



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**60. YIL SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 0-2 YAŞ
GRUBU ÇOCUKLARDA MALNÜTRİSYON SIKLIĞI,
ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE ANNELERE VERİLEN
EĞİTİMİN ETKİSİ**

RUKİYE DEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Birgül ÖZÇİRPİCİ

GAZİANTEP

2012

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ENSTİTÜ ANA BİLİM DALI

**60.Yıl Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 0-2 Yaş Grubu Çocuklarda Malnütrisyon Sıklığı,
Etkileyen Faktörler ve Annelere Verilen Eğitimin Etkisi**
Rukiye Demir

Tez savunma tarihi: 07.06.2012
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof.Dr.Mehmet Tarakçıoğlu
Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir "yüksek lisans" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof.Dr.Servet Özgür
Halk Sağlığı AD Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "yüksek lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç.Dr.Birgül Özçirpıcı
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "yüksek lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Prof.Dr.Servet Özgür
Prof.Dr.Metin Kılınç
Doç.Dr.Birgül Özçirpıcı

.....
.....
.....

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Rukiye DEMİR

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans Eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tüm hocalarıma, tez çalışmamın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Birgül ÖZÇIRPICI'ya ve bu çalışmanın gerçekleşmesi için yol gösteren, gerekli ortamı sağlayan, desteklerini esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Servet ÖZGÜR'e, Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN'a, teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca benden desteklerini esirgemeyen aileme ve tüm çalışmalarımda yanımda olan eşim Hasan DEMİR' e teşekkürlerimi sunarım.

Rukiye DEMİR

İÇİNDEKİLER

SAYFA

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii-iii
KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v-viii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3-5
2. GENEL BİLGİLER.....	6-38
2.1.Giriş.....	6
2.2. Laktasyon.....	6
2.3.Anne Sütü.....	7
2.3.1.Anne Sütü Üretim Evreleri.....	7
2.3.2.Anne Sütünün İçeriği ve Yararları.....	8
2.3.2.1.Anne Sütünün İçeriği.....	8
2.3.2.2.Anne Sütünün Yararları.....	10
2.3.3.Süt Yapımı ve Devamlılığı.....	11
2.3.4.Anne Sütü Alımının Yetersiz Olmasının Belirtileri.....	12
2.4.Emziren Annenin Beslenmesi.....	12
2.5.Emzirme.....	14
2.5.1.Emzirmeye Hazırlık ve Emzirme Tekniği.....	18

2.5.2.Emzirmenin Sıklığı ve Süresi.....	19
2.5.3.Emzirmenin Sürdürülmesinin Desteklenmesi.....	20
2.6.Yapay Beslenme.....	21
2.6.1.Hayvan Sütünün İnsan Sütü Yerine Kullanılması.....	21
2.7.Karışık Beslenme.....	22
2.8.Ek Gıdaya Başlama.....	22
2.8.1.Ek Gıdalara Erken Başlama.....	23
2.8.2. Ek Gıdalara Geç Başlama.....	24
2.8.3. Ek Gıda Verilmesinde Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar.....	24
2.8.Malnütrisyon.....	26
2.8.1.Protein Enerji Malnütrisyonu.....	27
2.8.2.Malnütrisyonun Nedenleri.....	29
2.8.3.Malnütrisyonun Değerlendirilmesi Ve Kullanılan Göstergeler.....	31
2.8.4.Malnütrisyonunda Tanı.....	34
2.8.5.Malnütrisyonunda Tedavi ve Çözüm Önerileri.....	35
2.8.6.Beslenme Bozukluklarının Giderilmesinde Eğitimin Etkisi.....	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39-41
4. BULGULAR.....	42-72
5. TARTIŞMA.....	73-89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90-91
7. KAYNAKLAR.....	92-95
8. EKLER.....	96-103

KISALTMALAR

AAP: American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)

U.S.CDC: Centers for Disease Control (Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi)

IPA: International Association of Pediatrics (Pediatri Uluslararası Birliği)

IQ: Intelligence Qotient (Zekâ Testi)

U.S.NCHS: National Center for Health Statistics (Amerika Birleşik Devletleri Sağlık İstatistikleri Merkezi)

PEM: Protein Enerji Malnütrisiyonu

SD: Standart Deviation (Standart Sapma)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu

SIDA: Swedish International Development Cooperation Agency (İsveç Uluslararası Kalkınma Organı)

USAID: United States Agency for International Development (Uluslararası Kalkınma İçin Birleşmiş Milletler Kuruluşu).

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

IU: International Unit (Uluslararası Birim)

Cm: Santimetre

Kg: Kilogram

ml: Mililitre

TABLO LİSTESİ**SAYFA**

Tablo 1: Başarılı Emzirme için On Öneri.....	16
Tablo 2. Başarılı bir emzirme için ilkeler.....	17
Tablo 3. Marasmus ve Kwashiorkor Bulgularının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4. Gomez sınıflamasına göre malnütrisyon düzeyleri.....	33
Tablo 5. DSÖ sınıflaması.....	33
Tablo 6. Wellcome sınıflaması.....	34
Tablo 7. 0-2 Yaş Çocukların Anne ve Babalarının Mesleklerine Göre Dağılım.....	42
Tablo 8. 0-2 Yaş Çocukların Anne ve Babalarının Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı	43
Tablo 9. 0-2 Yaş Çocukların Ailelerinin Diğer Sosyo-Demografik Özellikleri.....	44
Tablo 10. Annenin Doğum Öyküsüyle İlgili Bazı Özellikler.....	45
Tablo 11. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocukların Annelerinin Emzirmeyle İlgili Bazı Davranışlarına Göre Dağılımı.....	46
Tablo 12. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocukların Annelerinin Bu Çocuğa Hamileliğinde Doğum Öncesi Bakımla İlgili Bazı Özellikleri.....	47
Tablo 13. Araştırmaya Alınan 0- 2 Yaş Çocukların Doğum Öyküleri ve Diğer Bazı Özellikleri.....	48
Tablo 14. Araştırmaya Alınan 0- 2 Yaş Çocukların Doğum Sırasıyla Özellikleri.....	49
Tablo 15. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Doğum Sonu Beslenme Durumu İle İlgili Bazı Özellikler.....	50
Tablo 16. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocuğun Beslenme Durumu İle İlgili Bazı Özellikler.....	51

Tablo 17. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocuğun Anne Sütü Alma Durumu İle İlgili Bazı Özellikler.....	52
Tablo 18. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocuğun Ne Zamana kadar Emzirileceği İle İlgili Özellikler.....	53
Tablo 19. Araştırmaya Alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Ağız Sütü İle İlgili Bilgi Düzeyi.....	54
Tablo 20. Araştırmaya Alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Emzirme İle İlgili Bilgi Düzeyi.....	54
Tablo 21. Araştırmaya Alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Anne Sütü İle İlgili Bilgi Düzeyi.....	55
Tablo 22. Araştırmaya Alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Bebeğin Emzirilmediği Durumlar İle İlgili Bilgi Düzeyi.....	56
Tablo 23. Araştırmaya Alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Ek Gıdalar İle İlgili Bilgi Düzeyi.....	57
Tablo 24. 0-2 Yaş Çocukların Annelerinin Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Anne Sütü Eğitimi Alma Durumlarıyla ilgili Özellikler.....	58
Tablo 25. 0-2 Yaş Çocukların Annelerinin Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Emzirme Eğitimi Alma Durumlarıyla ilgili Özellikler	58
Tablo 26. 0- 2 Yaş Çocukların Ek Gıda Alma Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler	60
Tablo 27. 0- 2 Yaş Çocukların Ek Gıda Başlama Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler.....	61
Tablo 28. Araştırmaya Alınan 0- 2 Yaş Çocuklarda Malnütrisyon Bulunma Durumuna Göre Dağılımı	62
Tablo 29. Malnütrisyon Saptanan 0- 2 Yaş Çocuklarda Malnütrisyon Tipine Göre Dağılımı.....	62

Tablo 30. Malnütrisyon Saptanan Çocukların Malnütrisyonun Şiddetine Göre Dağılımı.....	63
Tablo 31. Araştırmaya Alınan 0- 2 Yaş Çocukların Ailelerinin Sosyal Güvence ve Bebeklerdeki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı	63
Tablo 32. Araştırmaya alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Yaş Ortalamalarına ve Çocuklardaki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı	64
Tablo 33. Araştırmaya alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Doğum Öykülerine Ve Bebeklerdeki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı.....	65
Tablo 34. Araştırmaya alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Sadece Anne Sütü Çocuğa Kaç Ay Verileceğini Bilme ve Çocuklardaki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı.....	66
Tablo 35. Araştırmaya alınan 0-2 Yaş Çocuğun Annelerinin Anne Sütünün Bebeğe Toplam Kaç Ay Verileceğini Bilme ve Bebeklerdeki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı.....	67
Tablo 36. Araştırmaya alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin İlk 6Ay Anne Sütü Bebeğe Yeterlilik Durumunu Bilme ve Bebeklerdeki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı.....	67
Tablo 37. Araştırmaya alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin İnek Sütü Bebeğe Ne Zaman Verileceğini Bilme ve Bebeklerdeki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı.....	68
Tablo 38. Araştırmaya alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Doğum Sonrası Emzirme Eğitimi Alma ve Bebeklerdeki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı.....	68
Tablo 39. Malnütrisyonlu Çocukların Eğitim Öncesi (1. Ölçüm) ve Sonrası (2.Ölçüm) Z Skoru Ortalama Değişimi	69
Tablo 40. Malnütrisyonlu Çocukların Eğitim Öncesi (1.Ölçüm) ve 2.Ölçümden 1 Yıl Sonraki (3. Ölçüm) Z Skoru Ortalama Değişimi.....	70

Tablo 41. Malnütrisyonlu Çocukların Eğitim Sonrası (2.ölçüm) ve 2. Ölçümden 1 Yıl Sonraki Ölçüm (3.ölçüm) Z Skoru Ortalama Değişimi.....	70
Tablo 42. Malnütrisyonlu Çocukların Eğitim Öncesi (1. Ölçüm) ve Sonrası (2.ölçüm) Medyan Değerden Uzaklıklarının Ortalamalarının Değişimi.....	71
Tablo 43. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocukların Eğitim Öncesi (1.Ölçüm) ve 2. Ölçümden 1 Yıl Sonrası (3. Ölçüm) Medyan Değerden Uzaklıklarının Ortalamalarının Değişimi.....	71
Tablo 44. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocukların Eğitim Sonrası (2.ölçüm) ve 2.Ölçümden 1 Yıl Sonraki Ölçüm (3.ölçüm) Sonrası Medyan Değerden Uzaklıklarının Ortalamalarının Değişimi.....	72

ÖZET

60. YIL SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 0-2 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA MALNÜTRİSYON SIKLIĞI, ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE ANNELERE VERİLEN EĞİTİMİN ETKİSİ

Rukiye Demir, Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Birgül ÖZÇIRPICI

Mayıs 2012, 103 sayfa

Araştırmamızda; 60.Yıl Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-2 yaş grubu çocuklarda malnutrisyon sıklığının, etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve malnutrisyonlu çocuğu olan annelere eğitim verilerek eğitimin malnutrisyon sıklığının azalmasıdaki etkisinin ortaya konması amaçlanmıştır. Araştırma iki aşamada uygulanmıştır; birinci aşaması kesitsel, ikinci aşaması müdahale araştırması tipindedir. Araştırmamızın evrenini 60. Yıl Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0- 2 yaş çocuklar oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü 643 kişi olarak belirlenmiş, bunların 618'ine ulaşılmıştır (%96,1). Altı yüz onsekiz çocuğun annelerine 76 soruluk, sosyo- demografik bilgiler, anne sütü ve ek gıda ile ilgili soru kâğıtları uygulanmıştır. Soru kâğıtları uygulandıktan sonra çocukların boy ve kiloları ölçülmüştür. Malnutrisyonun değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün referans değerleri kullanılmış, veriler SPSS (13.0) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Araştırmaya alınan 0- 2 yaş çocukların %2,2'si (n=14) boy ya da ağırlıkça malnutrisyonludur. Ailelerin sosyal güvence durumu, annenin yaşı, annenin gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, bu çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu, annenin bazı bilgi sorularına verdiği cevaplar çocuklardaki malnutrisyon durumunu anlamlı düzeyde etkilemektedir. Eğitimlerden 6 ay sonra çocukların z skoru ortalamaları anlamlı düzeyde iyileşmiştir (p=0,001). Bu ölçümden 1 yıl sonra yapılan 3. ölçümdeki z skoru değerlerindeki düşme yani iyileşme hala devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, ek gıda, emzirme, malnutrisyon sıklığı, sağlık eğitimi.

ABSTRACT

MALNUTRITION PREVALANCE AND EFFECTING FACTORS AMONG CHILDREN AGED BETWEEN 0- 2 YEARS OLD LIVING IN THE REGION OF 60 TH YEAR HEALT CENTER AND THE EFFECTS OF EDUCATION GIVEN TO MOTHERS ON NUTRION.

Rukiye Demir, Master's thesis, Department of Public Health

Supervisor: Assoc.Prof.Dr.Birgöl Özçırpıcı

May 2012, 103 pages

It is aimed to determine the prevalance of malnutrition and effecting factors among children aged between 0-2 years living in the region of 60 th year healt center and the effects of education given to mothers on nutrion in our study. First step of the study was a cross-sectional and the second was an intervention study. The population of the study was all children aged between 0-2 years-old living in 60.th health center region. The sample-size was determined as 643 and it has been reached 618 of them (%96.1). A questionnaire including 76 questions about sociodemographic features,breastfeeding and complementary feeding were applied to 618 mothers. Then children's weights and heights were measured and the references of World Health Organisation were used to evaluate malnutrition. The data were evaluated in SPSS 13.0. Malnutrition prevelance was determined as %2,2 (accoding to weight and height).Training sessions influenced significantly the z score after 6 months (p=0.001). After 1 year,the significance of measurements were remaning. Mother's age,social activity,the number of live births,the number of pregnancy were affecting malnutrition prevelance significantly.

Keywords: Breastfeeding, complementary feding, health education, malnutrition prevalence.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bir ülkenin kalkınmasında ve gelişmesinde en önemli faktör topluma etkin sağlık hizmetlerinin götürülmesidir. Etkin sağlık hizmetleri uygulamalarının her birinin amacı farklıdır. Bunların içinde koruyucu sağlık hizmetlerinden biri olan yeterli ve dengeli beslenme; büyüme ve gelişmeyi, sağlıklı yaşamayı, hastalıklardan korunmayı ve iyileşmeyi çabuklaştıran bir faktördür. Çocuk sağlığı açısından ise beslenme daha büyük önem taşır. Çünkü büyüme ve gelişme olaylarının en yoğun ve hızlı bir biçimde gerçekleştiği yaşantı dönemi çocukluk dönemidir (1).

Beslenme; büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması için besinlerin alınmasıdır. Anne karnından yaşlılığa kadar insan yaşamının her döneminde önemlidir (2). Bir toplumun sağlıklı olabilmesi, toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı olması ile mümkündür. Bireylerin sağlıklı olması da yeterli ve dengeli beslenmelerine bağlıdır.

Yeterli süre ve miktarda verilen anne sütü ile birlikte, zamanında uygun ek gıda başlanması ve çeşitlendirilerek devam ettirilmesi temel çocuk gelişimi açısından son derece önemlidir. Bu konuda yapılan hatalı ve bilinçsiz uygulamaların olumsuz etkileri yalnız çocukluk çağında değil, yaşamın bütün dönemlerinde kendisini göstermektedir. Özellikle bir yaştan altındaki çocuklarda yetersiz ve dengesiz beslenmenin etkileri düşük sosyoekonomik toplumlarda daha dramatik olarak ortaya çıkmaktadır. Annelerin eğitimsiz ve bilinçsiz beslenme davranışlarına eklenen yoksulluk faktörü mevcut tabloyu daha da ağırlaştırmaktadır (3).

Dünyada Türkiye'nin de içinde bulunduğu pek çok ülke tarafından imzalanan ve uygulamaya konulan Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde, çocukların en temel haklarından birisi olarak "beslenme hakkı" gösterilmekte, "anne sütü ile beslenme hakkı" üzerinde önemle durulmaktadır. Anne sütüyle beslenme konusundaki pek çok özendirici çalışmaya karşın, 1993 ve 1998 yıllarında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (TNSA) sonuçlarına göre, Türkiye'deki emzirme oranları değerlendirildiğinde, anne sütüyle beslenmenin yaygın olmasına karşın, doğru uygulanması ile ilgili sorunların bulunduğu görülmektedir (4).

Anne sütü bebeğin yaşamındaki ilk 4- 6 ayda gereksinimi olan tüm besinleri içerir. Buna ek olarak, anne sütü annenin antikorları aracılığı ile bebeklerin yaşamlarının ilk 6 ayında hastalıklara karşı bağışık olmasını sağlamakta, beslenme bozukluklarının prevalansını azaltmakta ve gıda kaynaklı enfeksiyonları önlemektedir (4). Ancak anne sütü altı aydan sonra bebeğin besin öğesi gereksinimlerini karşılamak da yetersiz kalır. Bu dönemde bazı ek gıdalar yavaş yavaş eklenerek bebeğin anne sütü ile beslenmeden erişkin tip beslenme dönemine sorunsuz olarak geçmesi sağlanır (5).

Malnütrisyon; dünya çapında ve özellikle de çocuklar arasında süregelen önemli bir problemdir. Bugün dünyada her yıl beş yaşın altında   len çocukların üçte birinin   l  m nedeni doğrudan ya da dolaylı olarak beslenme yetersizliğine bağlı nedenlerden meydana gelmektedir. Anne sütü malnütrisyon prevalansını azaltmaktadır. Malnütrisyon   ocuğun zihinsel gelişimini de etkilemektedir. Dünya Sağlık   rg  t   (DSÖ)‘ne göre dünyadaki 5 yaş altı   l  mlerinin %54‘  n  n temelinde malnütrisyon yer almaktadır (6).

Bir bireyin ağırlığı ya da bir grubun ortalama ağırlığı yalnız başına anlamsız rakamlardır. Bu rakamlar yaşa, cinse ve boya göre yorumlandığında ölçümlerin kombinasyonu ortaya çıkmaktadır. Yaşa göre boy endeksi çocuklar arasında doğrusal büyüme geriliğinin bir göstergesidir. Yaşa göre boy endeksine göre referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart sapma (-2SD) gösteren çocuklar yaşlarına göre kısa, -3 SD gösteren çocuklar ise ciddi olarak kısa boylu olarak kabul edilmektedir. Bu endeks kronik beslenme sorunun bir göstergesi olarak kullanılmaktadır. Boya göre ağırlık endeksi, akut beslenme yetersizliğini ölçen bir gösterge olarak kullanılmaktadır, referans grubun, ortanca değerinden -2 SD gösteren çocuklar, boylarına göre zayıf, -3 SD gösteren çocuklar ise ciddi olarak zayıf kabul edilmektedir. Bu gösterge, ölçümün yapıldığı tarihten hemen önceki dönemdeki yeterli beslenememe durumunu göstermektedir. Yaşa göre ağırlık endeksi hem akut hem de kronik yetersiz beslenmeyi gösteren çocuklar düşük kilolu olarak kabul edilmektedir.

Antropometrik   l   mler malnütrisyonun tipini ve şiddetini değerlendirmek için kritiktir (6). TNSA 2008 sonuçları; beş yaşın altındaki her 10 çocuktan birinin bodur (yaşına göre kısa) ve bu çocukların üçte birinden fazlasının ciddi şekilde bodur olduğunu göstermektedir. Beş yaşın altındaki çocukların yüzde birinden daha azı için boya göre ağırlık z-skorları -2SD‘in altındadır, yani zayıftır.

Yaşı-göre- ağırlık endeksine bakıldığında beş yaşın altındaki çocukların yüzde 3'ü düşük kiloludur. Yine TNSA 2008' e göre 12- 23 aylık bebeklerin %26,3'ü bodur, %7,6'sı zayıf, %10,1'i de düşük kiloludur (4).

Çalışmamızda öncelikle 60.Yıl Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-2 yaş grubu çocuklarda malnutrisyon sıklığını ve bunu belirleyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmış, malnütrisyonlu çocuğu olan annelere eğitim verilerek eğitimin malnütrisyon sıklığının azalmasındaki etkisi belirlenerek, çocuklardaki beslenme bozukluklarının giderilmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Giriş

Bir ülkenin kalkınmasında ve gelişmesinde en önemli faktör topluma etkin sağlık hizmetlerinin götürülmesidir. Etkin sağlık hizmetleri uygulamalarının her birinin amacı farklıdır. Bunların içinde koruyucu sağlık hizmetlerinden biri olan yeterli ve dengeli beslenme; büyüme ve gelişmeyi, sağlıklı yaşamayı, hastalıklardan korunmayı ve iyileşmeyi çabuklaştıran bir faktördür. Çocuk sağlığı açısından ise beslenme daha büyük önem taşır. Çünkü büyüme ve gelişme olaylarının en yoğun ve hızlı bir biçimde gerçekleştiği yaşantı dönemi çocukluk dönemidir (1).

Çocukların büyük çoğunluğu sağlıklı olarak dünyaya gelir. Sağlıklı durumun devam edebilmesi ve organizmanın normal büyüme ve gelişmesini tamamlayabilmesi için çocuğun ilk günlerden itibaren ve çocukluğun her döneminde bileşim ve miktarca yeterli şekilde beslenmesi gereklidir (1).

Beslenme yaşamın her döneminde çok önemli olmakla birlikte, büyüme ve gelişmenin çok hızlı olduğu yaşamın ilk iki yılında daha da önem kazanmaktadır. Bu dönemde ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenmenin bebeğin sağlık, büyüme, gelişme ve erişkin sağlığına etkileri kanıtlanmıştır. İlk altı aydan sonra ise anne sütü ile birlikte uygun ek gıdaya geçiş de çok önemlidir (7).

2.2.Laktasyon

Laktasyon; annenin meme dokusunda fizyolojik değişikliklerin olduğu, bebeğin emmesi ile büyüme ve gelişmenin sağlandığı ve anne- bebek arasında iletişimin kurulduğu bir dönemdir. Gebelikle birlikte plasentadan giderek artan miktarda salgılanan estrogen ve progesteron ile plasental laktojenik hormonun etkisiyle, meme dokusu laktasyon dönemine hazırlanır (8,9). Doğuma yakın memelere olan kan akımı yaklaşık iki katına çıkar. Kanalların, alveollerin dilatasyonu ve kısmen kolostrum ile dolmaları, bağ dokusu ve myoepitelyal hücrelerde hipertrofi, deri altı yağ dokusunda artma, sıvı- elektrolit tutulumu sonucu memelerin hacminde artış olmaktadır (9).

Gebeliğin ikinci ayında estrojenin etkisiyle areola ve meme başı büyümeye başlar, montgomery tüberkülleri daha belirgin hale gelir, areola ve meme başı dikleşir. Progesteronun etkisiyle de hiperemi, “alveollerde hipertrofi meydana gelir, epitelyum hücreleri salgı faaliyetine hazırlanır.

Prolaktin süt sentezinde, oksitosin ise sütün atılımında etkilidir. Santral sinir sistemi tarafından kontrol edilen oksitosin salınımı stresle inhibe olabileceği gibi, bebeğe fiziksel yakınlık ve bebeğin ağlamasını duymak ile de stimule olabilir (8).

Ayrıca, görme, işitme ve koku gibi uyaranlarla da oksitosin salınımı uyarılmaktadır. Süt salınımını, meme bası sorunlarının yol açtığı ağrı, sigara içme, aşırı alkol ve kafein kullanımı bozabilir. Aşırı sigara kullanımının süt salgısını azalttığı bilinmektedir. Günde beş adetten fazla sigara içen annelerin sütünün nikotin içeriği gösterilmiştir. Bu nedenlerden dolayı anne emzirme döneminde ruhsal ve fiziksel yönden desteklenmeli, sorunları giderilmeye çalışılmalıdır (8).

2.3.Anne Sütü

2.3.1.Anne Sütü Üretim Evreleri

Doğumdan sonra süt bileşimindeki değişim, üç evre gösterir (8,13).

*Kolostrum(İlk süt)

*Geçiş sütü(Ara süt)

*Olgun süt

Kolostrum

Bebeğin memeden alacağı ilk besine ‘ilk süt’, ‘ağız sütü’ ya da kolostrum denir. Genelde görüntüsü anneden anneye değişir, ancak genellikle sarı renkte ve kıvamlıdır (8- 10).

Kolostrum çok besleyicidir ve bebeği pek çok hastalıktan korur. Yağ yönünden fakir, sodyum, potasyum, magnezyum, çinko, vitaminler, antikorlar yönünden zengindir ve bu özelliklerinden dolayı bebeğe kesinlikle verilmelidir (7- 10,13).

İlk sütün miktarı az olmasına karşın, ilk günlerde bebeğin beslenmesi ve bağırsaklarının iyi çalışması için yeterlidir. Önemli olan annenin doğumdan sonra en kısa zamanda, mümkünse hemen emzirmeye başlamasıdır (10).

Geçiş Sütü(Ara süt)

Kolostrumdan sonra salgılanmaya başlayan ve doğum sonrası 6- 15. günlerde devam eden süttür. Geçiş sütünün protein ve mineral içeriği kolostrumdan düşük, tam süttten yüksektir (8, 12).

Olgun Süt(Matür süt)

Bu sütün %10'u enerji ve büyüme için gerekli olan karbonhidrat, protein ve yağları içerir, geri kalan kısmı sudur. Matür sütün bileşimi emzirmenin başlangıcından sonuna doğru farklılık gösterir. Emzirmenin başında gelen süt, vitamin, protein ve sudan zengindir. Emzirmenin sonuna doğru gelen süt ise yağdan zengin bir yapı kazanır (9).

2.3.2.Anne Sütünün İçeriği ve Yararları

2.3.2.1.Anne Sütünün İçeriği

Her annenin sütü, kendi bebeğinin gereksinimlerine göre uygun miktar ve niteliktedir. Örneğin, prematüre doğum yapmış annenin sütünün içeriği, diğerlerine göre farklıdır. Ayrıca gece sütü ile gündüz sütünün, emmenin ilk evresinde gelen süt ile daha sonra gelen sütün, doğumdan sonra ilk aylarda salgılanan sütle, daha sonraki aylarda salgılanan sütün içeriği de birbirinden farklıdır (11). Anne sütünün %87'si sudur ve emzirmenin ilk evresine gelen süt, su bakımından oldukça zengindir (8, 11-12).

Anne sütündeki protein içeriği inek sütüne oranla daha düşüktür. Ancak anne sütü proteininin biyolojik değeri yüksektir ve yaşamın ilk altı ayında tek başına bebeğin protein gereksinimini karşılamaktadır (8, 11-13). Anne sütünün % 30- 40 'ı ise kazein fraksiyonudur. Kazein besleyici olarak kullanılmakta, bebeğe kalsiyum, fosfor, aminoasit sağlamaktadır (11).

Anne sütündeki yağların %98'i trigliserittir ve yağlar bebek için en önemli enerji kaynağıdır (11).

Anne sütünde bulunan karbonhidratların en önemli komponenti laktozdur. Laktoz, yavaş ve kolay sindirilebildiğinden, kan şekerini iyi bir biçimde düzenlemekte, kalsiyum emilimini arttırarak kemik mineralizasyonunu olumlu yönde etkilemektedir (8, 11-13).

Anne sütünde K vitamini dışında yağda ve suda eriyen vitaminler bebek için yeterli düzeydedir. Yeni doğanda K vitamini sentezleyen barsak florası henüz oluşmadığından, yeni doğanın hemorajik hastalığının önlenmesi için yeni doğana kas içine 1mg suda eriyen K vitamini uygulanmalıdır. Gebelik ve laktasyonda normal beslenen ve güneş ışınlarından yeterince yararlanan annelerin sütlerindeki D vitamini, yeterli süre ve uygun biçimde güneşlendirilen bebekler için yeterlidir, ancak bu koşulların tam olarak sağlanamadığı durumlarda, bebeklere ilk yıl içinde, 15- 20 günlükken başlamak üzere, 400 International Unit (IU) /gün D vitamini verilmelidir (8, 11-12).

Anne sütünün potasyum içeriği sodyuma oranla yüksektir ve intrasellüler sıvılarla uyum göstermektedir (10).

Anne sütünün kalsiyum içeriği inek sütüne oranla düşük olmasına karşın, kalsiyum fosfordan iki kat daha fazladır ve emilimi daha yüksektir. Bu özelliği ile kemik mineralizasyonu için uygundur (11, 12).

İnek sütüne göre, anne sütündeki demir içeriği daha az olmasına karşın, anne sütündeki demirin emilimi daha fazladır. Bu nedenle anne sütü ile beslenen bebeklerde ilk altı ayda demir eksikliği görülmemektedir (8, 10-12).

Ayrıca anne sütünün içerdiği immünglobulinler, makrofaj, granülosit, T ve B lenfositleri, lizozim, C3, C4, gibi antimikrobiyal etkiye sahip bileşiklerin etkisiyle de bebek bazı enfeksiyonlara ve alerjik hastalıklara karşı korunabilmektedir (11).

2.3.2.2. Anne Sütünün Yararları

Anne sütü; zamanında doğan, fetal depoları anneden yeterli oranda alan her yeni doğan bebeğin normal gelişmesine yetecek besin öğeleri gereksinmesinin tümünü karşılayan, ilk 6 ay tek başına yeterli olan yeni doğan ve süt çocukları için en uygun ve doğal besindir (14). Anne sütü ve emzirme;

- Sağlığın geliştirilmesi ve korunması,
- Yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması,
- Sağlıklı büyüme ve gelişmenin sağlanması,
- Bağışıklık sisteminin korunması ve geliştirilmesi,
- Sosyal-psikolojik gelişim ve ekonomik boyut yönünden önemlidir.

Anne sütü bebeğin yaşamındaki ilk 4- 6 ayda gereksinimi olan tüm besinleri içerir. Ayrıca, anne sütü temizdir, her zaman aynı ısıdadır ve anne ile bebek arasındaki bağın güçlenmesini, annenin kendini iyi hissetmesini de sağlar. Bunlara ek olarak, anne sütü annenin antikorları aracılığı ile bebeklerin yaşamlarının ilk 6 ayında hastalıklara karşı bağışık olmasını sağlamakta ve beslenme bozukluklarının prevalansını azaltmakta ve gıda kaynaklı enfeksiyonları önlemektedir (4, 8, 9).

