞİN YUTKUNMA SESİNİN DUYULMASI	*Yok	*Uyarı ile birkaç yutkunma sesi duyuluyor.	* Yutma sırasında sürekli, güçlü aspirasyonlar görülür. kendiliğinden belli aralıklarla yutkunması duyuluyor.
T MEME BAŞININ TİPİ (emzirmeden sonra)	*İçe dönük	*Düz	*Dışa dönük
C ANNENİN MEME /MEME BAŞI İLE İLGİLİ RAHATSIZLIĞI	*Tıkanma *çatlama, kanama, kabarcık ve morluk	*Doluluk *Kırmızılaşma, küçük kabarcıklar ve morluk *Hafif-orta derecede rahatsızlık	*Yumuşak *Hassaslık yok
H BEBEĞİN EMME POZİSYONUNUN YERLEŞTİRİLMESİ	*Tam yardım gerekiyor (anne bebeğini hemşirenin tam yardımı ile tutabiliyor)	*Az yardım gerekiyor. (yastı kvb.) *hemşire başlangıçta anneye yardım ediyor ve daha sonra anne kendisi tutabiliyor.	*yardımsız tutabiliyor. *anne bebeği memeye yerleştirebiliyor/tutuyor.
TOPLAM			

EK 3. EDİNBURG POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EPDÖ)

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

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum

- a) Her zaman olduğu kadar
- b) Artık pek o kadar değil
- c) Artık kesinlikle o kadar değil
- d) Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

- a) Her zaman olduğu kadar
- b) Artık pek o kadar değil
- c) Artık kesinlikle o kadar değil
- d) Artık hiç değil

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- a) Evet, çoğu zaman
- b) Evet, bazen
- c) Çok sık değil
- d) Hayır, hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- a) Hayır, hiçbir zaman
- b) Çok seyrek
- c) Evet, bazen
- d) Evet, çoğu zaman

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

- a) Evet, çoğu zaman
- b) Evet, bazen
- c) Çok sık değil
- d) Hayır, hiçbir zaman

- 6.** Her şey giderek sırtıma yükleniyor.
- a) Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.
 - b) Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.
 - c) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
 - d) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum
- 7.** Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum
- a) Evet, çoğu zaman
 - b) Evet, bazen
 - c) Çok sık değil
 - d) Hayır, hiçbir zaman
- 8.** Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum
- a) Evet, çoğu zaman
 - b) Evet, bazen
 - c) Çok sık değil
 - d) Hayır, hiçbir zaman
- 9.** Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum
- a) Evet, çoğu zaman
 - b) Evet, oldukça sık
 - c) Çok seyrek
 - d) Hayır, asla
- 10.** Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.
- a) Evet, oldukça sık
 - b) Bazen.
 - c) Hemen hemen hiç
 - d) Asla

EK 4. ETİK KURUL İZİNİ



İZMİR KATİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
(İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR
Tel:0 232 245 04 38 --- 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta ikcetik2@gmail.com)

Yrd. Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

Karar No: 195
Tarih : 21.07.2016

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ sorumluluğunda yapılması planlanan "Obez ve Obez Olmayan Gebelerde Doğum Sonu Depresyon ve Emzirme Davranışları" adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın yapılacağı kurumdan izin alınması koşuluyla başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

Uzm. Dr. D. Barış KILIÇÇIOĞLU
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Raportörü

Sayfa 1

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 408272bc-2218-43e8-9268-1bd52350e1e1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 5. KURUM İZİNİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Afyonkarahisar Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Afyonkarahisar Devlet Hastanesi

AFYONKARAHİSAR DEVLET HASTANESİ -
AFYONKARAHİSAR DH İHİM ÖZLÜK BİRİMİ
11/10/2016 14:59 - 52832905 - 774.99 - E.881



Sayı : 52832905/774.99
Konu : Feyza ERTOP Araştırma İzin Talebi

AFYONKARAHİSAR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE
(İdari Hizmetler Başkanlığı)

İlgi : 03.10.2016 tarihli ve 77010074/774.99-7844 sayılı yazımız.

İlgi tarihli ve sayılı yazımız gereği Feyza ERTOP'un bilimsel araştırma detay formu incelenmiş olup, ön izin formu onaylanarak yazımız ekinde sunulmuştur.
Gereğini arz ederim.

Op.Dr.Erkan ARSLAN
Hastane Yöneticisi

EKLER:
Form (14 Syf.)

Orhangazi Mah.Nedim Helvacıoğlu Bul. No:73 AFYONKARAHİSAR İrtibat
:Personel Şube
Faks No:02722147576
e-Posta:nulifer.karaman@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 02722140030/8108

Bilgi için:NİLÜFER KARAMAN
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No:05063376978

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 408272bc-2218-43e8-9268-1bd52350e1e1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6. ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi “*Fazla Kilolu, Obez ve Obez Olmayan Gebelerde Doğum Sonu Depresyon ve Emzirme Davranışları*” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmacı

(Adı,Soyadı-Ünvanı-İmzası)

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmanın amacı, fazla kilolu, obez ve obez olmayan annelerin gebelik ve doğum sonu dönemde depresyon ve emzirme davranışlarını incelemektir.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Doldurulması planlanan anketler;

- Birey Tanıtım formu; 14 sorudan oluşmaktadır. Anketi dolduran şahısların ismi ve şahsi bilgileri ankette yer almayacaktır.
- LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği; 5 kriterden oluşmaktadır, Araştırmacı anneyi gözlemleyerek kendisi dolduracaktır.
- EPDÖ Depresyon Ölçeği; 10 sorudan oluşmaktadır. Lütfen son 10 gündeki ruhsal durumunuzu düşünerek sorulara yanıt veriniz.

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Erzurum’ da doğdu. İlköğrenimini İzmir’ de, orta öğretimini Elazığ’da, lise öğrenimini Kıbrıs ve Edirne’ de tamamladı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi’nden 2013 yılında mezun oldu. Mezun olduktan sonra Afyonkarahisar ili Sinanpaşa Devlet Hastanesi’nde yaklaşık iki yıl Acil servis, Dahiliye Servisi’nde hemşire olarak, Eğitim- Kalite-Enfeksiyon birimlerinde sorumlu olarak çalıştı.İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda 2014 yılında yüksek lisans eğitimine başladı. Halen Afyonkarahisar Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinde Basın Danışmanı, Kalite Koordinatörü, Bilimsel Araştırma İzinleri Komisyon Sorumlusu olarak görevini sürdürmektedir.