



T. C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NE BAŞVURAN ÇOCUKLARIN
SADECE ANNE SÜTÜ İLE BESLENMESİNİ ETKİLEYEN ETMENLER

UZMANLIK TEZİ

Dr. Celal Mete KARAKURUM

Antalya, 2019



T. C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NE BAŞVURAN ÇOCUKLARIN
SADECE ANNE SÜTÜ İLE BESLENMESİNİ ETKİLEYEN ETMENLER

UZMANLIK TEZİ

Dr. Celal Mete Karakurum

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Sevtap VELİPAŞAOĞLU

Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir

Antalya, 2019

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bilgisi ve sabrı ile destek olan sayın Dr. Öğr. Üyesi
Sevtap VELİPAŞAOĞLU'NA,

Çalışmama katılarak mümkün kılan annelere ve ailelerine,

İstatistiksel analizde destek olan Öğr. Gör. Dr. Deniz Özel ERKAN'a,

Tez çalışmam boyunca destek olan eşim Aslıhan KARAKURUM'a
teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Tarihçe	2
2.2 Anne Sütünün Önemi ve Yararları	5
2.3 Sadece Anne Sütü ile Beslenme	11
2.4 Anne Sütü ile Beslenmenin Olumsuz Etkileri ve Çözümleri ..	11
2.5 Sadece Anne Sütü ile Beslenmeyi Olumsuz Etkileyen Etmenler	12
2.5.1 Anneye ve Babaya Ait Etmenler	12
2.5.2 Annenin İnanışları, Bilgisi ve Becerisi	13
2.5.3 Annenin İşi	14
2.5.4 Bebeğe Ait Etmenler	15
2.5.5 Emzik ve Biberon Kullanımı	15
2.5.6 Mamaların Pazarlanması	15
2.5.7 Diğer Etmenler	16
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	18

3.1 Araştırmanın Tipi.....	18
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	18
3.3 Araştırmanın Örneklemi	18
3.4 Veri Toplama Yöntemleri.....	19
3.5 Verinin Değerlendirilmesi	20
3.6 Araştırmanın Güçlülükleri ve Sınırlılıkları.....	20
3.7 Araştırma Etiği.....	20
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ	43
7. ÖZET	44
8. ABSTRACT	46
9. KAYNAKLAR.....	48
10. EKLER.....	56
Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	56
Ek 2 Anket Formu	57

KISALTMALAR DİZİNİ

AAP	Amerikan Pediatri Akademisi
AS	Anne Sütü
AMA	Amerikan Tıp Derneği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESPGHAN	Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Nutrisyon Cemiyeti
FDA	ABD Gıda ve İlaç Dairesi
GA	Güven Aralığı
GBC	Küresel Emzirme Kolektifi
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
IQ	IntelligenceQuotient
MÖ	Milattan Önce
NEK	Nekrotizan Enterokolit
NVY	Normal Vajinal Yolla
OO	Olasılık Oranı (<i>OddsRatio</i>)
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
SS	Standart Sapma
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
yy.	Yüz yıl

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo</u>		<u>Sayfa</u>
3.1	Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri	19
4.1	Ailelerin Temel Demografik Özellikleri	23
4.2	Annelerin Önceki Çocuğunu Besleme Davranışları	24
4.3	Prenatal ve Natal Döneme Ait Özelliklerin Gruplara Dağılımı	26
4.4	Postnatal Beslenme Göstergeleri ve Emzik Kullanımı	27
4.5	Anne Sütünün Yetersizliğine Dair Farklı Görüşler	28
4.6	Postnatal Dönemde Emzirmeyi Etkileyen Etmenler	29
4.7	Anne Sütü Dışı Besin Veren ve Vermeyen Gruplarda Tutum ve Davranışların Tek Değişkenli Analizi	32
4.8	Anne Sütü ile İlgili Algı, Tutum ve Davranışların Gruplar Arasında Tek ve Çok Değişkenli Analizi	33

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>		<u>Sayfa</u>
2.1	Helenistik Dönemden Seramik Biberon	3
4.5	Annenin Kendini Ümitsiz, Çökkün, Kaygılı, Mutsuz Hissetme Sıklığı	29



1. GİRİŞ ve AMAÇ

İlk 6 ay sadece anne sütü vermek en uygun bebek besleme yöntemidir (1). Anne sütü vermenin, anneye, bebeğe ve topluma birçok faydası vardır (2). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ve UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesini önermektedir (3,4). İlk 6 ayda anne sütü dışı gıda vermenin ve anne sütü erken kesmenin olumsuz etkileri saptanmıştır (2).

Bebek ve çocuk besleme uygulamaları çocuk sağlığını düzeltmeye yönelik en etkin girişimlerdenidir. Uygun olmayan emzirme ve ilk 6 ay sadece anne sütü vermemenin yılda 1,4 milyon ölümden ve beş yaş altında gelişen hastalıkların %10'nundan sorumlu olduğuna dair yayınlar vardır (5). Yetersiz beslenmenin; beş yaş altı çocukların %32'sinde bodurluğa, %10'unda aşırı tartı kaybına neden olduğu ve ölümlerin %35'inin altında yatan kolaylaştırıcı etmen olduğu düşünülmektedir.

Sağlıklı annelerin; ilk saatte, ilk 6 ayda hatta 2 yıl boyunca emzirmesinde fizyolojik ve biyolojik olarak engel olmadığı düşünülmektedir (6). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre bebeklerin %42'si ilk bir saatte emzirilmekte, %41'i ilk 6 ay sadece anne sütü almakta, %45'i ikinci yılda anne sütü almaya devam etmektedir(7).

Bebekleri anne sütüyle uygun şekilde besleme davranışları sağlık kuruluşlarının çabaları ile artabilmesine karşın halen yeterli düzeyde değildir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde birçok etmen anne sütü verme davranışlarını olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir. Ülkemizde de sadece anne sütü verme oranları oldukça düşüktür. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013'e göre altıncı ayını doldurmuş çocuklarda sadece anne sütü alma oranı %9,5 altındadır. Ülkemizde anne sütünün hedeflenenden daha az oranda ve daha kısa süre verilmesi önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Bu çalışmanın amacı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'ne getirilen çocukların ilk 6 ay sadece anne sütü almasını etkileyen etmenlerin saptanmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Tarihçe

Gebelik ve emzirme tüm memeli türlerinin devamlılığını sağlar. Emzirme olmasaydı, insanoğlu dâhil hiçbir memeli türü bugüne gelemezdi (8). Buna karşın bu doğal beslenme şekli; tarih boyunca çeşitli etmenlerin baskısı altında kalmış, ve bebek beslenmesi zamanla değişime uğramıştır. Modern biberon ve formül mamaların icadından önce emzirme yerine en sık ve en güvenli alternatif olarak kullanılan yöntem sütannelikti (9). Sütannelik eskiden beri var olup 20. yy. kadar devam etmiştir. MÖ 1700 yıllarına ait Hammurabi Kanunlarında sütannelik ile ilgili maddeye rastlamak mümkündür (9). Tıbbın babası olarak anılan Hipokrat'tan en az 1000 yıl önce, yaklaşık MÖ 1500 yılında, yazılan Ebers papirüsünde yüzlerce rahatsızlığın yansira emziren annenin sütüretimini artırmaya yönelik öneriler ve tedaviler mevcuttur (10). Tıbbın ilk ansiklopedisi kabul edilebilecek papirüsteki reçete laktasyon yetersizliğinin antik Mısır'da bile bir sorun olduğunu göstermektedir (9).

MÖ 950 yılında Yunanistan'da aristokrat kadınlar sıklıkla bebeklerini sütannelere teslim etmişlerdir, zamanla bu sütanneler kölelere hüküm eden bir konuma ulaşmıştır (9). Roma İmparatorluğu'nda yetim bebekleri emzirmeleri için sütannelerle yazılı anlaşmalar yapılmıştır. Romalı hekim Oribasius (MS 325-403) kadınların sütünü artırmaya yönelik göğüs ve omuz hareketleri önermiştir, ideal sütannenin özelliklerini tanımlamıştır. Ortaçağ Avrupası'nda sütün fiziksel ve psikolojik özellikleri aktarabildiği düşünüldüğü için sütanneliğe karşı çıkılmış, emzirminin annelik görevi olduğu belirtilmiş ve böylece emzirminin sıklığı artmıştır. Rönesans boyunca sütannelik emziremeyen anneler için en iyi alternatif olmuştur. Avrupa'lı hekimler 16. ve 17. yy.'da annelerin neden emzirmeleri gerektiği açıklayan makaleler yazmıştır; anne ile çocuk arasındaki bağı kuvvetlendirmek, sütannenin kusurlarının bebeğe geçmesini önlemek gibi sebepler öne sürülmüştür. Aristokrat kadınlar; memelerin sarkmasına yol açtığı, istenilen kıyafetlerin giyilmesine engel olduğu, sosyal faaliyetlere katılımı (tiyatroya gitmek, kart oynamak) zorlaştırdığı için emzirmeyi tercih etmezken; sütannelik gelir düzeyi

düşük kadınlar için öncelikli bir meslek olmaya devam etmiştir (9).

Endüstriyel devrimle beraber kırsal alandan şehirlere göç ve hayatın pahalılaşması kadınları para kazanmaya yönlendirmiştir. Fabrikalarda verilen maaşlar sütannelerin maaşlarından daha yüksek olduğu için, şehire göç eden kadınların bebeklerinin bakımı ve sütannelik köylerdeki daha yoksul kadınlara bırakılmıştır (11). Yapay besleme 19. yy.'da sütanneliğe makul bir alternatif olarak ortaya çıkmış; hayvansal sütlerin yaygınlığı ve biberonun geliştirilmesiyle yüzyıllardır bir meslek olan sütannelik Batı'da 1900'de bir anda yok olmuştur.

Şekil 2.1 Hellenistik Dönemden Seramik Biberon



Antalya Müzesi'nde sergide olan Hellenistik döneme (MÖ 330-30) ait seramik biberon.

En ilkel biberonlar MÖ 2000 üretilmiş olup, yenidoğan bebeklerin mezarlarında bulunmuştur; şekil olarak yağ lambalarını doldurmak için kullanılan aparatlara benzeyen ince boyunlu meme başına benzer başı olan kaplardır (Şekil 2.1). Kimyasal analizde hayvansal kazein kalıntısı olması, hayvansal sütlerle bebeklerin beslendiğini düşündürmektedir. Ahşap, seramik, inek boynuzu, gümüş gibi birçok farklı malzemeden yapılan bebek besleme aygıtları bulunmaktadır. İngiltere'de 1770'de icat edilen *bubby-pot* ise boynu gövdenin altından başlayan çaydanlığa benzemektedir ve bu kabın ağzına açılan 3-4 küçük deliğe bir bez parçası bağlanarak bebeğin emmesi sağlanmıştır (9). Bu ilkel biberonları temizlemesi zor olduğu için gıda kalıntısı ve bakteri birikimi bebeklerin sağlığını olumsuz etkilemiştir. Kirli besleme aygıtları, sütlerin yetersiz pastörizasyonu ve buzdolabında saklanamaması 19. yy. başında yapay beslenen bebeklerin üçte birinin

1 yaşından önce ölmesine sebep olmuştur. İlk kauçuk meme 1845'te üretilmiştir, 1896'da açık uçlu biberon geliştirilmiştir, modern biberonun oluşmasıyla yapay beslenme kabul görmeye başlamıştır ve tıp anne sütüne alternatif mamalar üretmeye yönelmiştir (9).

Osmanlı İmparatorluğu'nun kuruluşundan itibaren padişahların çocuklarını emzirmek için *dayelerin* var olduğu tarihi belgelerden anlaşılmaktadır (12). Padişahların şehzadelerine ve kızlarına süt emzirmek için tutulan veya satın alınan cariyelere *daye*, *taye* ismi verilmekteydi. Dayeler şehzadelere süt verdikleri için el üstünde tutulur, kendi çocukları şehzadeler ile birlikte sütkardeş olarak büyür, şehzadenin tahta çıkmasıyla sütkardeşin de geleceği güvence altına alınmış olurdu.