Kolostrum denilen ilk anne sütü çok yoğun şekilde antikor içerdiği için yeni doğanı enfeksiyonlardan korur (4).

Ayrıca anne sütü bebeğin ruhsal, bedensel ve zekâ gelişimine yardımcı olur. Anne sütü ile ilgili çalışmalarda yeterli süre tek başına anne sütü alanların daha aktif oldukları, gelişim basamaklarına daha erken ulaştıkları, zekâlarının ve öğrenme güçlerinin belirgin olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Anne sütüyle beslenmenin sağlığa olumlu etkisi yalnızca verildiği süre ile de kısıtlı değildir. Uzunlamasına yapılan çalışmalarda ayrıca anne sütü alan bebeklerin ortalama Intelligence Qotient (IQ) puanları ile öğrenim hayatındaki başarıları da daha yüksek bulunmuştur (3). Emzirmek anne rahminin doğumdan sonra kasılmasını sağlayan oksitosin hormonunun yapımını uyararak rahmin kısa sürede normal ölçüsüne ve fonksiyonuna ulaşmasını sağlar (8, 9).

Anne için zahmetsiz, zamandan tasarruf sağlayıcı ve ekonomik olmasının yanı sıra ana çocuk sağlığı ve aile planlaması açısından da önemlidir. Çünkü bebeğin ilk 6 ay boyunca gece ve gündüz, hiçbir ek besin verilmeksizin, her istediğinde emzirilmesi sonucu (etkili emzirme) ovulasyonu baskılayan prolaktinin etkisi ile %98 oranında kontraseptif etki sağlamaktadır. Ayrıca emzirmenin anneyi uterus ve meme kanserine karşı koruyucu etkide olduğu düşünülmektedir (8, 9).

Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) ve DSÖ bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü almalarını (başka katı ve sıvı gıdalar ve su almadan) ve yedinci aydan itibaren katı ve lapa ek gıdalara başlanılmasını önermektedirler. İlk 6 aydan sonra ek gıda verilmesi kabul edilebilir olsa da, emzirmeye iki yaşına kadar devam edilmesi önerilmektedir. Biberon kullanımı ise çocuk hangi yaşta olursa olsun önerilmemektedir (4).

2.3.3.Süt Yapımı ve Devamlılığı

Memede süt yapımını sağlayan madde annenin beyninden salgılanan “prolaktin” adlı bir hormondur. Bu nedenle prolaktin salgılanmasını arttırmak için bebeğin yeterince emzirilmesi önemlidir. Ayrıca prolaktin hormonu geceleri daha fazla yapıldığı için gece emzirmek özellikle yararlıdır (9).

Süt memede yapılır yapılmaz dışarıya salınmaz, süt akımı için bebeğin emmesi gerekir. Bebeğin etkin emmesi için memeye iyi yerleştirilmesi ve memeyi iyi kavraması çok önemlidir (10). Bunun için anne dört parmağını göğsünün altına diğer parmağını da göğsünün üstüne gelecek şekilde yerleştirir ve göğsünü üstten sıvazlar. Bebeğin memenin tüm kahverengi kısmını kapsayacak şekilde ağzına alması, sağlanır. Bebek emerken, meme başındaki sinirlerden, başka uyarılarda çıkar ve bu uyarılarla annenin beyninin başka bir bölümünden “oksitosin” adlı diğer bir hormon salgılanır. Oksitosinin etkisi ile süt adacıklarından meme başlarındaki kanallara taşınır (10).

Memede süt yapımı ve yapılan sütün meme ucuna ulaşması bebeğin her iki hormonun yapımını uyuracak kadar kuvvetli ve etkin emmesi ile gerçekleşir. Bunun için bebeğin sık aralarla ve uygun bir biçimde memeye yerleştirilmesi ve bebeğin meme başını iyice kavraması gerekir (10).

2.3.4. Anne Sütü Alımının Yetersiz Olmasının Belirtileri

Annelerin bebeklerini biberonla beslemeye başlamalarının en sık nedenlerinden biri sütlerinin yeterli olmadığını düşünmeleridir. Genellikle annelerin çoğu bebeklerin ihtiyaçlarından daha fazla süt üretmektedirler. Bu nedenle anne sütü yetersizliği nadir bir durumdur (15). Anne sütü yetersizliği durumunda; emzirmeye geç başlama, sık emzirmeme, gece emzirmeme, kısa emzirme, bebeği memeye iyi yerleştirmeme, biberon ve emzik kullanma, erken dönemde ek besinlere başlama, annede özgüven azlığı, kaygı, stres, yorgunluk gibi sık rastlanan nedenler araştırılmalıdır. Anne sütü yetersizliğine yol açan nadir nedenler arasında ise annenin ağır malnütrisyonu, alkol, sigara, doğum kontrol ilacı (östrojen içeren) kullanması, meme gelişiminde bozukluk ve uterusu plesanta parçası kalması, bebeğin anomalili ya da hasta olması sayılabilir (15).

Yetersiz tartı alımı ve yetersiz idrar yapımı güvenilir belirtilerdir. Doğum sonrası ikinci hafta sonunda doğum tartısına ulaşamamak ve ilk aylarda, ayda 500 gramın (gr'ın) altında tartı almak anne sütünün yetersizliğini gösterir. Bebeğin uzun süre ve sık emmesi, emdikten sonra tatmin olmaması, sık ağlaması, memeyi reddetmesi, sert, kuru ve seyrek dışkılaması, az miktarda dışkılaması da anne sütü yetersizliğini düşündürten olası nedenlerdir. Böyle durumlarda, güvenilir belirtiler aranmalı ve bebek tartı yönünden sık aralarla izlenmelidir. Emzirme danışmanlığı yapılarak, emzirme desteklenmeli, yetersizliğe yol açan nedenler belirlenmeli ve süt yapımı artırılmaya çalışılmalıdır. En az iki hafta, anne sütünü artırmaya yönelik çalışmalara devam edilmeli ve bu sürenin sonunda yapılan değerlendirme ile beslenme düzenlenmelidir (15).

2.4. Emziren Annenin Beslenmesi

Emzikli kadın, yeterli enerji ve besin maddelerini sağlayamadığı zaman kendi vücut dokularından kullanarak süt salgılamaya çalışır. Bu durumda bebek için yeterli süt salgılanamadığı gibi anne zayıflar, hastalıklara karşı direnci azalır, kemiklerde yumuşama ve dişlerde çürüme olur. Özellikle çok sayıda ve sık doğum yapan kadınlarda ve 19 yaşından önce, daha kendisi büyüme çağını tamamlamadan, adölesan dönemde gebe ve emzikli olan kadınlarda yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu ortaya çıkan zararlar daha da büyüktür.

Gebelik sırasında depolanan enerji emzirmeyle harcanan enerjinin bir kısmını karşılar. Tek başına bebeğini kendi sütüyle besleyen anne ilk aylarda daha çok ağırlık yitirir. Gebelik sırasında ağırlık kazanımı yüksek olan kadınların emzirme sırasında ağırlık kayıpları daha yüksektir. Araştırma sonuçlarına göre emzirme sırasında ağırlık kaybı iyi beslenen kadınlarda ayda 0.8 kilogram (kg), iyi beslenememiş düşük ağırlıklı kadınlarda 0.1 kg' dır (16).

Emziren anneler, süt miktarlarının yeterli olması için günlük 2500- 3000 mililitre (ml) sıvı almalıdır. Bunun 4- 6 bardağı su şeklinde, geri kalan miktar ise meyve suları, süt ve çorba şeklindeki içeceklerden karşılanabilir (9).

Fazla içilen çay, kahve ve koladan kafein süte geçerek bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkiler. Demir emilimini engellediği düşünülerek yemek sırasında ve yemekten hemen sonra çay ve kahve alınmamalıdır. Bunun yanında demir emilimini kolaylaştırdığından C vitamininden zengin taze meyve suyu uygundur. İçecek olarak en iyisi ayran, süt ve taze meyve sularıdır. Sofrada iyotlu tuz kullanmaya özen gösterilmelidir (16).

Protein, emziren anne için yeterli miktarda alınması gereken önemli bir besin maddesidir. Gebelikte olduğu gibi protein olmayan kalorinin yeterli alınması, proteinlerin enerji kaynağı olarak kullanılmasını önleyecektir (9).

Kalsiyum, süt üretimi için önemli bir besindir. Laktasyonda kalsiyum ihtiyacı gebelik dönemi ile aynı düzeydedir. Eğer besin kaynaklarından kalsiyum yeterli alınamıyorsa ek kalsiyum preparatları önerilmelidir (9).

Demir, sütte bulunan temel bir bileşik değildir. Laktasyonda annenin demire olan ihtiyacı artmaz. Bununla birlikte doğumdan sonra 2- 3 ay daha demir preparatlarına devam edilmesi, gebelikte boşalan anne depolarının dolmasını sağlar (9).

Laktasyondaki annenin riboflavin, niasin, A, C ve E vitaminlerini hücrelerin fonksiyonel ve yapısal gelişmeleri için yeterli miktarlarda alması gerekir (9).

Normal beslenmelerine ilave olarak et grubu, sebze-meyve, süt ve tahıllar grubundan almalıdırlar (8, 12). Emzicilikte enerji, protein ve vitamin ihtiyaçlarındaki artışlardan dolayı sebze ve meyvelerden 2, tahıllardan da 1.5 porsiyon fazladan yiyecek alması gerekir.

Emziklilikte lahana, pırasa, karnabahar, soğan, sarımsak gibi yiyeceklerdeki bazı maddeler süte geçerek yeni doğan bebekte gaz şikâyetine neden olabilir. Bu durumda anne bu tür yiyecekleri bir süre yememelidir.

Laktasyon sırasında diyetin sağlıklı olması, gebelikteki kadar önemlidir. Emziren kadın, uygun besin seçimi yapmasına yardım edecek danışmanlık hizmeti almalıdır. Emziren annenin artan vitamin ihtiyacının karşılanması için vitamin preparatları alması tavsiye edilir (9).

2.5.Emzirme

Emzirme önemli bir halk sağlığı konusudur ve anne sütü ile beslenme oranları anne bebek sağlığı için iyi bir gösterge olarak kabul edilir. Emzirme ve anne sütü ile beslenmenin bebek, anne ve topluma nütrisyonel, immünolojik, gelişimsel, sosyal ve ekonomik birçok yararı vardır. Emzirmenin bu faydalarını annelerin ve anne adaylarının bilmesi, emzirme davranışlarına etki edebileceğinden önemlidir (17).

Yapılan çalışmalarda elde edilen verilere göre ülkemizde anne sütü ile beslenme yaygın olmasına rağmen, emzirmenin çocuk sağlığına olumlu etkilerinin görülmemesi, ailelerin bebeklerini anne sütü ile beslerken hatalı uygulamalarda bulunduklarını düşündürmektedir (4). Annenin eğitimi ve desteklenmesiyle başarılı bir emzirme sağlanabilmektedir (18).

Doğumdan sonraki ilk bir gün içinde emzirilmeye başlanan çocukların yüzdesi de bölge ve eğitime göre değişmektedir. Örneğin, annelerin genellikle daha düşük eğitimi olduğu ve doğumların çoğunlukla sağlık personelinin yardım almaksızın gerçekleştiği Doğu Anadolu Bölgesi en düşük yüzdeye sahiptir, bu bölgedeki çocukların yüzde 61'i doğumdan sonraki ilk bir gün içerisinde emzirilmiştir. Eğitime göre bakıldığında, hiç eğitimi olmayan annelerin çocuklarının sadece yüzde 63'ü doğumdan sonraki ilk bir gün içinde emzirilmişken, en yüksek seviyede eğitim gören annelerin çocuklarının yüzde 79'u ilk gün içinde emzirilmiştir. Emzirme ülkemizde oldukça yaygındır, temel özelliklere göre çok küçük farklılıklar gösterse de tüm çocukların yüzde 97'si bir süre emzirilmiştir (4).

1989 yılında DSÖ ve UNICEF ‘emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi’ için doğum hizmetlerinin rolüne ilişkin önerileri belirten bir ortak bildiri yayınlamışlardır. Bu çalışmalar ‘Başarılı Emzirme için On Öneri’ adı altında özetlenmiştir. Hazırlanmış olan bu on öneri, hastane ve ev doğumlarında annelerin çocuklarını doğru olarak beslemelerine yöneliktir. Doğum yapılan hastanelerde bu on önerinin gerçekleştirilmesi halinde, bu hastaneler ‘Bebek Dostu Hastaneleri’ olarak tanımlanacaktır (8).

1990 yılında İtalya’nın Floransa kentinde birçok ülkenin temsilcilerinin katıldığı ayrıca DSÖ, UNICEF, Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA) ve United States Agency for International Development (USAID) işbirliği ile gerçekleştirilen bir toplantıda ‘emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi’ ni içeren ‘*Innocenti Bildirgesi*’ yayınlanmıştır. Bildirgede kadınların rahat bir şekilde emzirmelerine olanak sağlayacak bir ortam oluşturulması, yaşamın ilk altı ayına kadar sadece anne sütü ile bunu izleyen dönemde yeterli ek gıda ilavesiyle anne sütüne devam edilmesi önerilmektedir. Başarılı emzirme için on öneri ve Innocenti Bildirgesi içindeki bilgiler bugün için güncel ve en doğru bilgilerdir. Anne sütü ile ilgili öneri ve faaliyetlere Türkiye de katılmış ve 26–27 Haziran 1991’de Ankara’da yapılan UNICEF, DSÖ ve International Association of Pediatrics (IPA) ’nın katıldığı toplantıda Innocenti Bildirgesi aynen kabul edilmiş ve Bebek Dostu Hastaneler kavramının teşvik edilmesi kararlaştırılmıştır (8).

Tablo 1. Başarılı Emzirme için On Öneri (DSÖ/UNICEF, 1998 ortak bildirisi)

• Emzirmeye ilişkin yazılı bir politika hazırlanmalı ve düzenli aralıklarla tüm sağlık personelinin bilgisine sunulmalıdır.
• Tüm sağlık personeli bu politika doğrultusunda eğitecek bir eğitim programı hazırlanmalıdır. • Tüm hamile kadınlar, emzirmenin yararları ve yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir.
• Annelere doğumdan sonra ilk yarım saat içinde emzirmeleri için yardımcı olunmalıdır.
• Annelere emzirmenin nasıl olacağını ve bebeklerinden ayrı kaldıkları durumlarda sütün salgılanmasını nasıl sürdürebilecekleri anlatılmalıdır.
• Tıbben gerekli görülmedikçe, yeni doğanlara anne sütü dışında herhangi bir yiyecek ya da içecek verilmemelidir.
• Anne ile bebeğin 24 saat aynı odada kalmalarını sağlayacak bir uygulama benimsenmelidir.
• Emzirmenin bebeğin istemine bağlı olması özendirilmelidir.
• Emzirilen bebeklere emzik veya biberon verilmemelidir.
• Emzirmeyi destekleyen grupların oluşumu sağlanmalı ve taburcu olan annelerin bu gruplara katılması teşvik edilmelidir (8).

Tablo 2. Başarılı bir emzirme için ilkeler

• Doğum kliniklerinde DSÖ ve UNICEF tarafından önerilen ‘Başarılı Emzirme İçin On Adım’ uygulamasına dikkat edilmelidir.
• Emzirme sıklığı ve süresi bebeğin isteğine göre ayarlanmalıdır. İlk emzirmelerde sütün hemen gelmemesi endişelenecek bir durum olmamalı, bebeğe başka bir şey verilmeden emzirmeye devam edilmelidir. Bebeğin ilk iki günlük enerji gereksinimi doğum öncesinde anne tarafından sağlanarak depo edilmiştir.
• Her öğünde bebeğin bir memeyi tamamen boşaltması sağlanmalıdır. Yağdan zengin son süt tokluk hissine neden olarak bebeğin memeden kendiliğinden ayrılmasını sağlar. Diğer öğünde bebeğin emmediği ya da tam boşaltmadığı ikinci taraf memeden başlanmalıdır.
• Bebeğin günde en az 5 kez idrar yaparak bezini ıslatması, doğumdan sonra 15. günde doğum kilosuna ulaşması ve ayda en az 500 gr (ya da haftada en az 150 gr) kilo alması yeterli anne sütü aldığını gösterir.
• Emzirmeden önce meme başı karbonatlı su veya sabunlu su gibi maddelerle silinmemelidir. Bu tip temizlikler meme başı çatlağına, bebeğin memeyi tutmasında güçlüklerle yol açar. Ancak emzirmeye başlamadan anne mutlaka ellerini sabunlu su ile yıkamalıdır (8).

2.5.1.Emzirmeye Hazırlık ve Emzirme Tekniği

Meme bakımında, memenin sadece temiz ve kuru tutulması yeterlidir. Meme başlarını kaynamış ılık suyla ile silmeli ve kurutmalı ve bu işlemi her emzirmeden önce yapmalıdır. Meme başının dışarıya doğru çıkık olması için meme ucunu iki parmakla tutup masaj yapmalıdır. Başarılı bir emzirmenin gerçekleşmesi annenin bebeği memeye tutuşu ve bebeğin memeye yerleşmesinin doğru bir şekilde olması ile mümkündür. Emzirme öncesi bebeğin altın temiz olduğuna emin olunmalıdır. Bebeğin emmesini engelleyebilecek nedenler ortadan kaldırılmalıdır (8).

Anne bebeğini oturarak ya da yatarak emzirmek isteyebilir. Annenin kendini rahat hissettiği pozisyonda emzirmesi en uygun olanıdır. Hangi pozisyonda olursa olsun bebeğin memeye tutuşunda dikkat edilmesi gereken temel noktalar şunlardır; bebeğin başı ve gövdesi düz bir hatta olmalı, yüzü memeye bakmalı ve burnu tam meme ucunun karşısında olmalı, vücudu annesininkine yakın olmalı, yeni doğmuşsa poposun dan desteklenmelidir. Bebeğin memeye yerleştirilmesi esnasında önce meme ucuyla bebeğin dudaklarına dokunulmalı, bebeğin ağızını genişçe açması beklenmeli, bebeği alt dudağı meme ucunun altına gelecek şekilde çabucak memeye tutmalıdır (8, 9,12).

Memeye iyi yerleşme belirtileri mutlaka aranmalıdır. Bu belirtiler şunlardır; areolanın bebeğin alt çenesine yakın olan kısmı, üstte kalan kısma kıyasla bebeğin ağızına daha fazla oranda girmiş olmalı, bebeğin alt çenesi annenin memesine değmeli, bebeğin yanakları dolgun olmalı, bebek ritmik bir şekilde yavaş yavaş emmeli, yutkunma sesleri duyulmalıdır (12).

Her emzirmede ilk gelen süt daha fazla laktoz içeren ve insülin salınımını uyaran önsüttür, emzirmenin sonuna doğru ise yağ içeriği fazla olan ve doygunluk hissi veren son süt salgılanır. Bebeklerin hem önsüte, hem de son süte ihtiyacı vardır. O nedenle bebek kendisi bırakana kadar memede tutulmalıdır. Bazı bebekler 5-10 dakika bazıları ise 20-30 dakikadan önce memeyi bırakmazlar. Eğer bir emzirişte tek meme emzirilmişse, bir sonraki emzirişte ikinci memeden emzirilmelidir. Eğer her iki memeden emzirilmişse, bir sonraki emzirmede son verilen memeden emzirilmelidir (12).Her beslenmede her iki memede boşaltılmalıdır. Kalan süt sağılarak boşaltılmalıdır.

2.5.2.Emzirmenin Sıklığı ve Süresi

DSÖ ve Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) bebeklerin 0- 6 ay yalnızca anne sütü ile beslemelerin, altıncı ayda mutlaka ek gıdalara geçilmesini ve emzirmenin 2 yıl ve ötesine (1 yıl ve ötesine- AAP) sürdürülmesini tavsiye etmektedir. Bebekler doğumdan sonra ilk yarım ile bir saat içinde emzirilmeye başlanmalıdır. Emzirmenin en aktif olduğu bu sürenin geçirilmesi emzirme başarısı ve süresini olumsuz yönde etkilemektedir. Bebek ve anne aynı odada bulunmalı, böylece bebek ağladıkça beslenmelidir (12).

Emzirme Türkiye’de yaygın olmasına rağmen, sadece anne sütü ile besleme alışkanlığı arzu edilen seviyede değildir. İlk altı ayda yaklaşık her beş çocuktan ikisi sadece anne sütü ile beslenmektedir. Bebek maması ve diğer sıvılara erken başlama yaygındır ve biberon ile besleme tercih edilmektedir. Yakın dönemde emzirmenin yaygınlaştırılması konusunda uygulanan politikalar kapsamında sağlanan destek başarılı olmuştur ancak bu desteğin gelecekte de devam ettirilmesi gerekmektedir (4).

Bebeğin sık sık ve uygun teknikle emzirilmesi, süt salgılanmasını sağlayan en önemli faktördür ve süt yapımının sürekliliğini sağlar. Dolayısıyla, bebek daha iyi tartı alır, meme sorunları azalır ve emzirme alışkanlığı daha kolay yerleşir. Gece emzirmeleri de prolaktin düzeyini yükseltmesi ve dolayısıyla süt yapımını artırması yönünden önemlidir (12).

Uygun olmayan emzirmenin sıklıkla rastlanan ve önüne geçilebilecek bir nedeni seyrek emzirmedir. Bunun da nedenleri bilgi eksikliği olabileceği gibi, emzik kullanımı, talep etmeyen bebek, gizli acıkma ipuçlarının değerlendirilememesi, uyuyan bebeği emzirmek için uyandırmaktan çekinme olabilir (12).

Beslenme sıklığı bebekten bebeğe değişir. Bebek sabit zaman aralıklarıyla değil, istedikçe ve istediği süre emzirilmelidir. Bebek ağzını açarak, aranarak, sonunda da ağlayarak açlığını belli eder. İlk aylarda bebek uyandığında genellikle açtır ve emzirilmek ister. İlk haftalarda emzirme aralıkları bir-iki saat gibi çok kısa olabilir. Her emzirme sonrası memede yapılan süt miktarı artacağından, zamanla beslenme aralıkları uzayacaktır (8).

Anne sütü formül sütten daha kolay sindirilebilir ve yeni doğanın 24 saat içinde 8- 12 kez emmesi beklenebilir. Bir emzirmenin başlangıcından diğer emzirmenin başlangıcına kadar geçen süre, yani emzirme aralığı 2- 3 saat arasındadır. Emzirme süresi her meme için ortalama 15 dakikadır, çoğu bebek her iki memeden emme ihtiyaı duyar (8).

Emzirme sresinde aşırılık bir sorunun göstergesi olabilir. Eğer yeni doğan çok kısa emiyorsa (her göğüs için 10 dakikadan az), yeterli süt almıyor olabilir. Daha büyük süt çocukları her meme için 5- 7 dakika ile ihtiyaçlarını karşılayabilirler. Bunun yanı sıra 50 dakikadan daha uzun süren beslenme bebeğin efektif emmediğini gösterir (8).

2.5.3.Emzirmenin Sürdürülmesinin Desteklenmesi

Sağlık kuruluşuna başvurma nedenleri ne olursa olsun, bebeğin beslenme durumu mutlaka sorgulanmalı, emziren annelere emzirme danışmanlığı yapılmalı, emzirmeleri gözlenmeli ve emzirmenin sürdürülmesi yönünden desteklenmelidir. Emzirme danışmanlığı sırasında; dinlenme- öğrenme ve güven ve destek verme gibi iletişim becerilerini doğru bir şekilde kullanmak, beslenme ile ilgili öykü alınırken emzirmeyi değerlendirmek dikkat edilmesi gereken hususlardandır. Emzirmedi zorluk çeken anne ve bebeğe mutlaka yardım edilmelidir. Eğer emzirmeyi engelleyecek önemli yanlışlar yoksa ve emzirme genel olarak başarılı ise emzirmeye müdahale edilmemeli, ancak anne bebeğini emzirdiği için vlmelidir. Annenin özgüveninin arttırılması, emzirmenin sürdürülmesi için unutulmaması gereken önemli bir husustur (12).

Yapay besinlere başlamadan önce sağlık kuruluşuna başvurma özendirilmeli, annenin çalışmaya başlaması, yolculuk gibi zor durumlarda emzirmenin sürdürülmesine yardımcı olmalıdır (12).

Beslenme eğitimi, besin kaynaklarının beslenme ve sağlık kurallarına uygun ekonomik şekilde kullanılmasını öğrenme, beslenme ilkelerine uygun beslenmeyi davranış biçimine dönüştürmeyi amaçlar (5). Bu amacın gerçekleşmesi için yararlı olan beslenme alışkanlıklarının desteklenmesi, sakıncalı görülmeyen uygulamalara dokunulmaması, yanlış davranışların düzeltilmesi ve yerlerine yararlı alışkanlıkların kazandırılmasına yönelik çalışmaların yapılması gerekmektedir. Beslenme eğitiminin aileden ve küçük yaştan başlatılması yalnız okul eğitimine bırakılmaması en güvenilir yol olarak görülmektedir (5).

2.6.Yapay Beslenme

Yapay beslenme hiç anne sütü verilmeden uygulanan beslenme biçimidir. Bu beslenmede olanak varsa bileşimleri anne sütüne çok yakın olan formül sütleri kullanılmalıdır. Temiz ve uygun hazırlama koşullarında formül sütleri ile sindirim sorunları nadirdir ve yapay beslenmenin sakıncaları en aza indirilmiş olur (12).

Anne sütü almayan bebeklerde hastalık riski daha yüksek olduğu için besinlerin hazırlanması özel bir titizlik ister. Hiç anne sütü almayan bebeklerde biberon kullanılabilir. Ancak biberon temizliğine çok dikkat edilmelidir. Biberon deliğinin uygun büyüklükte olduğu kontrol edilmelidir. Mamalar kutularında belirtilen ölçülere göre hazırlanmalıdır, bu konuda yapılan hatalar kilo alma sorunlarına ve hipernatremiye neden olabilir (8).

Büyüme hızı, hareketlilik durumu, metabolik özellikler gibi etmenlere bağlı olarak günlük öğün sayılarının ve her öğünde alınan miktarların bir bebekten diğerine farklılıklar göstereceği unutulmamalıdır. Çocuğun aldığı besin miktarının uygun olup olmadığı anne sütü ile beslenmede olduğu gibi tartı kontrolleri ile değerlendirilmelidir (12).

2.6.1.Hayvan Sütünün İnsan Sütü Yerine Kullanılması

İnek sütünün bileşimleri değiştirilerek yeni mamalar yapılsa bile hiç birisi anne sütünün yerini tutamaz. Bebekler üzerinde yapılan araştırmalar, insan sütü proteininin vücutta tam olarak kullanıldığını göstermektedir. Buna göre, insan sütü proteini örnek proteindir (16).

Hayvan sütlerinin proteininde kükürtlü aminoasitler biraz sınırlıdır. Bu durum hayvan sütü proteininin insanda kullanılma oranını düşürmektedir. Yine hayvan sütünde bulunan beta-globülinin bebekte alerjiye neden olduğu bildirilmiştir (16).

Hayvan sütünün toplam mineral içeriği de yüksektir. Bu yüzden hayvan sütüne dayalı mamalarla beslenen bebeklerde, fazla mineral alımının böbrekler için zararlı olduğu belirtilmektedir. Yine insan sütündeki demir, çinko ve kalsiyumun, hayvan sütündekinden çok daha kolay emildiği araştırmalarla gösterilmiştir (16). Düşük demir içeriğinin olmasına ek olarak gastrointestinal mikrokanamalara neden olması nedeni ile inek sütü ağırlıklı beslenen bebeklerde yüksek oranda demir eksikliği görülebilir (19).

Bebeklerde inek sütü kullanımının sakıncalarından biride C vitamini içeriğinin düşük olmasıdır. Fakat bu sakınca meyve suları ile giderilebilir (19). Hayvan sütleri değiştirilerek zorunlu durumlarda çocuğun beslenmesinde kullanılabilir. Bu değişiklikten amaç, hayvan sütünü bebeğin sindirim sistemine uygun duruma getirmektir. Bunun için en iyi yöntem, sütü sulandırarak, mineral ve protein konsantrasyonunu azaltmak; bu durumda azalmış olan laktoz ve yağ konsantrasyonunu, yağ ve şeker ekleyerek insan sütü düzeyine getirmektir (16). Sütün sulandırılması bebeğin ayına göre ayarlanır. Yapılan hesaplamalar ve uygulamalara göre sulandırma; ilk ayda bir süt bir su, ikinci ayda iki süt bir su şeklindedir.    nc  aydan sonra tam süt verebilir. Sulandırma ile hayvan sütündeki laktoz miktarı azalır. Bunun için süt-su karışıma %5 şeker eklenir. Ayrıca %2,1 oranında yağ eklemek gerekir (16, 19).

2.7.Karışık Beslenme

Anne sütü alan bebeğe ek olarak başka sütlerin veya sütlü besinlerin verilmesidir. Karışık beslenme için başlıca endikasyon anne sütü ile beslenen herhangi bir sağlık sorunu olmayan bebekte tartı artmasında duraklama ve bu durumun alınan tüm önlemlere karşın d zelmemesidir. Karışık beslenmede en önemli nokta biberonla değil kaşıkla, 6- 7 aylıktan sonra da bardaktan içirerek yapılmasıdır. Bu hem temizlik hem de anne sütünün devamı için çok önemlidir (12). Ayrıca altı aydan önce karışık beslenen bebeklerde (formül süt ya da başka sütlerin anne sütüne ek olarak verildiği durumlarda) biberon kullanımından olabildiğince kaçınılmalıdır. Biberona alışan bebekler, anne memesini emmekte güçlük çekebilirler (8).

Karışık beslenmeye günde bir öğün olarak ba lanır. Bebek emzirildikten sonra süt formülü ya da uygun hazırlanmış inek sütü kaşıkla, çocuğun istediği miktarda verilir. Bu yeterli olmazsa karışık beslenme iki veya daha fazla öğünde uygulanır (12).

2.8.Ek Gıdaya Başlama

Anne sütünün bebek beslenmesindeki yeri tartışılamaz. Bebek yaşamının ilk altı ayında su d hil hiçbir yiyecek- içecek almaksızın anne sütü ile beslenerek enerji ve besin öğesi gereksinimini karşılar. Ancak altı aydan sonra bebeğin besin öğesi gereksinimlerini karşılamada anne sütü yetersiz kalır.

Bazı ek gıdalar yavaş yavaş eklenerek bebeğin anne sütü ile beslenmeden erişkin tip beslenme dönemine sorunsuz olarak geçmesi sağlanır. Çocuğun ek besine gereksinim duyup duymadığı büyüme eğrilerinin saptanmasıyla belli olur. Bebeğin büyümesi izlenerek ek besin verme zamanına karar verilir (5).

Ek gıdalara başlangıçta anne sütünü tamamlayıcı nitelikte başlanır; bunlar zaman içinde yavaş yavaş anne sütünün yerini tamamen alırlar. Bunlara başlama zamanını belirleyen başlıca faktörler bebeğin besinsel ihtiyacındaki artış, fizyolojik gelişmesindeki matürasyon ve ailenin sosyoekonomik durumudur.

2.8.1.Ek Gıdalara Erken Başlama

Ek besinlere başlama dönemi çocukluk çağının kritik bir dönemidir. Bu nedenle ek gıdalara ne zaman başlanacağı iyi tayin edilmelidir. İlk emzirme zamanının geç olması, sezaryenle doğum, doğumda sağlık problemi varlığı, düşük doğum ağırlığı, iyi gelir düzeyi, multiparite ve emzik-biberon kullanımı ilk altı ay ek besine başlama eğilimini arttıran faktörlerdi (18).

Yapılan bir çalışmada; yaşamın ilk 15 haftasından önce tamamlayıcı besinlere geçen çocuklar, 6 aydan sonra tamamlayıcı besinlere geçen çocuklarla karşılaştırıldıklarında, 7 yaşında solunum sistemi bozukluklarının daha sık olduğu (sırasıyla % 21 ve % 10) ve vücut yağlanmasının daha yüksek olduğu (sırasıyla % 19 ve % 17) gösterilmiştir (20). Ek besinlere erken başlamanın çeşitli sakıncaları mevcuttur. Her şeyden önce bebeğin gastrointestinal ve renal fonksiyonları yeteri kadar olgunlaşmadığı için bu dönemde ek gıdaları almaya hazır değildir. Bilindiği gibi bu dönemde verilen yarı katı gıdaları bebek reddeder (dille itme refleksi) ve hatta kusar. Fakat anneler bu gıdaları inatla vermeye devam ederlerse bebekler bu duruma adapte olabilirler (19).

Ek gıdalara erken beslenen bebekler daha az acıkacakları için anne memesini daha az ve daha isteksiz emerler. Sonuç olarak anne sütü yapımı azalır. Ayrıca, anne sütünün kontamine olma riski hemen hemen yok iken ek gıdaları da bu olasılık yüksek olduğundan başta gastroenteritler olmak üzere enfeksiyon riski artar. Bu dönemde mide asit salgısının düşlük oluşu da enfeksiyon riskini arttıran başka bir faktördür.

Bundan başka ek gıdalara erken başlandığında anne sütünün antiinfektif faktörlerinin etkisi ve başta demir olmak üzere bazı besin maddelerinin emilimi azalabilir (19).

Yeni doğan ve süt çocuklarının sindirim sisteminde yabancı proteinlere karşı koruyucu mekanizmalar tam gelişmemiştir. Bu nedenle ek gıdalara erken başlanan bebeklerde başta inek sütü olmak üzere birçok besi maddesine kaşı olan alerjik olaylar daha çok görülür. Bebeğin yaşı ilerledikçe alerji olasılığı azalır (19).

Ek gıdalara erken başlayan bebeklerde obezite, diabet, hipertansiyon ve ateroskleroz riskinin daha fazla olduğuna ait deliller vardır. Bu komplikasyonları tek başına ek gıdalara erken başlamaya bağlamak doğru olmasa bile önemli bir risk faktörü olduğu da gözden ırak tutulmamalıdır (19).

2.8.2. Ek Gıdalara Geç Başlama

Tamamlayıcı besinlere geç başlanması sonucunda bebeğin büyüme ve gelişmesi duraksamakta, malnütrisyon (kötü beslenme) ve çeşitli vitamin mineral yetersizlikleri oluşmaktadır.

Tamamlayıcı besinlere geç başlanması ile demir ve çinko gibi mikro besin eksiklikleri oluşmaktadır. Çünkü 6. aya kadar bebeğe yeterli miktarda demir ve çinko sağlayan anne sütü, bu süreden sonra tek başına yetersiz kalmaktadır. Ayrıca tamamlayıcı besinlere geç başlama ile bebeğin çiğneme gibi yeme işlevlerinin gelişimi ile yeni tat ve yapıdaki besinlere alışması gecikir (20).

2.8.3. Ek Gıda Verilmesinde Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Ek besinlere geçiş döneminde annenin uyarılması gereken bazı konular vardır. Bu önerilere uyulması dönemin sorunsuz geçmesini sağlayacaktır. İlk kez denenecek besinler haftada bir çeşit olacak biçimde başlanmalıdır. Bebeğin yeni besinlere alışması için zaman tanınmasının yanı sıra, istenmeyen bir tepki geliştiğinde hangi yiyeceğe karşı olduğu bu yolla kolayca saptanabilir.

İlk kez denenen besin tek öğün olarak ve çok az miktarlarda vermeye başlanmalı, bebeğin alımına uygun olarak miktar ve öğün sayısı artırılmalıdır. Besinler bebeğe açken verilmeli, bebek almazsa zorlanmamalı, bir süre geçtikten sonra yeniden denenmelidir (19).

Dört aylık bebek kaşıkla beslenebilirse de kaşığın içindeki gıdaları tam olarak yiyemez. Altı ayını dolduran bir bebekte ise rahatlıkla kaşıkla beslenmeye geçilebilir. Zaten bu dönemde verilen gıdalar katı ve yarı katı nitelikte olması gerektiğinden biberon kullanımı da gerekli değildir (19).

Herhangi bir ek gıdaya başlanıldığında bebek o gıdayı reddedebilir. Çünkü o yiyecek ile ilk kez tanışmaktadır. Bu nedenle söz konusu gıda önce küçük miktarlarda verilmeli ve daha sonra miktar çocuğu bir öğünde besleyecek şekilde artırılmalıdır. Birkaç ek gıdaya birden başlanılmamalıdır. Her yeni gıdaya başlandığında ufak tefek değişikliklerin olabileceği normal kabul edilmeli ve telaşa kapılmamalıdır. Çocuk yeni verilen gıdayı reddederse ısrar edilmemelidir. Fakat 1- 2 hafta kadar bir süre geçtikten sonra aynı yiyecek maddesi tekrar denenmelidir (19).

Tüm besinler kaşık ile verilmelidir. Bebeğe verilecek yiyecekler doğal ve taze ürünler kullanılarak hazırlanmalı, konserve, dondurulmuş yiyecekler, katkı maddeli hazır besinler verilmemelidir. Hazırlanan yiyecekler uzun süre oda ısısında bekletilmemelidir. Ek gıdaların kontamine olmamış olması, bu gıdaların kaynatılmış su kullanılarak hazırlanması ve yiyeceklerin hazırlanmasında ve bebeğe verilmesinde kullanılan biberon, kâse ve kaşık gibi araç ve gereçlerin iyi temizlenmesine dikkat edilmelidir.

Biberonların temizliği tabak ve kaşığa göre daha zordur. Bu nedenle ek gıdaların kaşıkla verilmesi hem temizlik açısından hem de bebeğin erişkinlere verilen yemeklere hazırlanması bakımından önemlidir (19) Besin hazırlamadan önce ellerin mutlaka sabunla yıkanması, taze besinlerin kullanılması, çabuk bozulan besinlerin (et, süt gibi) hazırlayana kadar buzdolabında saklanması, eğer buzdolabı yoksa ağzı kapalı tutulan pişirilmiş yemeklerin en fazla 2 saat içinde tüketilmesi, yemek öncesinde çocuğun ellerinin de yıkanması, evde hayvan varsa evin dışında tutulması, çocuğu beslerken temiz kaşık, bardak kullanılması, asla biberon kullanılmaması, evin böcek, haşere ve fareden arındırılması, çocuğun altını temizledikten sonra ya da tuvalete gittikten sonra mutlaka ellerin yıkanması, mutfak malzemelerinin haşere ve farelerden uzak tutulduğuna emin olunması, suyun yine böceklerden uzak tutulması, gerekirse kaynatılması gerekir.

Ek gıda seçimi yaparken aile bütçesini sarsacak yiyeceklerden kaçınılmalıdır. Kolaylıkla bulunabilen ucuz gıda türlerinin çoğu kez pahalı olanlardan daha yararlı olduğu unutulmamalıdır. Bir yaştan altındaki çocuklar için evde hazırlanan yiyeceklere tuz ilâve edilmemelidir (19).

2.8.Malnütrisyon

Yirmibirinci yüzyılda bilimde ve teknolojiadaki baş döndürücü gelişmelere, uluslararası kuruluşların büyük çabalarına rağmen, malnütrisyon özellikle gelişmekte olan ülkelerde en önemli sağlık sorunlarından birisi olmaya devam etmektedir. Malnütrisyon dünya çapında ve özelliklede çocuklar arasında süregelen önemli bir problemdir. En fazla risk taşıyanlarsa; gelişme dönemindeki fetüs, üç yaşına kadar olan çocuklar, gebelik öncesi ve sonrası dönemdeki kadınlar ve çocuk emziren annelerdir (6).

Ezzati ve Lopez' in yaptığı çalışmada malnütrisyon dünyadaki hastalıkların en temel nedeni olarak saptanmış, küresel hastalık yükünün %9,5'inin nedeninin beş yaş altı çocuk ve gebelik dönemi malnütrisyon olduğu belirlenmiştir (6).

Sanayileşmiş ülkelere bazılarında, giderek büyüyen gelir eşitsizlikleriyle birlikte sosyal yardımlarda görülen azalma, çocukların beslenme sağlıkları üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Malnütrisyonlu çocukların yaygın çocuk hastalıklarından ölme riskleri, yeterince beslenen çocuklara göre çok daha yüksektir. Malnütrisyon, organizmanın bağışıklık sistemini bozarak enfeksiyon hastalıklarını ağırlaştırmakta, enfeksiyon hastalıklarının görülme sıklığını ve bu hastalıkların neden olduğu ölümleri arttırmaktadır (6).

Dünyada her yıl milyonlarca çocuk malnütrisyon ve enfeksiyon hastalıklarından ölmektedir. Bu nedenle beslenme bozukluklarının önlenmesi, erken dönemde tanımlanıp düzeltilmesi ile morbidite ve mortalite oranları çarpıcı bir biçimde azaltılabilir (14).

Beş yaş altındaki çocuklar, en yüksek malnütrisyon riskine sahip olan gruptur. Bu grup olumsuz koşullardan olduğu gibi, koşulların olumlu yönde düzeltilmesinden de diğer yaş gruplarına göre daha çabuk etkilenirler (14).

2.8.1. Protein Enerji Malnütrisyonu

DSÖ' nün tanımına göre besindeki eksiklikler değişebilmekle birlikte, kalori, protein veya her ikisinden yoksun beslenme sonucu oluşan, en sık süt çocukları ile küçük çocuklarda rastlanan, sık olarak enfeksiyonların eşlik ettiği bir patolojik sendromlar topluluğudur. Protein enerji malnütrisyonunda (PEM) genellikle özel besin tipi (karbonhidrat, yağ, protein, mineral, vitaminler) eksiklikleri ile birlikte, yetersiz beslenmenin süresi ve özellikle yetersiz alınan besleyicilerin tipine göre değişik derecelerde ve tiplerde görülebilir (6). PEM' i; hafif PEM, orta PEM ve ağır PEM olarak sınıflandırabiliriz. Malnütrisyonun en sık görülen ve fiziksel, mental gelişmede duraklamanın başlıca nedenini oluşturan tipleri hafif ve orta PEM vakarlıdır (11). Orta derecede PEM; 9 ay ve 3 yaş arasında en sık görülen beslenme hastalığıdır. Orta derecede malnütrisyonda; enfeksiyon, gastroenterit, kızamık, zatürre, metabolik direncin azalmasına bağlı olarak enfeksiyon gelişmesi ya da serbest radikallerin enfeksiyona neden olması, anemi, azalmış fiziksel kapasite, fiziksel ve mental gelişimde retardasyon, deri ve saçlarda değişim gözlenir (6). Ağır PEM ise; Marasmus, Kwashiorkor, Marasmik Kwashiorkor olmak üzere üç grupta incelenmektedir (6, 14,16).

Marasmus; birincil PEM'in en sık görülen şeklidir ve ileri derecedeki kalori eksikliğine bağlıdır. Protein alımındaki yetersizliğe göre enerji alımındaki yetersizlik ön plandadır; yani belirli bir besin öğesinin eksikliği olmayıp besinin tümünün azlığı sonucu gelişen ve enerji eksikliğinin ön planda olduğu kronik açlık durumudur. En önemli klinik belirti, yaşa göre vücut ağırlığının beklenenin %60'ın altında, boya göre ideal ağırlığın beklenenin %70'in altında olacak şekilde zayıflamasıdır. Çoğu kez ödem yoktur, deri kuru ve incedir, buruşur. Aşırı derecede yağ dokusu ve adale dokusu kaybı vardır. Saçlar kuru, ince, seyrek olup kolayca çekilir. Apatik ve halsizdirler (6, 14, 16).

Kwashiorkor; alt ekstremitelerde başlayan ve tablo ağırlaştıkça yukarıya doğru yayılan ve basmakla çöken ödemle ortaya çıkar ve kalori alımının iyi olmasına karşın yetersiz protein alımına bağlıdır. En önemli klinik belirtisi çocuğun vücut ağırlığının yaşa göre beklenen ağırlığın %60- %80'i kadar olmasıdır. Karın şiş ve barsak sesleri azalmıştır. Saç seyrelir, kolay kopar. Deri değişiklikleri sık görülür, ağız kenarlarında çatlaklar olur (6,16). Hastada yuvarlak bir yüz görünümü hâkimdir (14).

Tablo 3. Marasmus ve Kwashiorkor Bulgularının Karşılaştırılması

Bulgular	Marasmus	Kwashiorkor
Ağırlık Ödem	- - -	+ + +
Depigmentasyon	- - -	+ + +
Saç Değişiklikleri	+ -	+ +
Mental Değişiklikler	+ -	+ +
Diyare	+ +	+ + +
Anemi	+	+ + +
Hepatomegali	-	+
Avit. Eksikliği	+	+ + +

Marasmus ve Kwashiorkor arası klinik belirti gösteren olgulara ise marasmik- kwashiorkor denilmektedir (16). Marasmuslu çocukta değişik derecede ödemin olması ile karakterizedir. Toplumumuzdaki protein- enerji malnütrisyonunun %85 kadarı marasmus tipinde, kalanı marasmik- kwashiorkor şeklindedir. Kwashiorkor belirtileri gösteren olgulara çok seyrek rastlanmaktadır (16).

2.8.2.Malnütrisyonun Nedenleri

Malnütrisyon genellikle yetersiz diyetle enfeksiyonun birleşmesi sonucunda ortaya çıkar. Çocuklarda görülen malnütrisyon büyüme yetersizliği ile eş anlamlıdır. Malnütrisyon, başlıca bağışıklık mekanizmalarını olumsuz etkileyerek vücudun enfeksiyona direnç gücünü azaltır. Bu da hastalıkların daha uzun sürmesine, hastalıkların sıklığına ve daha şiddetli geçmesine neden olur (6).

Yetersiz besin alımı, ailenin gelir azlığı, besin maddelerinin kıtlığı, yetersiz anne sütü ile beslenme, özellikle kusma ve ishale seyreden enfeksiyonlar, çevre sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, kalabalık aile, ailede hastalık, olumsuz sosyal durumlar, ailenin eğitim düzeyinin düşük olması, geleneklere bağlılık, sık doğumlar, gebelikte bakımın yetersiz oluşu, prematüre ve/ veya düşük ağırlıklı doğum, annede yetersiz malnütrisyon ve beslenme eğitimi, konjenital anomaliler, artmış besin gereksinimlerinin karşılanamaması, metabolik hastalıklar, kalp, akciğer, merkezi sinir sistemi hastalıkları malnütrisyonun nedenlerindendir (6).

Ailenin geliri ve nüfusu çocuğun büyümesi için gerekli besin öğelerini içeren besinleri almalarını engeller. Örneğin hayvansal protein kaynakları, yokluk veya çok pahalı olmaları nedeni ile satın alınamaz. Araştırmalar, ailedeki hayvansal protein yetersizliği ile malnütrisyon arasındaki ilişkinin çok önemli olduğunu göstermektedir (16).

Genellikle, besinlerin besin değerleri ve çocuk için uygun besinin hangisi olduğu bilinmemektedir. Ayrıca çocuğun normal büyüme ve gelişmesi, sağlığının korunması için hangi besinlerin ne kadar alınması ve ne şekilde hazırlanması gerektiği de bilinmemektedir. Bilgisizlik evde bulunan besinlerden çocuğun yararlanmasını engellemektedir. Beslenme bilgisizliği nedeniyle besin değeri düşük besinlerle çocuk beslenmektedir. Örneğin, şeker, nişasta karışımı ile çocuğu beslemek malnütrisyonu götürür. Bu besinlerle beslenen çocuk enerji gereksinimini karşılayabilir, protein, vitamin ve minerallere olan gereksinimini karşılayamamaktadır (16). Çevre sağlığı koşullarının yetersizliği yüzünden, çocuk kolayca enfeksiyon alabilir. Son yıllarda, enfeksiyonla beslenme arasındaki ilişkiler konusunda çalışmalar yapılmaktadır. Bu araştırmaların sonuçlarına göre, malnütrisyonlu çocuklar kolay enfeksiyon alır, hastalık ağır ve uzun seyreder ve daha sık ölümle sonuçlanır.

Bunun yanında enfeksiyon malnütrisyonla birlikte seyrederek. Barsak parazitleride çevre koşulları kötü olan topluluklarda çok görülür. Parazitler alınan besinlere ortak olduklarından malnütrisyonun nedenlerindendir (16). Çocuk beslenme alışkanlıklarının dayandığı sosyo- kültürel etmenler de malnütrisyonun oluşumunda önemlidir. Bu etmenlerin başlıcaları; emzirme durumu, emzirme süresi, ek besinlere başlama zamanı, ek besin çeşitleri ve anne- çocuk ve çocuk- aile ilişkileridir. Bu konuda yapılan araştırmalar, malnütrisyonun daha çok hiç anne sütü almayan veya çok erken yaşlarda memeden kesilen çocuklarda görüldüğünü işaretlemektedir. Bunun yanında, yedi aya kadar ek besine başlamamış çocuklarda, başlamış olanlardan daha sık malnütrisyon görülmektedir. Buna göre, anne sütü ilk altı ayda çocuğun malnütrisyonundan korunmasında önemli bir etmendir. Ancak, anne sütü miktar olarak 4- 6 aydan sonra çocuğun gereksinimini karşılayamamaktadır. Bu gibi durumlarda, zamanında uygun ek besinlerin verilmeyişi, uzun süre yalnız yetersiz miktardaki anne sütü ile besleme çocuğu malnütrisyonla götürmektedir (16).

Sosyo- ekonomik düzeyi düşük toplumlarda beslenme bozukluklarına sık rastlandığından ve sigara, alkol ve diğer madde kullanımı da bu toplumlarda yaygın olduğundan beraberinde intrauterin büyüme ve gelişme problemlerine sık rastlanılması beklenen bir durumdur. Yine bu toplumlarda sosyoekonomik yetersizlik nedeni ile annelerde ortaya çıkan ruh sağlığı ile ilgili sorunlarında intrauterin yaşamı olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir.

İstemeyerek doğan çocuklar anneye ve aileye yük olmaktadır. Araştırmalar, malnütrisyonun daha çok dört, beş ve daha sonraki çocuklarda görüldüğünü işaretlemektedir. Sık doğumlar anneyi yetersiz besleme durumuna düşürmekte, bu da çocuğun beslenmesini olumsuz yönden etkilemektedir. İstenilenden çok çocuk, anne ve aile tarafından ilgi görmemekte, beslenmesi ve bakımı için hiç önlem alınmamaktadır. Bu gibi çocuklar arasında malnütrisyon daha sık görülmektedir (16). Köyden kente göç etmiş, şehirlerin çevresine yerleşmiş ve şehre uyum zorlukları çekmekte olan grupta PEM yüksek oranda görülmektedir. Modern tuvalet sanitasyonunun, iyi bir sutaşıma ve saklama sisteminin yokluğu, anne sütü hiç almamış veya çok az almış bebeklerde mortaliteyi artırmaktadır (14).

2.8.3.Malnütrisyonun Değerlendirilmesi Ve Kullanılan Göstergeler

Malnütrisyonlu çocuklar, yaşlarına göre olması gerekenden daha kısa ve daha düşük kilolu olurlar. Belirli bir nüfusta malnütrisyonun ne kadar yaygın olduğunu belirlemek için küçük çocuklar tartılıp, boyları ölçülür ve elde edilen sonuçlar çocukların iyi geliştiği bilinen referans nüfusa ait değerlerle karşılaştırılır. Boy ve kilo ölçümü nüfustaki malnütrisyonu belirlemede en yaygın kullanılan yöntemdir. Büyümedeki duraksama erken dönemde, daha ağır komplikasyonlar gelişmeden saptanmalı ve müdahale edilmelidir. PEM gelişiminde ilk olay çocuğun ağırlığının daha önceden bulunduğu eğriden sapması, sağa ve aşağı doğru yer değiştirmesidir. Eğer kilo alımındaki bir duraksama ya da kilo kaybı uzun sürerse bunu boy uzamasında yavaşlama izler (6).

Bütün büyük nüfus gruplarında, uzunluk ve ağırlık ölçülerinde farklılıkların olması normaldir. Bu farklılıklar normal dağılım gösterirler. Antropometrik verinin incelenmesi amacıyla bir referans nüfusun kullanımı standarttır. Referans grup bir karşılaştırma noktası olup, toplumdaki değişik grupların antropometrik göstergeleri arasındaki farkları ve zaman içinde beslenme durumunda meydana gelebilecek değişiklikleri inceleme kolaylığı sağlamaktadır. TNSA 2008’de araştırma kapsamındaki çocukların beslenme durumları Amerika Birleşik Devletleri Sağlık İstatistikleri Merkezi (U.S. National Centers for Health Statistics-NCHS) tarafından geliştirilen ve Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi (U.S. Centers for Disease Control-CDC) ve DSÖ tarafından da onaylanan uluslararası referans grubu ile karşılaştırılmıştır. Bu referans grubunun kullanım gerekçesi, veri bulunan tüm toplumlarda iyi beslenmiş çocukların ergenlik öncesi birbirinin hemen hemen aynı büyüme kalıpları izlediğinin gösterilmiş olmasıdır (4).

Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği üzere beslenme durumunun incelenmesinde üç gösterge kullanılmaktadır: Yaşa-göre-boy endeksi çocuklar arasında lineer büyüme geriliğinin göstergesidir.

Yaşa-göre-boy endeksine göre, referans grubun ortanca değerinden -2SD sapma gösteren çocuklar, yaşlarına göre kısa (bodur-*stunted*) kabul edilmekte ve bu kronik beslenme probleminin bir göstergesi sayılmaktadır. Referans grubun ortanca değerinden -3 SD gösteren çocuklar ise ciddi olarak kısa boylu kabul edilmektedir.

Tekrarlayan enfeksiyonlar ve kronik hastalıklardan da etkilenen bodurluk (*stunting*), çocuğun yeterli besinleri uzun bir dönemde alamamış olmasının sonucunu yansıtmaktadır. Bu nedenle yaşa göre- boy endeksi bir nüfusta yetersiz beslenmenin uzun dönemdeki etkilerinin iyi bir göstergesidir ve verilerin toplandığı mevsime göre önemli değişiklikler göstermez. Yaşına göre kısa-bodur çocukların toplumda hemen fark edilmeyebilir, çünkü bodur üç yaşındaki bir çocuk, iyi beslenmiş iki yaşında bir çocuk gibi görünür (4).

Boya-göre-ağırlık göstergesi, vücut ağırlığını, vücut uzunluğuna göre değerlendirir. Referans grubu ortanca değerinden eksi iki standart sapma gösteren çocuklar zayıf (*wasted*) kabul edilmekte ve akut olarak yetersiz beslenmiş sayılmaktadır. Burada söz konusu olan zayıflık, araştırma tarihinden hemen önceki dönemde yeterli beslenmemeyi ifade etmektedir ve büyük olasılıkla yakın geçmişte geçirilen bir enfeksiyon hastalığı, özellikle ishal, ya da gıda arzındaki mevsimsel farklılıkların sonucudur (4).

Yaşa-göre-ağırlık endeksi hem akut hem de kronik yetersiz beslenmeyi değerlendirmektedir ve genel olarak beslenme durumunun uzun dönemli değerlendirmesini yapmak için kullanılır. Klinikte, çocuğun beslenme durumundaki gelişmeleri ve büyümesinin sürekli değerlendirilmesini yapmak için yararlı bir ölçüttür. Yaşa-göre-ağırlığı referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart sapma gösteren çocuklar düşük kilolu (*underweight*) olarak sınıflandırılmıştır (4).

Beslenme durumunu değerlendirmede kullanılan bu yöntemlerin yanı sıra değişik indikatörleri ve klinik bulguları birlikte değerlendiren bazı sınıflama sistemleri de mevcuttur. Bunlardan bazıları; Waterlow, Wellcome, Gomez, Jelliffe Sınıflmaları' dır (6).

Gomez sınıflaması

Vücut ağırlığı ölçülerine dayanan ve oldukça sık kullanılan bir sınıflamadır. Ölçülen ağırlık aynı yaştaki beslenmesi iyi sağlıklı bir çocuğunki ile karşılaştırılır (6).
$$\text{Yaşa göre ağırlık}(\%) = \frac{\text{Çocuğun ağırlığı}}{\text{Aynı yaştaki sağlıklı bir çocuğun ağırlığı}} \times 100$$

Tablo 4. Gomez sınıflamasına göre malnütrisyon düzeyleri

Kategori	Yaşa Göre Ağırlık
%90 - %100	Beslenme durumu normal
%75 - %89	1. derece (hafif) malnütrisyon
%60 - %74	2. derece (orta malnütrisyon
< %60	3. derece (ağır) malnütrisyon

Tablo 5. DSÖ sınıflaması (1986)

Kategori	Yaşa Göre Ağırlık
Ağır PEM	<70
Orta	70- 80
Hafif	80- 90
Normal	90- 110
İyi Beslenmiş	110- 120
Obez	120 ve üstü (11).

Waterlow Sınıflaması

Akut malnütrisyonu değerlendirmede kullanılan Boya Göre Ağırlık(kavrukluk) ve kronik malnütrisyonun ölçümü olan Yaşa Göre Boy ölçümlerini birlikte değerlendiren birinci basamakta beş yaş altı çocukların beslenme durumlarının saptanmasında önerilebilecek bir sınıflamadır (6).

Wellcome Sınıflaması

Polikliniğe getirilen PEM' i olan çocuğu sınıflamada mevcut olan PEM' in derecesini ve ciddiyetini sınıflamada kullanılır (6).

Çocuğun yaşa göre ağırlığı ve ödem varlığına göre sınıflama yapar (6).

Tablo 6. Wellcome sınıflaması

Ödem YOK	Yaşa göre Ağırlık(%)	Ödem VAR
Düşük Kilolu	80- 60	Kwashiorkor
Marasmus	<60	Marasmik Kwashiorkor

2.8.4.Malnütrisiyonda Tanı

Beslenme durumunun değerlendirilmesinde başlanması gereken ilk nokta hastanın öyküsünün alınmasıdır. Hastanın beslenme durumunun ortaya konulmasında, ayrıntılı bir beslenme öyküsünün alınması esastır. İyi bir öykü birçok laboratuvar ölçümünden daha değerlidir. Öyküyle açıklığa kavuşturulması gereken noktalar; son kilo değişikliği ve bu değişikliğin oluş süresi, diyetindeki farklılıklar, gastrointestinal yakınmalar, son zamanda fark edilen işlevsel kapasite değişiklikleri, kronik ve akut hastalık durumları, kronik alışkanlıklardır (14). Antropometri vücut boyutlarının bölgesel deri altı adipoz doku kalınlığının veya kol ve bacaklarda kesitsel kas alanının ölçülmesi ile beslenme durumu hakkında bilgi verir (14).

Klinik belirtilerin saptanması için deri, saç, dişler, dişeti, dudaklar, dil, gözler ve genital organları incelenir. Saç, deri ve ağızda epitel dokuda hızlı bir hücre değişimi (turnover) olduğu için yetersizliğe duyarlıdır. Gastrointestinal sistem mukozasındaki değişiklikler ise diare (ishal) ile gözlenir. Bu nedenle hastanın gastrointestinal sistemine ilişkin diare ve anoreksi gibi belirtilerin öyküsü alınmalı, çiğneme ve yutma işlevlerindeki değişiklikler öğrenilmelidir (21). Klinik belirtiler besin öğeleri yetersizliğini sıklıkla tam belirleyemez. Bu nedenle beslenme öyküsü ve biyokimyasal testlerin de birlikte kullanılması gerekir (21).

2.8.5.Malnütrisyonunda Tedavi ve Çözüm Önerileri

Malnütrisyonlu çocukta tedavinin temel ilkesi enfeksiyonun tedavi edilmesi ve ağır malnütrisyonunda çocuğun o andaki kilosuna göre beslenme programının hazırlanması, daha sonra çocuğun büyüme eğrisi yukarı doğru hareket ettiğinde büyümeyi normal duruma getirecek çocuğun olması gereken ağırlığına göre beslenme programı hazırlanmasıdır (6).

Hafif ve orta PEM olgularında iyi bir öykü ile saptanan temel yanlışlığın düzeltilmesiyle sorun önemli ölçüde giderilebilir. Ağır PEM olgularında öncelikle akut problemlerin ve enfeksiyonun tedavisi yapılır. Varsa dehidratasyonu düzeltilir. Daha sonra başlangıçta dilüe süt ya da süt bazlı mamalar azar azar sık aralıklarla verilir. Verilen besinin içerik ve miktarı iki haftalık bir süre içinde giderek arttırılır. 2. haftadan sonra yüksek kalorili ve protein içerikli bir diyetle yavaşça geçilir. Beslenme tüm besin öğelerini uygun konsantrasyonlarda içermelidir (6). Eğer çocuk anne sütü alıyorsa her istediğinde emzirilmelidir.