Hayvansal sütler MÖ 2000'den 19. yy'a kadar anne sütü yerine en sık kullanılan alternatif olmuştur. İnsan sütünün ilk kimyasal analizi ise 18. yy'da yapılarak hayvanlarınki ile kıyaslanmıştır. İnsan sütünde daha az protein olduğu saptanarak hayvansal sütler sulandırılarak verilmeye başlanmış, sonra kalorik olarak yetersiz olduğu için şeker ve tahıl eklenmiştir (11). Böylece hayvan sütünden insan sütüne benzer ürünler üretilmeye çalışılmıştır. Justus von Liebig 1865'de inek sütü, buğday, malt unu ve potasyum bikarbonattan oluşan mamanın patentini almıştır. Patentli bebek maması sayısı 1883'de 27'ye çıkmıştır. Bunlar bebeklere hızlı tartı aldırmasına karşın protein, vitamin, mineral gibi önemli besleyicilerden oldukça yetersiz kalmıştır. Sonrasında protein sindirimini kolaylaştırmak için ısıtma, laktik asit ekleme gibi yöntemler geliştirilmiştir (11). Kalite kontrolü sağlamak amacıyla 1980'de FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) şu besin maddelerini mamalarda zorunlu kılmıştır: protein, yağ, C, A, D, E, K, B1, B2, B6 ve B12 vitaminleri, niasin, folik asit, pantotenik asit, kalsiyum, fosfor, magnezyum, demir, çinko, manganez, bakır, iyot, sodyum, potasyum ve klorür.

Süreç içinde mama firmaları direk olarak hekimlere reklam yapmaya başlamışlardır. Yoğun reklam kampanyalarıyla gelişmekte olan ülkelerde hekimler ve kamu yapay mamayı anne sütüne güvenilir bir alternatif olarak kabul etmiştir. Küresel olarak emzirmenin azalmasının ardından 1970'lerde sivil toplum örgütleri tekrar emzirmeyi teşvik etmiştir. Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanması ile ilgili kod, yani 'mama kodu', 1981'de DSÖ tarafından Cenevre'de yayınlanmıştır (13).

ABD’de mama endüstrisi 1988’de kamuya doğrudan reklam yapmaya başlamıştır. Bunun üzerine Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) emzirmeyi ve hasta hekim ilişkisini olumsuz etkilediği, tüketicide kafa karışıklığına sebep olduğu gerekçesiyle doğrudan kamuya mama reklamı yapılmasına karşı olduğuna dair bildirge yayınlamıştır (14).

Yapay mamaların kullanımı ilk zamanlar, özellikle yaz aylarında ölümlere sebep olmuştur; mikrop teorisinin halk tarafından kabullenilmesi, kolay temizlenen, beslemeyi kolaylaştıran kauçuk memelerin geliştirilmesi, buz kutusu ve sonrasında elektrikli buzdolabı gibi soğutma aygıtlarının yaygınlaşması, temizliğe verilen önemin vurgulanması ile bebek ölümleri azaltılmıştır (9,11). Amerikan Pediatri Akademisi 1984’te emzirme ile ilgili bir raporunda “emzirmenin sanitasyon, beslenme ve sağlık hizmetlerinin iyi olduğu toplumlarda faydası mevcutsa da kısıtlıdır” demiş ancak son 20-30 yılda biriken bilimsel veriler ile bu görüş geçerliliğini yitirmiştir (2).

Azalan küresel emzirme oranlarını düzeltmek için 1990’da toplanan 30 ülke tarafından ‘Innocenti Deklarasyonu’ ilan edilerek hükümetler için 4 uygulamalı adım belirlenmiştir (15). Hemen ardından 1991’de Bebek Dostu Hastane girişimi başlatılmış (16) ve bu sayede 10 yıl içinde küresel emzirme oranları %15 artmıştır (15).

2.2 Anne Sütünün Önemi ve Yararları

Birçok sağlık kuruluşu anne sütünün ilk 6 ay tek besin kaynağı, 6 ay sonrasında ek gıdalarla beraber verilmesini, 2 yıla veya sonrasına kadar devam edilmesini önermektedir (3,4). Anne sütü ilk 6 ay bebeğin ihtiyacı olan suyu, besinleri, antikorları, probiyotikleri ve diğer faktörleri içermektedir (15). Anne sütü ile beslenmek kısa ve uzun dönemde hem anne hem de bebek sağlığı açısından olumlu etkiye sahiptir (2).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre sadece anne/sütanne tarafından emzirilen veya sağıp verilen süt ve tıbbi amaçlı verilen sıvılar (damlalar, şuruplar, oral replasman sıvısı) dışında herhangi bir sıvı almama sadece anne sütü ile beslenme

(*exclusive breastfeeding*) olarak tanımlanır (17). Anne sütü ağırlıklı beslenme (*predominant breastfeeding*): anne/sütannenin emzirdiği veya sağılan sütün temel besin olduğu, yanında az miktarda su, meyve suları, ilaçlar ve tıbbi amaçlı sıvıların verilebildiği, ancak insan dışı sütler verilmediği durum olarak tanımlanır (17).

Küresel olarak bakıldığında yenidoğanların %42'sinin ilk bir saatte emzirildiği, %41'inin ilk 6 ay sadece anne sütü aldığı, bir yaşına kadar emzirmenin %71'inde devam ettiği, iki yaşında emzirmenin %45'inde devam ettiği saptanmıştır (7). Artık dünyadaki doğumların yarısından fazlası bebek dostu hastanelerde yapılmaktadır (7). DSÖ ve UNICEF tarafından oluşturulan Küresel Emzirme Kolektifine göre emzirmenin desteklenmesi için 7 önemli adımın atılması gerekmektedir: emzirme programlarının finanse edilmesi, anne sütü muadillerinin reklamlarının düzenlenmesi ve sınırlandırılması, iş hayatında anneliğin desteklenmesi, bebek dostu hastane girişimlerine uyulması, emzirme eğitimi ve rehberliğine erişim sağlanması, toplum destek programlarının sağlanması, sürekli denetim (7). Dünya Sağlık Toplantısı'nın 56.sı 2012'de yapılmış ve 2025'e kadar ilk 6 ay sadece anne sütü verme hedefi %50 olarak belirlenmiştir (18).

Birçok ülkede sadece anne sütü ile beslenme %50'nin altındadır, bunun emzirmenin devamı ile korelasyonu orta düzeydedir (2). Bu bulgu emzirmeye destek stratejilerinin ülkeye göre özelleştirilmesi ihtiyacını göstermektedir (2). Düşük gelirli ülkelerde emzirmeyi geç başlatma ve sadece anne sütü ile beslenmeme sorun oluşturmaktayken orta ve yüksek gelirli ülkelerde emzirme süresinin kısalığı bir sorun oluşturmaktadır (2).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013'e göre Türkiye'de yenidoğanların %50'si ilk bir saatte emzirilmeye başlanmaktadır (19). Bu çalışmaya göre ilk 60 gün bebeklerin %92,7'si emzirilmiştir. Ancak 120-180 günlük bebeklerin %9,5'i sadece anne sütü almıştır. Bu rakamın 180-210 günlük, bebeklerde %4,7 olduğu göz önüne alındığında ülkemizde ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenme oranının %4,7-9,5 arası bir rakam olduğu düşünülmektedir. Emzirmeye devam etme oranı 12 aylık bebeklerde %67, 24 aylık çocuklarda %34 olarak saptanmıştır (19). Düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranı %37 olarak saptanmıştır (2). TNSA 2013'e göre 6 ay altı bebeklerde

enfeksiyon açısından riskli olan biberon kullanımı %40'tır. Toplam emzirme süresinin ortancası 16,7 ay olarak saptanmıştır (19).

Emzirmenin kısa dönemde düşük gelirli ülkelerde genel bebek mortalitesini, yüksek gelirli ülkelerde ise ani bebek ölümünü azalttığı gösterilmiştir (2,20). Bebek morbiditesi incelendiğindeyse emzirmenin 66 farklı analizde düşük gelirli ülkelerde ishal ve solunum yolu enfeksiyonlarını, orta kulak iltihabını azalttığı gösterilmiştir. Emzirilen çocuklarda ilk bir yılda hastaneye yatma ve ayaktan gitme oranının daha az olduğu gösterilmiştir. Egzema, gıda alerjisi üzerine etki saptanmamış ancak alerjik rinitte kısıtlı olumlu etki ve astımda anlamlı düzeyde etki saptanmıştır (2). Emzirilen çocukların daha zeki ve başarılı olduğu gösterilmiştir (21). Obezite ve aşırı kilolu olmayı inceleyen 113 çalışmada bu riskin azaldığı gösterilmiştir (2).

İshal, özellikle düşük gelirli ülkelerde, çocuklar için önemli bir mortalite ve morbidite sorunudur, sağlık kuruluşları ishali rahatlatma ve tedavi etmek (rehidratasyon) üzerine odaklanmaktadır ancak ishali önlemeye ve uygun bebek besleme davranışlarına yeterince vurgu yapılmamaktadır (22). Anne sütünün yanında besleyici olmayan ek sıvılar; çaylar, meyve suları ve besleyici olan mamalar verilmektedir. Filipinler'de yapılan bir çalışmada, en az ishalin sırasıyla sadece anne sütü alan bebeklerde, anne sütü ve besleyici olmayan sıvılar alan bebeklerde, anne sütü ve besleyici sıvı alan bebeklerde, ve hiç anne sütü almayan bebeklerde görüldüğü gösterilmiştir (22). Bu çalışmada ilk 6 ay sadece anne sütü almanın ishali önemli derecede önleyebileceği gösterilmiştir; büyüme ve gelişim için ek gıdalara ihtiyaç olana kadar sadece anne sütü verilmesi önerilmektedir (22,23). Sadece anne sütü alan bebekler daha az enterik patojene maruz kalmaktadır, anne sütündeki aktif hücreler ve antikorlar ishale karşı koruma sağlamaktadır, anne sütü bağırsak florasını düzenleyerek patojenlerin çoğalmasını engellemektedir (22).

Nekrotizan Enterokolit (NEK) ile ilgili 4 randomize çalışmayı inceleyen bir meta-analize göre, preterm bebeklere annesütü vermenin NEK riskini %58 azalttığı hesaplanmıştır (24), başka bir çalışma sadece anne sütü ile beslenen pretermelerde NEK'in %77 daha az görüldüğünü saptamıştır (25).

Solunum yolu morbiditesi incelendiğinde anne sütünün koruyucu etkisi

gösterilmiştir (26,27). Analizlerde diğer çevresel faktörler (sigara dumanı maruziyeti vs.) devre dışı bırakıldığında bile daha uzun süre anne sütü alan çocukların daha az pnömoni geçirdiği, orta kulak iltihabının daha az görüldüğü ve daha seyrek tekrarladığı gösterilmiştir (24,27). Buna sebep olarak anne sütündeki antienflamatuar, antimikrobiyal, immünomodülatör faktörler ve anne sütünün bebeğin immün sistemini olgunlaştırmaya yardımcı olması öne sürülmektedir (27). Avustralya’da yapılan bir çalışmada daha kısa süre anne sütü alan çocukların solunum yolu hastalıkları nedeniyle daha çok hastaneye getirildiği gösterilmiştir (26).

Literatürde; alerjik hastalıkların önlenmesinde anne sütünün etkinliği konusu tartışmalıdır, bazı çalışmalar anne sütünün astım, alerjik rinit ve atopik dermatit gibi hastalıklarda koruyucu olduğunu gösterebilir bazı çalışmalar bu ilişkiyi net gösterememiştir (28–30). Bir çalışmada en az 4 ay sadece anne sütü alan bebeklerin ilk iki yılda daha az atopik dermatit ve alerjik rinit olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada genel olarak alerjik hastalıklardan sadece anne sütü alanların en az etkilendiği ve kısmi emzirmede de anne sütünün koruyucu olduğu, bundan en çok da ailesel atopi öyküsü olanların faydalandığı gösterilmiştir (29).

Anne sütünün nörokognitif gelişim ve davranışlar açısından da faydası gösterilmiştir. Emzirilen çocuklarda IQ puanlarının 3-4 puan daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Brezilya’da prospektif, 30 yıl takip yapılan bir çalışmada, zeka, eğitim alma süresi ve 30 yaşındaki gelir üzerine anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır (21). Birleşik Krallık Milenyum Kohort çalışmasında, önceki benzer çalışmalarda bulunduğu gibi, en az 4 ay emzirilen çocukların davranışsal gelişiminin daha sağlıklı olduğu gösterilmiştir (31).