Malnütrisyonlu çocuklarda, özellikle ağır olgularda, bozulan elektrolit dengesini düzeltmek için serum verilmesi gerekebilir. Orta derecedeki olguların çoğunda da ishal görüldüğünden, diyet posasız, yağı az, enerji ve proteini yeterli olacak şekilde düzenlenir. Genellikle malnütrisyonlu çocuklar, çeşitli besinlere alıştırmadıkları için bu durum dikkate alınır. Malnütrisyonlu çocuklar için en iyi besin, yağsız süt veya yoğurttur. Yağsız süttozu bulunursa sulandırılarak kullanılır. Yağsız süt veya yoğurt bulunmazsa, süt veya yoğurt ilk önce yarı yarıya su ile karıştırılıp, azar azar, sık sık olacak şekilde çocuğa verilir. İki iç günde çocuk bu karışımı tolere edince, tam süt veya yoğurt verilir. Bunu da tolere edince, meyve suları ve yumurta diyetine eklenir.

İshal tamamen durup, çocuk muntazam yemeğe başlayınca, yoğurtlu çorba, muhallebi, az yağlı kıyma konmuş sebze yemekleri ve meyve ezmeleri de verilir. Bunlar da yeterli bulunmazsa, kırmızı mercimekle un karıştırılıp çorba yapılabilir. Tarhana çorbası verilebilir (16).

Çocuğa verilecek besinler onun sindirimine uygun olmalıdır. Dişleri henüz çıkmamış bebeklere verilen besinler emilebilir kıvamda olması gerekir. Çocuğun diyetindeki, yiyecek ve içeceklerin miktarı, çocuğun alabilme yeteneğine uygun olmalıdır.

Çocuk günde kilogram başına 150- 175 ml sıvı ister. Bu kadar hacim içerisinde çocuğun günlük enerjisinin ve besin öğelerinin sağlanması gerekir. Bu da çocuğa verilecek besinlerin enerji ve besin öğeleri yönünden uygun yoğunlukta olmasını gerektirir (16).

Çocuğun diyetinde kullanılacak besinlerin, temizlik ve sağlık kurallarına uygun olarak hazırlanması gereklidir. Çocuğa verilen besinin kendisinde veya sonradan karışabilen toksik öğelerin bulunmaması ve patojen mikroorganizmalar yönünden temiz olması zorunludur (16).

Çocuk ve aile düzenli aralıklarla (örneğin haftada bir) çağrılarak ya da hanelerine gidilerek tam bir değerlendirme yapılır. Annenin çocuğu besleme tekniği, çocukta beslenme ile ilgili mekanik bir sorun olup olmadığı ya da annenin çocuğun gereksinimlerini anlamayıp gereksiz zorlamalarda bulunup bulunmadığı gözlenmelidir.

Yapılan araştırmalar, alt sınıflarda ve düşük sosyoekonomik statüdeki ailelerin çocuklarında 2-5 kat arasında daha fazla beslenme yetersizliği olduğunu göstermektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme açısından riskli olmasının yanı sıra bu ailelerin sağlık hizmetlerinin kullanımı da düşüktür. Bu yüzden çocuk izlemlerinin ev ziyaretleri ile yapılması toplum sağlığı açısından çok kritik bir önem taşımaktadır (22).

2.8.6.Beslenme Bozukluklarının Giderilmesinde Eğitimin Etkisi ve Çözüm Önerileri

Beslenme eğitimi, halkın beslenme durumunun düzeltilmesinde ve geliştirilmesinde önemli bir araçtır. Beslenme eğitiminin amacı; toplumun beslenme durumunu geliştirmek üzere beslenmeye dayalı davranışlarda olumlu değişiklikler yaratılmasıdır. Bu alanda dünyada uygulanan önemli etkinlikler; eğitimcilerin eğitimi, halkın beslenme ve sağlık konusunda bilinçlendirilmesi ve gıda etiketlemesi yoluyla toplumun bilgilendirilmesidir. Ülke genelinde halkın beslenme bilgi düzeyinin yetersiz oluşu, ellerinde mevcut gıda ve ekonomik kaynak olsa bile bunların yararlı kullanımını olumsuz yönde etkilemekte ve hatalı uygulamalara yol açmaktadır. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının temeli çocukluk döneminde atıldığından bu dönemde verilen eğitim çok önemlidir (23).

Öncelikle anneler olmak üzere çocukların beslenme ve büyütülmesinden yakından ilgilenen kişilerin sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirilmesi çok önemli bir sağlık hizmetidir.

Annenin çocuk beslenmesi konusundaki bilgi durumunun belirlenmesi ile çocuk sağlığı ve beslenmesi konusunda sunulan sağlık hizmetinin daha iyi hale getirilmesi için gerekli planlar yapılabilir (24). Çocuklara yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin amacı; çocuğun sağlıklı durumunun devam etmesine yardımcı olmak ve sağlığını en st düzeye çıkartmaktır. Bu nedenle bu hizmetin tüm çocuklara ulaşabilmesini sağlamak pratisyen hekimlerin, ocuk hekimlerinin, çocuklarla çalışan yardımcı sağlık personelinin ve diğer meslek gruplarının özellikle aile hekimlerinin birincil sorumluluğu olmalıdır (24).

Annelerin emzirmenin yararları konusunda ikna edilmelerinin yanında, nasıl emzireceklerinin öğretilmesine ve bunu uygulamak için desteğe ihtiyaç olduğu bilinmelidir. Emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılması ve sürdürülmesi için sağlık personelinin erken emzirmenin önemi ve ek gıdalara erken başlamanın sakıncaları konusunda anneleri bilinçlendirmesi, ilk altı ay anne sütü alan bebeğin su dhil hiçbir ek besine ihtiyaç olmadığı konusunda ikna etmesi gerekir. İlk altı aydan sonra ek gıdalar çocukların gereksinimleri ve gelişimleri göz önünde bulundurularak uygun aylarda ve uygun miktarda, bebekler zorlanmadan verilmelidir. Anne sütünü verme devamlılığının sağlanması için annenin psikolojik açıdan desteklenmesi ve çevreden gelecek negatif sosyal etkilerin engellenmesi gerektiği bilinmelidir (24).

Anne sütü ile beslenmenin; bebek mortalite ve morbidite oranlarını azaltması, bebeklerin uygun beslenme, büyüme ve gelişmelerini sağlaması, diğer tüm beslenme şekillerinden üstünlükleri, aileye ve ülkeye getirdiği ekonomik yararlar tüm dünyada bilinmektedir. Emzirme bir içgüdü değil, öğrenilebilir bir beceridir. Emzirmenin başarılabilmesi için bilgi ve emosyonel destek gereklidir. Doğurganlık yaşındaki tüm kadınlar emzirmenin yararları ve başarılı emzirme adımları konusunda sağlık personeli tarafından bilinçlendirilmelidir (24).

Kişiler yaşam koşulları ve sosyal çevresi ile birlikte değerlendirilerek, eğitim konu ile ilgili tüm bireyleri kapsamalıdır. Birebir eğitimlerde doktor ve hemşireler annenin olanaklarını gözeterek en uygulanabilir beslenme önerilerini vermeye zen göstermelidir. Medya ve kitle iletişim araçları ile toplumun doğru ve dengeli beslenmesini özendirici yayınlar yapılmalı, yanlış anlamalara neden olacak söylem ve reklam kampanyalarında bulunulmamalıdır (24).

Beslenme konusunda gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelere özgü sorunların Türkiye’de bir arada görülmesi mümkündür. Beslenme sorunlarının Türkiye’deki yüksek bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm oranı sayılarında önemli rolü vardır. Beslenme sorunları çocukların büyüme ve gelişmesinde gecikmelere de neden olmaktadır. Bütün sektörlerin bir Ulusal Gıda ve Beslenme Eylem Planı geliştirip uygulamaları; bu planın öncelikli olarak altı yaş ve bu yaşın altındaki çocuklarla birlikte gebe ve emzikli kadınları ve doğurgan çağındaki kadınları hedef almaktadır. Mevcut durumun saptanabilmesi için beslenme sağlık araştırması yapılmalı, uygulanması gereken yeni politikalar belirlenmeli, sektörler arası gıda ve beslenme politikası geliştirilmeli, Türkiye’deki kadınlar ve çocuklar arasında beslenme konusundaki bilinç ve duyarlılığın gelişmesi ve bu yönde daha iyi uygulamalara başvurarak beslenme yetersizliklerinin üçte bir oranda azalması beklenen sonuçlardır (6).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Altmışınıc Yıl Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-2 yaş grubu çocuklarda malnutrisyon sıklığının, etkileyen faktörlerin ve ailelere eğitim verilerek eğitimin etkisinin belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışmanın; planlaması ve soru kâğıdı hazırlığı Mayıs- Temmuz 2010 ayları arasında gerçekteşmiştir. Veriler Temmuz- Kasım 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma iki aşamada uygulanmıştır; birinci aşaması kesitsel; ikincisi müdahale araştırması tipindedir

Birinci aşamada; kesitsel araştırma olarak Gaziantep 60. Yıl Sağlık Ocağı bölgesinde uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini 60. Yıl Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0- 2 yaş çocuklar oluşturmaktadır. Bu evrenden örnek seğıilerek, hazırlanan soru kâğıdı bu çocukların annelerine uygulanmış, arkasından çocuklar tartılmış ve boyları ölçülmüştür. İkinci aşamada; malnutrisyon saptanan (z- skoru tablosunda -2 SD ve altında kalan) çocukların anneleri sağlık ocağına çağırılarak bir araya getirilmiş, Ek 1'deki eğitim materyali kullanılarak anne sütü, ek gıda, çocukların doğru beslenmesi konularında eğitim verilmiştir. Eğitimler araştırıcı tarafından verilmiştir. Eğitimden 6 ay sonra eğitim verilen 14 annelerin evlerine tekrar gidilerek çocukların boy ve kilo ölçümleri tekrarlanmıştır. Bu ölçümlerden 1 yıl sonra 14 çocuk tekrar tartılmış ve boy ölçümleri tekrarlanmıştır.

Örnek Büyüklüğü ve Seğıimi

TNSA 2003 verilerinden 0-2 yaş çocuklarda yaşa göre ağırlık ve yaşa göre boy malnutrisyon sıklığı hesaplanmıştır; boyca malnutrisyon sıklığı %31, ağırlıkça malnutrisyon sıklığı %11,1 bulunmuştur. P değeri olarak daha düşük olan %11,1 alınmıştır.

Örnek büyüklüğü hesaplanmasında aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$n = N (Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)) / d^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)$$

Formüle;

N =Evrendeki kişi sayısı

$Z_{\alpha/2}$ = Belirli serbestlik derecesinde ve belirli güven düzeyinde teorik t değeri(t tablosunda)

p = İncelenecek olayın görülme sıklığı

q = İncelenecek olayın görülmemesi sıklığı ($1 - p$)

d = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma miktarını göstermektedir. Buna göre;

N = 1993 (Sağlık Ocağı bölgesindeki 0- 2 yaş grubu çocuk nüfusu)

$Z_{\alpha/2} = 1,96$

$p = 0,111$

$q = 0,889$

$d = 0,02$ olarak alınmıştır.

Örnek büyüklüğü 643 bulunmuştur. Annelerin araştırmaya katılmayı reddetmesi ve göç nedeniyle çocukların 25'sine ulaşamamıştır. Örneğe ulaşım hızı %96,1'dir.

60.Yıl Sağlık Ocağı 4 mahalleye temel sağlık hizmeti vermektedir. Bunlar Gaziantep Şahinbey Belediyesi sınırları içerisinde yer alan Çağdaş, 60. Yıl, Yeşilevler ve Deniz Mahalleleridir. Bu mahallelerde yaşayan 1993 0-2 yaş çocuk karışık olarak listelenmiş ve 643 çocuk basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Literatür taranarak hazırlanan soru kâğıdında 76 soru bulunmaktadır (Ek 2). Soru kâğıdında; ailenin sosyo- demografik özellikleri, annenin; anne sütü, emzirme ve ek gıdaya başlama konuları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları, çocuk sayıları, çocuğun anne sütü ve ek gıda alma durumlarına yönelik sorular yer almaktadır. Hazırlanan soru kâğıdı araştırmadan önce örnekte yer almayan 15 kadına uygulanarak gerekli düzeltmeler yapılmış ve soru kâğıdına son şekli verilmiştir.

Dört mahalleden örneğe çıkan 643 çocuğun evlerine gidilerek, 618 çocuğun annelerine 76 soruluk soru kâğıdı 30- 45 dakikalık sürede, sakin bir ortamda, uygulanmıştır. Annelere soru kâğıdını uygulamadan önce araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü onayları alınmıştır. Soru kâğıtları araştırmacı ve onun eğittiği aynı bölgede çalışan 2 ebe tarafından uygulanmıştır.

Çocuklarda kilo ölçümü elektronik tartı aleti (hassasiyet:5/10 gr), boy ölçümü mezura ile yapılmış, DSÖ' nün referans değerleri ile kullanılarak her çocuk için z skoru hesaplanmıştır. Eğitimlerden altı ay sonra ve bundan 1 yıl sonra malnütrisyon belirlenen çocuğun boy ve kilo ölçümleri bir kez daha yapılarak z skoru değişimleri incelenmiştir. Yani malnütrisyon belirlenen çocuklara toplam 3 kez boy ve ağırlık ölçümü yapılmıştır.

Annenin ve babanın öğrenim durumları, son mezun olunan okula göre sorularak değerlendirilmiştir. Hiç okula gitmemiş ama herhangi bir şekilde okuma- yazma öğrenmiş olanlarla ilkokula başlamış ama bitirmemiş olanlar okur- yazar olarak değerlendirilmiştir. Ekonomik durum sınıflamasında kadınların ekonomik durumlarıyla ilgili kendi değerlendirmeleri dikkate alınmıştır. Bilgi soruları bilen bilmeyen olarak sınıflandırılmıştır.

Veriler bilgisayara kaydedilip, SPSS 13. 0 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde ki- kare, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann-Whitney U testi ve Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

60.Yıl Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-2 yaş grubu çocuklarda malnütrisyon sıklığının, etkileyen faktörlerin ve beslenme eğitiminin beslenme durumuna etkisinin belirlenmesinin amaçlandığı bu araştırmada 618 kişiye anket uygulanmıştır. Örneğe ulaşım hızı 96,1'dir.

Sosyo-demografik Özelliklerle İlgili Bulgular

Araştırmaya alınan çocukların %97,1'inin anneleri ev hanımı iken, %2,9'unun çalışan anneydi. Babalarının %1,1'i profesyonel meslek grubunda çalışırken, %29,8'i nitelik gerektirmeyen işlerde çalışmaktaydı. %2,8'i ise herhangi bir işte çalışmamaktaydı(Tablo 7).

Tablo 7. 0-2 Yaş Çocukların Anne ve Babalarının Mesleklerine Göre Dağılımı

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Anne Meslek	Ev hanımı	600	97,1
	Çalışan Anne	18	2,9
	Toplam	618	100,0
Baba Meslek	Profesyonel meslek grubu	7	1,1
	Büro çalışanı	70	11,3
	Hizmet ve satış elemanı	30	4,9
	Tarım, hayvancılık	30	4,9
	Sanatkâr	44	7,1
	Tesis, makine, operatör işleri	236	38,2
	Nitelik gerektirmeyen işler	184	29,8
	Çalışmayanlar	17	2,8
	Toplam	618	100,0

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin %0,5' i okuryazar değil, %68,9'u ilkokul mezunu, %0,8'i üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Babalarının %0,2'si okuryazar değil, %51,1'i ilkokul mezunu, %4'ü üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo8). Araştırmaya alınan 0- 2 yaş çocukların annelerinin ortalama yaşları 29,12±0.22 (SD= 5,57, ortanca= 29, min= 17, max= 47) dir. Ortalama evlenme yaşı 19,14 ± 0,09 olarak belirlenmiştir (SD=2,35, ortanca 19, min=15, max=37). Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların ailelerinin aylık geliri ortalama 1,056±16,35 (SD=402,62,ortanca=1056, min=300, max=3000).

Tablo 8. 0-2 Yaş Çocukların Anne ve Babalarının Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Anne Öğrenim Durumu	Okur-Yazar Değil	3	0,5
	Okur- Yazar	54	8,7
	İlkokul Mezunu	426	68,9
	Ortaokul Mezunu	74	12,0
	Lise Mezunu	56	9,1
	Üniversite Mezunu	5	0,8
	Toplam	618	100,0
Baba Öğrenim Durumu	Okur-Yazar Değil	1	0,2
	Okur- Yazar	3	0,5
	İlkokul Mezunu	316	51,1
	Ortaokul Mezunu	153	24,8
	Lise Mezunu	120	19,4
	Üniversite Mezunu	25	4,0
	Toplam	618	100,0

Araştırmaya alınan ailelerin %79,4'ünün herhangi bir sosyal güvencesi vardır. %20,6'sının ise herhangi bir güvencesi olmadığı saptanmıştır. Çocukların %14,9'unun anneleri ekonomik durumlarını iyi, %50,5'i orta, %34,6'sı kötü olarak ifade etmişlerdir (Tablo 9). Araştırmaya alınan ailelerinin %16,2'si çekirdek aile, %83,7'si geniş aile, 0,2'si ise parçalanmış ailedir. Araştırmaya göre annelerin %20,9'unun eşleriyle akrabalığı vardır.

Tablo 9. 0-2 Yaş Çocukların Ailelerinin Diğer Sosyo- Demografik Özellikleri

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Anne ve Babanın Akrabalık Durumu	Akraba	129	20,9
	Akraba Değil	489	79,1
	Toplam	618	100,0
Sosyal Güvence	Var	491	79,4
	Yok	127	20,6
	Toplam	618	100,0
Ailelerin Ekonomik Durumu(Annelerin Kendi İfadelerine Göre)	İyi	92	14,9
	Orta	312	50,5
	Kötü	214	34,6
	Toplam	618	100,0
Aile Tipi	Çekirdek Aile	100	16,2
	Geniş Aile	517	83,7
	Parçalanmış Aile	1	0,2
	Toplam	618	100,0
Ailede Kronik Hastalık Durumu	Var	54	8,7
	Yok	564	91,3
	Toplam	618	100,0

0-2 Yaş Çocukların Annelerinin Kendi Özellikleri ile İlgili Bulgular

a) Doğum Öyküleriyle İlgili Bulgular

Annelerin ortalama gebelik sayısı $2,98 \pm 0,06$ ($SD = \pm 1,41$; min 1, max 7) olarak belirlenmiştir. Annelerin ortalama canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı $2,65 \pm 0,04$ ($SD = \pm 0,04$; min 1, max 7) olarak bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10. Annenin Doğum Öyküsüyle İlgili Bazı Özellikler

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Annenin Gebelik Sayısı	1	112	18,1
	2	129	20,9
	3	150	24,3
	4 ve üzeri	227	36,8
	Toplam	618	100,0
Annenin Canlı Doğum Sayısı	1	133	21,5
	2	145	23,5
	3	185	29,9
	4 ve üzeri	155	25,1
	Toplam	618	100,0
Yaşayan Çocuk Sayısı	1	133	21,5
	2	145	23,5
	3	185	29,9
	4 ve üzeri	155	25,1
	Toplam	618	100,0

b)Annelerin Emzirmeyle İlgili Bazı Davranış Özellikleri

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların %75,4'ünün anneleri emzirme öncesi hazırlık yapmamaktadır (Tablo 11). Yine %53,4'ü emzirme sonrası dikkat etmediğini belirtmiştir. Annelerin %32'si emzirirken sadece meme ucunu vermektedir.

Tablo 11. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocukların Annelerinin Emzirmeyle İlgili Bazı Davranışlarına Göre Dağılımı

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Emzirme Öncesi Nasıl Hazırlık Yaparsınız?	Hazırlık Yapmıyorum	466	75,4
	Ellerimi Yıkıyorum	115	18,6
	Meme Başlarımı Suyla Temizliyorum	25	4,0
	Meme Başlarımı Sütümle Temizliyorum	6	1,0
	Ellerimi Yıkıyorum- Meme Başlarımı Sütümle Siliyorum	6	1,0
	Toplam	618	100,0
Emzirme Sonrası Nelere Dikkat Edersiniz?*	Dikkat Etmiyorum	331	53,6
	Meme Başlarımı Temizleyip Kurutuyorum	17	2,7
	Bebeğin Gazını Çıkartıyorum	258	41,7
	Bebeği Başı Yan Gelecek Şekilde Yatırıyorum	46	7,4
	Meme Başlarımı Sütümle Siliyorum	2	0,3
	Toplam	654	105,7

* Birden Fazla Şık İşaretleyenler

0-2 Yaş Çocukların Bireysel Özellikleri ile ilgili Bulgular

Tablo 12’de araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin bu çocuğa hamileliğinde doğum öncesi bakımla ilgili bazı özellikleri verilmiştir. Çocukların annelerinin %99,7’si o çocuğa gebeyken gebelik takibi yaptırmıştır. Bunların %54,9’u 4’den daha az takip yaptırmıştır. Bu annelerden sadece %9,9’una ev ziyareti yapılmıştır. Bunların %67,2’si takip ve kayıt için, %32,8’i aşıya çağırarak içindir.

Tablo 12. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocukların Annelerinin Bu Çocuğa Hamileliğinde Doğum Öncesi Bakımla İlgili Bazı Özellikleri

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %’si
Hamileliğiniz Süresince Gebelik Takibi Yaptırdınız mı?	Evet	616	99,7
	Hayır	2	0,3
	Toplam	618	100,0
Hamileliğiniz Süresince Kaç Gebelik Takibi Yaptırdınız?	1	6	1,0
	2	118	19,2
	3	214	34,7
	4	137	22,2
	5	140	22,7
	6 ve üzeri	1	0,2
	Toplam	616	100,0
Hamileliğiniz Süresince Ebeniz Hiç Ev Ziyaretinde Bulundu mu?	Evet	61	9,9
	Hayır	557	90,1
	Toplam	618	100,0
Hamileliğiniz Süresince Ebeniz Niçin Ev Ziyaretinde Bulundu?	Takip-Kayıt İçin	41	67,2
	Aşıya Çağırarak İçin	20	32,8
	Toplam	61	100,0

Tablo 13’de araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin doğum öyküleri ve diğer bazı özellikler verilmiştir. Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin %95’i hastanede doğarken, çocukların %31,6’sı sezaryenle dünyaya gelmiştir. %87,5’i doğumdan sonra anneleri ile aynı odada kalmıştır. Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların %56’sı kız, %44’ erkektir. Çocukların %0,8’i herhangi bir hastalıkla dünyaya gelmiştir. Araştırmaya alınan çocukların % 21,7’si ilk çocuktur (Tablo 14). Kendi ile bir önceki çocukla arasındaki yaş farkı incelendiğinde; %62,5’inin 3 yaş ve daha fazla olduğu, %15,7’sinin ise 2 yıl ve daha az olduğu belirlenmiştir.

Tablo 13. Araştırmaya Alınan 0- 2 Yaş ocukların Annelerinin Doğum ykleri ve Diğer Bazı zellikleri

zellikler		Birey Sayısı	Birey %’si
Doğum şekli	Normal Doğum	423	68,4
	Sezaryen	195	31,6
	Toplam	618	100,0
Doğum Yeri	Hastane	587	95,0
	zel Klinik	31	5,0
	Toplam	618	100,0
Cinsiyet	Kız	346	56,0
	Erkek	272	44,0
	Toplam	618	100,0
Çocuktaki Herhangi bir Hastalık Durumu	Var	5	0,8
	Yok	613	99,2
	Toplam	618	100,0
Doğumdan Sonra Anne ile Aynı Odada Kalma Durumu	Kalan	541	87,5
	Kalmayan	77	12,5
	Toplam	618	100,0

Tablo 14. Araştırmaya Alınan 0- 2 Yaş Çocukların Doğum Sırasıyla Özellikleri

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Kaçıncı Çocuk	1	134	21,7
	2	144	23,3
	3	185	29,9
	4	122	19,7
	5	26	4,2
	6	6	1,0
	7 ve üzeri	1	0,2
	Toplam	618	100,0
İki Çocuk Arası Yaş Farkı	1	5	0,8
	2	92	14,9
	3	302	48,9
	4	57	9,2
	5	12	1,9
	6	1	0,2
	7 ve üzeri	14	2,3
	Toplam	484	100,0

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin %59,7'si çocuklarını ilk yarım saat içinde emzirmiştir (Tablo 15). 12 saat sonra emzirenlerin oranı ise %0,6'dır. Çocukların %72,3'ü ilk besin olarak anne sütü almıştır. %8,7'sine ilk şekerli su verilmiştir. Araştırmaya alınan 0- 2 yaş çocukların anneleri çocuğa ilk anne sütü verilmeme nedenleri sırasıyla; küvezde kalma (%24,2), bebek emmemesi (%20,6), sütün gelmemesi (%20), büyüklerin isteğidir (%18,8).

Tablo 15. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocukların Doğum Sonu Beslenme Durumu İle İlgili Bazı Özellikler

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Doğumdan Sonra İlk Aldığı Besin	Şekerli Su	54	8,7
	Anne Sütü	447	72,3
	İnek Sütü	2	0,3
	Mama	115	18,6
	Toplam	618	100,0
Doğumdan Sonra İlk Emzirilme Zamanı	İlk yarım saat	369	59,7
	İkinci yarım saat	119	19,3
	2.saat	26	4,2
	2 saatten-6saate kadar	65	10,5
	6 saatten-12saate kadar	35	5,7
	12 saat sonra	4	0,6
	Toplam	618	100,0

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların ortalama doğum kiloları 3208 ± 19 (SD= 340,121 ortanca= 3208, min=1700, max=4300) dür. 2500 kg'dan az doğan çocukların oranı %1,94 dür.

Emzirme sıklıkları incelendiğinde; çocukların %69,0'ı 1-2 saat arayla, %17,4'ü 3- 4 saat arayla, %8,9'u her ağladığında emzirilmektedir. Çocuklardan %0,4'ü 5 dakikadan az, %0,9'u 20 dakikadan fazla sürede emzirilmektedir (Tablo 16).

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin %73,6'si çocuklarını hâlâ emzirirken, %26,4'ü emzirmediği belirlenmiştir.

Tablo 16. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocuğun Beslenme Durumu İle İlgili Bazı Özellikler

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Emzirilme Sıklığı	1-2saat ara ile	310	69,0
	3-4saat ara ile	78	17,4
	5saat ve üzeri ara ile	21	4,7
	Bebek her ağladığında	40	8,9
	Toplam	449	100,0
Emzirilme Süresi	5 dakikadan az	2	0,4
	5 dakika	67	14,9
	6- 10 dakika	192	42,8
	11- 15 dakika	131	29,2
	16- 20 dakika	53	11,8
	20 dakikadan fazla	4	0,9
	Toplam	449	72,8

Araştırmaya alınan 0- 2 yaş çocukların %12,5' i 1-2 ay, %28'i 3-4 ay, %10,5'i 5 ay sadece anne sütü almıştır (Tablo 17). 6 ay boyunca sadece anne sütü alanların oranı %28,8'dir. %1,8'i 6 aydan daha fazla sürede sadece anne sütü almıştır. %18,4'ü ise hâlâ sadece anne sütü almaktadır. Toplam %67,3'ü 4-6 ay sadece anne sütü almıştır. Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların %1,8'i 1 aydan az, %2,4'ü 3 ay anne sütü almıştır. Toplam %85,9 çocuk 6 ay ve üzeri anne sütü almışken, %14,1'i bu süreyi tamamlamamıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocukların Anne Sütü Alma Durumu İle İlgili Bazı Özellikler

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Sadece Anne sütü Alma Zamanı	1-2 ay	77	12,5
	3-4 ay	173	28,0
	5ay	65	10,5
	6ay	178	28,8
	6aydan fazla	11	1,8
	Hâlâ sadece anne sütü verenler	114	18,4
	Toplam	618	100,0
Toplam Anne sütü Alma Zamanı	1aydan az	3	1,8
	2 ay	9	5,3
	3ay	4	2,4
	5ay	8	4,7
	6ay	14	8,3
	7ay	13	7,7
	8ay	4	2,4
	10ay	28	16,6
	12ay	47	27,8
	15ay	33	19,5
	18ay	6	3,6
	Toplam	169	100,0

Araştırmaya alınan 0- 2 yaş çocukların annelerinin %10,2'si 9- 12 ay, %43,2'si 13- 18 ay emzirmeyi düşünmektedir (Tablo 18).

Tablo 18. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocuğun Ne Zamana kadar Emzirileceği İle İlgili Özellikler

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Anne Kaç Yaşına Kadar Emzirmeyi Düşünüyor	9-12 ay	46	10,2
	13-18 ay	194	43,2
	19-24ay	116	25,8
	24 Ay ve üzeri	20	4,5
	Emdiği Kadar	73	16,3
	Toplam	449	100,0

0-2 yaş Çocukların Annelerinin Bilgi Düzeyi İle İlgili Bulgular

Tablo 19'da araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin bilgi düzeyi ile ilgili bazı özellikler verilmiştir.

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin % 46,4'ü ağız sütünü duymamıştır. Ağız sütü bebeğe verilmeli mi? sorusuna %51,8'i verilmelidir derken, %48,1'i fikrim yok cevabını vermiştir. Yine annelerin %14,1'i ağız sütünü besleyici olduğu için, %4'ü enfeksiyonlardan koruduğu için bebeğe verilmesi gerektiğini belirtmiştir. %65,5'i ise neden verilmesi gerektiğini bilmiyorum diye cevap vermiştir (Tablo 19).

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin emzirme ile beslemenin bildiğiniz faydaları nelerdir? Sorusuna 4,0'ı büyüme ve gelişmeyi sağlar, %22,5'i, besleyicidir, %4,4'ü bebeği hastalıklardan korur diye cevap vermiştir (Tablo 20).

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin % 54,7'si bebek ilk yarım saat içinde emzirilmeye başlanmalıdır derken, %40,8'i 1.-2.saatler arasında emzirilmeye başlanmalıdır, %1,3'ü ise bilmiyorum demiştir (Tablo 20).

Tablo 19. Araştırmaya Alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Ağız Sütü İle İlgili Bilgi Düzeyi

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Ağız Sütünü Daha Önce Duymuş muydunuz?	Evet	331	53,6
	Hayır	287	46,4
	Toplam	618	100,0
Ağız Sütü Bebeğe Verilmeli mi?	Evet	320	51,8
	Hayır	1	0,2
	Fikrim Yok	297	48,1
	Toplam	618	100,0

Tablo 20. Araştırmaya Alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Emzirme İle İlgili Bilgi Düzeyi

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Emzirmenin Faydaları Nelerdir?	Büyümeyi ve Gelişmeyi	25	4,0
	Sağlar		
	Besleyicidir	139	22,5
	Hastalıklardan Korur	27	4,4
	Diğer	427	69,1
	Toplam	618	100,0
Doğumdan Sonra Kaç Saat İçinde Emzirilmeye Başlanmalıdır?	İlk Yarım Saat	338	54,7
	İkinci Yarım Saat	19	3,1
	1- 2. saat	252	40,8
	2. saat- 6.saate kadar	1	0,2
	Bilmiyorum	8	1,3
	Toplam	618	100,0

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin sadece anne sütünü bebeğe %31,2' si 3-4 ay, %59,2'si 6 ay sadece anne sütü verilmelidir diye belirtmiştir. Anne sütünü bebeğe %0,2'si 3 ay, %9,1'i 12 ay, %35'i 18 ay verilmelidir diye belirtmiştir(Tablo 21).

2 yaşına kadar anne sütü verilmelidir diyenlerin oranı, %20,4'dür (Tablo 21). Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin %63,1'i ilk 6 ay bebeğe anne sütü yeterlidir demiştir, yeterli değildir diyenlerin oranı ise %35,8'dir (Tablo 21).

Tablo 21. Araştırmaya Alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Anne Sütü İle İlgili Bilgi Düzeyi

Özellik		Birey Sayısı	Birey %'si
Sadece Anne Sütü Kaç Ay Verilmeli?	3-4 ay	193	31,2
	5 ay	28	4,5
	6 ay	366	59,2
	6 ay ve üzeri	19	3,1
	Bilmiyorum	12	1,9
	Toplam	618	100,0
İlk 6 Ay Anne Sütü Bebek İçin Yeterli midir?	Yeterlidir	390	63,1
	Yeterli değildir	221	35,8
	Bilmiyorum	7	1,1
	Toplam	618	100,0
Bebek Anne Sütü Kaç Ay Almalıdır?	3ay	1	0,2
	5ay	1	0,2
	12ay	56	9,1
	15ay	14	2,3
	18ay	216	35,0
	Emdiği Kadar	201	32,5
	2 yaşına kadar	126	20,4
	Bilmiyorum	3	0,5
	Toplam	618	100,0

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin bebek ne zaman emzirilmez? Sorusuna %3,3'ü bulaşıcı hastalık olduğu zaman, %11,3'ü gebe kalındığı zaman, %13,5'i ilaç- antibiyotik kullandığı zaman diye belirtmiştir (Tablo 22). Bilmiyorum cevabını verenlerin oranı %72'dir.

Tablo 22. Araştırmaya Alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Bebeğin Emzirilmediği Durumlar İle İlgili Bilgi Düzeyi

Özellik		Birey Sayısı	Birey %'si
Hangi Durumlarda Bebek Emzirilmez?*	Bulaşıcı Hastalık Olduğu Zaman	21	3,3
	Gebe Kalındığı Zaman	70	11,3
	Annenin İlaç- Antibiyotik Kullandığı Zaman	84	13,5
	Cünüp Olduğum Zaman	9	1,4
	Bilmiyorum	445	72,0
	Toplam	629	101,5

Araştırmaya alınan 0-2 yaş grubu çocukların annelerinin %64,4'ü ek gıdaya başlamayı bildiğini ifade ederken, bilmiyorum diyenlerin oranı %35,6'dır (Tablo 23).

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin inek sütü ne zaman verilmeye başlanmalıdır? Sorusuna %20,7'si 1 yaşından sonra, %15,4'ü bilmiyorum diye cevap vermiştir. Yine inek sütü ilk nasıl verilmelidir? Sorusunu %74,8'i tamamı diye yanıtlarken, %17,5'i bilmiyorum demiştir. Sadece %7,7'si sütün sulandırılması gerektiğinin farkındadır (Tablo 23).

Tablo 23. Araştırmaya Alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Ek Gıdalar İle İlgili Bilgi Düzeyi

Özellik		Birey Sayısı	Birey %'si
Ek Gıdalara Nasıl Başlanır Biliyor musun?	Evet	398	64,4
	Hayır	220	35,6
	Toplam	618	100,0
İnek Sütü Anne Sütü Almayan Bebeğe İlk Nasıl Verilir?	Tamamı	462	74,8
	Yarı Yarıya	8	1,3
	Sulandırarak		
	Rastgele Sulandırarak	25	4,0
	Bilmiyorum	108	17,5
	3 Aylığına kadar ayına göre sulandırarak	15	2,4
	Toplam	618	100,0

Tablo 24’de annelerin doğum öncesi ve doğum sonrası anne sütü eğitimi alma durumları verilmiştir.

Araştırmaya alınan annelerin %5,5’i doğum öncesi anne sütü eğitimi alırken, %94,5’i doğum öncesi anne sütü eğitimi almadığını belirtmiştir. Araştırmaya alınan annelerin %19,9’u doğum sonrası anne sütü eğitimi alırken, %80,1’i doğum sonrası anne sütü eğitimi almadığını belirtmiştir (Tablo 24).

Araştırmaya alınan annelerin %4,5’i doğum öncesi emzirme eğitimi alırken, %95,5’i doğum öncesi emzirme eğitimi almadığını belirtmiştir. Araştırmaya alınan annelerin doğum öncesi emzirme eğitimini %7,1’i hekimden alırken, %53,6’sı ebe- hemşireden, %35,7’si yazılı- görsel basından eğitim aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 25).

Araştırmaya alınan annelerin %22,3’ü doğum sonrası emzirme eğitimi alırken, %77,7’si doğum sonrası eğitim almadığını belirtmiştir. Araştırmaya alınan 0- 2 yaş çocuğun doğum sonrası emzirme eğitimi alan annelerinin %1,4’i hekimden, %93,5’i ebe- hemşireden, %5,1’i yazılı ve görsel basından eğitim aldığını belirtmiştir (Tablo 25).

Tablo 24. 0-2 Yaş Çocukların Annelerinin Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Anne Sütü Eğitimi Alma Durumlarıyla ilgili Özellikler

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Doğum Öncesi Anne Sütü Eğitimi	Alan	34	5,5
	Almayan	584	94,5
	Toplam	618	100,0
Doğum Öncesi Anne Sütü Eğitimini Nereden Aldınız?	Hekim	3	8,8
	Ebe- Hemşire	21	61,8
	Yazılı- Görsel Basın	10	29,4
	Toplam	34	100,0
Doğum Sonrası Anne Sütü Eğitimi	Alan	123	19,9
	Almayan	495	80,1
	Toplam	618	100,0
Doğum Sonrası Anne Sütü Eğitimini Nereden Aldınız?	Hekim	1	0,8
	Ebe- Hemşire	112	91,1
	Yazılı- Görsel Basın	10	8,1
	Toplam	123	100,0

Tablo 25. 0-2 Yaş Çocukların Annelerinin Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Emzirme Eğitimi Alma Durumlarıyla ilgili Özellikler

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Doğum Öncesi Emzirme Eğitimi	Alan	28	4,5
	Almayan	590	95,5
	Toplam	618	100,0
Doğum Öncesi Emzirme Eğitimini Nerden Aldınız?	Hekim	2	7,1
	Ebe- Hemşire	15	53,6
	Yazılı- Görsel Basın	10	35,7
	Ebe- Hemşire, Yazılı Ve Görsel Basın	1	3,6
	Toplam	28	100,0
Doğum Sonrası Emzirme Eğitimi	Alan	138	22,3
	Almayan	480	77,7
	Toplam	618	100,0
Doğum Sonrası Emzirme Eğitimini Nerden Aldınız?	Hekim	2	1,4
	Ebe- Hemşire	129	93,5
	Yazılı- Görsel Basın	7	5,1
	Toplam	138	100,0

Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocukların Ek Gıdalara Başlama Durumlarıyla İlgili Bulgular

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin %52,1'i bebeğin emmek istememesi, %18,3'ü anne sütünün gelmemesi nedeniyle emzirmeyi bıraktığını söylemiştir. Annenin çalışması nedenleriyle emzirmeyi bırakanların oranı ise %4,1'dir (Tablo 26).

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin %80,8'i kendi isteğiyle ek gıdalara başladığını ifade etmiştir (Tablo 26).

Araştırmaya alınan 0-2 yaş grubu çocukların annelerinin ek gıdaya ne zaman başladınız? Sorusuna %18,4'ü henüz başlamadım derken, %2,3'ü 7 aylık ve üzerindeyken başladığını söylemiştir. %48,2'si ek gıdalara doğru zamanda başlamıştır (Tablo 26). Ek gıdalara yutabileceği şeylerden başlayanların oranı %17,3, hazmedebileceği şeylerden başlayanların oranı ise 2,4'dür. Süt ve süt ürünleriyle başlayanların oranı ise %7,0'dır.

Araştırmaya alınan 0-2 yaş grubu çocukların %20,3'ünün anneleri bebeğe ilk ek gıda olarak formül mama vermiştir. Pirinç unu verenlerin oranı %19,5, inek sütü verenlerin %4,6, yoğurt verenlerin oranı %9,7'dir.

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların %8,4'ünün anneleri ilk 6 aylık dönemde yiyecekleri kaşıkla, %40,6'sı biberonla, %49,8'i hem kaşıkla, hem biberonla verdiğini belirtmiştir.

Annelerinin %32'si çocuğuna sebze çorbası yapmaktadır. Sebze çorbasını bebeğe ilk yaparken, %0,5' i mercimek, soğan, pirinç koyarken, %8,6'sı mercimek, havuç, soğan, patates, %1,5'i yoğurt, şehriye, tavuk, kabak koymuşlardır. Şimdi yaparken ise; % 89,9' u aynısını yaparken, % 6,5'i sarımsak, % 1,5'i soğan eklemekteydi.

Annelerin %75'i çocuklarına doğumdan sonra 3 ay sadece formül mama (anne sütü almaksızın) vermiştir. 1 çocuğa ise doğumdan sonra 1 ay sadece inek sütü (anne sütü almaksızın) verilmiştir (Tablo 27).

Tablo 26. 0-2 Yaş Çocukların Ek Gıda Alma Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Emzirmeyi Bırakma Nedeni	Bebeğin emmek istememesi	88	52,1
	Anne sütünün gelmemesi	31	18,3
	Gebelik nedeniyle	16	9,5
	Bebeğin hastalığı	7	4,1
	2yaşını doldurmuş olması	1	0,6
	Annenin çalışması	7	4,1
	Anne sütünü gelmemesi-Bebeğin emmek istememesi	16	9,5
	Toplam	169	100,0
Ek Gıdaya Kimin Önerisiyle Başlandı	Kendi isteğiyle	407	80,8
	Doktorunun İsteğiyle	34	6,7
	Büyüklerinin isteğiyle	55	10,9
	Kendi- Aile		
	Büyüklerinin İsteği	3	0,6
	Doktoru- Kendi		
	İsteğiyle	3	0,6
	Doktorunun- Aile		
	Büyüklerinin İsteğiyle	2	0,4
	Toplam	504	100,0
Ek Gıdaya Başlama Zamanı*	Henüz başlamadım	114	18,4
	2ay*	76	15,0
	3ay*	173	34,3
	5ay*	66	13,1
	6ay*	177	35,1
	7ay *ve üzeri	12	2,3
	Toplam	618	100,0

*Ek gıdaya başlayan 504 kişiye değerlendirilmiştir.

Tablo 27. 0-2 Yaş Çocukların Ek Gıda Başlama Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler

Özellikler		Birey Sayısı	Birey %'si
Ek Gıdalara Nasıl Başlandı	Yutabileceği Şeylerden	87	17,3
	Hazmedebileceği	12	2,4
	Şeylerden		
	Sıvıdan- Katı Şeylere	213	42,3
	Doğru		
	Sadece Mama	72	14,3
	Veriyorum		
	Süt ve Süt Ürünleriyle	35	6,9
	Karışık Her Şeyden	35	6,9
	Yutabileceği- Hazmedebileceği	50	9,9
	Şeylerden		
	Toplam	504	100,0
Sadece Formül Mamayı Kaç Ay Verildi	3 ay	3	75,0
	5 ay	1	25,0
	Toplam	4	100,0
Sadece İnek Sütünü Kaç Ay Verildi	1 ay	1	
	Toplam	1	100,0
Ek Gıda Olarak İlk Ne Verildi	Formül Mama	108	21,4
	Cici Bebe	58	11,5
	Nişasta	93	18,5
	Pirinç Unu	97	19,2
	İnek Sütü	23	4,6
	Çorbalar	57	11,3
	Yoğurt	48	9,5
	Pekmez	2	0,4
	Meyve Suları	11	2,2
	Yemek, yemek Suları	7	1,4
	Toplam	504	100,0

60. Yıl Sağlık Ocağı bölgesinde araştırmaya alınan 0- 2 yaş çocuklarda malnütrisyon bulunma durumuna göre dağılımları tablo 28’de verilmiştir.

Araştırmaya alınan 0- 2 yaş çocukların %97,7’sinin boy ve ağırlığı normal, %2,2’si boy ya da ağırlıkça malnütrisyonludur (Tablo 28).

Tablo 28. Araştırmaya Alınan 0- 2 Yaş Çocukların Malnütrisyon Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	Birey Sayısı	Birey %'si
Boy ve Ağırlığı Normal	604	97,7
Boy Ya da Ağırlıkça Malnütrisyonlu	14	2,2
Toplam	618	100,0

Araştırmaya alınan 0- 2 yaş çocukların %0,3'ü boy ve ağırlıkça malnütrisyonlu, %1,3'ü boyca malnütrisyonlu, %0,6'sı ağırlıkça malnütrisyonludur. Kendisi içinde incelendiğinde bunların büyük çoğunluğu boyca malnütrisyonludur (%57,1) (Tablo 29).

Tablo 29. Malnütrisyon Saptanan 0- 2 Yaş Çocukların Malnütrisyon Tipine Göre Dağılımı

Özellikler	Birey Sayısı	ToplamBireye Göre %	14 Kişiye Göre %
Boy ve Ağırlığa Göre Malnütrisyonlu	2	0,3	14,2
Ağırlığı Normal, Boyca Malnütrisyonlu	8	1,3	57,1
Boy Normal, Ağırlıkça Malnütrisyonlu	4	0,6	28,6
Toplam	14	2,2	100,00

Malnütrisyon saptanan çocukların %71,43'ü orta derecede malnütrisyonlu (-2SD'nin altında) iken; %28,57'si ağır derecede malnütrisyonludur (-3SD'nin altında) (Tablo 30).

Tablo 30. Malnütrisyon Saptanan Çocukların Malnütrisyonun Şiddetine Göre Dağılımı

Malnütrisyon Derecesi	Sayı	%
-2SD	10	71,43
-3SD	4	28,57
Toplam	14	100,00

Sosyal güvencesi olmayan ailelerde malnütrisyon sıklığı (%5,5), sosyal güvencesi olan ailelerden (%1,4) anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,015) (Tablo 31).

Tablo 31. Araştırmaya Alınan 0- 2 Yaş Çocukların Ailelerinin Sosyal Güvence ve Çocuklardaki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler		Malnütrisyon				Toplam		Test Sonucu (Fisher'in Kesin Testi)
		Olan		Olmayan				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sosyal Güvence	Var	7	1,4	484	98,6	491	100,0	p=0,013
	Yok	7	5,5	120	94,5	127	100,0	
	Toplam	14	2,3	604	97,7	618	100,0	

Annenin yaşı küçük olanlardaki (24,21) malnütrisyon sıklığı, yaşı büyük olanlardan (29,24) anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,001) (Tablo 32).

Tablo 32. Araştırmaya alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Yaş Ortalamalarına ve Çocuklardaki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler		Birey Sayısı (n)	Annenin Yaş Ortalaması	Standart Sapma	Test Sonucu
Malnütrisyon	Var	14	24,21	4,59	P=0,001
	Yok	604	29,24	5,54	
	Toplam	618			

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin toplam gebelik sayısı ve malnütrisyon durumuna göre dağılımı incelendiğinde; annelerinin gebelik sayısı 1 olan çocukların %5,4'ünün, 4 ve üzeri olan annelerin %0,4'ünün malnütrisyonlu olduğu belirlenmiştir (Tablo 33). Gebelik sayısı arttıkça malnütrisyon sıklığı anlamlı düzeyde azalmaktadır ($p=0,016$). İleri analizde farkın 1 çocuklu annelerden oluştuğu belirlenmiştir. Gebelik sayısı 1 olan annelerin çocuklarında malnütrisyon anlamlı düzeyde yüksektir.

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin toplam canlı doğum sayısı ve malnütrisyon durumuna göre dağılımı incelendiğinde; annelerinin canlı doğum sayısı 1 olan çocukların %5,3'ü malnütrisyonludur. 4 ve üzeri canlı doğum sayısı olan annelerde malnütrisyon görülmemiştir (Tablo 33). Canlı doğum sayısı arttıkça malnütrisyon sıklığı anlamlı düzeyde azalmaktadır ($p=0,023$). İleri analizde farkın canlı doğum sayısı 1 olan annelerden oluştuğu belirlenmiştir. Canlı doğum sayısı 1 olan annelerin çocuklarında malnütrisyon anlamlı düzeyde yüksektir.

Araştırmaya alınan 0- 2 yaş çocukların annelerinin yaşayan çocuk sayısı ve malnütrisyon durumuna göre dağılımı incelendiğinde; annelerinin yaşayan çocuk sayısı 1 olan bebeklerin %5,3'ü malnütrisyonludur. 4 ve üzeri olan çocuklarında malnütrisyon görülmemiştir (Tablo 33).

Yaşayan çocuk sayısı arttıkça malnütrisyon sıklığı anlamlı düzeyde azalmaktadır ($p=0,023$). İleri analizde farkın yaşayan çocuk sayısı 1 olan annelerden oluştuğu belirlenmiştir. Yaşayan çocuk sayısı 1 olan annelerin çocuklarında malnütrisyon anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 33).

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların kaçınıcı yaşayan çocuk olduğu ve malnütrisyon durumuna göre dağılımı incelendiğinde; 1. çocuk olan bebeklerin %5,2'sinde malnütrisyon görülmüştür (Tablo 33). Çocuğun sırası arttıkça malnütrisyon sıklığı anlamlı düzeyde azalmaktadır (p=0,024). İleri analizde farkın 1. çocuklardan oluştuğu belirlenmiştir. İlk çocuklarda malnütrisyon anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 33. Araştırmaya alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Doğum Öykülerine ve Çocuklardaki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler		Malnütrisyon				Toplam		Test Sonucu
		Olan		Olmayan				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Gebelik Sayısı	1	6	5,4	106	94,6	112	100,0	P=0,016
	2	5	3,9	124	96,1	129	100,0	
	3	2	1,3	148	98,7	150	100,0	
	4 ve üzeri	1	0,4	226	99,6	227	100,0	
	Toplam	14	2,3	604	97,7	618	100,0	
Canlı Doğum Sayısı	1	7	5,3	126	94,7	133	100,0	P=0,023
	2	4	2,8	141	97,2	145	100,0	
	3	3	1,6	182	98,4	185	100,0	
	4 ve üzeri	0	0,0	155	100,0	155	100,0	
	Toplam	14	2,3	604	97,7	618	100,0	
Yaşayan Çocuk Sayısı	1	7	5,3	126	94,7	133	100,0	P=0,023
	2	4	2,8	141	97,2	145	100,0	
	3	3	1,6	182	98,4	185	100,0	
	4 ve üzeri	0	0,0	155	100,0	155	100,0	
	Toplam	14	2,3	604	97,7	618	100,0	
Kaçınıcı Çocuk	1	7	5,2	127	94,8	134	100,0	P=0,024
	2	4	2,8	140	97,2	144	100,0	
	3	3	1,6	182	98,4	185	100,0	
	4 ve üzeri	0	0,0	155	100,0	155	100,0	
	Toplam	14	2,3	604	97,7	618	100,0	

Araştırmaya alınan 0- 2 yaş çocukların annelerinden çocuğa sadece anne sütünün kaç ay verileceğini bilenlerin %3,6'sının, bilmeyenlerin %0,4'ünün çocuklarında malnütrisyon belirlenmiştir (Tablo 34). Soruyu doğru cevap veren annelerin çocuklarında malnütrisyon sıklığı, bilmeyen annelerin çocuklarından anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,01).

Tablo 34. Araştırmaya alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Sadece Anne Sütünün Çocuğa Kaç Ay Verileceğini Bilme Ve Çocuklardaki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı

Özellik		Malnütrisyon				Toplam		Test Sonucu
		Olan		Olmayan				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sadece Anne Sütü Kaç Ay Verilmelidir?	Bilen	13	3,6	353	96,4	366	100,0	P=0,01
	Bilmeyen	1	0,4	251	99,6	252	100,0	
	Toplam	14	2,3	604	97,7	618	100,0	

Bebeğe anne sütü kaç ay verileceğine doğru yanıt veren annelerin çocuklarının %5,7'sinde malnütrisyon saptanmışken, bilmeyenlerin %1,4'ünde malnütrisyon saptanmıştır (p=0,012) (Tablo 35)

Tablo 35. Araştırmaya alınan 0-2 Yaş Çocuğun Annelerinin Anne Sütünün Çocuğa Toplam Kaç Ay Verileceğini Bilme Ve Çocuklardaki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı

Özellik		Malnütrisyon				Toplam		Test Sonucu (Fisher'in Kesin Testi)
		Olan		Olmayan				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Anne Sütü Kaç Ay Verilmelidir?	Bilen	7	5,7	116	94,3	123	100,0	P=0,011
	Bilmeyen	7	1,4	487	98,6	494	100,0	
	Toplam	14	2,3	603	97,7	618	100,0	

İlk 6 ay anne sütü yeterlimidir? Sorusuna doğru yanıt veren annelerin çocuklarının %3,6'sında malnütrisyon saptanmışken, bilmeyenlerin %0,4'ünde malnütrisyon saptanmıştır (p=0,020) (Tablo 36).

Tablo 36. Araştırmaya alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin İlk 6 Ay Anne Sütünün Yeterlilik Durumunu Bilme ve Çocuklardaki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı

Özellik		Malnütrisyon				Toplam		Test Sonucu
		Olan		Olmayan				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İlk 6 Ay Anne Sütü Yeterlimidir?	Bilen	13	3,6	353	96,4	366	100,0	P=0,020
	Bilmeyen	1	0,4	251	99,6	252	100,0	
	Toplam	14	2,3	604	97,7	618	100,0	

İnek sütü bebeğe ne zaman verilir? Sorusuna doğru yanıt veren annelerin çocuklarının %4,7'sinde malnütrisyon saptanmışken, bilmeyenlerin %1,7'sinde malnütrisyon saptanmıştır (p=0,089) (Tablo 37).

Tablo 37. Araştırmaya alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin İnek Sütünün Bebeğe Ne Zaman Verileceğini Bilme ve Çocuklardaki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı

Özellik		Malnütrisyon				Toplam		Test Sonucu (Fisher'in Kesin Testi)
		Olan		Olmayan				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İnek Sütü Bebeğe Ne Zaman Verilir?	Bilen	6	4,7	122	95,3	128	100,0	p=0,088
	Bilmeyen	8	1,7	474	98,3	480	100,0	
	Toplam	14	2,3	600	97,7	618	100,0	

Araştırmaya alınan 0 2 yaş çocukların annelerinden doğum sonrası emzirme eğitimi alanların çocuklarının hiçbirinde malnütrisyon belirlenmemiştir. Annelerden doğum sonrası emzirme eğitimi almayanların çocuklarının %2,9'unda malnütrisyon belirlenmiştir (Tablo 38). Annelerden doğum sonrası emzirme eğitimi almayanların çocuklardaki malnütrisyon sıklığı, eğitim alanların çocuklarıne göre anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,020).

Tablo 38. Araştırmaya alınan 0-2 yaş Çocukların Annelerinin Doğum Sonrası Emzirme Eğitimi Alma ve Çocuklardaki Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımı

Özellik		Malnütrisyon				Toplam		Test Sonucu (Fisher'in Kesin Testi)
		Olan		Olmayan				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Doğum Sonrası Emzirme Eğitimi	Alan	0	0	138	100,0	138	100,0	P=0,048
	Almayan	14	2,9	466	97,1	480	100,0	
	Toplam	14	2,3	604	97,7	618	100,0	

Eğitimin etkisini ortaya koyabilmek amacıyla; değerlendirme ölçütü olarak 2 kriter alınmıştır: 1- Z skorlarındaki değişim 2-Medyan değerden uzaklığın değişimi. Tablo 39, 40, 41’ de toplam üç ölçümün z skoru değişimleri verilmiştir. 3 ölçüm bir arada değerlendirildiği Friedman testinde anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim öncesi değerler eğitim sonrası 1. ve 2.değerden anlamlı düzeyde yüksektir (14 çocuk $p=0,000$).

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocuklardan malnütrisyon saptanan 14 çocuğun eğitim öncesi ve eğitimden 6 ay sonraki z skoru ortalama değişimi incelendiğinde; eğitim öncesi çocukların z skoru ortalaması 2,88 iken, eğitimden 6 ay sonraki z skoru ortalaması 1,39’dur ($p=0,001$) (Tablo 39).

Tablo 39. Malnütrisyonlu Çocukların Eğitim Öncesi (1. Ölçüm) ve Sonrası (2.Ölçüm) Z Skoru Ortalama Değişimi

Özellikler		Birey Sayısı (n)	Z Skoru Ortalaması	Standart Sapma	Test Sonucu
Eğitim öncesi (1.ölçüm) ve sonrası (2. ölçüm) z skoru	Önce	14	2,88	1,96	P =0,001
	Sonra	14	1,39	2,08	

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocuklardan malnütrisyon saptanan 14 çocuğun eğitim öncesi ve 2. ölçümden 1 yıl sonraki z skoru ortalama değişimi hesaplanmıştır. Eğitim öncesi çocukların z skoru ortalaması 2,88 iken, 2. ölçümden 1 yıl sonraki z skoru ortalaması 0,70’dir ($p=0,001$) (Tablo 40).

Tablo 40. Malnütrisyonlu Çocukların Eğitim Öncesi (1.Ölçüm) ve 2.Ölçümden 1 Yıl Sonraki (3. Ölçüm) Z Skoru Ortalama Değişimi

Özellikler		Birey Sayısı (n)	Z Skoru Ortalaması	Standart Sapma	Test Sonucu
Eğitim öncesi (1. ölçüm) ve 2. ölçümden 1 Yıl Sonraki (3. Ölçüm) z skoru	Önce	14	2,88	1,96	P =0,001
	Sonra	14	0,70	1,31	

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocuklardan malnütrisyon saptanan 14 çocuğun eğitimden 6 ay sonrası (2. Ölçüm) ve 2. ölçümden 1 yıl sonraki z skoru ortalama değişimi ve hesaplanmıştır (Tablo 41).

Çocukların eğitimden 6 ay sonraki z skoru ortalaması 1,39 iken, 2. ölçümden 1 yıl sonraki z skoru ortalaması 0,70'dir (p=0,005) (Tablo 41).

Tablo 41. Malnütrisyonlu Çocukların Eğitim Sonrası (2.ölçüm) ve 2. Ölçümden 1 Yıl Sonraki Ölçüm (3.ölçüm) Z Skoru Ortalama Değişimi

Özellikler		Birey Sayısı (n)	Z Skoru Ortalaması	Standart Sapma	Test Sonucu
Eğitim sonrası (2. Ölçüm) ve 2. ölçümden 1 yıl sonraki (3.ölçüm) z skoru	Önce	14	1,39	2,08	P =0,005
	Sonra	14	0,70	1,31	

Malnütrisyonlu çocukların eğitim öncesi (1.ölçüm) ve 6 ay sonrası (2. ölçüm) medyan değerden uzaklıklarının ortalamalarının değişimi hesaplanmıştır (Tablo 42).

Malnütrisyonlu 14 çocuğun eğitim öncesi ve eğitimden 6 ay sonraki ölçümleri tablo 39’da verilmiştir. Tabloya göre eğitim öncesi uzaklığın ortalaması 4,69, eğitimden 6 ay sonraki uzaklığın ortalaması ise 1,96’dır ($p=0,001$) (Tablo 42).

Tablo 42. Malnütrisyonlu Çocukların Eğitim Öncesi (1. Ölçüm) ve Sonrası (2.ölçüm) Medyan Değerden Uzaklıklarının Ortalamalarının Değişimi

Özellikler		Birey Sayısı (n)	Uzaklığın Ortalaması	Standart Sapma	Test Sonucu
Eğitim Öncesi (1.ölçüm) ve Sonrası (2. ölçüm) Bulunan Yaşa Göre Medyan Değerden Uzaklıklarının Ortalamaları	Önce	14	4,69	2,23	P =0,001
	Sonra	14	1,96	1,20	

Malnütrisyonlu çocukların eğitim öncesi ve 2.ölçümden 1 yıl sonrası medyan değerden uzaklıklarının ortalamalarının değişimi hesaplanmıştır (Tablo 43).

Malnütrisyonlu 14 çocuğun eğitim öncesi (1.ölçüm) ve 2. ölçümden 1 yıl sonraki ölçümleri tablo 42’de verilmiştir. Tabloya göre eğitim öncesi uzaklığın ortalaması 4,69, 2. ölçümden 1 yıl sonraki uzaklığın ortalaması ise 2,47’dir ($p=0,016$) (Tablo 43).

Tablo 43. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocukların Eğitim Öncesi (1.Ölçüm) ve 2. Ölçümden 1 Yıl Sonrası (3. Ölçüm) Medyan Değerden Uzaklıklarının Ortalamalarının Değişimi

Özellikler		Birey Sayısı (n)	Uzaklığın Ortalaması	Standart Sapma	Test Sonucu
Eğitim öncesi (1. Ölçüm) ve 3. Ölçüm Sonrası Bulunan Yaşa Göre Medyan Değerden Uzaklıklarının Ortalamaları	Önce	14	4,69	2,23	P =0,016
	Sonra	14	2,47	4,76	

Malnütrisyonlu çocukların eğitimden 6 ay sonra (2.ölçüm) ve bu ölçümden 1 yıl sonrası (3.ölçüm) medyan değerden uzaklıklarının ortalamalarının değişimi hesaplanmıştır (Tablo 44).