On yedi çalışmanın incelendiği bir meta-analizde 6 aydan uzun emzirme ile çocukluk döneminde görülen lösemi arasında ters ilişki saptanmıştır. Bu ilişkide anne sütü içindeki immünoaktif maddelerin, bebeğin immün sisteminin olgulaşmasına yardım eden maddelerin ve sağlıklı bağırsak mikrobiyota oluşumuna yardım eden probiyotiklerin etkili olabileceği tahmin edilmektedir (32).

Anne sütü alan çocukların %13 daha az obez olduğu gösterilmiştir (33–35). Obezite için bu koruyucu etki yaş ilerledikçe azalmaktadır (35). Kardeşleri

inceleyen çalışmalarda da anne sütü almanın obeziteye karşı koruyucu olduğu gösterilmiştir (36). Anne sütünün obeziteye karşı koruyucu etkisinin, yenidoğan hipotalamusundaki nöroendokrin hücreleri etkilenmesi ile sağlandığı öne sürülmektedir (37). Anne sütü ile beslenenlerde sistolik kan basıncı daha düşük saptanmış olup, diyastolik kan basıncı için benzer ilişki bulunamamıştır (35). Tip 2 diyabet açısından bazı çalışmalar anne sütünü koruyucu bulmakla beraber, bazıları yeterli ilişki saptamamıştır (24,35). Total kolesterol seviyesi ile anne sütü arasında bir ilişki saptanamamıştır (35).

Doğumdan hemen sonra emzirmenin başlatılması anneden oksitosin salınmasını artırır. Böylece anne rahminin kasarak postpartum kanamayı azalttığı, plasentanın atılmasını kolaylaştırdığı, annenin bebeğe psikolojik olarak bağlanmasına yardım ettiği bilinmektedir (38,39). Emziren, özellikle de sadece ya da ağırlıklı olarak anne sütü veren kadınlarda laktasyonel amonorenin uzadığı, doğum aralıklarının açıldığı, ilişkili sağlık sorunlarının azaldığı, gebelikte aldıkları fazla tartıyı daha hızlı verdikleri gösterilmiştir (2,40,41). Emziren annelerde over kanseri, meme kanseri, tip 2 diyabet, kalp hastalıklarının daha az olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (20,38).

Emzirmenin over kanserine karşı koruyucu olduğu gösterilmiştir. Over kanseri ile emzirme arasındaki ters ilişki de 35 çalışmayı inceleyen bir meta-analizde ortaya koyulmuştur (40). Herhangi bir süre emzirenlerde hiç emzirmeyenlere göre %24 daha az over kanseri görülmüştür (42). Emzirmenin toplam süresini inceleyen çalışmaların meta-analizinde doz bağımlı etki gösterilmiştir (42).

Meme kanseri ve emzirme arasında da ters ilişki saptanmıştır (43). İyi tasarlanmış 47 çalışmanın sonucunda her 12 ay emzirme için meme kanseri riskinin %3-4 azaldığı gösterilmiştir (2). Yirmi üç çalışmayı inceleyen bir meta-analizde: herhangi bir süre emziren, menopoza girmemiş kadınlarda hiç emzirmeyenlere kıyasla daha az meme kanseri görülmüştür (44). Kadınlarda emzirmenin toplam süresi uzadıkça meme kanseri daha az görülmüştür (44).

Emzirmenin anneye ve bebeğe faydalarının yanında ekonomik faydaları da mevcuttur. Bu ekonomik kazancın temel nedenleri; mama masrafının olmaması,

anne ve bebeğe ait doğrudan sağlık masraflarında azalma (örneğin hastane başvurusu, sağlık personelinin zamanı, laboratuvar masrafları vb) ve ebeveynlerin iş gücü kaybı azaldığı için elde edilen kazançtır. Amerika’da optimal emzirme davranışları sergileyen bir annenin ilk yıl 1200-1500 Dolar mama masrafından kaçınabileceği hesaplanmıştır (39). ABD’de 2002’de yapılan bir analize göre doğumda %64 olan emzirme oranı %75’e, altıncı ayda %29 olan emziren anne oranı %50’ye çıkarılırsa yıllık 3.6 milyar dolarlık harcamanın önlenebileceği hesaplanmıştır (45).

Anne sütü aynı zamanda çevre için daha sağlıklıdır. Yapay sütlerin üretimi için öncelikle geniş ormanlık arazilerde ağaçların yok edilmesi, tarım arazisine çevrilmesi, sonrasında inek yemi yetiştirilmesi, ineklere ulaştırılması ve ineklerden süt elde edilmesi gerekmektedir. İnek sütü ve diğer içeriğin (soya, balık vs) dünyanın farklı bölgelerinden temin edilmesi, mama üretim fabrikalarında birleştirilmesi gerekmektedir (46). Üretilen mamanın, işlenmesi, pastörize edilmesi, homojenize edilmesi, kurutulması, depolanması, paketlenmesi ve taşınması gerekmektedir. Kullanıcıya satıldıktan sonra kullanıcı mamayı hazırlamak için biberon/bardak temizlemesi, mamayı ısıtmak için yakıt kullanması, eski biberonların ve ambalajların çöpe atılması gerekmektedir. Emzirmede için âdeti daha erken başlayan annelerin de daha çok menstürel ped veya tampon kullanması gerekmektedir (46). Emzirmek sera gazları oluşturmeyen, karbon ayak izi bırakmayan, sürdürülebilir, temiz ve pratik bir besleme yöntemidir (46,47).

Emzirmenin bebek beslenmesinde altın standart olduğu kabul edilmiştir (20). Emzirmeyi erken kesme, ek gıdalara 6 aydan erken başlama, zor temizlenen besleme araçlarının kullanılması ve diğer uygun olmayan bebek besleme yöntemleri, bir halk sağlığı sorundur (26). İlk 6 ay sadece anne sütü vermenin 6 aydan daha kısa süre sadece anne sütü vermeye kıyasla daha yararlı olduğu, kısa bir süre de olsa emzirmenin hiç anne sütü vermemekten daha yararlı olduğu ve anne sütü alınan toplam sürenin daha uzun olmasının yararları yukarıda tartışılmıştır. Bir analizde, eğer düşük gelirli ülkelerde ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme %95 ve iki yıla kadar emzirme %90’a ulaşırsa, iki yaş altı ölümlerin %14’ünün, 6 ay altı bebeklerdeki ölümlerin %87’sinin önlenebileceği tahmin edilmiştir (2). Bu sebeplerden dolayı mümkün oldukça, ilk 6 ay emzirerek sadece anne sütü vermek,

bebekler için en uygun beslenme yöntemidir.

2.3 Sadece Anne Sütü ile Beslenme

İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme artık altın standart kabul edilmektedir (2). Mortalite ve morbidite üzerinde önemli etkisi gösterilmiştir (1). Sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde, sadece anne sütü almayan bebeklere kıyasla daha az oranda enfeksiyon, ishal, pnömoni, akut otitis media, alerjik hastalıklar, ani bebek ölümü, gelişimsel sorunlar, tip 1 diyabet görülmektedir, ve zeka sadece anne sütü ile beslenmeden olumlu etkilenmektedir (2,5,23,31,41,48). Uygun olmayan emzirme, özellikle ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmemenin 1,4 milyon bebeğin ölümünden ve 5 yaş altı çocuklardaki hastalık yükünün %10'undan sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (5). İlk 6 ay sadece anne sütü veren annelerde, vermeyenlere kıyasla daha az over ve meme kanseri görülmektedir (38).

Sadece anne sütü ile beslenme için en uygun süre tartışma konusudur. Ek gıdaların geç başlanması büyüme ve gelişmeyi olumsuz etkilemekteyken erken başlanması daha fazla enfeksiyon riski oluşturmaktadır. Son meta-analizler ilk 6 ay sadece anne sütü alan çocuklarda büyümenin ve gelişmenin 4. aydan sonra ek gıdalara başlanan çocuklara kıyasla aynı olduğunu göstermiştir (1). Gelişmiş ülkeler dâhil emzirmenin gastrointestinal ve solunum yolu enfeksiyonlarına karşı koruyucu olduğu; bunda sadece anne sütü alma süresi ve toplam emzirme süresi ile ilgili olduğu gösterilmiştir. Altıncı aydan önce ek gıda başlamanın herhangi bir faydası gösterilememiştir (1).

DSÖ, UNICEF, AAP ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesini önermektedir (3,4,41). ESPGHAN (Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Nutrisyon Cemiyeti) ise 17-26 haftaya kadar sadece anne sütü verilmesini önermektedir (49). AAP emzirmenin en az bir yıl devam etmesini birinci yıldan sonra anne ve bebek karşılıklı istediği sürece devam etmesini önermektedir (41). DSÖ ve UNICEF anne sütünün 2 yıl veya daha uzun devam edilmesini önermektedir (3,4).

2.4 Anne Sütü ile Beslenmenin Olumsuz Etkileri ve Çözümleri

Oniki aydan daha uzun süre emzirmek ve gece emzirmek çocuklarda diş çürükleri ile ilişkilendirilmiştir. Anne sütünün çok sayıdaki faydası göz önünde bulundurulduğunda, emzirmeyi bırakmaktansa oral hijyene önem verilmesi önerilmektedir (2). Bir meta-analizde emzirmenin biberon ile beslemeye göre diş çürükleri açısından daha koruyucu olduğu saptanmıştır (50).

2.5 Sadece Anne Sütü ile Beslenmeyi Olumsuz Etkileyen Etmenler

Neredeyse bütün sağlıklı anneler anneler biyolojik olarak çocuğunu emzirebilir (6). İlk 6 ay sadece anne sütü vermek altın standart olmasına ve DSÖ, UNİCEF gibi kuruluşlar tarafından desteklenmesine rağmen birçok sebepten dolayı anneler ilk 6 ay anne sütü vermemektedir. Emzirme biyolojik, psikolojik, kültürel ve sosyal faktörlerin bir biri ile karmaşık etkileşimi sonucu şekillenen bir süreçtir (51,52). Sadece anne sütü vermeye veya bebeği emzirmeye engel olan faktörler kabaca yedi grupta incelenebilir: anneye ve babaya ait etmenler, annenin inanışları, bilgisi ve becerisi, annenin işi, bebeğe ait etmenler, emzik ve biberon kullanımı, mama pazarının etkileri ve diğer etmenler.

2.5.1 Anneye ve Babaya Ait Etmenler

Annenin yada babanın genç olması, sigara içmesi, tek ebeveyn olması, depresif semptomları olması, sadece anne sütü ile beslenmeyi olumsuz etkilemektedir (53–55). Annenin primipar olması ise bazı çalışmalarda anlamlı bulunurken bazılarında bulunmamıştır (53,54,56). Kentsel bölgelerde yaşayan annelerin, kırsal bölgede yaşayanlardan daha uzun süre sadece anne sütü verdiği ancak kırsaldakilerin toplamda daha uzun süre bebeklerine anne sütü verdiği görülmüştür (57). Annenin geliri yüksek gelirli ülkelerde ve düşük-orta gelirli ülkelerde anne sütü vermeyi farklı etkileyebilmektedir (2). Düşük-orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli annelerin az gelirli olanlara kıyasla daha kısa süre sadece anne sütü verdiği görülmüştür, aynı zamanda toplam emzirme süresi az gelirlielerde daha uzundur (2,53,57). Uganda’da yapılan bir çalışmada hiç eğitim almayan annelerin %50’si sadece anne sütü verirken, üniversite mezunlarının %46’sının

sadece anne sütü verdiğ i g  r  lm         (57). Yüksek gelirli ülkelerde daha eğitimli kadınlar daha uzun süre sadece anne sütü vermektedir ve emzirmektedir (2,55). Yüksek gelirli ülkelerde annenin eğitimi anne sütü vermeyi olumlu etkileyebilmektedirken, düşük gelirli ülkelerde annenin eğitimli olması daha kısa süre sadece anne sütü vermekle ilişkilendirilmiştir (58).

2.5.2 Annenin İnanışları, Bilgisi ve Becerisi

Annenin, ilk 6 ay sadece anne sütü vermenin faydaları ve önemi konusundaki bilgisizliğ i, yalnız anne sütü alan bebeklerin diğ er bebeklere kıyasla daha az hastalandığ ını bilmemesi; sadece anne sütü verme ve toplam emzirme süresini olumsuz etkilemektedir. (53,59,60). Annenin eğitim düzeyi anne sütünün faydaları hakkında bilgisini yansıtmaktadır (61). Annenin emzirme becerisi konusunda özgüvensiz olması, sütünün miktarca yetersiz olduğ unu düşünmesi, annenin yanlış emzirme tekniğ i kullanması, bebeğ in kavrama sorunları, meme ağ rısı ve çatlakları sadece anne sütü verme süresini kısaltmaktadır (53,62,63).