Malnütrisyonlu 14 çocuğun eğitimden 6 ay ve bu ölçümden 1 yıl sonraki ölçümleri tablo 43’de verilmiştir. Tabloya göre eğitimden 6 ay sonraki uzaklığın ortalaması 1,96 iken, bu ölçümden 1 yıl sonraki uzaklığın ortalaması ise 2,47’dür ($p=0,25$) (Tablo 44).

Tablo 44. Araştırmaya Alınan 0-2 Yaş Çocukların Eğitim Sonrası (2.ölçüm) Ve 2. Ölçümden 1 Yıl Sonraki Ölçüm (3.ölçüm) Sonrası Medyan Değerden Uzaklıklarının Ortalamalarının Değişimi

Özellikler		Birey Sayısı (n)	Uzaklığın Ortalaması	Standart Sapma	Test Sonucu
Eğitim sonrası (2. ölçüm) ve 2. ölçümden 1 Yıl Sonraki Ölçüm (3.ölçüm) Sonrası Bulunan Yaşa Göre Medyan Değerden Uzaklıklarının Ortalamaları	Önce	14	1,96	1,20	P =0,25
	Sonra	14	2,47	4,76	

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada 60.Yıl Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-2 yaş grubu çocuklarda malnutrisyon durumunun ve bunu belirleyen faktörlerin belirlenmesi ve ailelere eğitim verilerek eğitimin etkisinin ortaya konması ve bu sayede çocuklardaki beslenme bozukluklarının giderilmesi amaçlanmıştır. Araştırmada toplam 618 kişiye anket uygulanmıştır.

Araştırmaya Alınan 0- 2 Yaş Çocukların Sosyo - demografik Özellikleri

Gaziantep'te kentsel bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan bu çalışmada araştırmaya alınan 0- 2 yaş çocukların annelerinin ortalama yaşları $29,12 \pm 0,22$ (SD= 5,57, ortanca= 29, min= 17, max= 47) dir. Anne yaş ortalaması malnütrisyonlu olan bebeklerde anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0,001$). Malnütrisyon olmayan çocuklarda anne yaş ortalaması 29,24 iken olanlarda 24,21'dir. 2011 yılında yapılan bir çalışmada; annelerin yaşı 17 ile 44 yıl ($27,6 \pm 5,5$ yıl) arasında olup, malnütrisyon ile arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (25). 2005 yılında Kayseri'de yapılan bir araştırmaya göre; annelerin yaş ortalamasının $27,20 \pm 5,51$ yıl olduğu, malnütrisyon oluşumunda etkili olmadığı belirlenmiştir (24). Bizim araştırmamızda bu çalışmadan farklı olarak anne yaşı arttıkça çocuklardaki malnütrisyon sıklığı azaldığı görülmektedir. Buna; annenin yaşı ilerledikçe bilgi seviyesinin artması ve deneyim kazanmasının neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda malnütrisyon sıklığı ile annenin evlenme yaşı arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,731$). Annelerin ortalama evlenme yaşı ortalama $19,14 \pm 0,09$ (SD=2,35, ortanca 19, min=15, max=37) olarak belirlenmiştir. TNSA 2003'e göre ortanca ilk evlenme yaşı kadınların arasında ortalama 20'dir (43). TNSA 2008 sonuçlarına göre ise; ortalama evlilik yaşı 20,8'e yükselmektedir (4). 2004 yılında Ankara'da yapılan bir araştırmada annelerin evlenme yaşı ortalama $20,83 \pm 0,11$ yıl olarak bulunmuştur (5). Veriler benzerdir. Evlenme yaşının malnütrisyon sıklığını etkilememesinin annelerin evlenme yaş ortalamasının çok düşük olmamasından ve benzer yaşlarda evlenildiğinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Aylık gelir ile malnütrisyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,665$). Ailelerin ortalama aylık geliri $1,056 \pm 16,35$ (SD=402,62,ortanca=1056, min=300, max=3000) olarak belirlenmiştir.

2007 yılında İstanbul'da yapılan bir araştırmada ailelerin aylık geliri 300-10 000 YTL arasında değişmekteydi (42). 2006 yılında İstanbul'da yapılan bir araştırmaya göre; aylık geliri asgari ücret ve daha az olan ailelerin bebeklerinde fetal malnutrisyon saptananların sayısı 105 (%25,2), aylık geliri asgari ücretten daha fazla olanların bebeklerinde fetal malnutrisyon saptananların sayısı 54 (%18,6) olarak bulunmuştur (26). Araştırmamızda; aylık gelir ortalamasının düşük olmamasından ve gelirlerinin benzer olmasından dolayı bu sonuca ulaşıldığı düşünülmektedir.

Annenin mesleği ile malnütisyon arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,512$). Araştırmaya alınan çocukların annelerinin %97,1'i ev hanımı iken, %2,9'u çalışan anneydi. TNSA 2003'e göre kadınların %27'si araştırma sırasında çalışmaktaydı (43). TNSA 2008'e göre araştırma tarihinden önceki 12 aylık süre içinde kadınların % 38'i bir işte çalışmıştır (4). 2008 yılında İstanbul'da yapılan bir araştırmada; annelerin %88,3'ü ev hanımı, %6,6'sı işçi, %5,2'si memurdu (8). 2004 yılında Ankara'da yapılan bir çalışmada; annelerin %77,5'inin ev hanımı olarak belirlenmiştir (28). Araştırmamızda çalışan anne sayısının diğer araştırmalara göre az olduğu belirlenmiştir. Bunun da; o bölgenin coğrafi ve sosyo-kültürel özelliklerine bağlı olduğunu düşündürmektedir. Araştırmamızda; çalışan anne sayısının düşük olması, çocuklardaki bakımı artıracığından, malnütisyon sıklığı daha az çıkmış olabilir.

Babanın mesleği ile malnütisyon arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,307$). Babalarının %1,1'i profesyonel meslek grubunda çalışırken, %29,8'i nitelik gerektirmeyen işlerde çalışmaktaydı. % 2,8'i ise herhangi bir işte çalışmamaktaydı. 2008 yılında İstanbul'da yapılan bir araştırmada; babaların %67,6'sı işçi, %5,2'si memur, %23,9'u serbest meslek, %3,3'ü herhangi bir işte çalışmamaktaydı (8). Veriler yaklaşık rakamlardır. Çalışmayan babaların sayısının düşük olması, ailenin ekonomik durumunu yükseltmiş olacağından, araştırmamızda çocuklardaki malnütisyon sıklığı ülke genelinden daha az çıkmış olabilir.

Annenin öğrenim durumu ile malnütisyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,059$). Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin %0,5'i okuryazar değil, %68,9'u ilköğretim mezunu, %0,8'i ise üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. TNSA 2003'e göre kadınların %21,8'i eğitimi olmayan, %53,7'si ilköğretim birinci kademe, %17,4'ü lise ve üzeri eğitim almışlardır (43).

TNSA 2008' göre Türkiye'deki kadınların %82'si en az ortaokul mezunudur ve okuma yazma bilmeyen kadınların oranı ise; %11'dir (4).

Araştırmamızda okuma yazma bilmeyenlerin oranının diğer araştırmalardan düşük olması sevindiricidir. Bununda araştırmaların farklı illerde ve yıllarda yapılması, sosyo-kültürel özelliklerin farklı olması nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Ayrıca araştırmamızda annelerin eğitim seviyelerinin çok düşük olmaması da malnütrisyon sıklığının ülke genelinden düşük olmasını açıklayabilir.

Babanın öğrenim durumu ile malnütrisyon arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,0704$). Babalarının %0,2'si okuryazar değil, %51,1'i ilkokul mezunu, %19,4'ü lise mezunu, %4'ü üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. TNSA 2003'e göre; erkeklerin % 77'si ilköğretim birinci basamağı bitirmiştir (43). TNSA 2008'e göre en az lise mezunu olan nüfusun oranı erkeklerde %26'dır (4). Babaların eğitim sürelerinin düşük olmaması (en azından büyük bir bölümünün ilkokulu bitirmiş olması) sevindiricidir. 2005 yılında yapılan bir araştırmaya göre de; babanın öğrenim durumlarının malnütrisyon oluşumunda etkili olmadığı ortaya konmuştur (37). Bizim araştırmamızda da aynı sonuca ulaşılmıştır.

Araştırmaya alınan ailelerin %79,4'ünün herhangi bir sosyal güvencesi vardır. Sosyal güvencesi olmayan ailelerin çocuklarındaki (%5,5) malnütrisyon sıklığı, sosyal güvencesi olan ailelerin çocuklarından (%1,4) anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,015$). Bu sonuç önemlidir, sosyal güvencesi olmayan ailelerin sağlık hizmetlerinden yararlanamadığı, bu nedenle malnütrisyonun erken saptanamadığı ve çocuklarını tedavi ettiremediğini akla getirmektedir. TNSA 2003'e göre; kadınların %16'sının sağlık sigortası yoktur (43). TNSA 2008'e göre ise; kadınların %16,1'inin sağlık sigortası yoktur (4). Araştırmamızda sosyal güvencesi olmayan ailelerin yüzdesi TNSA 2003 ve 2008'e göre biraz fazladır.

Aile tipi ve malnütrisyon durumunu anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,856$). Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların ailelerinin %16,2'si çekirdek aile, %83,7'ü geniş aile, %0,2'si parçalanmış ailedir. Araştırmamızda ailelerin büyük çoğunluğunun geniş aile yapısında olmasına karşın bu sonucun ortaya çıkması şaşırtıcıdır. 2008 yılında İstanbul'da yapılan bir araştırmada; ailelerin %77,5'i çekirdek aile, %22,5'i geniş aile olarak bulunmuştur (8). İki araştırma sonuçlarının farklı olması farklı coğrafi bölgelerde yapılmalarından kaynaklanıyor olabilir.

0-2 Yaş Çocukların Annelerinin Obstetrik Özellikleri

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin ortalama gebelik sayısı 2,98 ($SD=\pm 0,06$; min 1, max 7) olarak belirlenmiştir. Araştırmamızda gebelik sayısı arttıkça malnütrisyon sıklığı azalmaktadır. Gebelik sayısı 1 olan annelerin çocuklarındaki malnütrisyon oranı %5,4 iken, 2 olan annelerin çocuklarında %3,9, 3 olan annelerin çocuklarında %1,3, 4 olan annelerin çocuklarında %0,4'dür ($p=0,016$). Tezcan, gebelik sayısının anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinden bahsetmiştir ve beşten fazla sayıda gebe kalma anne ve bebek için önemli risktir (29). Sonuçların diğer araştırmalardan farklı olması az sayıda çocuğa sahip olan annelerin daha az deneyimli olduklarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Annelerin ortalama canlı doğum sayısı $2,65\pm 0,04$ ($SD=\pm 0,04$; min 1, max 7) olarak bulunmuştur. Annenin canlı doğum sayısı arttıkça malnütrisyon sıklığı azalmaktadır. Canlı doğum sayısı 1 olan annelerin çocuklarındaki malnütrisyon oranı %5,3 iken, 2 olan annelerin çocuklarında %2,8, 3 olan annelerin çocuklarında %1,6, 4 olan annelerin çocuklarında 0'dır ($p=0,023$). Yine bu sonucunda deneyimle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Annenin yaşayan çocuk sayısı arttıkça malnütrisyon sıklığı azalmaktadır. Ortalama yaşayan çocuk sayısı canlı doğum sayısı ile aynıdır ve bu bebek ve çocuk ölümleri açısından sevindirici bir bulgudur. Yaşayan çocuk sayısı 1 olan annelerin çocuklarındaki malnütrisyon oranı %5,3, 2 olan annelerin çocuklarında %2,8, 3 olan annelerin çocuklarında %1,6, 4 olan annelerin çocuklarında 0'dır ($p=0,023$). 1993 yılında yapılan bir araştırmaya göre 1-2 kardeşi bulunan çocuklardaki malnütrisyon oranı %33, 3-4 kardeşi bulunanlarda %29,1 olarak saptanmıştır (27). Veriler benzerdir. Yine deneyimin önemi ortaya çıkmıştır.

Annenin emzirme önce hazırlık yapma şekliyle malnütrisyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,727$). Annelerin %75,4'ü hazırlık yapmadığını, %18,6'sı ellerini yıkadığını, %4,0'ı meme başlarını suyla temizlediğini, %1,0'ı meme başlarını sütümlle temizlediğini, %1,0'ı ellerini yıkadığını ve meme başlarını sütüyle sildiğini belirtmiştir. 2008 yılında İstanbul'da yapılan bir araştırmada; annelerin %48,4'ünün emzirmeden önce hazırlık yapmadığı, %38,0'ının meme başlarını kaynatılmış soğutulmuş su ile temizlediği, sadece %12,2'sinin ise ellerini yıkadığı, %1,4'ünün yanlış uygulamalarda bulunduğu belirlenmiştir (8).

Emzirme öncesi hazırlık yapma ile ilgili ciddi sıkıntılar olduğu görülmektedir. Bu konuda sağlık eğitimi 1. basamakta daha önemle verilmelidir.

Annenin emzirme sonrası dikkat ettiği şeylerle malnütrisyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlam bulunmamıştır ($p=0,969$). Annelerin %53,6'sı dikkat etmediğini, %2,7'si meme başlarını temizleyip kuruttuğunu, %41,7'si bebeğin gazını çıkarttığını, %7,4'ü bebeğin başı yan gelecek şekilde yatırdığını, %0,3'ü meme başlarını sütüyle sildiğini belirtmiştir. 2008 yılınca İstanbul'da yapılan bir araştırmada; annelerin emzirmeden sonra yapılanlar arasında %8,9'unun meme başlarını kaynatılmış soğutulmuş su ile temizleyip kuruttuğu, %67,1'inin bebeğin gazını çıkarttığı, %15,0'ının bebeği sırtüstü ve başı yana gelecek şekilde yatırdığı yer alıyordu. %27,7'sinin ise emzirme sonrası herhangi bir önlem almadığı tespit edilmiştir (8). Yine emzirme sonrası dikkat edilmesi gerekenler ile ilgili sıkıntılar olduğu görülmektedir.

0-2 Yaş Çocukların Bireysel Özellikleri

Annelerin doğum öncesi takip yaptırımlarıyla malnütrisyon sıklığı arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,829$). Araştırmaya alınan 0-2 yaş bebeklerin annelerinin %99,7'si gebelik sırasında takip yaptırdığını belirtti. Araştırmaya alınan ve gebelik boyunca takip yaptıran annelerin %1,0'ı 1 kez, %34,7'si 3 kez, %22,7'si 5 kez ve üzeri gebelik takibi yaptırdığını söylemiştir. TNSA 2003'e göre; en son doğumlarında en az 1 kere doğum öncesi gebelik takibi yaptırmıştır (43). TNSA 2008'e göre ise; araştırma tarihinden önceki beş yılda yapılan son doğumlarda annelerin %92'si doğum öncesi gebelik takibi yaptırmıştır (4). 2008 yılında İstanbul'da yapılan bir araştırmada; çalışmaya katılan annelerin hepsi doğumdan önce gebelik takibi yaptırmıştır. Annelerin %1,4'ü bir kez, %3,3'ü iki kez, %7,5'i üç kez, %6,1'i dört kez, %81,7'si beş kez ve üzeri gebelik takibi yaptırdığını belirtmiştir (8). Araştırmalardaki takip sayıları farklı olsa da, annelerin büyük çoğunluğunun gebelikleri boyunca en az 1 kere takip yaptırımları anne ve bebek sağlığı açısından sevindirici bir durumdur.

Araştırmamızda malnütrisyon ile annenin doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p=0,735$). Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin %68,4'ü normal doğum yaparken, %31,6'sı sezaryenle doğum yapmıştır. TNSA 2003'e göre son beş yıl içinde doğan bebeklerin %21,2'si sezaryenle dünyaya gelmiştir (43). TNSA 2008'e göre ise; son beş yıl içinde doğan bebeklerin %36'si sezaryenle dünyaya gelmiştir (4). 2008 yılında Ankara'da yapılan bir araştırmada; annelerin %56,7'si normal doğum yapmış, %43,3'ü sezaryenle doğum yapmıştır (32).

Çalışmamızda ve diğer araştırmalarda normal doğum yapan annelerin yüzdesinin fazla olmasına rağmen, sezaryen doğum sıklığının da yüksek çıkması emzirme davranışını olumsuz yönde etkilemesi bakımından düşündürücüdür. Anneler normal doğum yapma geleneğinden uzaklaştıkça, bebeklerin doğumdan sonra erken anne sütü alamamaktadır. Bu nedenle gebelerin normal doğuma ve bebeğin doğduktan sonra hemen emzirilmesi konusunda teşvik edilmesi sağlık çalışanlarının sorumluluğu olmalıdır.

Annenin doğumlarını yaptığı yer ile malnütrisyon arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p=0,384$). Araştırmaya alınan 0-2 yaş bebeklerin annelerinin %95'i hastanede doğum yapmış, %5'i klinikte doğum yapmıştır. TNSA 2003'e göre; doğumların %78,2'si herhangi bir sağlık kuruluşunda yapıldığını göstermektedir (43).

TNSA 2008'e göre; doğumların %89,7'si herhangi bir sağlık kuruluşunda yapıldığını göstermektedir (4). 2006 yılında Ankara'da yapılan bir araştırmada; doğumların %95,9'u kamu sağlık kuruluşunda yapılmıştır (30). Doğumların büyük bir kısmının sağlık kuruluşlarında yapılması sevindiricidir.

Araştırmaya alınan çocukların ortalama doğum kiloları ile malnütrisyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,043$). Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların ortalama doğum kiloları 3208 ± 19 (SD= 340,121 ortalama= 3208, min=1700, max=4300) dür. 2500 kg'dan az doğan çocukların oranı %1,94 dür. TNSA 2008'e göre doğum kilosu belirtilen bebekler arasında 2,5 kilogramdan az olarak bildirilenlerin oranı %11'dir (4). Araştırmamıza katılan çocukların doğum kilolarının ortalamalarının düşük olmaması sevindirici bir durumdur ve malnütrisyon sıklığını etkilememiştir. Fakat annelere gebelikte verilecek eğitimin, ileride doğacak çocukları için ne derece önemli olduğu bütün annelere anlatılmalıdır.

Araştırmaya alınan çocukların doğumdaki sırası malnütrisyon sıklığını etkilemiştir. İlk çocuklardaki malnütrisyon sıklığı diğer çocuklara göre anlamlı düzeyde yüksektir. İlk çocukta malnütrisyon sıklığı %5,2, 2. çocukta %2,8, 33 çocukta %1,6, 4. çocukta 0'dır ($p=0,003$). TNSA 2003'e göre; doğum sırası 6 ve daha yukarı olan çocukların dörtte birinden biraz fazlası yaşına göre bodurdur (43). TNSA 2008'e göre; doğum sırası 6 ve daha yukarı olan çocukların yaklaşık %23'ü bodurdur (4). 2005 yılında Kayseri'de yapılan bir araştırmaya göre; üçüncü çocuktan sonraki çocukların boyca malnütrisyon açısından 1,7 kat daha fazla riskli oldukları bulunmuştur (24).

Sonuçların diğer araştırmalarla farklı olmasını az sayıda çocuğa sahip olan annelerin daha az deneyime de sahip olabileceklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya alınan çocukların bir önceki kardeşiyle arasında olan yaş farkı ile malnütrisyon arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,579$). Kendi ile bir önceki kardeşi arasında %62,5'inin 3 yaş ve daha fazla, %15,7'sinin 2 yıl ve daha az olduğu belirlenmiştir. Bebek ve anne açısından iki gebelik arasındaki sürenin 24 ay ve daha fazla olması çok önemlidir. Araştırmada %62,5 oranında bu süreye uyulması sevindiricidir. TNSA 2003'e göre doğumları %27'si bir önceki doğumdan hemen sonra, yani 24 ay içerisinde gerçekleşmiştir (43). TNSA 2008'e göre; doğumların %20'si bir önceki doğumdan "çok kısa" bir süre sonra, yani takip eden 24 ay içinde gerçekleşmiştir (4). Araştırmamızda bir önceki doğumdan kısa süre sonra yapılan doğumların sayısı TNSA verilerine göre az olsa da, bu konunun anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebileceğinden, istenilen rakamlar değildir.

Anne sütünden önce başka gıda verilmesi, doğumdan hemen sonra ve anne sütü düzenli olarak gelmeden önce bebeğe diğer sıvı gıdaların verilmesidir. Araştırmaya alınan 0- 2 yaş bebeklerin anneleri %8,7'si bebeklerine ilk şekerli su verirken, %72,3'ü anne sütü, %0,3'ü inek sütü, %18,6'sı mama verdiğini belirtmiştir. Araştırmamızda bebeğin ilk aldığı besin malnütrisyon sıklığını etkilememiştir ($p=0,506$). Ancak çocukların önemli bir kısmı bebeğe faydalı olan o ilk sütü alamamıştır. TNSA 2003'e göre; genel olarak, çocukların %40'ı anne sütünden önce başka bir gıda almışlardır (43). TNSA 2008'e göre ise; çocukların %23'ü anne sütünden önce başka bir gıda almışlardır (4). Araştırmamızdaki %27,6'ya benzerdir. 2008 yılında yapılan bir araştırmaya göre; bebeklerin yarıdan fazlasına (%55,6) mama verildiği saptanmıştır (32). Sonuç olarak ilk besin olarak anne sütü almayı engelleyecek unsurları, yanlış inanışları ortadan kaldırmanın ve eğitimlerin, bu oranı yükseltmede çok önemli bir etkisinin olacağını söylemek yanlış olmaz.

Araştırmamızda annelerin çocuklarına ilk anne sütü vermeme nedenini ile malnütrisyon arasında istatistiksel olarak anlam belirlenmemiştir ($p=0,403$). İlk anne sütünü vermeme nedenini %24,2'si küvezde kaldığı için, %18,8'i büyüklerin istediği için, %20'si sütün gelmediği için, %20,6'sı bebek emmedi olarak ifade etmiştir. 2008 yılında İstanbul'da yapılan bir araştırmaya göre; geç emzirilme nedenlerinin %79,2'si bebeğe ait, %20,8'inin anneye ait durumlar olduğu belirlenmiştir (8).

Sonuçlar hala yanlış inanışların olduğunu ve eğitim eksikliğinin varlığını göstermektedir.

Araştırmamızda çocukların doğumdan sonra ilk emzirilme süresi ile malnütrisyon arasında anlam belirlenmemiştir ($p=0,259$). Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin %59,7'si çocuklarını ilk yarım saat içinde emzirmiştir. 12 saat sonra emzirenlerin oranı ise; % 0,6'dır. TNSA 2003'e göre doğumdan sonra ilk 24 saat içinde bebeklerin % 16'sı hiç emzirilmemiştir (43). TNSA 2008'den elde edilen tüm çocukların emzirilmeye başlama zamanı ile ilgili bilgiler, ülkemizde anne sütü ile beslemeye başlamanın oldukça geç olduğunu göstermektedir. Emzirilen çocukların sadece %39'u doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmeye başlanmıştır; %27'si ise doğumdan sonraki ilk 24 saatte hiç emzirilmemiştir. Araştırmalar Türkiye'de erken emzirmeye başlama pratiğinden uzaklaşmanın sürdüğünü göstermektedir (4). Malatya İnönü Üniversitesi'nde 2005 yılında yapılan bir araştırmaya göre; annelerin % 56,6'sı bebeklerini ilk bir saatte emzirmişlerdir (34).

Ancak sonuçlar gösteriyor ki; ilk 1 saat içerisinde emzirme yüzdesi istenilen düzeyde değildir. Bebeklerin kolostrumdan faydalanabilmesi için bebeğe doğumdan hemen sonra verilecek sütün önemi anneye doğumdan önce vurgulamak faydalı olacaktır.

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin %69,0'ı bebeklerini 1-2 saat arayla emzirirken, %17,4'ü 3- 4 saat arayla, %8,9'u bebek her ağladığında emzirmektedir. Araştırmamızda emzirme süresi ile malnütrisyon arasında anlam belirlenmemiştir ($p=0,205$). Bebeklerin sık emzirilmesi süt üretimini arttırdığı için önemlidir. Ayrıca sık besleme annenin gebe kalma olasılığını azaltan bir faktör olabilecek doğum sonrası geçici kısırlık süresini uzatmaktadır. TNSA 2003'e göre; altı aylıktan küçük çocukların %91'i araştırmadan önceki 24 saat içinde 6 kez veya daha fazla emzirilmiştir (43). TNSA 2008'e göre ise; çocukların %95'i araştırmadan önceki 24 saat içinde 6 kez veya daha fazla emzirilmiştir (4). Araştırmamızda emzirme sıklığının düşük olmaması sevindirici bir durumdur.

Araştırmamızda çocukların sadece anne sütü alma süresi ile malnütrisyon arasında anlam belirlenmemiştir ($p=0,831$). Araştırmaya alınan 0- 2 yaş çocukların sadece anne sütünü %12,5' i 1-2 ay, %28'i 3-4 ay, %10,5'i 5 ay, %1,8'i 6 aydan fazla sürede almıştır. Çocukların %28,8'i sadece 6 ay anne sütü almıştır. TNSA 2003'e göre hayatın ilk iki ayında yalnız %44'ü sadece anne sütü ile beslenmiştir (43).

TNSA-2008 sonuçları ise; hayatın ilk iki ayında bebeklerin %69'unun sadece anne sütü ile beslendiğini göstermektedir (4). 2005 yılında yapılan bir çalışmada bebeklerin ikinci ayda %81,5 'i sadece anne sütü ile beslemeye devam etmiştir (18). Ülkemizde olduğu gibi dünyanın birçok bölgesinde de tek başına anne sütü ile beslenme yüzdelerinin düşüklüğü sorun oluşturmaktadır. Ortalama emzirme süresinin on iki ayı geçtiği Bangladeş'te annelerin %84'ü birinci ayda bebeklerini tek başına anne sütü ile beslerken bu beşinci ayda %20'ye düşmektedir. Hindistan'da tek başına anne sütü verme sıklığı birinci ayda %42, dördüncü ayda %20, altıncı ayda ise %10'dur. Emzirme oranlarının yüksek olduğu Norveç'te de birinci ayda tek başına anne sütü verme yüzdesi %90 iken, dördüncü ayda %44 ve altıncı ayda ise %7 düzeyine inmektedir (18). Araştırmalar gösteriyor ki erken ek gıda verme eğiliminde artış olmakta dolayısıyla bebeklerin sadece anne sütü alma süresi kısalıp zamanla ek gıdaya tamamiyle geçmeye başlanılmaktadır. Bu da çocukların alacağı toplam anne sütü süresini kısaltmaktadır. Anne sütünün önemi hakkında verilen eğitimlerle annelerin bu konuda bilgilendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların %1,8'i 1 aydan az, %2,4'ü 3 ay, %8,3'ü 6 ay, %27,8'i 12 ay, %3,6'sı 18 ay anne sütü almıştır. Araştırmamızda toplam emzirme süresi ile malnütrisyon arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ($p=231$). 12 aydan daha az süre anne sütü alanların oranı 49,2'dir. Çocuklar 15 aylık olduklarında ise; %68,7'si artık emzirilmemektedir. TNSA 2003'e göre çocuklar 12-15 aylık olduğunda %45'i artık emzirilmemektedir (43). TNSA 2008'e göre; temel özelliklere göre çok küçük farklılıklar gösterse de tüm çocukların %97'si bir süre emzirilmiştir. Tüm çocuklar için ortalama emzirme süresi TNSA 2003'te bulunan süreden bir buçuk ay daha uzun olup 16 aydır (4). 1993 yılında yapılan bir araştırmada 0-2 aylık çocuklardan hiç anne sütü almayanlarda malnütrisyon oranı %53,3, ilk 6 ay alanlarda %22,9, 7-12 ay alanlarda %43, 13 aydan fazla alanlarda %42,9 olarak saptanmıştır (27). Araştırmamızda 12-15 aylıkken anne sütü almayanların TNSA değerlerinden fazla çıkması, annelerin eğitim eksikliğine, coğrafi bölge özelliklerine ve Sosyo-kültürel özelliklere bağlı olabilir. Buna rağmen çocukların çoğunluğunun bir sürede olsa anne sütü alması malnütrisyon oluşmamasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya Alınan 0- 2 Yaş Çocukların Annelerinin Bilgi Düzeyi

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin ağız sütünü %53,6'sının duyduğu, %46,4'ünün duymadığı saptanmıştır. Annenin ağız sütünün faydaları konusundaki bilgisi ile malnütrisyon arasında anlam belirlenmemiştir ($p=0,416$). 2008 yılında yapılan bir araştırmaya göre; annelerin %89,7'si ağız sütünü (kolostrum) önceden bildiklerini, %10,3'ü ise bilmediklerini belirtmiştir (8). Sonuçların farklı olmasının araştırmamızdaki annelerin eğitim seviyesinin farklı olabileceğinden kaynaklandığı ve annelerin bu konudaki bilgi eksikliğinin eğitimlerle kapatılabileceği düşünülmektedir. Ayrıca her ne kadar ağız sütünü bilme yüzdesi düşük olsa da, bebeğe ilk anne sütü verme oranının çok düşük olmaması (72,3), malnütrisyon sıklığını etkilemediği düşünülmektedir.

Annenin ağız sütünün bebeğe verilip verilmemesi konusundaki bilgisi ile malnütrisyon arasında anlam belirlenmemiştir ($p=0,344$). Annelerin ağız sütü bebeğe verilmeli mi? sorusuna %51,8'i verilmeli, %0,2'si hayır, %48,1'i fikrim yok cevabını vermiştir. 2008 yılında yapılan bir araştırmaya göre; kolostrumu daha önceden bildiğini söyleyen annelerin %67,5'i bunun bebeğe verilmesi gerektiğini belirtirken, %32,5'i ise bu konuda fikrinin olmadığını söylemiştir (8). Yine annelerdeki bu konudaki bilgi eksikliğinin eğitimlerle kapatılabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin emzirme ile beslemenin bildiğiniz faydaları nelerdir? Sorusuna %4,0'ı büyüme ve gelişmeyi sağlar, %22,5'i besleyicidir, %4,4'ü bebeği hastalıklardan korur diye cevap vermiştir. Annenin emzirmenin faydaları konusundaki bilgisi ile malnütrisyon arasında anlam belirlenmemiştir ($p=0,607$). 2006 yılında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'n de yapılan bir araştırmaya göre; annelerin anne sütünün faydaları konusundaki görüşlerine baktığımızda; %30'u bebeği hastalıktan koruduğuna, %32'si ekonomik olduğuna, %32'sinin içeriğinin bebek için mükemmel olduğuna, %62'sinin sağlıklı düşündüğü, %33'u bebek zekâ gelişiminde etkin olduğunu düşündüğü görüldü. %9'unun bu konuda bir fikri yoktu (10). Malatya'da 2001 yılında yapılan bir araştırmada, annelerin anne sütü verme nedenlerinin dağılımına bakıldığında %50,5'i iyi, faydalı, sağlıklı ve besleyici gıda olduğunu, %17,5'i bebeğinin sağlıklı olması için anne sütü verdiğini belirtirken, %1,1'i anne sütü verdiğini fakat bu konuda bilgisi olmadığını ifade etti (1).

Bizim araştırmamızda ve diğerk araştırmalarda görüldüğü gibi emzirmenin faydaları az ya da çok çoğı anne tarafından bilinmektedir. Bu yüzden malnütrisyon sıklığını etkilemediğı tahmin edilmektedir.

Annelerin doğumdan sonra kaç saat içinde emzirilmeye başlaması gerektiğini bilip bilmemesiyle malnütrisyon arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,258$). Annelerin %54,7'si ilk yarım saat içinde emzirilmeye başlanmalıdır derken, %3,1'i ikinci yarım saatte, %40,8'i 1-2. saatlerde, %0,2'si 2.saatten 6. saate kadar, %1,3'ü ise bilmiyorum diye belirtmiştir.

Çocuk sadece anne sütü ne kadar almalıdır? Sorusunu bilme durumuyla malnütrisyon arasında istatistiksel olarak anlam belirlenmiştir ($p=0,01$). Çocuk sadece anne sütü ne kadar almalıdır sorusunu bilenlerin çocuklarındaki malnütrisyon sıklığı (%3,6), yanlış cevap veren ya da bilmiyorum diyen annelerin çocuklarından (%0,4) anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,01$). Soruyu bilen annelerin çocuklarındaki malnütrisyon sıklığının fazla çıkması yanlış bilgi sahibi olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

İlk 6 ay anne sütü bebek için yeterlidir? Sorusunu bilme durumuyla malnütrisyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p=0,020$). Soruyu bilenlerin çocuklarındaki malnütrisyon sıklığı (%3,6), bilmeyenlerinkinden (%0,4) daha yüksektir. Buradan bilgilerin sadece akılda kaldığı, uygulanmadığı sonucu çıkmaktadır.

Çocuk anne sütü ne kadar almalıdır? Sorusunu bilme durumuyla malnütrisyon arasında istatistiksel olarak anlam belirlenmiştir ($p=0,012$). Çocuk anne sütü ne kadar almalıdır sorusunu bilenlerin çocuklarındaki malnütrisyon sıklığı (%5,7), yanlış cevap veren ya da bilmiyorum diyen annelerin çocuklarından (%1,4) anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,012$). Soruyu bilen annelerin çocuklarındaki malnütrisyon sıklığının fazla çıkması bilgiyi yanlış uyguladıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya alınan 0-2 yaş grubu çocukların annelerinin ek gıdaya nasıl başlanır biliyor musunuz? Sorusuna %64,4'ü evet derken, %35,6'sı hayır bilmiyorum diye cevap vermiştir. Annelerin bu konudaki bilgi eksikliği ile çocuklardaki malnütrisyon sıklığı arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,566$).

2001 yılında Van’da yapılan bir çalışmada; annelerinin ilkokul mezunu veya daha az eğitimi olanlarda sebzenin nasıl verileceğini bilenlerin oranı %42,1 bilmeyenlerin oranı %52,9; ortaokul ve daha fazla eğitimi olanlarda bilenlerin oranı %41,9 bilmeyenlerin oranı ise %58,1 olarak belirlenmiştir (40). Araştırmamızda annelerin ek gıdaya nasıl başlanacağını bilmemeleri eğitim eksikliğine bağlıdır. Yine bu konuda annelerin eğitim almasıyla bu açık kapatılabileceği düşünülmektedir. Annelerin ek gıda konusunda bilgi eksiklikleri olsa da, ek gıda verme eğiliminin yüksek olmasından dolayı malnütrisyon sıklığını etkilememiş olabilir.

Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin anne sütü alan bir bebeğe inek sütü ne zaman verilmeye başlanmalıdır? Sorusuna %20,7’si doğru cevap verirken, %15,4’ü ise bilmiyorum diye cevap vermiştir. İnek sütünün ilk verilme zamanını bilen annelerin çocuklarında malnütrisyon görülme sıklığı (%4,7), bilmeyen annelerin çocuklarından (%1,7) anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,089$). Sonuçların annelerin inek sütüne başlama konusunda bilgi eksikliğinin olması, bilgi sahibi olanlarında yanlış bilmesinden ortaya çıktığı düşünülmektedir. TNSA 2008’e göre; iki aydan daha küçük çocukların %22’sine anne sütü dışında başka bir süt ile beslenmiştir (4).

Annelerin inek sütünün bebeğe ne ölçüde verilmesi konusunda bilgi eksiklikleri olsa da malnütrisyon ile anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,578$). Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin bebeğe inek sütü ne ölçüde verilmelidir sorusunu %74,8’i tamamı diye belirtirken, %1,3’ü yarı yarıya sulandırarak, %4’ü rastgele sulandırarak, %17,5’i bilmiyorum diye belirtmiştir.

Annelerin doğum öncesi anne sütü eğitimi alma durumuyla malnütrisyon sıklığı arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,361$). Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin %5,5’i doğum öncesi anne sütü eğitimi alırken, %94,5’i doğum öncesi anne sütü eğitimi almadığını belirtmiştir. Doğum öncesi eğitim alan annelerinin %8,8’i hekimden, %61,8’i ebe- hemşireden, %29,4’ü yazılı ve görsel basından eğitim aldığını belirtmiştir. 2008 yılında İstanbul’da yapılan bir araştırmada; annelerin doğum öncesinde anne sütü ile ilgili bilgi edinme kaynaklarına bakıldığında %23,9’unun basın yayın organları, %20,7’sinin ebe ve hemşire; %7,0’ının hekim ve %2,4’ünün ise ailesi olduğu tespit edildi. %46,0’ının ise bilgi almadığı görüldü (8). Annelerin doğum öncesi bakım almaları hem anne hem de bebek sağlığı açısından son derece önemliyken; bu oranının bu kadar düşük olması düşündürücüdür.

Annelerin en çok eğitimi ebe ve hemşireden alması, onlara 1. basamakta ulaşımın daha kolay olduğundan kaynaklanıyor olabilir. Bu yüzden 1.basamak sağlık personeli annelere verilen eğitimin artırılması ve daha duyarlı davranması gerektiği konusunda daha dikkatli olmalıdır.

Annelerin doğum sonrası anne sütü eğitimi alma durumu ile malnütrisyon sıklığı arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,061$). Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin % 19,9'u doğum sonrası anne sütü eğitimi alırken, %80,1'i doğum sonrası anne sütü eğitimi almadığını belirtmiştir. Doğum sonrası eğitim alan annelerinin %0,8'si hekimden, %90,2'si ebe- hemşireden, %8,1'i yazılı ve görsel basından eğitim aldığını belirtmiştir. Yine ebe ve hemşirelere doğum sonrası anne sütünün önemini annelere aktarmak konusunda daha fazla görev düşmektedir.

Annelerin doğum öncesi emzirme eğitimi almalarıyla malnütrisyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,410$). Araştırmaya alınan annelerin % 4,5'i doğum öncesi emzirme eğitimi alırken, %95,5'i doğum öncesi emzirme eğitimi almadığını belirtmiştir. Araştırmaya alınan annelerin % 7,1'i hekimden eğitim alırken, %53,6'sı ebe- hemşireden, %35,7'si yazılı- görsel basından eğitim aldıklarını söylemişlerdir. Bir araştırmaya göre gebelik sırasında emzirmeye yönelik bilgi alma durumları incelendiğinde kadınların yalnızca %43,3'u bilgi aldığını belirtmiştir. Vefikulucay ve Terzioğlu'nun yaptığı çalışmada annelerin %46'sının, Yıldon35'un çalışmasında %41,7'sinin, gebelikleri süresince emzirme konusunda bilgi aldıkları saptanmıştır (26). Araştırmamızda diğer araştırmalardan farklı olarak eğitim alan annelerin yüzdesinin çok düşük olması, annelerin sağlık merkezlerine sık gitmemeleri, eğitim almaya gereksinim duymamaları ya da sağlık personelinin bu konudaki duyarsızlığından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya Alınan 0- 2 Yaş Çocukların Ek Gıdalara Başlama Durumları

Annelerin ek gıdaya başlama nedenleri ile malnütrisyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p=418$). Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin %52,1'i bebeğin emmek istememesi, %18,3'ü anne sütünün gelmemesi, %9,5'i gebelik, %4,1'i bebeğin hastalığı, %0,6'sı 2 yaşını doldurmuş olması, %4,1'i annenin çalışması nedenleriyle emzirmeyi bırakmışlardır.

2001 yılında yapılan bir çalışmaya göre bebeğini emzirmeyen anneye sorulduğunda; %46,7'si bebeğin emmemesi, %20'si sütünün olmaması, %13,3'ü göğüs ucu olmaması, %6,6'sı sütünün kesilmesi gibi nedenler belirtmiş (1). 2004 yılında yapılan bir araştırmaya göre; çocuğun hiç emzirilmeme nedenleri; çocuğunu emzirmeyen kadınların %52,8'i sütü olmadığı, %36,1'i bebek sütü almadığı, %11,1'i ise bebek doymadığı için emzirmediğini bildirmişlerdir (5). Genellikle annelerin aynı nedenlerle ek gıdalara başladığı görülmektedir. Anneye, bebeğe ve anneye ait ek gıdaya başlamayı gerektirecek ciddi nedenler olmadıkça, 6 aydan önce bebeğe ek gıda vermemeleri, ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslemeleri konusunda bilgi verilmelidir.

Annelerin ek gıdaya başlama zamanları ile malnütrisyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p=0,510$). Araştırmaya alınan 0-2 yaş grubu çocukların annelerinin ek gıdaya ne zaman başladınız sorusuna %18,4'ü henüz başlamadım, %15'i 2 aylıkken, %34,3'ü 3 aylıkken, %13,1'i 5 aylıkken, %35,1'i 6 aylıkken, %2,3'ü 7 aylık ve üzerindeyken başladığını belirtmiştir. TNSA 2008 sonuçları hayatın ilk iki ayında bebeklerin %69'unun sadece anne sütü ile beslendiğini göstermektedir (4). Çocuklar 12-15 aylık olduğunda %65'i ek gıda almakta olup %33'ü artık emzirilmemektedir. Bu değer, TNSA-2003'te %45 seviyesindedir. 2005 yılında yapılan bir çalışmada emzirilen bebeklerin birinci ayda %91,5'i, dördüncü ayda %46'sı ve altıncı ayda ise %8,7'si sadece anne sütü almakta idi (18). 2007 yılında İzmir'de yapılan bir araştırmada bebeklerin ek gıdaya başlama zamanları ortalama 5,5 ay idi (39). 2008 yılında Ankara'da yapılan bir araştırmada; ek besin veren kadınların %34,3'ünün 4. aydan sonra ve %21,4'ünün 1. aydan sonra ek besinlere başladığı bulunmuştur (31). Araştırmalar gösteriyor ki; anneler ek gıdaya erken başlama eğilimi göstermektedir ve annelerin anne sütünün faydaları ve erken ek gıdaya başlamanın olumsuz etkileri konusunda bilgi eksiklikleri vardır.

Araştırmamızda annelerinin bebeğe verdiği ilk ek gıda ile malnütrisyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p=0,453$). Araştırmaya alınan 0-2 yaş grubu çocukların annelerinin bebeğe ilk ek gıda ne verdiniz sorusuna %21,4'ü formül mama, %11,5'i cici bebe, %18,5'i nişasta, %19,2'si pirinç unu, %4,6'sı inek sütü, %9,5'i yoğurt, %0,4'ü pekmez, %1,4'ü yemek sularından verdim diye belirtmiştir. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi' n de yapılan bir araştırmada; ilk başlanan ek besinler %8 su %2 meyve suyu % 17 bitki çayı %13 inek sütü %22 muhallebi %31 çorba %24 hazır mama olarak bulunmuştur (10).

Genelde annelerin ek gıdaya formül mama ile başlasa da, ek gıda çeşitliliği azaltılarak, annelere ilk ek gıdaya doğru başlama ve neler verebileceği anlatmak konusunda sağlık personellerine görev düşmektedir.

Araştırmamızda annelerinin bebeğe verdiği ilk ek gıdaya başlama şekli ile malnütrisyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p=0,523$). Annelerin %17,3'ü yutabileceği şeylerden, %42,3'ü sıvı şeylerden katı şeylere doğru ek gıdaya başladığını söylemiştir. 2009 yılında Manisa'da yapılan bir araştırmada; en erken ve en çok kullanılan gıdalar altı ay ve altında %92,2 meyve suyu, %71,1 çay, hazır mama %95,9, yoğurt %95,6, muhallebi %92,5, inek sütü %80,6'dır (35).

Araştırmamızda biberon kullanımı ile malnütrisyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p=0,217$). Araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların annelerinin bebeğe verdiğiniz yiyecekleri neyle veriyorsunuz sorusuna %8,4'ü kaşıkla, %40,6'sı biberonla, %49,8'i hem kaşıkla, hem biberonla verdiğini söyledi.

Biberon kullanımı sindirim sistemi enfeksiyonları riskini arttırdığından çok küçük çocuklar için önerilmemektedir. TNSA 2003'e göre altı aydan küçük çocuklar arasında biberon kullanımının %37 olduğunu göstermektedir ve bu yüzde 8-9 aylık çocuklarda en yüksek seviyeye ulaşarak %62'ye çıkmaktadır (43). TNSA 2008'e göre altı aydan küçük çocuklar arasında biberon kullanımının %41 olduğunu göstermektedir. Biberon kullanımı, 6-7 aylık çocuklarda en yüksek seviyeye ulaşarak %60'lara yükselmektedir (4). 2008 yılında yapılan bir çalışmaya göre; bebeklerin ilk altı aylık dönemde besinlerin %41,8'inde kaşıkla, %31,5'inde biberonla, %1,9'unda ise ağızlıklı bardakla verildiği tespit edilmiştir (8). Genel olarak anneler yiyecekleri bebeklerine biberonla vermeyi tercih etmektedir. Fakat biberonun olumsuz etkileri ve hijyen kurallarına göre temizliğinin yapılması gerektiği konusunda uyarılmalıdırlar.

Araştırmaya Alınan 0- 2 Yaş Çocukların Malnütrisyon Durumları

Araştırmaya alınan 0- 2 yaş çocukların %97,7'sinin boy ve ağırlığı normal, %2,2'si boy ya da ağırlıkça malnütrisyonludur. Çocukların %0,3'ü boy ve ağırlıkça, %1,3'ü boyca, %0,6'sı ağırlıkça malnütrisyonludur. Kendisi içinde incelendiğinde bunların büyük çoğunluğu boyca malnütrisyonludur (%57,1). 1991 yılında Çubuk bölgesinde yapılan bir araştırmada; araştırmaya alınan çocukların %11'i malnütrisyonludur (41).

Araştırmaya alınan ve malnütrisyon tespit edilen 14 çocuğun eğitim öncesi (1.ölçüm) ve 6 ay sonrası (2.ölçüm), 1. ölçümden 1 yıl sonrası (3. Ölçüm) olmak boy ve kiloları ölçülmüştür.

Malnütrisyonlu 14 çocuğun eğitim öncesi uzaklığın ortalaması 4,69 iken, eğitimden 6 ay sonraki uzaklığın ortalaması ise 1,96'dır ($p=0,001$). Bu eğitimin etkisini gösterir ve sevindirici bir durumdur. Çocukların eğitim öncesi uzaklığın ortalaması 4,69 iken, 1. ölçümden 1 yıl sonraki uzaklığın ortalaması ise 2,4'dür ($p=0,016$). Fark azalmasına karşın eğitimin etkisi devam ettiği anlaşılmaktadır. Yine bu çocukların eğitimden 6 ay ve bu ölçümden 1 yıl sonrası medyan değerden uzaklıklarının ortalamalarının değişimi hesaplanmıştır. Eğitimden 6 ay sonraki uzaklığın ortalaması 1,96 iken, bu ölçümden 1 yıl sonraki uzaklığın ortalaması ise 2,4'dür ($p=0,25$). Eğitimlerin malnütrisyon sıklığını azaltmadaki etkisini bu çalışmada bir kez daha vurgulanmış olmaktadır. Üstelik kronik böbrek hastası olan 1 çocuğun değeri dışarıda tutulup, 13 çocuğun verileri analiz edildiğinde, 1 yıl sonra bile medyan değerden uzaklıktaki azalmanın iyileşerek devam ettiği görülmektedir. Sonuçlar gösteriyor ki eğitimler tekrarlanmadığı sürece eğitimin malnütrisyon üzerine etkisi kısa vadede olumlu sonuçlar vermektedir. Bu yüzden annelere verilen eğitimler belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

Araştırmaya Alınan 0- 2 Yaş Çocukların Yaşa Göre Boy Uzunluğu

Araştırmaya alınan 0-2 yaş grubu çocukların %1,3'ü yaşına göre boyca malnütrisyonlu olarak belirlenmiştir. TNSA 2003'e göre; 0-2 yaş çocuklarda yaşa göre boy uzunluğu ölçümde -2SD'nin altındaki çocukların oranı %31, -3SD'nin altındaki çocukların oranı ise %7,5'dir (toplam= %38,5)(43). TNSA 2008'e göre ise; 0-2 yaş çocuklarda yaşa göre boy uzunluğu ölçümde -2SD'nin altındaki çocukların oranı %26,3; -3SD'nin altındaki çocukların oranı ise %5'dir (toplam=%31,3) (4). 1993 yılında yapılan bir araştırmaya göre; araştırmaya katılan 0-2 aylık çocuklarda boy standardına göre %20,6'sı hafif, %0,4'ü ağır malnütrisyonlu saptanmıştır (27). Araştırmamızdaki boyca malnütrisyon sıklığı diğer araştırmalara göre düşüktür. Bu da araştırmaların farklı zamanlarda ve yerlerde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Araştırmamızın yapıldığı bölgenin kentsel bölge olması da malnütrisyon sıklığını azaltmış olabileceği gibi, bölgenin sağlık kuruluşlarına yakın olması, bölgedeki sağlık ocağında çocukların düzenli aralıklarla izlenmesi ve beslenme durumlarının sorgulanması da malnütrisyon sıklığını azaltmış olabilir.

Araştırmaya Alınan 0- 2 Yaş Çocukların Yaşa Göre Vücut Ağırlığı

Araştırmaya alınan 0-2 yaş grubu çocukların %0,6'sı yaşına göre ağırlıkça malnütrisyonlu olarak belirlenmiştir. TNSA 2003'e göre; 0-2 yaş çocuklarda yaşa göre ağırlık ölçümünde -2SD'nin altındaki çocukların oranı %11,1, -3SD'nin altındaki çocukların oranı ise %26'dır (toplam=37,1) (43). TNSA 2008'e göre ise; -2SD'nin altındaki çocukların oranı %1, -3SD'nin altındaki çocukların oranı ise %10,1'dir (toplam=11,1) (4). GAP Bölgesi'nde yapılan bir araştırmaya göre yaşa göre ağırlık değerlendirmesinde 0- 59 aylık çocukların %15,1'inin düşük kilolu olduğu saptanmıştır (36). Isparta' da 2007 yılında yapılan bir araştırmada araştırma grubunun % 11,8'inin düşük kilolu olduğu belirlenmiştir (38). 1993 yılında yapılan bir araştırmaya göre; araştırmaya katılan 0-2 aylık çocuklarda ağırlık standardında göre %33,7'si hafif, %2,6'sı ağır malnütrisyonlu saptanmıştır (27). Araştırmamızda diğer araştırmalara göre ağırlıkça malnütrisyon sıklığının düşük olamaması; ailelerin eğitim seviyelerinin ve ekonomik durumlarının çok düşük olmamalarından, sağlık kuruluşlarına ulaşım imkânlarının iyi olmasından, yine bölgenin kentsel bir bölge olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

*Araştırmamızda bazı faktörler çocuklardaki malnütrisyon sıklığını etkilemektedir. Bunlardan biri annenin yaşıdır. Anne yaşı malnütrisyon sıklığını anlamlı düzeyde etkilemektedir ($p=0,001$). Araştırmamızda canlı doğum sayısı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısında belirlenen anlamlılığında yaşla ilgili olduğu düşünülmektedir. Yine malnütrisyonun birinci çocukta sık olması da anne yaşıyla, dolayısıyla deneyimsizlikle ilgili olduğu düşünülmektedir. Böylece hem küçük yaşlarda evlenme ve gebe kalma önlenmeli hem de ilk gebeliklerde kadınlara doğum öncesi bakım hizmetleri sırasında bebek bakımı, anne sütü, ek gıda konusunda eğitimler yapılmalıdır. Ancak, bilgi sorularına cevap veren annelerde malnütrisyon sıklığının daha fazla olması ilginçtir. Yine doğum sonrası emzirme eğitimi alanlarda malnütrisyon sıklığı almayanlara göre daha azdır. Bu iki bulgu bilgi kadar deneyiminde önemli olduğunu ve eğitiminde ihtiyaç anında verildiği zaman daha etkili olduğunu vurgulanmaktadır.

*Bütün çabalara rağmen; örneğin bebek dostu hastane, bebek dostu sağlık ocağı gibi, hala doğum sonu emzirme ve anne sütü eğitimi alanların bu denli düşük olması koruyucu hizmetlerle ilgili sorunu ortaya koymaktadır. Sağlık eğitiminin performans hesaplamasına katkısı artırılmalıdır.

*Araştırmamızda malnütrisyon sıklığı ile toplam anne sütü alma ve sadece anne sütü alma süresi arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir. Fakat sadece anne sütü alma süresi ve toplam anne sütü alma süreleri istenilen seviyede değildir ve annelerin anne sütünden erken kesme eğilimleri olduğu belirlenmiştir. Ek gıdalara nasıl başlanacağı ve başlama zamanı konusunda annelerin tereddüt yaşadığı belirlenmiştir. Anne sütünün önemi, anne sütünden ek gıdalara geçiş hakkında annelere verilen eğitimlerle eksikliklerin giderilebileceği düşünülmektedir.

*Araştırmamızda malnütrisyon sıklığı ile ailenin geliri arasında ilişki belirlenmemişken, sosyal güvence ile anlam belirlenmiştir ($p=0,015$). Buda sağlık hizmetlerini kullanabilmenin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Kişilerin sağlık hizmetlerini ücretli olarak alması ve düşük gelirli olanların sigorta primlerinin devlet tarafından ödenmesi bebek ve çocuk sağlığı açısından çok önemlidir. Ancak SGK tarafından belirlenen bir gelire sahip olup primlerini kendileri ödemek zorunda olanların bu anlamda sorunlarının devam edeceği düşünülmektedir.

*Eğitimlerin malnütrisyon sıklığını azaltmadaki etkisini bu çalışmada bir kez daha vurgulanmış olmaktadır. Üstelik kronik böbrek hastası olan 1 çocuğun değeri dışarıda tutulup, 13 çocuğun verileri analiz edildiğinde, 1 yıl sonra bile medyan değerden uzaklıktaki azalmanın iyileşerek devam ettiği görülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Ok Ş, Conk Z. Annelerin bebek beslenmesi hakkında bilgi durumlarının bebeklerin büyüme ve gelişmelerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2001;4(2) :42-51.
2. Arlı M, Şanlıer N, Küçükkömürler S, Yaman M. Anne ve Çocuk Beslenmesi. 3. baskı. Pegem A Yayınevi. Ankara: 2006.
3. Köksal E. Beslenme ve Bilişsel Gelişim. Sağlık Bakanlığı Yayın, No: 726. Ankara: 2008. ISBN: 978 975 590 242 4.
4. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, 2008.
5. Şanlıer N, Aytekin F. 0-3 Yaş grubunda çocuğu bulunan annelerin beslenme ve ishal konusunda bilgi ve davranışlarının incelenmesi. G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004;24(3):81-100.
6. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2006.
7. Özmert E. Yaşamda Önemli Bir Dönüm Noktası: Tamamlayıcı Beslenme(Ek Gıdaya Geçiş). Hacettepe Tıp Dergisi, 2009; 40: 157-163.
8. Şahin G. Emziren Annelerin Emzirme ile İlgili Bilgi, Uygulama ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. 2008, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 70 sayfa, İstanbul, (Uzman Dr. Müferet Ergüven).
9. Taşkın L. Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 6. baskı. Ankara: 2003.
10. Tanır F. Bebekleri 0- 2 Yaş Arasında Olan Bir Grup Annenin Emzirmeye İlişkin İnanç ve Tutumları. 2006, T. C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 61 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Tuncay Küçüközkın).
11. Giray H. Anne Sütü ile Beslenme Kitabı. 2004; 13(1) :12-15.
12. Emel G. İlk 6Ayda Süt Çocuğunun Beslenmesi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme Sempozyum Dizisi. 2004; 41: 147-155
13. Samur G. Anne Sütü. Sağlık Bakanlığı Yayın, No:726. Ankara, Şubat 2008.
14. Köksal G. Gökmen H. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. 1. baskı. Hatipoğlu Yayınları, Ankara: 2000.

15. Duran S. Ebe ve Hemşirelerin Anne Sütü ve emzirme Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebeklerini Anne Sütü ile Besleme Davranışlarına Etkisi. 2008, T.C.Trakya Üniversitesi, Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 101 sayfa, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. E.Melih Şahin).
16. Baysal A. Beslenme. 11. baskı. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara: 2007: p. 437- 485
17. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010;9(4):315-320.
18. Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hür Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2005; 48: 226- 233.
19. Aydın A. Yapay Beslenme ve Ek Gıdalar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sağlam Çocuk İzlemi. Sempozyum Dizisi. 2003; 35: 79- 84
20. Köksal G, Gökmen H. Bebek Beslenmesi. Sağlık Bakanlığı Yayın, No: 726. Ankara, Şubat 2008.ISBN: 978-975-590-242-5
21. Etiler N, Velipaşaoğlu S. Çocukluk döneminde beslenmenin değerlendirilmesi, birinci basamakta antropometrinin kullanımı. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2004;13(2):50-53.
22. Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu, Ankara: 2001.
23. Öncü Ü. 1-5 Yaş Arası Çocukların Persantillerine Ailenin Sosyoekonomik Düzeyinin ve Annenin Beslenme Konusundaki Bilgisinin Etkisi. 2007, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Uzmanlık tezi, 45 sayfa, İstanbul. (Uzm. Dr. İsmail Ekizoğlu).
24. İnanç N, Aykut M, Çiçek B, Şahin H, Yılmaz M, Katrancı D,Tuna R. Kayseri İl Merkezinde 0-36 Aylık Çocuklarda Malnütrisyon Durumu Ve Etkileyen Bazı Faktörler. Türk Hij. Der. Biyoloji Dergisi.2005; 62: 41-48.
25. Güleç S, Urgancı N, Polat S, Yağar G, Hatipoğlu N. Hastanede yatan üç yaş altı çocuklarda malnütrisyon durumunun değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011;45(4):124-129.
26. M, Toklucu. Fetal Malnütriyonun Klinik Skorlaması ve Ailenin Sosyoekonomik Durumu İle İlişkisi. 2006, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi,76 sayfa, İstanbul, (Dr. Sami Hatipoğlu)

27. Ezmeci T, Güraksın A, Öztürk S, Hacıoğlu N, Özel A. Köprüköy Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-24 Aylık Çocukların Besleme Durumunun Tespiti Üzerine Bir Araştırma. Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni.1993;25(4):801-811.
28. Şanlıer N, Aytekin F. Ankara’da Yaşayan 0-36 Ay Çocukların Bazı Antropometrik Ölçümleri ve Anne Sütü ile Beslenme Durumlarının Saptanması. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi.2004;24(1):271-289.
29. Tezcan S. Türkiye de bebek ve çocuk ölümleri. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınları. No 85/26, 1985:p.69-73.
30. Yiğit S.Çankırı İl Merkezinde 12-48 Aylık Çocukların Antropometrik Ölçümler ile Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. 2006, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 126 Sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Funda Pınar Çakıroğlu).
31. Gölbaşı Z, Koç G. Kadınların Postpartum İlk 6 Aylık Süredeki Emzirme Davranışları ve Prenatal Dönemdeki Emzirme Tutumunun Emzirme Davranışları Üzerindeki Etkisi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2008;p.16–31.
32. Yıldız A, Baran E, Akdur R, Ocaktan E, Kanyılmaz O. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-11 Aylık Bebekleri Olan Annelerin Emzirme Durumları Ve Etkileyen Faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2008: 61(2)
33. Gün İ, Yılmaz M, Şahin H, İnanç N, Aykut M, Günay O,Öztürk A, Cıtlı R,Çiçek B, Ongan D, Tuna Ş. Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi’nde 0-36 Aylık ocuklarda Anne Sütü Alma Durumu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2009; 52: 176-182.
34. Çetin F, Güneş G, Karaoğlu L, ÜstünY. Turgut Özal Tıp Merkezinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Ve Emzirmeye Başlama Durumları Ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;12(4):247-252.
35. Baysan P. Manisa İlinde Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-24 Aylık Çocukların Annelerinin Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi Hakkında Bilgi Tutum ve Uygulamaları. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2009;18(1):
36. Özgür S, Bozkurt A. GAP Bölgesinde Çocuklarda Malnütrisyon Durumu. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; Güneydoğu Anadolu Bölgesi Bildirileri. Diyarbakır, 2002;p.894-897.