Gelişen teknolojiyle oluşturulan “modern” mamaların anne sütüne sağılık açısından e  değ er olduğ u şeklindeki yanlış inançlar emzirme oranlarını olumsuz etkileyebilmektedir (59). Emzirmek doğ al bir besleme yöntemidir ancak ustalık gerektirir. Annenin emzirmeyi, yenidoğ anın ise emmeyi ustaca   Ğ renmesi gerekmektedir. Annenin beklentileri ile tecrübeleri arasındaki uyumsuzluk sadece anne sütü vermeyi azaltabilmektedir (64).

Birçok çalışmada anneler dışarıda emzirmeyi olumsuz etkileyen bir faktör olarak utanmayı ifade etmişlerdir (65–68). Birleşik Krallık’ta yapılan bir çalışmada bazı anneler İslami inançları gereğ i erkeklerin önünde emzirmeyi uygun bulmadıklarını belirtmişlerdir (69). Başka bir çalışmada memelerin büyümesi, memelerden süt sızması, emzirmenin zahmetli görülmesi sadece anne sütü vermeyi olumsuz etkileyen faktörler olarak kadınlar tarafından ifade edilmiştir (65).

Farklı kültürlerde var olan büyük ve tombul bebeklerin daha sağılıklı olduğ u konusundaki inanış anneleri tartı aldırđıĐ ına inandıkları yöntemlere, biberon ile mama vermeye ya da erken ek gıda vermeye itebilmektedir (70). Benzer şekilde

sürekli ağlayan bebeklerin tam doymadığı yargısı ve biberon verilmesi ile bebeğin susması annenin kendi sütünün yeterliliğini sorgulamasına, mama vermesine sebep olabilmektedir (70). Modern mamaların besleyiciliğine inanan anneler, anne sütü yanında mama vererek bebeğin hem anne sütünden hem de mama içindeki ‘vitaminlerden’ (*best of both*) faydalandığına inanmaktadır (66).

2.5.3 Annenin İşi

Annenin işe veya eğitime geri dönme ihtiyacı sadece anne sütü ile beslenmeyi etkileyen en önemli etkidir (53). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 verilerine göre Türkiye’deki işgücünün %32’si kadınlardan oluşmaktadır (71). Daha erken işe dönen anneler daha kısa süre sadece anne sütü vermekte ve toplam anne sütü verme süresi de kısalmaktadır (72). Ücretli veya ücretsiz süt izni verilmesi ve bu iznin süresi sadece anne sütü verme süresini uzatmaktadır (56). Para kazanma ihtiyacı nedeniyle işe geri başlamak zorunda kalan annelerin diğer sebeplerden dolayı işe dönen annelere kıyasla daha kısa süre anne sütü verdiği gösterilmiştir (72). Örneğin güç gerektiren ağır bir işte çalışan, çiftçilik yapan, haftada 30 saatten fazla çalışan, mesleğinde kıdemsiz olan annelerin emzirme sıklığı ya da süresinin daha az olduğu gözlenmiştir (56,72,73). Resmi olarak kayıtlı çalışan annelerin emzirmesi, ev hanımlarının ve kayıtsız çalışan annelerin emzirmesine kıyasla iş hayatından daha fazla etkilenmektedir (74). Buna esnek olmayan çalışma saatleri sebep gösterilmektedir, daha aile-dostu iş yerinde çalışan anneler daha uzun süre emzirmektedir (56,72,74).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), çalışan annelerde emzirmenin korunmasına yönelik standartlarında: en az 14 hafta ücretli süt izni, gün içinde bir veya daha fazla emzirme molası ya da maaş azaltmadan çalışma saatlerinin kısaltılmasını, emziren çalışanlara karşı ayrımcılık yapılmamasını ve işlerinin korunmasını önermektedir (75). Türkiye’de 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 104. maddesi ve 4857 sayılı İş Kanunu’nun 74. maddesiyle çalışan kadınlar doğum öncesi ve sonrası toplam onaltı hafta analık izni alma hakkı vardır (76,77). Ayrıca bebek bir yaşını doldurana kadar günde 1,5 saat süt izni alabilmektedir.

2.5.4 Bebeğe Ait Etmenler

Bebeğin preterm ya da düşük doğum ağırlıklı olması, emmeyi engelleyecek hastalıkların varlığı, hipoglisemi gibi nedenler bebeğin yalnızca anne sütü ile beslenme süresini ya da sıklığını azaltabilmektedir (73,78).

2.5.5 Emzik ve Biberon Kullanımı

Emzik ve biberon sık kullanılan araçlardır, Türkiye’den bir çalışmada emzik kullanımı %44, biberon kullanımı %33 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada emzik için en sık kullanım sebebi uykuya geçişi kolaylaştırmaktır (78). DSÖ emzik, biberon ve suni meme kullanımına Başarılı Emzirme için 10 Adım planında karşı çıkmaktadır (79). AAP ani bebek ölümünü önlemede emzik kullanımını önermektedir (80). Emzik kullanımının sadece anne sütü alım süresi ile zıt ilişki içinde olduğu, doz bağımlı ilişkisi olduğu gösterilmiştir (55,78). Ancak emziğin ‘meme karmaşası’ (*nipple confusion*) yaratarak emme becerisini mi bozduğu veya zaten emzirme sorunu yaşayan annelerin bebeği yatıştırmak için mi emziğe başvurduğu randomize kontrollü çalışmalarla net gösterilememiştir (80,81). Emzik dışı bebek sakinleştirme yöntemlerinin ailelere öğretilmesi faydalı olabilmektedir (82). Ailelere alternatif sakinleştirme yöntemlerini öğretmeden emzik kullanımını kısıtlamak da sadece anne sütü vermeyi olumsuz etkileyebilmektedir (83).

Biberon kullanımı da sadece anne sütü alma süresini kısaltmaktadır(78). Zor temizlendiği ve bulaşıcı hastalıklarının sıklığını arttırdığı için önerilmemektedir (78). Emzirmenin mümkün olmadığı durumlarda, biberon yerine bardak ile besleme önerilmektedir (81,84). Uygulayıcılar tarafından bardak ile beslemenin biberon ile beslememeden daha fazla zaman aldığı ileri sürülmektedir ancak Türkiye’den bir çalışmada fark saptanmamıştır (84).

2.5.6 Mama Pazarının Etkileri

Mama piyasasının 1987’de 2 milyar Dolar, 2013’te 40 milyar Dolar, bugün

ise 70 milyar Dolar olduğu tahmin edilmektedir (85). Yılda yıla perakende satış hacmi artmaktadır (16). Mama firmalarının baskısı uluslararası ilişkileri etkileyecek boyuttadır (86). Bu rekabetçi ortamda, mama firmaları televizyon, sosyal medya, taburculukta verilen hediye paketleri, doktorlara verilen hediyeler ve eşyalar (kalem, takvim) gibi kanallar ile reklam yapmaktadır. Taburculukta verilen hediye paketi gibi reklam yöntemleri sadece anne sütü verme süresini kısaltmaktadır (87). Mama kodunun yasa olarak uygulandığı ülkelerde annelere daha az reklam yapılmaktadır (88). Reklamlar sosyal normları, bir popölasyonda yaygın ve kabul gören davranışları şekillendirmekte, annenin emzirme konusundaki özgüvenine zarar vermektedir (85). Reklamlar mama vermeyi anne sütü vermeye eşdeğer bir alternatif, farklı bir yaşam tarzı olarak sunmaktadır (85). Mama satışlarındaki artış sadece anne sütü ile beslenme oranı ile zıt ilişki içindedir. Süt alamayan bebekleri beslemek için icat edilen mamalar artık bebeklerin beslenmesini olumsuz etkilemektedir (87).

2.5.7 Diğer Etmenler

Bebeğin vajinal yolla doğması, anneye aynı odada kalması, ten tene temas sağlanması, ilk bir saatte emzirilmesi, geç taburcu edilmesi, annenin meme kalkanı kullanmaması sadece anne sütü alma süresini uzatmaktadır (54,58,73,89).

Profesyonel yardıma başvuran veya sağlık personeli tarafından cesaretlendirilen kadınların daha uzun süre sadece anne sütü verdiği görülmüştür (53,57). Gebelikte emzirme danışmanlığı alan annelerin daha uzun süre sadece anne sütü verdiği, emzirme öncesi tıbbi gerekçe olmadan mama verilen çocukların daha kısa süre sadece anne sütü aldığı bilinmektedir (53,61,90). Tıbbi gerekçe ile verilen mama sadece anne sütü alma süresini etkilememektedir (54,90).

Anneyi emzirme sürecinde destekleyenlerin (annesi, eşi, kayınvalidesi) geleneksel yaklaşımları, annelerin sağlık personeli desteği yerine mamayı tercih etmeleri ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmeyi engellemektedir (52,53,78,89,91). Bunun yanında annenin bebek bakımı konusunda tek kalması da sadece anne sütü verme süresini kısaltmaktadır (78).

Alışveriş merkezleri, kafeler gibi kamuya açık alanlarda yeterli sayıda kaliteli emzirme odası olmamasını, erkeklerin de girebildiği bebek bakım odalarıyla emzirme odalarının birleşik olmasını anneler emzirme için olumsuz bir etken olarak ifade etmiştir (69).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırma Tipi

Araştırma 6-10 ay arası sağlıklı çocukların anneleriyle anket uygulanan kesitsel vaka-kontrol çalışmasıdır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma 10.5.2018-1.11.2018 Tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Sosyal Pediatri Polikliniği, Çocuk Cerrahi Polikliniği, Genel Çocuk Polikliniği bekleme salonlarında yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışmada çocuğuna anne sütü vermesi açısından önünde bir tıbbi engel bulunmayan annelerin emzirme davranışlarını etkileyen faktörler saptanmaya çalışılmıştır. Araştırmanın örneklemi Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Sosyal Pediatri Polikliniği, Çocuk Cerrahi Polikliniği ve Genel Çocuk Polikliniği'ne 6 ile 10 ay arasında, kronik ciddi bir hastalığı olmayan bebeklerini getiren anneler oluşturmuştur.

İlk altı ay çocuğuna anne sütü dışında besin ögesi verenler vaka grubunu, ilk 6 ay sadece anne sütü verenler, kontrol grubunu oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, iki grup arasındaki %20'lik farkı %80 güven aralığında $p<0,05$ anlamlılık düzeyin saptayabilmek için hesaplanmış; her gruptan 95 anne olmak üzere toplam 190 anne çalışmaya alınmıştır.

DSÖ tanımında göre sadece anne sütü veren annelerin sayıca kısıtlı olması nedeniyle kontrol grubuna çocuğuna ilk 6 ayda su, bitki çayı ve ilk 15 gün mama veren anneler de dahil edilmiştir. Vaka grubuna ise 16. günden sonra başlamak

kaydı ile ilk 6 ayda bebeğine mama veya besin değeri olan ek gıda verenler dahil edilmiştir.

Tablo 3.1 Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Dahil Etme Kriterleri
• Getirilen çocuğun yanında annesi olması • Annenin ankete katılmaya gönüllü olması • Çocuğunda anne sütünü almayı engelleyecek kronik bir rahatsızlık olmaması • Çocuğunun yüzünde dismorfik veya başka emmeyi engelleyecek bir sorun olmaması
Dışlama Kriterleri
• Hastanın büyümesini, gelişmesini etkileyen kronik hastalık olması (kalp-akciğer hastalıkları, sistemik hastalıklar) • Hastanın beslenme davranışını etkileyen hastalıkları olması (besin alerjisi, metabolik hastalıklar, konjenital gastrointestinal anomaliler ve operasyonlar, hipotoni vs) • Annenin emzirmek için kontrendikasyonu olması

3.4 Veri Toplama Yöntemleri

Anne sütü dışındaki besinlere erken başlamaya neden olabilecek etmenler literatür incelenerek oluşturulan anket formu ile sorgulanmıştır (EK 2). Dört sayfadan oluşan anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Anketin doldurulması 10-15 dakika sürmektedir.

Ankette öncelikle anne ve babaya ait demografik veriler, annenin önceki çocuklarındaki (varsa) emzirme deneyimi, bu gebelikteki prenatal, natal ve postnatal özellikler sorgulanmıştır. Sonrasında bebeğin ne ile beslendiği, emzik kullanımı, güncel sağlık durumu ve annenin çalışma durumu ile duygu durumu sorgulanmıştır.

3.5 Verinin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ve medyan, minimum, maksimum değerleri ile incelenmiştir. Normallik varsayımı ShapiroWilk Testi, çarpıklık basıklık değerleri ve q-q plot grafikleriyle kontrol edilmiştir. İki grubun sayısal verileri arasındaki farkın analizinde veriler normal dağılıma uyduğu durumda Independent Samples t test (Bağımsız İki Örneklem t Testi), uymadığı durumda Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin analizinde beklenen değerin 5’den küçük olduğu hücre yüzdesi %20’den büyükse Fisher's Exact Test (Fisher’ın Kesin Testi), küçük ise Pearson Chi-Square (Pearson Ki-Kare) Testi kullanılmıştır. Anlamlı çıkan sonuçlarda çok gözlü tablolar için Bonferroni Düzeltmesi yapılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Tek değişkenli analizler sonrasında deney ve kontrol grubunu ayırt etmede etkili olacak bağımsız risk faktörlerini belirlemek için Binary Lojistik Regresyon Analizi yapılmıştır. Analizler SPSS 23.0 programı ile yapılmıştır. $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.6 Araştırmanın Güçlülükleri ve Sınırlılıkları

Çalışmanın anket yöntemiyle yapılması anımsama yanlılığına (*recall bias*) fırsat vermiştir. Anketin yüz yüze tek anketör tarafından yapılması, soruların aynı şekilde sorulmasına ve cevapların netleştirilmesine yardımcı olmuştur. Bekleme salonunda annenin yakınları ve başka insanlara yakın yerde yapılması annelerin, özellikle hassas konularda, her zaman en doğru ve en net cevabı vermesini engellemiş olabilir. Tek merkezli olması sonuçların genele yansıtılmasını zorlaştırmaktadır, kesitsel olması sebep sonuç ilişkisini kurmayı mümkün kılmamaktadır.

3.7 Araştırma Etiği

Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan 2.5.2018 tarihli 303 numaralı kararı (EK 1) ile onay alındıktan sonra veri toplanmaya başlanmıştır. Katılımcılara çalışma esnasında bir zarar gelmemiştir ve cevaplamak istemedikleri

soruyu geçebilecekleri söylenmiştir. Yüz yüze görüşmede sözlü olarak asgari bilgilendirme formu özetlendikten sonra imza alınmıştır ve anket uygulanmıştır. Anket katılımcılarının soruları cevaplanmıştır.



4. BULGULAR

Araştırmada Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'ne getirilen 6-10 ay arası 190 çocuğun annelerine anket uygulanmıştır.

Getirilen çocukların 79 tanesi kız 111'i erkekti (%58). İlk 6 ay sadece anne sütü alan grupta (kontrol) %54, vaka grubunda %63 erkekti. İki grup arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p=0,185$). 190 bebek incelendiğinde, bebeklerin yaşı 216 ± 40 (ortalama $\pm$ SS) gündü, tartısı 8.139 ± 1.153 gramdı iki grup arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 4.1)

Anneler $30,8 \pm 5,8$ yaşındaydı; vaka ve kontrol grubundaki annelerin yaşı arasında anlamlı fark yoktu. Annelerin dört tanesinin okuma yazması yoktu. Vaka grubunda bir annenin ilkokul eğitimi olmayıp sadece okuma yazması vardı geri kalan annelerin hepsinin en az ilkokul eğitimi mevcuttu. Her iki grupta üçer annenin doktorası bulunmaktaydı. Annelerin eğitim düzeyi karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,680$)(Tablo 4.1).

Babaların yaşı $33,9 \pm 5,9$ saptandı, iki grup arasında fark yoktu. Babaların hepsinin en az ilkokul eğitimi vardı, her iki grupta beş babanın doktorası mevcuttu. Annelerde olduğu gibi lise ve üzeri eğitimi olan babalar kontrol grubunda sayıca daha fazlaydı, ortaokul eğitimi olan babalar vaka grubunda sayıca daha fazlaydı. Baba eğitimine ait tüm kategoriler birlikte değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,066$). Lise ve üzeri eğitimi olan babalarla lise altı eğitimi olan babalar karşılaştırıldığında ise kontrol grubundaki 70 babanın, vaka grubundaki 56 babanın lise ve üzeri eğitimi olduğu gözlemlendi. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,032$).

Hanenin yıllık geliri karşılaştırıldığında iki grup arasındaki fark yeterince anlamlı değildi ($p=0,051$). Kontrol grubunda yıllık hane geliri $63.561,41 \pm 53.340,59$ Türk Lirası saptandı. Vaka grubunda $48.707,84 \pm 35.934,91$ Türk Lirası olarak saptandı. Hanede yaşayan kişi sayısı da iki grup arasında benzerdi

(p=0,343)(Tablo 4.1).

Tablo 4.1 Ailelerin Temel Demografik Özellikleri

	Kontrol	Vaka	Genel	P
Bebek Yaşı (gün)	215 ± 38	217 ± 42	216 ± 40	0,983
Cinsiyet (E)	51	60	111	0,185
Anne Yaşı	30,9 ± 5,4	30,7 ± 6,1	30,8 ± 5,8	0,783
Baba Yaşı	33,9 ± 5,9	34,6 ± 6,4	34,2 ± 6,1	0,444
Annenin Eğitim Düzeyi	-	-	-	0,680
Okur Yazar Değil	2	2	4	-
Okul Yazar	0	1	1	-
İlkokul	12	20	32	-
Ortaokul	15	16	31	-
Lise	24	22	46	-
Üniversite	39	31	70	-
Doktora	3	3	6	-
Babanın Eğitim Düzeyi	-	-	-	0,066
Okur Yazar Değil	0	0	0	-
Okur Yazar	0	0	0	-
İlkokul	7	21	28	-
Ortaokul	18	18	36	-
Lise	30	22	52	-
Üniversite	35	29	64	-
Doktora	5	5	10	-
Hane Geliri (TL/Yıl)	63.561 ± 53.341	48.708 ± 35.935	55.987 ± 45.765	0,051
Hane Halkı Sayısı	3,9 ± 1,1	4,2 ± 1,6	4,1 ± 1,4	0,343

Annelerin 56 tanesi kronik bir hastalıkları olduğunu ifade etti, bunların %61'i vaka grubundaydı (p=0,056). En sık rastlanan hastalıklar, tiroid bozuklukları, anemi, talesemi taşıyıcılığı, migren, astım ve gastrointestinal yakınmalardı. Sürekli ilaç kullandığını ifade eden 22 annenin %64'ü vaka grubundaydı (p=0,174). Maternal hastalık ya da sürekli ilaç kullanımı öyküsü yönünden vaka ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

Annelerin 98 tanesinin önceden bebek emzirme deneyimi vardı. Bir önceki çocuğuna toplam anne sütü verme süresi $16,5 \pm 9$ ay olarak saptandı, iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,141$)(Tablo 4.2). Önceki çocuğuna sadece anne sütü verme süresi vaka grubunda ($4,4 \pm 2,3$ ay) kontrol grubundan ($5,2 \pm 1,9$ ay) anlamlı olarak daha kısaydı ($0,038$). Annelerin önceki bebeklerine mama dışı ek gıdayı başlama zamanı ortalama $5,8 \pm 1,5$ aydı ve iki grup arasında fark yoktu ($p=0,788$).

Annelerden 78'i bir önceki bebeğine sütünün yaradığını, 16'sı yaramadığını ifade etti, 4 tanesi yanıtlamadı. Kontrol grubundaki annelerin %86'sı sütünün bebeğine yaradığını düşünürken, vaka grubunda bu rakam %80'di, bu fark anlamlı değildi.

Tablo 4.2 Annelerin Önceki Çocuğunu Besleme Davranışları

	Kontrol	Vaka	Genel	P
Önceki Bebeğe Toplam AS Verme Süresi (ay)	$17,8 \pm 8,7$	$15,1 \pm 9,3$	$16,5 \pm 9$	0,141
Önceki Bebeğe Sadece AS Verme Süresi (ay)	$5,2 \pm 1,9$	$4,4 \pm 2,3$	$4,8 \pm 2,2$	0,038
Önceki Bebeğe Ek Gıda Başlama Zamanı (ay)	$5,8 \pm 1,2$	$5,7 \pm 1,8$	$5,8 \pm 1,5$	0,788
Önceki Bebeğe AS Yaradığını Belirten	42/49	36/45	78/94	0,461

Annelere önceki gebelikleri ile ilgili sorulduğunda örneklemin gebelik sayısı $2,1 \pm 1,1$; canlı doğum sayısı $1,8 \pm 0,9$ saptandı (Tablo 4.3).

Annelerin 147 (%77) tanesi son gebeliklerinin istemli olduğunu, 146 anne gebeliğin uygun zamanda olduğunu ifade etti, vaka ve kontrol gruplarındaki sayıları neredeyse eşitti. Gebelikte kontrol grubundaki anneler (18), vaka grubundakilerden (31) anlamlı şekilde daha az hastalanmıştı ($p=0,046$).Toplamda 68 anne gebelikte ilaç kullandığını ifade etti, iki grup arasındaki dağılım neredeyse eşitti. Annelerin 113 tanesi gebelikte anne sütünün önemi ve faydası konusunda kendisine bilgi verildiğini ifade etti. Bunların %53'ü kontrol grubundaydı ve iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı.

Annelerin %13'ü gebelikte sigara içtiğini ifade etti iki grup arasındaki dağılım benzerdi. Gebelik boyunca kümülatif sigara tüketimi kontrol grubunda

1080 $\pm$ 812 vaka grubunda 1156 $\pm$ 748 adet olarak saptandı iki grup arasında fark yoktu (p=0,816).

Bebeğinin doğum ağırlığını 187 anne hatırlayabildi. Tüm örneklem için ortalama doğum ağırlığı 3197 $\pm$ 636 gramdı. Kontrol grubunda 3196 $\pm$ 613 gram, vaka grubunda 3199 $\pm$ 662 gram olarak saptandı, iki grup arasında anlamlı fark yoktu (p=0,791). Annelerin ortalama hamilelik süresi 38 $\pm$ 2,2 haftaydı ve iki grup arasındaki fark anlamsızdı (p=0,254).

Doğumların sadece %26'sının normal vajinal yolla (NVY) yapıldığı öğrenildi. Bu oran kontrol grubunda %28, vaka grubunda %24'dü.

Doğumların tümü bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmişti. Her iki grupta birer annenin yurt dışında doğum yaptığı öğrenildi. Yurt içinde yapılan doğumların 83 (%44) tanesinin özel hastanede, 67 (%35) tanesinin üniversite hastanesinde, 38 (%20) tanesinin devlet hastanesinde yapıldığı öğrenildi. İki grubun doğum yaptığı yerler açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0.738).

Doğum sonrası dönemde onuncu günden sonra tartı kaybı olup olmadığı sorusuna 167 anne cevap verdi. Kontrol grubunda cevap veren annelerin 6 tanesi 10. günden sonra tartı kaybı olduğunu ifade ederken vaka grubunda bu rakam 15 saptandı, fark anlamlıydı (p=0,029) (Tablo 4.4). On beşinci günde doğum tartısını yakalama durumu 161 anne tarafından cevaplandı. Kontrol grubunda 4 anne vaka grubunda ise 15 anne bebeğinin 15. günde doğum tartısına ulaşamadığını belirtti (p=0,004).

Annelerin 148 tanesi postnatal dönemde emzirme eğitimi aldığını söylerken 42 tanesi eğitim verilmediğini veya yeterli (faydalı) bir eğitimin verilmediğini ifade etti. Yeterli eğitiminin verilmediğini ifade eden annelerin 17 tanesi kontrol grubundaydı, 25 tanesi vaka grubundaydı (p=0,162). (Tablo 4.4) Postnatal birinci saatte emzirme sorusunu da bütün anneler cevapladı, ilk bir saatte kontrol grubunun (%68) vaka grubundan (%54) anlamlı olarak daha çok emzirmeyi başlattığı saptandı (p=0,037).

Annelere günde kaç defa emzirdikleri sorulduğunda kontrol grubunda günlük emzirme sayısı 9,2 $\pm$ 4,6 vaka grubunda 6,4 $\pm$ 5,3 olarak saptandı, aradaki

fark anlamlıydı ($<0,001$). Annelerin 33 (%17.4) tanesi şu anda emzirmediğini ifade etti.