37. Erenel A, Eroğlu K. Doğum Sonrası İlk Altı Ayda Ev Ziyareti Yoluyla Desteklenen Emzirme Eğitimi Modelinin Etkili Emzirme Davranışı Üzerine Etkisi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;p. 43–54.
38. Çınar M, Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu N. Isparta İl Merkezinde 0-5 Yaş Grubu Çocukların Beslenme ve Malnütrisyon Durumu. Erciyes Tıp Dergisi. 2007;29(4):294-302.
39. Aslan N, Akbaş A, Kameri M, Korkmaz Ö, Polat B, Aydın A. Sağlıklı Süt Çocuklarında Beslenme Tipleri ve Annelerin Bebek Beslenmesi Uygulamaları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;21(1):1-5.
40. Demirel F, Üner A, Kırımı E. Van ili kırsalındaki annelerin çocuk beslenmesindeki alışkanlıkları ve uygulamaları. Van Tıp Dergisi. 2001;8(1):18-2245.
41. Şensoy F, Akgün B, Boztok D, Egemen A. Çubuk Bölgesinde 0-48 Aylık Çocuklarda Malnütrisyon Prevalansı. Beslenme ve Diyet Dergisi. 1991; 20 (1): 9-19.
42. Erkan T, Yalvaç S, Erginöz E, Çokuğraş F, Kutlu T. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Yuvası'ndaki çocukların beslenme durumlarının antropometrik ölçümlerle değerlendirilmesi. Türk Pediatri Arşivi. 2007; 42:142-7.
43. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, 2003.

8. EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRME FORMU

Anne sütü her bebek için en doğal besindir. İçerik ve kalite açısından hiçbir gıda ile kıyaslanamaz. Bebeğin doğumdan bir yaşına kadar olan dönemi boyunca temel besindir ve önemi 2 yaşına kadar sürer. İlk 6 ay tek başına başka hiçbir besin ya da içecek (su, ayran, çay, meyve suyu, hazır mama ya da inek sütü gibi) olmaksızın anne sütü verilmelidir. Bununla birlikte 6. aydan sonra anne sütünün yanı sıra tamamlayıcı besinlerin verilmeye başlanması gereklidir.

Anne sütünün salgılanması, doğumdan hemen sonra başlar. Anne, doğum sonrası kendine gelir gelmez hemen emzirmeye başlamalıdır. Ağız sütü doğumdan sonra memeden gelen ilk süttür. Ağız sütü (kolostrum) bebeğe mutlaka verilmelidir.

Anne sütü bebeğin sağlıklı büyümesi için gerekli olan tüm enerji ve besin ögesi gereksinimlerini karşılar, anne ile bebek arasındaki iletişimi sağlar. Ayrıca ishal ve diğer enfeksiyonlara karşı doğal koruyucu (anti-infektif) maddeler içerir, bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirir, temizdir, zahmetsizdir. Bebekler, ilk 6 ay her istediğinde, sayılarla sınırlanmadan gece ve gündüz emzirilmelidir. Emzirme 2 yaşına kadar sürdürülmelidir. Emzirirken sadece meme ucu değil, memenin kahverengi kısmının tamamının verilmesi ve bebeğin burnunun nefes almasını sağlayacak şekilde açık tutulması gerekir.

Yeterli ve dengeli beslenmenin en iyi göstergesi ağırlık kazanımının yani büyümenin izlenmesidir. Büyüme eğrileri ile bebeğin ağırlık kazanımı izlenmelidir. İlk 6 aylık dönem boyunca anne eğer bebeğinin yeterli kilo almadığını ya da sütünün yeterli olmadığını düşünüyorsa, evine en yakın Sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, Aile Sağlığı Birimi/Merkezi gibi sağlık kuruluşlarına başvurabilir ve buralardan ücretsiz danışmanlık alabilirler.

Ek Gıdalara Neden 6 Aydan Önce Başlanmamalıdır?

- *Anne sütünün veriminin azalması
- *Anne sütünün hastalıklara karşı koruyucu etkisinin azalması
- *İlk aylarda dilin dışarı itme refleksinin güçlü olması
- *Çiğneme becerisinin 6 aydan önce gelişmemesi
- *Baş kontrolünün tam gelişmemiş olması
- *Bebeklerin isteksizliği
- *Böbrek fonksiyonlarının yeterince gelişmemesi
- *Sindirim sistemindeki enzimlerin yeterince gelişmemesi
- *Alerjik hastalıkların artmasına neden olması
- *Katı besinlerin boğulmalara neden olabilmesi
- *Başta ishal olmak üzere hastalıklarda artışa neden olması

Ek Gıdalara Neden 6. Ayda Başlanmalıdır?

- *Bebeğin artan kalsiyum ve enerji gereksiniminin, yalnızca anne sütüyle karşılanamaması
- *Doğumda sağlanan demir ve çinko depolarının tükenmesi
- *Farklı tat ve kıvamların bebekte ısırma ve çiğneme becerisini arttırması
- *Çiğneme becerisinin ağız ve dil koordinasyonunu arttırması
- *Daha geç başlamanın besinlerin reddedilmesine neden olabilmesi

Ek Gıdalara Neden 6 Aydan Geç Başlanmamalıdır?

- *İlaveten besin alınmaması bebeğin artan gereksinimlerinin karşılanmamasına sebep olur
- *Büyüme ve gelişmesi daha yavaşlar
- *Besin öğelerini yetersiz alınması

Besinlerin Değişik Yollarla Besin Ögesi Ve Enerji Yönünden Zengin Hale Getirilmesi

Muhallebi ya da Diğer Temel Besinler İçin, hazırlarken daha koyu kıvamlı olması sağlanmalı, hazırlanan besin akıcı ve sulu kıvamda olmamalıdır.

Muhallebi, çorba ve sebze yemeklerine enerji ve besin ögesi yönünden zengin besinler (ekonomik koşullar göz önünde tutularak kıyma, balık, tavuk) eklenebilir. Bu zenginleştirme yolu özellikle çorbalar için çok faydalı olacaktır. Ayrıca çorbalara eklenecek nohut, bulgur, bezelye, kuru fasulye, mercimek, pirinç, patates ve benzeri çorbayı sadece sıvı bir besin olmaktan çıkaracaktır.

Çorbalar, muhallebiler süt, yoğurt ve benzeri besinlerle hazırlanabilir. - Bir tatlı kaşığı zeytinyağı, diğer sıvı yağlar, tereyağı ve yumuşak margarin gibi yağlar eklenebilir.

Çocuklarda alınması gereken önemli bir besin ögesi demirdir. Küçük çocukların yeni kan yapımında, büyüme ve gelişmesinde, vücudun enfeksiyonlara karşı savaşmasında demir gereklidir. Zamanında doğan bebekler ilk 6 ay gereksinimlerini karşılayabilecek kadar iyi demir depoları ile doğarlar. Bebek 6 aylık olunca anne sütünden gelen demir yavaş yavaş bebeğin demir ihtiyacını karşılamayabilir. *Sağlık kuruluşlarından çocuklara ücretsiz olarak verilen demir desteği (preparatı) konusunda bilgi alabilirsiniz.*

Çinko bebeğin büyüme ve gelişmesinde ve sağlığının sürdürülmesinde önemli olan bir başka besin ögesidir. Genellikle demirin bulunduğu besinlerde çinko da bulunmaktadır. Bu nedenle eğer çocuklar demirden zengin besin ile besleniyorlarsa çinkoyu da yeteri miktarda alacaklardır.

Et, organ etleri(karaciğer, kalp, dalak vb.), süt, yoğurt, peynir, yumurta gibi hayvansal kaynaklı olan besinler birçok besin ögesi için zengin birer kaynaktır. Et, organ etleri, kümes hayvanları, balık gibi besinler özellikle demir ve çinko için en iyi kaynaklardır. Organ etlerinden karaciğer sadece demir için değil A vitamini açısından da zengin bir kaynaktır. Hayvansal kaynaklı besinlerin her gün tüketilmesi gereklidir. Özellikle anne sütü almayan çocuklar için bu çok önemlidir. Yine hayvansal kaynaklı olan yumurta ve süt gibi besinler protein ve diğer besin öğeleri yönünden zengindir.

Sütün yağı A vitamini yönünden zengindir. Bu nedenle tam süt A vitamini için iyi bir kaynaktır. Sütten yapılan besinler ayrıca kemiklerin güçlenmesini sağlayan kalsiyum minerali açısından da zengindir. Yumurta sarısı A vitamini açısından zengin diğer bir besindir.

Çocukların diyetinde hayvansal kaynaklı besinler olmadan demir ihtiyacının karşılanması zordur. Demirle zenginleştirilmiş, tam tahıl ürünleri, makarnalar, unlar ve bunlardan yapılan besinler ihtiyacı karşılamaya yardımcı olabilir. Eğer yeteri kadar hayvansal kaynaklı besin alamıyorlarsa çocukların demir desteğine ihtiyacı olabilir. Kuru fasulye, nohut, mercimek, bezelye gibi kuru baklagiller, fındık, ceviz gibi kabuklu meyşler ve tohumlar iyi birer protein kaynağıdır. Ayrıca baklagiller iyi birer demir kaynağıdır.

Çocuklara Verilen Ek Gıdaların Miktarı ve Sıklığı

Çocuklar tamamlayıcı besinlere başladığında yeni tat ve dokulara alışması zaman alacaktır. Çocuğun besinleri yeme becerisini kazanması da gereklidir. Ek besinlere;

*İlk önce az miktarla başlanır. Çocuğun tepkisine göre miktar artırılır.

*Teker teker başlanır. Bebek bir besin türüne alışınca, diğerine başlanır. Günde 1 ya da 2 tatlı kaşığı ile başlaması, miktar ve çeşitliliği yavaş yavaş arttırması gerekir.

Ayrıca çocuk büyüdükçe;

*Sık sık emzirmenin sürdürülmeli,

*Öğünde verilen tamamlayıcı besin miktarlarının arttırılması ve çocuğun aktif olarak yemeklerini yemesi için desteklenmelidir.

*Öğün sayılarının yavaş yavaş arttırılması, 6- 7. aya gelindiğinde günde 3 kez tamamlayıcı besin verilmesi, 12. aya gelindiğinde en az 5 kereye çıkılması (3 ana 2 ara öğün) gerekir.

*İlk verilmeye başlandığında besinlerin daha yumuşak olması, zamanla daha küçük parçalara bölünerek verilmeye başlanması gerekir. Besinler iyice ezilerek sıvı hale getirilir. Katı ve sert besinlerden kaçınılmalıdır.

*Tüm besinler kaşıkla verilmelidir.

*Bebek almadığı besinler için zorlanmamalı, bir süre sonra tekrar denenmelidir.

*Bebeğe verilecek besinler doğal ve taze olmalıdır. Konserve, dondurulmuş yiyecekler, katkı maddeli hazır besinler bebeğe verilmemelidir. Hazırlanan besinler uzun süre oda ısısında bekletilmemelidir.

*Bebeğe verilecek besinlerin hijyenine dikkat edilmelidir.

İnek Sütünün Anne Sütünün Yerine Kullanılması

Anne yokluğunda veya herhangi bir nedenle annenin bebeğine süt veremediği durumlarda hayvan sütlerinden yararlanılır. Bulunması kolay olduğu için en çok inek sütü kullanılır. İnek sütü ile anne sütü içeriğinde farklılık gösterir. Bebeğe inek sütünün verilmesinin bazı sakıncaları vardır. Bunlar:

-İnek sütü alerjiktir.

-İçerdiği demirin emilim oranı düşüktür. Çocukta anemiye yol açar.

-İnek sütündeki protein oranı yüksek, ancak kalitesi düşüktür.

-Yağ oranı, anne sütüyle hemen hemen aynı olmasına karşı sindirimi zordur.

-Şeker yönünden yetersizdir.

-Hayvan sütü ile beslenmede sütün temizliğine özen gösterilmeli; süt, kaynatma ve sterilize etme yöntemleri ile mikroplardan arındırılmalıdır.

Anne sütü yerine kullanılacak hayvan sütü, çocuğa uygun hâle getirilmelidir. Bunun en pratik yolu sütün sulandırılmasıdır. Süt bebeğin ayına göre sulandırılarak verilmelidir.

*İlk ayda bir süt bir su

*İkinci aya iki süt, bir su

*Üçüncü aydan sonra tam süt verilmelidir. Ayrıca içeriğindeki şeker ve yağ oranı sulandırmada azalacağından içerisine az miktarda (%5 oranında) şeker ve yağ eklenir(zeytinyağı eklemek daha doğru olur).

Annelere Bebeklerini Beslemek İçin Verilecek Beslenme Önerileri

Doğumdan 6. Aya Kadar

**Bebeğiniz her istediğinde, gece ve gündüz, günde toplam en az 8 kez emzirmelisiniz.*

**Bebeğinize “sadece anne sütü” verin. Başka hiçbir besin ya da içecek (su, çay, meyve suyu, yemek suları, hazır mama ya da inek sütü gibi) vermeyin.*

**Bebeğinizin yeterli kilo almadığının ya da sütünüzün yetmediğini düşünüyorsanız, bir sağlık kuruluşuna başvurun.*

6.Aydan 12. Aya Kadar

**Bebeğiniz her istediğinde emzirmeye devam edin. Emzirmenin yanında aşağıdaki besleyici tamamlayıcı besinlerden yeterli miktarda (her bir öğünde en az 1 çay bardağı kadar) verin.*

**Eğer bebek anne sütü alıyorsa, günde 3 kez*

**Eğer bebek anne sütü almıyor ise günde 6 kez aşağıdaki besinlerden verin.*

**Sıvı yağ ile hazırlanan sebze ve tahıl püre ve çorbaları (patates, pirinç ya da bulgur vb.) ya da*

**Kıyma ya da yumurta sarısı ile hazırlanmış yemekler (kabak dolma, biber dolma, sulu köfte vb.) ya da*

**Yoğurtlu çorbalar (tarhana, yayla) ve ekmekek ya da*

**Mercimek, pirinç, bulgur, havuç, patates, domates, kuru soğan, sıvı yağ ile hazırlanan çorbalar ve ekmekek ya da*

**Muhallebi ya da sütlaç(pirinç unu, pirinç, yumurta, süt, şeker, sıvı yağ ile hazırlanan) ya da*

**Taze mevsim meyve suları ya da ezmeleri verebilirsiniz.*

12.Aydan 2 Yaş Kadar

**Bebeğiniz her istediğinde emzirmeye devam edin.*

**Günde 5 kez ailenin yediği yemeklerden (baharatsız ve az yağlı) verin. Bir seferde yeterli miktarda olmak üzere (1 su bardağı kadar) verin.*

**Peynir, ekmekek ve taze sebze (domates, biber gibi) ya da*

**Sıvı yağ ile hazırlanmış kıymalı (ya da tavuklu) sebze yemeği (patates, kabak, ıspanak gibi) ve yoğurt, ekmekek ya da*

**Sıvı yağ ile hazırlanan kurubaklagil yemeği (kuru fasulye, nohut gibi) ve ekmekek(pirinç pilavı, bulgur pilavı) ya da*

**Kıyma ya da yumurta sarısı, sebze eklenmiş, pirinç ya da bulgur ile hazırlanmış yemekler (kabak dolma, biber dolma, sulu köfte vb.) ya da*

**Yoğurtlu çorbalar (tarhana, yayla) ve ekmekek ya da*

**Köfte, pilav (makarna, patates vb.) ya da*

**Yumurta, domates, biber, peynir, sıvı yağ ile hazırlanan menemen ya da*

**Yumurta, peynir (ya da domates, biber, patates, havuç gibi) ile hazırlanan omlet ve ekmekek*

**Mevsimine göre taze sebze, meyve verebilirsiniz.*

EK 2. ANNE SÜTÜ VE MALNÜTRİSYON SORU KÂĞIDI

*Adınız-Soyadınız[Annenin]:

Tarih:

*Adresiniz:

Mahalle	
Sokak	
Ev no	
Telefon	

1-Kaç yaşındasınız?**2-Kaç yaşınızda evlendiniz?****3-Mesleğiniz nedir?****4-Eşinizin mesleği nedir?****5-Öğrenim durumunuz nedir?**

1-Okur-yazar değil 2-Okur-yaza 3-İlkokul mezunu 4-Ortaokul mezunu 5-Lise mezunu 6-Üniversite mezunu

6-Eşinizin öğrenim durumu nedir?

1-Okur-yazar değil 2-Okur-yazar 3-İlkokul mezunu 4-Ortaokul mezunu 5-Lise mezunu 6-Üniversite mezunu

7-Sosyal güvenceniz var mı?

1-Evet 2-Hayır (Hayır ise 9.soruya geçiniz)

8-Sosyal güvenceniz ne?

1-Bağkur 2-SSK 3-Emekli Sandığı 4-Yeşil Kart 5-Özel 6-Diğer

9-Sizce ekonomik durumunuz nasıl?

1-İyi 2-Orta 3-Kötü 4-Bilmiyorum

10-Evinizin aylık geliri ortalama ne kadardır?**11-Aile tipiniz nedir?**(Aile, anne, baba ve çocuklardan oluşuyorsa 1'i,bunlar dışında başkaları da yaşıyorsa 2'yi işaretleyiniz.)

1-Çekirdek aile 2-Geniş aile 3-Parçalanmış aile

12-Eşinizle akraba mısınız?

1-Evet 2-Hayır

13-Ailenizde sürekli bir hastalığı olan var mı?**14-Ağız sütünü (kolostrum) daha önce duymuş muydunuz?**(Hayır ise 17. soruya geçiniz.)

1. Evet 2. Hayır

15-Ağız sütü (kolostrum) bebeğe verilmeli midir?

1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok

16-Ağız sütü (kolostrum) bebeğe niçin verilmelidir?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- 1.Bebeği enfeksiyonlardan korur 2.içeriği çok zengindir 3. Barsak hareketlerini uyarır
4. Sindirimi kolaydır 5. Diğer

17-Bebek doğduktan sonra kaç saat içinde emzirmeye başlanmalıdır?

1. İlk yarım saatte 2. İkinci yarım saatte 3. 1-2 saat 4. 2. saatten sonra 6. saate kadar 5. 6. saatten sonra 12. saate kadar 6. Diğer.....

18-Sizce bebek sadece anne sütünü (ek gıda almadan)kaç ay almalıdır?

- 1) 1-2ay 2) 3-4ay 3) 5ay 4) 6ay 5) 6ay ve üzeri
6)Diğer

19-Bebek anne sütünü kaç ay almalıdır?

- 1-3 ay 2-5 ay 3-6 ay 4-8 ay 5-10 ay 6-12 ay 7-15 ay 8-18 ay 9-Emdiği kadar
10)Diğer

20-İlk 6 ayda sadece anne sütü bebek için yeterli midir?

- 1.Yeterlidir 2.Yeterli değildir

21-Emzirme ile beslemenin bildiğiniz faydaları nelerdir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

1. Besleyicidir 2. Bebeğin büyüme-gelişmesini sağlar 3. Hazırdır 4. Temizdir(Sterildir) 5. Ucuzdur 6. Anneyi gebelikten korur 7. Bebeği hastalıklardan korur 8. Bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirir 9. Anne-bebek arasında yakın ilişki sağlar 10. Anne sütüyle beslenen bebekler daha zekidir 11.Sindirimi kolaydır 12.Anneyi meme kanserinden korur 13.Bilgim yok 14 Diğer

22-Hangi durumlarda bebek emzirilmez?

23-İnek sütü,anne sütü alan bir bebeğe ne zaman verilmeye başlanmalıdır?

24-İnek sütü ,anne sütü almayan bir bebeğe nasıl(ne ölçüde)verilir?

25-Sütünüzün yeterli olmadığını nasıl anlarsınız?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

- 1.Günde bezini 5-6 kez den daha az ıslatıyorsa 2. Bebeğin çok ağlaması 3. Huzursuz olup, zayıflaması 4. Diğer...

26-Emzirme öncesi nasıl hazırlık yaparsınız?

- 1.Hazırlık yapmıyorum 2.Ellerimi yıkıyorum 3.Meme başlarını kaynatılmış soğutulmuş su ile temizliyorum 4.Diğer.....

27-Emzirme sonrası nelere dikkat edersiniz?

- 1.Dikkat etmiyorum 2.Meme başlarını kaynatılmış soğutulmuş su ile temizleyip kurutuyorum 3.Bebeğin gazını çıkartıyorum 4.Bebeği sırtüstü başı yana gelecek şekilde yatırıyorum 5.Diğer.....

28-Emzirirken memenin neresini verirsiniz?

1. Meme ucunu 2. Memedeki kahverengi kısmın hepsini 3-Diğer

29-Doğum öncesi 1 emzirme eğitimi aldınız mı?

1- Evet 2-Hayır (Hayır ise 31. soruya geçiniz.)

30-Doğum öncesi emzirme eğitimini nereden aldınız?

1. Hekim 2. Ebe – Hemşire 3.Yazılı – Görsel basın 4.Diğer

31-Doğum öncesi anne sütü eğitimi aldınız mı?

1- Evet 2-Hayır (Hayır ise 33. soruya geçiniz.)

32-Doğum öncesi anne sütü eğitimini nereden aldınız?

1. Hekim 2. Ebe – Hemşire 3.Yazılı – Görsel basın 4.Diğer

33-Hamileliğiniz süresince hiç gebelik takibi yaptırdınız mı? (Hayır ise 35. soruya geçiniz)

1.Evet 2.Hayır

34-Hamileliğiniz süresince kaç kez gebelik kontrolüne gittiniz?

1] 1 2] 2 3] 3 4] 4 5] 5 ve üzeri 6)Diğer

35-Hamileliğiniz süresince ebeniz size ev ziyaretinde bulundu mu? (Hayır ise 37. soruya geçiniz)

1-Evet 2-Hayır

36-Niçin ev ziyaretinde bulunuldu?

37-Aşağıdaki boşlukları doldurunuz.

-Gebelik sayınız..... -Canlı doğum sayınız..... -Yaşayan çocuk sayınız.....

*-Aşağıdaki tablodaki soruları 0-2 yaşındaki çocuklarınız için cevaplayınız.

38- Bu kaçınıcı çocuğunuz?	
39- Doğumunuzu hangi yolla yaptınız?(Normal, Sezeryan)	
40- Bebeğinizin doğum tarihi nedir?	
41- Bebeğinizin cinsiyeti nedir?	
42- Bebeğinizin doğum kilosu nedir?	
43- Bebeğinizin şimdi ki ağırlığı nedir?	
44- Doğumunuzu nerede yaptınız?	
45- Bir önceki çocuğunuzla bu çocuğunuz arasında kaç yaş/ay fark var?	
46- Herhangi bir hastalığı var mı?	

47-Bebek doğduktan sonra aynı odada mı kaldınız?

1-Evet 2-Hayır

48-Doğum sonrası emzirme eğitimi aldınız mı?

1- Evet 2-Hayır (Hayır ise 50. soruya geçiniz.)

49-Doğum sonrası emzirme eğitimini nereden aldınız?

1. Hekim 2. Ebe – Hemşire 3.Yazılı – Görsel basın 4-.Diğer

50-Doğum sonrası anne sütü eğitimi aldınız mı?

1- Evet 2-Hayır (Hayır ise 52. soruya geçiniz.)

51-Doğum sonrası anne sütü eğitimini nereden aldınız?

1. Hekim 2. Ebe – Hemşire 3.Yazılı – Görsel basın 4.Diğer

52-Doğduktan sonra bebeğe ilk ne verdiniz?

1. Sekerli su 2. Mama 3 Anne sütü 4.İnek sütü 5. Diğer

53-Bebeğinize ilk anne sütü vermediyseniz nedeniniz neydi?

54-Bebek doğduktan sonra ilk ne zaman emzirdiniz?

1. İlk yarım saatte 2. İkinci yarım saatte 3. 2 saatte 4. 2. saatten sonra 6. saate kadar 5. 6. saatten sonra 12. saate kadar 6. 12 saatten sonra 7-Diğer

55-6.saatten sonra emzirdiyseniz, bu gecikmenin nedeni neydi?.....

56-Bebeğinizi hala emziriyor musunuz?(Hayır ise 61. .soruya geçiniz.)

1.Evet 2.Hayır

57-Bebeğinizi hangi sıklıkta emzirirsiniz?

1. 1-2 saat ara ile 2. 3-4 saat ara ile 3. 5 saat ve üzeri ara ile 4. Bebek her ağladığında 5.Diğer.....

58-Bebeğinizi genellikle ne kadar süre emzirirsiniz?

1. 5 dk'dan az 2. 5 dk 3. 6-10 dk 4. 11-15 dk 5. 16-20 dk 6. 20 dk'dan fazla 7.Diğer.....

59-Bebeğinizi kaç yaşına kadar emzirmeyi düşünüyorsunuz?

1. 6 ay'dan az 2. 6-8 ay 3. 9-12 ay 4. 13-18 ay 5. 19-24 ay arası 6. 24 ay ve üzeri 7.Diğer.....

60-Bebeğinizi ne kadar zaman sadece anne sütü ile beslediniz?

1.1aydan az 2.1-2 ay 3.3-4 ay 4.5 ay 5.6ay 6.6 aydan fazla 7.Halen sadece anne sütü veriyorum. 8-Diğer

61-Bebeğinizi ne kadar zaman anne sütü verdiniz?

1-1aydan az 2-2ay 3-3 ay 4-5ay 6-6ay 7-7ay 8-8ay 9-10 ay 10-12 ay 11-15 ay 12-18 ay 13-Diğer

62-Bebeğinizi emzirmiyorsanız ne ile besliyorsunuz?

63-Bebeğinize formül mama verdiyseniz,kaç ay sadece formül mama verdiniz?

64-Bebeğinize inek sütü verdiyseniz,kaç ay sadece inek sütü verdiniz?

65- Emzirmeyi bıraktıysanız emzirmeyi bırakma nedeniniz nedir?

1. Bebeğin emmek istememesi 2. Annenin sütünün gelmemesi nedeniyle 3. Gebelik nedeniyle bırakılması 4. Bebeğin hastalığı (Açıklayınız) 5. Annenin hastalığı (Açıklayınız) 6. 2 yaşını doldurmuş olması sonucu bırakılması 7-Diğer

66-İlk 6 aylık dönemde emzirme yolu dışında verdiklerinizi ne ile veriyorsunuz? / Verdiniz?

1.Kasıkla 2. Biberonla 3. Bardakla 3. Diğer

67-Ek gıdalara başladıysanız başlamayı kimin önerisiyle uyguladınız?

1.Kendi isteğim 2.Aile büyüklerinin önerisi 3.Doktor önerisi 4.Diğer

68-Ek gıdalara başladığınızda bu çocuğunuz kaç aylıktı?

1. Henüz başlamadım 2. 2 ay 3. 3 ay 4.-5 ay 5. 6. ay 6. 7. ay ve üzeri 7-Diğer

69-Ek gıdalara nasıl başlanacağını biliyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

70-Bu çocuğunuzda ek gıdalara nasıl başladınız?

71-Bebeğinize ek gıda olarak ilk ne verdiniz?

72-Bebeğinize ek gıda olarak sırasıyla ne verdiniz?

73-Ek gıda olarak bebeğinize sebze çorbası yapıyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır (Hayır ise 76. soruya geçiniz)

74-Bebeğinize sebze çorbasını ilk verdiğinizde içerisine ne koydunuz?

75-Bebeğinize sebze çorbası yaptığınızda şimdi ne koyuyorsunuz?

76-Emzirme dönemindeki beslenmenizde fazladan almaya çalıştığınız besinler nelerdir?

1. Değişiklik yapmadım 2. Su 3. Bol sıvı gıda 4. Süt / Süt ürünleri 5. Sebze – Meyve 6. Et, kuru baklagil 7. Diğer

77-BOY:.....cm

78-AĞIRLIK:.....gr

79-DEĞERLENDİRME:

- 1)Boy ve ağırlığı normal
- 2)Boy ve ağırlığa göre malnütrisyonlu
- 3)Ağırlığı normal, boyca malnütrisyonlu
- 4)Boy normal, ağırlıkça malnütrisyonlu

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU					
	ARAŞTIRMA ADI	60. Yıl Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 0-2 yaş çocuklarda malnütrisyon sıklığı, etkileyen faktörler ve annelere verilen eğitimin etkisi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVAN/ADI-SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Birgül ÖZÇİRPİCİ G.Ü.Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.				
	YARDIMCI ARAŞTIRICI UNVANI/ADI-SOYADI	Rukiye DEMİR G.Ü Sağ.Bil.Ens. Halk Sağlığı A.D				
	KOORDİNATÖR MERKEZ					
	DESTEKLEYİCİ					
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Değişiklik No/Tarihi	Dili			
	PROTOKOL	-	-			
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ	-	-			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU	-	-			
	OLGU RAPOR FORMU	-	-			
ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALARI KLAVUZU					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 05/2011-06 Tarih: 05.05.2011					
	Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında yapılması planlanan ve yukarıda adı geçen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgelerin araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak 05.05.2011 tarihli Etik Kurul toplantısında incelenmesi sonucunda, adı geçen araştırmanın yapılmasının uygunluğuna toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı-Soyadı/ Etik Kurul Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Doç.Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ Başkan	Farmakoloji	G.Ü.Tıp Fak. Farmakoloji A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof.Dr.Vedat DAVUTOĞLU	Kardiyoloji	G.Ü.Tıp Fak. Kardiyoloji A.D	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof.Dr.Serdar ÜŞÜMEZ Raportör/Üye	Diş Hekimi	G.Ü. Diş Hek. Fak.	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	Katılmadı
Doç.Dr.Ercan SİVASLI Üye	Pediyatri	G.Ü.Tıp Fak. Pediyatri A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç.Dr.Ş.Nur AKSOY Üye	Biyokimya	G.Ü.Tıp Fak. Biyokimya A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd.Doç.Dr.Beyhan CENGİZ Üye	Fizyoloji	G.Ü.Tıp Fak. Fizyoloji A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Ecz.Ahmet BOŞNAK Üye	Eczacı	G.Ü. Tıp Fak. Farmakoloji A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

* Araştırma ile ilişki

** Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ

1985 Afyonkarahisar doğumluyum. İlkokulu Kocatepe İlkokulu'nda, lise öğrenimimi Milli Piyango Anadolu Lisesi'nde tamamladım. Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Ebelik Bölümü mezunuyum. 2009 senesinde Gaziantep 60.Yıl Sağlık Ocağı'na ebe olarak atandım. Daha sonra 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışmaya başladım ve halende orada görev yapmaktayım. Evli ve 1 çocuk annesiyim.