Tablo 4.3 Prenatal ve Natal Döneme Ait Özelliklerin Gruplara Dağılımı

	Kontrol	Vaka	Genel	P
Gravite	$2 \pm 1,1$	$2,2 \pm 1,1$	$2,1 \pm 1,1$	0,128
Parite	$1,7 \pm 0,8$	$1,8 \pm 0,9$	$1,8 \pm 0,9$	0,381
İstemli Gebelik	74	73	147	0,862
Gebelikte Hastalık Geçirme	18	31	49	0,046
Gebelikte İlaç Kullanımı	35	33	68	0,762
Gebelikte AS ile ilgili Eğitim Verilmesi	60	53	113	0,301
Gebelikte Sigara Kullanımı	13	12	25	0,830
Gebelikte Kümülatif Sigara Tüketimi (adet)	1080 ± 812	1156 ± 748	1120 ± 762	0,816
Doğum Şekli (NVY)	27	23	50	0,510
Doğum Haftası	$38,1 \pm 2,3$	$37,9 \pm 2$	$38 \pm 2,2$	0,254
Doğum Tartısı (g)	3197 ± 613	3199 ± 662	3197 ± 636	0,791
Doğum Yeri	-	-	-	0,738
Üniversite Hastanesi	37	30	67	-
Özel Hastane	17	21	38	-
Devlet Hastanesi	40	43	83	-
Yurtdışı	1	1	2	-

Doğum sonrası dönemde 190 annenin 92 tanesi süt sağma ihtiyacı duyduğunu ifade etti, bu oran kontrol grubunda %40 iken vaka grubunda %58 saptandı, fark anlamlıydı ($p=0,020$). Süt sağan annelerde süt sağma süresi $23,2 \pm 32,7$ gün olarak saptandı iki grup arasında fark yoktu ($p=0,248$).

Emzik kullanım oranı 190 bebek içinde %68 ($n=130$) olarak saptandı, Kontrol grubunun (%58) vaka grubundan (%79) anlamlı olarak daha az oranda emzik verdiği gözlemlendi ($p=0,002$). İlk emzik verme yaşı kontrol grubunda $41,6 \pm 36$ gün, vaka grubunda $34,1 \pm 44,9$ gün olarak saptandı, aradaki fark anlamlı değildi ($p=0,050$). Günlük emzik emme süresi kontrol grubunda 83 ± 107 dakika, vaka grubunda 111 ± 148 dakikaydı ($p=0,705$).

Tablo 4.4 Postnatal Beslenme ve Emzik Kullanımına Ait Veriler

	Kontrol	Vaka	Genel	P
10. Gün Sonrası Tartı Kaybı Devam Etmesi	6	15	21	0,029
15. Günde Doğum Tartısına Ulaşmama	4	15	19	0,004
Postnatal Emzirme Eğitimi Verildi	78	70	148	0,162
İlk Bir Saatte Emzirme	65	51	116	0,037
Günlük Emzirme Sayısı	9,2 ± 4,7	6,4 ± 5,3	7,8 ± 5,2	<0,001
Süt Sağma Gereksinimi	38	54	92	0,020
Emzik Kullanımı	55	75	130	0,002
Emzik İlk Verildiğindeki Yaşı (gün)	42 ± 36	34 ± 45	37 ± 41	0,050
Günlük Emzik Emme Süresi (dk)	83 ± 107	111 ± 148	99 ± 132	0,705

Annelerin 83 tanesi (%44) sütlerinin yeterli olmadığını beyan etti, sütünün yetersiz olduğunu düşünenlerin 22 tanesi kontrol grubunda 61 tanesi vaka grubundaydı ($p<0,001$) (Tablo 4.5). Sütünün besleyici olmadığını düşünen toplam 35 annenin ise 28 tanesi vaka, 7 tanesi kontrol grubundaydı ($p<0,001$).

Annelerin 30 tanesine bir sağlık çalışanı tarafından sütünün yetersiz olduğu söylenmişti. Bu annelerin 6 tanesi kontrol grubunda, 24 tanesi vaka grubundaydı, iki grup arasındaki fark anlamlıydı ($p<0,001$).

Annelerin 64'üne ise kendi çevrelerinden biri tarafından sütünün bebeği için yetersiz olduğu söylenmişti. Bunların 39 tanesi vaka grubunda, 25 tanesi kontrol grubundaydı, iki grup arasındaki fark anlamlıydı ($p=0,032$).

Annelere sağlık personeli veya çevre tarafında mama kullanma konusunda öneri alıp almadığı sorulduğunda 110 anne öneri almadığını, 56 anne çevresinin, 24 anne sağlık personelinin mama önerdiğini belirtti. Sağlık personeli ya da çevresi tarafından mama önerilenlerin sayısı vaka grubunda fazla idi ($p=0,001$).

Çocuğun bakımda anneye yardım eden birisi olup olmadığı sorulduğunda, kontrol grubunda 45, vaka grubunda 47 annenin yardım aldığı saptandı, iki grup arası fark yoktu.

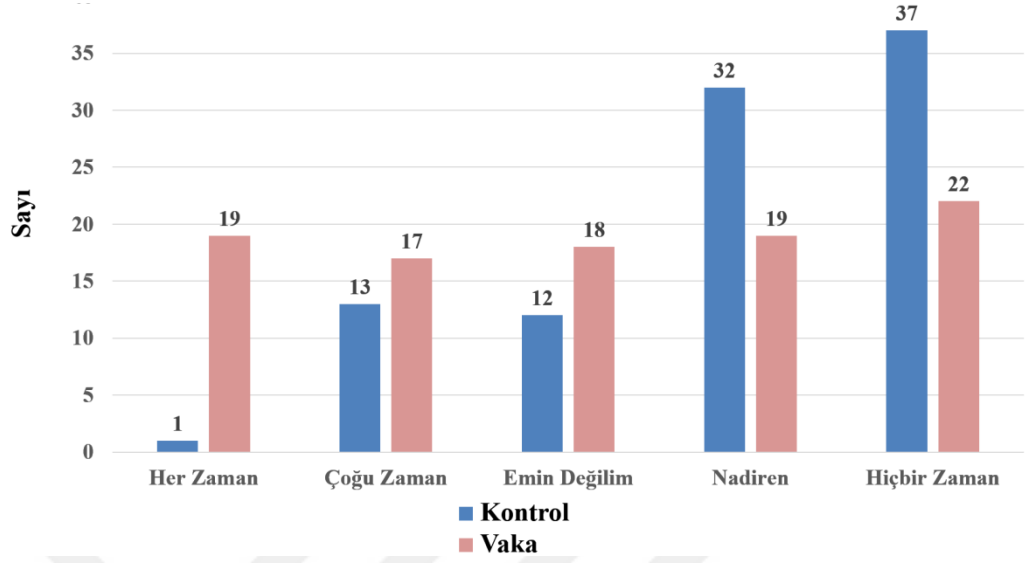
Tablo 4.5 Anne Sütünün Yetersizliğine Dair Farklı Görüşler

	Kontrol	Vaka	Genel	P
Anneye Göre Sütü Yetersiz	22	61	83	<0,001
Anneye Göre Süt Besleyici Değil	7	28	35	<0,001
Bir Sağlık Çalışanına Göre Süt Yetersiz	6	24	30	<0,001
Annenin Çevresine Göre Süt Yetersiz	25	39	64	0,028
Bir Sağlık Çalışanı Mama/Ek Gıda Önermiş	6	18	24	
Çevresinden Birisi Mama/Ek Gıda Önermiş	22	34	56	0,001*
Mama/Ek Gıda Önerisi Almamış	67	43	110	

Ankette lohusa depresyonunu taramak için bir soruda doğum sonrası dönemde ne sıklıkla kendilerini ümitsiz, çökkün, kaygılı veya mutsuz hissettikleri soruldu. “Her zaman”, “çoğu zaman”, “emin değilim”, “nadiren”, ve “hiçbir zaman” seçenekleri sunuldu. Beş seçenek ayrı ayrı iki grup arasında kıyaslandı (Şekil 4.1). “Her zaman” seçeneğini kontrol grubunda 1 anne, vaka grubunda 19 anne işaretledi, “hiçbir zaman” seçeneğini kontrol grubunda 37 anne, vaka grubunda 22 anne işaretledi. Ayrıca, “her zaman” ve “çoğu zaman” tercih edenler diğer üç seçeneğe karşı kıyaslandı. İlk iki seçeneği işaretleyen 50 annenin 36 tanesi vaka grubundaydı, son üç seçeneği işaretleyen 140 annenin 81’i kontrol grubundaydı. İki değişkende de fark oldukça anlamlıydı ($p<0,001$).

Annelerin güncel çalışma durumu sorgulandığında, 190 annenin 33 tanesi çalıştığını ifade etti. Bu annelerin 20 tanesi vaka grubunda, 13 tanesi kontrol grubundaydı, iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,180$)(Tablo 4.6). Annelerin 13 tanesi kamuda, 20 tanesi özel kurumda çalışıyordu. Özel sektörde çalışanlar ve kamuda çalışanların vaka ve kontrol grubundaki dağılımları benzerdi. Kontrol grubundaki anneler çocukları $4,7 \pm 2,9$ aylıkken çalışmaya başlamışken vaka grubundaki anneler çocukları $3,9 \pm 1,8$ aylıkken çalışmaya başlamıştı ($p=0,367$).

Şekil 4.1 Annenin Kendini Ümitsiz, Çökkün, Kaygılı, Mutsuz Hissetme Sıklığı



Tablo 4.6 Postnatal Dönemdeki Bazı Sosyal Etmenlerin Kontrol ve Vaka Grubunda Dağılımı

	Kontrol	Vaka	Toplam	P
Normalde Çalışıyor	55(%58)	50 (%53)	105	0,466
Şimdi Çalışıyor	13 (%14)	20 (%21)	33	0,180
Anne Çalışmaya Başladığında Çocuğun Yaşı (ay)	4,7 ± 2,9	3,9 ± 1,8	4,2 ± 2,3	0,367
Çocuğun Bakımında Yardım Alan	45	47	92	0,772
Annenin Depresif Semptomları	-	-	-	<0,001
Her Zaman	1	19	20	-
Çoğu Zaman	13	17	30	-
Emin Değilim	12	18	30	-
Nadiren	32	19	51	-
Hiçbir Zaman	37	22	49	-

Logistik regresyon modelinde kullanılan bağımsız değişkenler sırasıyla babanın eğitim düzeyi, annenin gebelikte hastalık geçirmesi, önceki bebeğe sadece anne sütü verme süresi, postnatal emzirme eğitimi alması, günlük emzirme sayısı,

bebeğin 10. ve 15. Gündeki tartısı, anneye göre sütün besleyiciliği, ilk 6 ayda ek gıda önerilmesi, ilk bir saatte emzirilmesi, emzik verilmesi, anneye göre sütün yeterli olması, çevreye göre sütün yeterli olması, ve annenin depresif yakınmalarıydı. Tek bağımlı değişken annenin anne sütü dışı besin verip vermemesiydi (vaka veya kontrol grubunda olması). Değişkenler öncelikle tek değişkenli analizde incelendi. Belirtilen son altı parametre çok değişkenli analiz modeline dahil edildi (Tablo 4.7 ve 4.8)

Babaların eğitim düzeyi ortaokul ve altı veya lise ve üstü olacak şekilde incelendi. Tek değişkenli analizde babanın daha eğitilmiş olması bebeğin ilk 6 ay yalnızca anne sütü alma olasılığını artırıyordu ($p=0,033$). Olasılık oranı (OO= odds ratio) 1,95 saptandı (%95 GA: 1,06-3,6) (Tablo 4.7).

Annenin gebelikte hastalık geçirmesi bebeğe anne sütü dışı gıdalar verilme sıklığını artırıyordu ($p=0,033$, olasılık oranı 2,07; %95 GA: 1,06-4,04).

Önceki çocuklarına 5 aydan daha uzun süre sadece anne sütü verenlerin şimdiki bebeklerine anne sütü dışı gıdaları erken başlama olasılıkları anlamlı olarak düşüktü ($p=0,014$, olasılık oranı 2,88; %95 GA: 1,24-6,71).

Doğum sonrası anneye emzirme eğitimi verilmesinin etkileri tek değişkenli analizde anlamsızdı ($p=0,164$).

Annelerin günlük emzirme davranışları lojistik regresyonda üç kategoride incelendi: emzirmeyenler, günde 1-6 defa emzirenler ve 7 veya daha fazla emzirenler. Yedi veya daha fazla emzirenler referans grubu kabul edilip yapılan tek değişkenli analizde diğer iki gruba anlamlı şekilde fark saptandı: Anne sütü dışı gıdalara erken başlayanların şu anda hiç emzirmeme olasılığı 7.84 kat daha fazla idi (%95 GA: 2,78-22,10; $p<0,001$). Günde 1-6 defa emzirenlerin erken ek gıda başlayan gruptan olma olasılığı da günde ≥ 7 kez emzirenlere göre 2,61 kat (%95 GA:1,24-5,53; $p=0,012$) daha fazla saptandı.

Bebeklerin onuncu ve on beşinci gün tartı kontrolleri de tek değişkenli analizde tekrar anlamlı saptandı. Onuncu günden sonra bebeğin tartı kaybı devam etmeyenlerin vaka grubunda olma olasılığı oranı 0,34 (%95 GA: 0,13-0,92; $p=0,034$) saptandı. On beşinci günden sonra tartı kaybı devam etmeyenlere de anne

sütü dışı gıdaların erken başlanma olasılığı oranı 0,21 (%95 GA:0,07-0,65) ($p=0,007$) saptandı.

Kendi sütünün besleyici olduğunu düşünmeyen annelerin bebeğine anne sütü dışı besinleri başlama olasılığı da yaklaşık beş kat daha fazla idi (Olasılık oranı 5,25 %95 GA 2,16-12,76) ($p<0,001$).

Anneye ilk 6 ayda başkaları tarafından mama veya ek gıda önerilmesinin anneyi anlamlı şekilde etkilediği saptandı. Öneri almayan annelerin bebeklerine anne sütü dışı besin ögesi vermesi için olasılık oranı 0,35 (GA %95: 0,19-0,63) olarak saptandı ($p<0,001$).

Annenin ilk bir saatte emzirmesi tek değişkenli lojistik regresyonda anlamlı bulundu ($p=0,038$) ancak çok değişkenli analizde anlamlılığını koruyamadı ($p=0,258$). Olasılık oranı tek değişkenli analizde 1,87 olarak saptandı (Tablo 4.8).

Emzik verilen bebeklerin erken ek gıdaya veya mama başlaması için olasılık oranı tek değişkenli analizde 2.73 (%95 GA 1,44-5,17; $p=0,002$), çok değişkenli analizde 0,5 (%95 GA: 0,42-1,03; $p=0,061$) saptandı. Çok değişkenli analizde yeterince anlamlı değildi.

Bu çalışmada annenin kendi sütünün miktarca yetersiz olduğunu düşünmesi bebeğine anne sütü dışı gıda başlaması için en önemli etmen olarak saptandı. Tek ve çok değişkenli lojistik regresyonda $p<0,001$ iken olasılık oranı sırasıyla 5,95 (%95 GA: 3,16-11,23) ve 4,39 (%95 GA: 2,21-8,75) saptandı.

Sağlık personeli tarafından anneye sütünün miktarca yetersiz olduğunun söylenmesi sadece tek değişkenli analizde anlamlılığını korudu. Çok değişkenli analizde anlamlı değildi. Benzer şekilde annenin çevresinden kaynaklan olumsuz ifadeler sadece tek değişkenli lojistik regresyonda anlamlı saptandı, OO=0,5 (%95 GA:0,27-0,9; $p=0,029$).

Tablo 4.7 Anne Sütü Dışı Besin Veren ve Vermeyen Gruplarda Tutum ve Davranışların Tek Değişkenli Analizi

Değişkenler	Kontrol	Vaka	Düzeltilmemiş Göreceli Olasılık Oranı (%95 GA)	p
Babanın Eğitimi				
>Lise	70	39	Referans	-
<Ortaokul	25	56	1,95 (1,06-3,6)	0,033
Gebelikte Hastalık Geçirme				
Yok	77	64	Referans	-
Var	18	31	2,07 (1,06-4,04)	0,033
Önceki Bebeğe Sadece Anne Sütü Verme Süresi				
0-5 Ay	15	24	2,880 (1,24-6,71)	0,014
> 5 Ay	36	20	Referans	-
Postnatal Emzirme Eğitimi				
Verildi	78	70	Referans	-
Verilmedi	17	25	1,64 (0,82-3,29)	0,164
Onuncu Günden Sonra Tartı Kaybı				
Olmadı	79	67	Referans	-
Oldu	6	15	0,34 (0,13-0,92)	0,034
On beşinci Günde Doğum Tartısına Ulaşma				
Evet	80	62	Referans	-
Hayır	4	15	0,21 (0,07-0,65)	0,007
Günlük Emzirme Sayısı				
0	5	23	7,84 (2,78-22,10)	<0,001
1-6	15	23	2,61 (1,24-5,53)	0,012
≥7	75	44	Referans	-
Anneye Göre Süt Besleyici				
Evet	88	67	Referans	-
Hayır	7	28	5,25 (2,16-12,76)	<0,001
İlk 6 ayda Mama/Ek Gıda Başlamayı Öneren				
Öneren Olmadı	67	43	Referans	-
Önerildi	28	52	0,35 (0,19-0,63)	<0,001

Bu çalışmada bebeğe anne sütü dışı gıdanın erken verilmesine sebep olan ikinci etmen ise annede depresif yakınmaların bulunmasıydı. Lojistik regresyon için bu sorunun beş cevabı üç kategoride gruplandı (Tablo 4.8). Lohusalık döneminde kendini hiçbir zaman veya nadiren ümitsiz, çökkün, kaygılı, ve mutsuz hissettiğini ifade eden anneler referans kabul edilip diğer iki kategori ile karşılaştırıldı. Kendini her zaman veya çoğu zaman depresif hissettiğini ifade edenlerde 3.26 kat daha fazla olmak üzere, tek ve çok değişkenli analizde erken anne sütü dışı gıda başlanması ile ilişkili bulundu (Tablo 4.8).

Tablo 4.8 Anne Sütü ile İlgili Algı, Tutum ve Davranışların Gruplar Arasında Tek ve Çok Değişkenli Analizi

Değişkenler	Kontrol	Vaka	Düzeltilmemiş Göreceli Olasılık Oranı (%95 GA)	p	Düzeltilmemiş Göreceli Olasılık Oranı (%95 GA)	p
İlk Bir Saatte Emzirme						
Evet	65	51	Referans	-	Referans	-
Hayır	30	44	1,87 (1,04-3,38)	0,038	1,49 (0,75-2,98)	0,258
Emzik Verilmesi						
Evet	40	20	2,73 (1,44-5,17)	0,002	0,50 (0,42-1,03)	0,061
Hayır	55	75	Referans	-	Referans	-
Anneye Göre Süt Yeterli						
Evet	73	34	Referans	-	Referans	-
Hayır	22	61	5,95 (3,16-11,23)	<0,001	4,39 (2,21-8,75)	<0,001
Sağlık Personeline Göre Süt Yeterli						
Evet	89	71	Referans	-	Referans	-
Hayır	6	24	0,2 (0,08-0,51)	0,001	0,37 (0,12-1,13)	0,081
Çevreye Göre Süt Yeterli						
Evet	70	55	Referans	-	Referans	-
Hayır	25	39	0,5 (0,27-0,93)	0,029	0,90 (0,43-1,87)	0,778
Annenin Kendini Ümitsiz, Çökkün, Kaygılı, Mutsuz Hissetme Sıklığı						
Her Zaman/ Çoğu Zaman	14	36	4,33 (2,09-8,97)	<0,001	3,26 (1,45-7,32)	0,004
Emin Değilim	12	18	2,52 (1,11-5,77)	0,028	2,78 (1,11-6,95)	0,029
Nadiren/ Hiçbir Zaman	69	41	Referans	-	Referans	-

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada anket uygulanan annelerin bebekleri ağırlıklı olarak erkekti(%58). Örneklemin Genel Çocuk Polikliniği, Sosyal Pediatri Polikliniği ve Çocuk Cerrahi Polikliniği'nden alınmasının erkeklerin sayıca fazla olmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Çünkü Çocuk Cerrahisi polikliniğine getirilen çocuklarda sünnet istemi, inguinal fıtık, inmemiş testis, hidrosel, hipospadias gibi erkeklerde görülen durumlar ağırlıklıydı ve dolayısıyla genel örnekleme erkekler sayıca fazla, %58, saptandı. Ancak kontrol ve vaka grubu arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark saptanmaması çalışma grubunda cinsiyetin anne sütü dışı besinlere erken geçişi tetikleyen bir etmen olmadığını düşündürdü.

Yurdakök'e göre kırsal Anadolu geleneğinde anneler faydalı gördüğü anne sütünü erkek bebeklere kız bebeklerden 1-2 ay fazla verir, buna "askerlik hakkı" denir (92). Zimbabwe'de erkek bebeklerin daha fazla beslendiğine dolayısıyla ilk 6 ay sadece anne sütünün yetersiz olabileceği ve ek gıda ile takviye edilmesi gerektiği konusunda inanış mevcuttur (91). Literatürde cinsiyetin sadece anne sütü verme süresini anlamlı etkilediğini gösteren güncel yayın bulunamamıştır.

Kontrol ve vaka grubunun gebelik haftaları ($p=0,254$), doğum tartıları ($p=0,791$), güncel yaşları ($p=0,983$) arasında anlamlı fark yoktu. Ayrıca bu iki grubun güncel tartıları da ($p=0,552$) benzerdi (kontrol grubunda 8.190 ± 1256 gram, vaka grubu 8.089 ± 1.047 gram). Bu bulgular erken ek gıdaya geçmenin ya da beslenmeye mama eklenmesinin ilk 6 ayda büyüme açısından anne sütüne üstünlüğünün olmadığını düşündürmüştür. Bu bulgu literatürde ilk 6 ay sadece anne sütü vermenin yeterli büyüme ve gelişmeyi sağladığına yönelik meta-analizle uyumludur (1).

Annelerin yaşı ve bir anlamda deneyimi emzirme sırasında karşısına çıkan sorunları aşmasına yardımcı olabilmektedir. Bu çalışmada annelerin yaşı arasında anlamlı fark bulunmadı, kontrol grubunda $30,9 \pm 5,4$ ve vaka grubunda $30,7 \pm 6,1$ saptandı ($p=0,783$). Literatürde genç annelerin daha

yaşlı annelere kıyasla daha kısa süre sadece anne sütü verdiği gösterilmiştir (54,89,93).

Eğitim düzeyi annelerin sadece anne sütü vermenin önemini bilmesini ve emzirirken çıkan sorunlar karşısında uygun yardımı almasını etkileyebilmektedir. Annenin eğitim düzeyinin sadece anne sütünü verme süresini olumlu etkilediği daha önce gösterilmiştir (93–95). Bu çalışmada ortaokul ve altı eğitimi olanlarla lise ve üstü eğitimi olanlar kıyaslandığında iki grup arasındaki farkın anlamlı çıkmamasının örneklemin sayıca az olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir ($p=0,130$).

Babaların yaşları arasında iki grup arasında fark bulunmasa da eğitim düzeyleri açısından anlamlı fark saptandı. Lise ve üzeri eğitim olan babaların çocuklarının sadece anne sütüyle beslenen grupta olması anlamlıydı ($p=0,032$). Polonya’da yapılan geniş çaplı bir çalışmada da anne ve babanın genç olması ve eğitim düzeylerinin düşüklüğünün sadece anne sütü almayı olumsuz etkilediği saptanmıştır (73). Anne eğitimi ile ilişki saptanmazken baba eğitimi ile yalnızca anne sütü verme arasında anlamlı ilişki gözlenmesi ilginçtir. Bunun nedeni daha eğitilmiş babaların anneleri daha çok desteklemeleri, anne sütü ile ilgili bilgi kaynaklarına daha kolay ulaşabilmeleri olabilir ancak bu yorumların tümü spekülatiftir. Çalışmada annelere eşlerinin kendilerini ne ölçüde desteklediği sorulmamıştır.

Katılımcılarda gelirin belirtilme oranı %80’di, iki grubun hane gelirleri karşılaştırıldığında kontrol grubunun yıllık ortalama kazancı vaka grubundan 15 000 TL kadar daha fazlaydı. Ancak aradaki fark anlamlılık sınırına çok yakın olmakla birlikte anlamlı saptanmadı ($p=0,051$). Hane halkı gelirini pek çok etmenin yanı sıra bireylerin eğitim düzeyi ve çalışıp çalışmadıkları belirler. Bu değişkenlerin her biri anne sütü ile beslenme üzerine destekleyici ya da kısıtlayıcı etki yapabilir. Örneğin ailenin alım gücünün artması kolay bir besleme yöntemi olarak düşünülen anne sütü muadillerinin kullanılmasına sebep olabilmektedir. Bu yönleriyle gelirin etkilerini ülke bazında değerlendirmek daha uygundur. Yüksek gelirli ülkelerde daha eğitilmiş, daha varlıklı kadınlar daha çok anne sütü vermekteyken, orta ve düşük gelirli ülkelerde varlıklı kadınlar daha az anne

sütü vermektedir (2). Araştırmada kontrol grubundaki anneler daha yüksek gelirli ve daha eğitilidir. Bu da gelişmiş ülkelerdeki anne özelliklerine daha çok benzemektedir. Bu anneler işe istekleri üzerine dönmüş ayrıca emzirmek ile çalışmak arasında tercih yapmak zorunda kalmamış olabilirler. Araştırmada kontrol grubunda normalde çalışan 55 annenin 13 tanesinin (%23'ünün) işe döndüğü saptanırken, vaka grubunda normalde çalışan 50 annenin 20 tanesinin (%40'ının) işe döndüğü saptandı (Tablo 4.6). Vaka grubundaki anneler para kazanma ihtiyacı veya işyerindeki baskıdan dolayı daha erken dönmüş olabilir. Örneğin özel sektörde garsonluk yapan üç çocuk sahibi bir anne bir önceki çocuğunda yaptığı gibi beşinci ayda sadece anne sütü vermesine rağmen emzirmeyi bir anda kesip mama vermeye başladığını ve işe geri döndüğünü ifade etmiştir.

Annede kronik bir hastalık olması bu erken ek gıdaya başlama açısından anlamlı saptanmadı ($p=0,056$), buna karşın anne bebek ilişkisi ve bebek beslenmesi değerlendirilirken annenin hastalıkları ve kullandığı ilaçların değerlendirilmesi gözardı edilmemelidir.

Önceden bebek emzirmek annenin tecrübe kazanmasına neden olmakta ve sonraki bebeklerine sadece anne sütü verme süresini olumlu etkilemektedir. Ama aynı zamanda bu korelasyon bir gösterge olarak değerlendirilebilir, önceden uzun süre sadece anne sütü verme fırsatı olan annelerin bir sonraki bebeklerinde de benzer fırsatları olması olasıdır. Çalışmada önceki bebeğe toplam anne sütü verme süresindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da kontrol grubunda daha uzun saptandı ($p=0.141$) (Tablo 4.2). Önceki bebeğe sadece anne sütü verme zamanı kontrol grubunda $5,2 \pm 1,9$ ay, vaka grubunda $4,4 \pm 2,3$ ay saptandı, aradaki fark anlamlıydı ($p=0,038$). Ek gıda başlama zamanı, iki grupta benzerdi ve $5,8 \pm 1,5$ ay olarak saptandı, ancak vaka grubunda ek gıdadan önce mama kullanımı söz konusuydu. Vaka grubunda da kontrol grubunda da ek gıdaya geçiş ayı yaklaşık 6 ay olarak bulunurken her iki grup arasında sadece anne sütü verme süresinde fark saptanması; mamanın ek gıdaya geçiş öncesi anneler için anne sütünden sonra en iyi alternatif olduğunu düşündürmektedir.

Toplamda 25 anne gebelikte sigara içtiğini ifade etti (Tablo 4.3). Gebelikte sigara içme davranışları heterojendi, bazı anneler gebeliğin ilk aylarında içip sonra kestiklerini, bazıları başında içmeyip son aylarda içtiklerini, bazıları ise bütün gebelik boyunca içtiklerini ifade ettiler. Bu heterojeniteden dolayı sigaranın gebelik boyunca birikmiş dozu değerlendirildi. İki grup arasında fark saptanmadı. Annenin sigara içmesi ve anne sütü verme arasındaki ters ilişki başka çalışmalarda gösterilmiştir (55,93). Gebelikte sigara içmek bebeğin daha erken ve 150-200 gram daha hafif doğmasına sebep olmaktadır (96,97). Bu iki etki bebeğin anne sütü almasını olumsuz etkilemektedir.

Çalışmada doğumların %74'ünün sezaryenle yapıldığı öğrenildi, kontrol (%72) ve vaka (%76) grubu arasında fark saptanmadı ($p=0.511$). TNSA 1993'te %7, TNSA 2003'te %21 olan sezaryen oranı, TNSA 2013'te %48 saptanmıştır (19,98,99). DSÖ'ye göre ideal sezaryen doğum oranı %10-15 arasındadır (100). Literatürde vajinal yolla doğum yapan kadınlarda sadece anne sütü verme oranı anlamlı olarak fazla bulunmuştur (58,101). Sağlık Bakanlığı'nın 2017 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre sezaryen oranları devlet hastanelerinde %39, üniversite hastanelerinde %68, özel hastanelerde %70 olarak saptanmıştır; Türkiye genelinde sezaryen doğum oranı 2017 için %53'dür (102). Bizim çalışmamızın örnekleminde doğumların %35'nin, üniversite hastanelerinde yapılmış olması ve %44'ünün özel hastanelerde yapılmış olması sezaryen oranının beklenenden yüksek saptanmasına sebep olmuş olabilir.

İki grubun gebelik süreleri ve doğum tartısında fark saptanmadı. Literatürde erken doğmak düşük doğum ağırlığından daha önemli bir faktördür (73,78). Bu çalışmada fark saptanmaması örneklem seçimi ile ilişkili olabilir. Çalışmaya prematüre bebeklerin takip edildiği Yenidoğan Polikliniği'nin dahil edilmemesi, preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin eksik temsiline sebep olmuş olabilir.

İlk bir saatte emzirme sıklığında iki grup arasında fark saptanması bu konuyla ilgili çalışmaların sonuçlarıyla benzer bulundu ($p=0,037$)(103). Tek değişkenli analizde olasılık oranı için p katsayısı anlamlıydı fakat çok

değişkenli analiz yapıldığında anlamlılığını kaybetti (Tablo 4.8). Avusturalya’da yapılan bir çalışmada sadece anne sütü verme süresi ile erken emzirme arasında ilişki kurulamamıştır (93). Ancak Ghana’daki benzer bir çalışmada erken emzirmenin mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir (104). Erken emzirmenin de bir parçası olduğu “Başarılı Emzirme için 10 Adım” programının inceleyen bir çalışmada erken emzirmenin anne sütü verme süresini uzattığı gösterilmiştir (105). Çok değişkenli analizde anlamlılığın kaybolması, bebekleri yalnızca anne sütü ile beslemenin birbiriyle ilişkili pek çok etmene bağlı olmasından kaynaklanabilir.

Doğum sonrası dönemde emzirme konusunda eğitim aldığını ifade eden anneler (n=148) ile faydalı veya hiç bir eğitim almadığını ifade eden anneler (n=42) arasında fark saptanmaması (p=0,162) sorunun ‘evet/hayır’ şeklinde sorulmasına bağlı olabilir. Anneler sözel olarak eğitimin bazen ‘ilgiden yoksun, acele içinde, kısa sürede, yüzeysel, basit’ şekilde yapıldığını ifade ettiler. Bu eğitimin nitelik ve nicelik açısından detaylı değerlendirilmesi ile daha doğru sonuçlara ulaşılabilir.

Post natal dönemde tartı kaybı incelendiğinde onuncu günden sonra tartı kaybının devam etmesi ve on beşinci günde doğum tartısına ulaşmama durumu için iki grup arasında oldukça anlamlı fark saptandı (sırasıyla p=0,029 ve p=0,006). Bu parametreler tek değişkenli analizde de anlamlıydı (Tablo 4.7). Bu farkın iki grubun tanımlanması ile ilişkili olması olasıdır. Çünkü onaltıncı gün veya sonrasında mama veya ek gıda alan bebekler bu çalışmada vaka grubuna alınmıştır. Bu farkın çıkmasına etki eden diğer bir durum ise anne sütü verebilecek biyolojik kapasitesi olup doğru yönlendirilmediği için (emzirme tekniği, süt sağma vs.) mamaya geçen anne-bebek çiftleridir. Annelere post natal dönemde, özellikle ilk haftalarda etkin emzirme desteği ve yakın takip, sadece anne sütü ile beslenmenin devamı için önemli bir girişimdir.

Annelere günde kaç defa emzirdiklerin sorulduğunda kontrol grubunda $9,2 \pm 4,6$, vaka grubunda $6,4 \pm 5,3$ saptandı (p<0,001). Fark tek değişkenli analizde de anlamlıydı (p<0,001)(Tablo 4.7). Vaka grubu (%58) kontrol grubuna (%40) göre anlamlı olarak daha çok oranda süt sağdığını

ifade etti($p=0,029$). Bebeğin daha az emmesinin, memede daha az uyarıya ve dolayısıyla daha az süt üretimine neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca verilen ek besinler de bebekte anne sütü isteğini azaltmış ve yukarıda tanımlanan kısır döngüye katkı sağlamış olabilir.

Emzik kullanımı Mikiel-Kostyrave arkadaşlarının çalışmasına göre sadece anne sütü almayı etkileyen en önemli faktördür (73). DSÖ'ye göre başarılı emzirmek için önemli bir adım yapay meme, emzik veya biberon kullanmamaktır (79). Bu çalışmada da kontrol ve vaka grupları arasında emzik kullanım oranı sırasıyla %58 ve %79 olarak saptanmıştır, fark anlamlıydı ($p=0,003$). Lojistik regresyonda tek değişkenli modelde anlamlıyken (OO:2,73) çok değişkenli modelde anlamlılık sınırı dışında kaldı ($p=0,061$)(Tablo 4.8). Ancak bu çalışmanın metodolojisi “emzik kullanımı mı anne sütü ile beslenmeyi olumsuz etkiledi, yoksa anne sütü dışı besin alanların mı emziğe daha çok gereksinimi oldu”yu ayırtlamaya uygun değildir.

Emziği ilk verme yaşı da iki grup arasında sınırda anlamlı saptanmıştır ($p=0.05$) ancak örneklemin genişletilmesiyle bu farkın da anlamlı çıkacağı tahmin edilmektedir. Kontrol grubunda ortalama $41,6 \pm 36$ günde, vaka grubunda $34,1 \pm 44,9$ günde verilmiştir. AAP emzirme tam başarıya ulaşana kadar emzik verilmemesini önermektedir (83). Bir çalışmada ilk 4 haftada emzik verilmesinin sadece anne sütü verme süresini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (84). Emziklerin sadece anne sütü verme süresi ve toplam anne sütü verme süresini inceleyen kaliteli prospektif randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Ebeveynlere alternatif bebek yatıştırma yöntemleri (kucaklama, ninni söyleme vs) anlatılmalıdır. Ancak güncel yayınlar ani bebek ölümü sendromunu önlemek için 4. haftadan sonra emzik kullanılabileceğini söylemektedir. Hasta bazında kar zarar analizi yaparak emzik kullanımını başka sağlık sorunları için 4. haftadan sonra önermek faydalı olabilir.

Post partum ilk üç ayda her 8 anne'den biri, ilk yılda her 5 anneden biri lohusa depresyonu geçirmektedir (106). Genel örneklemdaki 190 annenin 50 tanesi lohusalık döneminde (%27) “her zaman” veya “çoğu

zaman” kendini ümitsiz, çökkün, kaygılı veya mutsuz hissettiğini ifade etti. Depresyon taraması amacıyla sorulan soruya verilen yanıtların kontrol ve vaka grubu arasında oldukça anlamlı şekilde farklı olması ($p<0,001$) ve tek ve çok değişkenli analizlerde anlamlılığını koruması (Tablo 4.8) lohusa depresyonuna bir kez daha vurgu yapmaktadır.

Literatürde lohusa depresyonu ve anne sütü verme arasında zıt ilişki saptanmıştır ancak depresyonda olan annelerin mi emzirmekten vazgeçtiği yoksa emzirme ile ilgili güçlük yaşayan annelerin mi depresyona girdiği tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda arada ilişki saptamamışken bazıları anne sütü verenlerin daha depresif olduğunu, az bir kısmı ise biberon verenlerin daha depresif olduğunu saptamıştır (106). Anne sütü verme ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen başka çalışmalar depresif annelerin emzirmeye daha az oranda başladığını, sütlerinin yeterliliği konusunda daha endişeli ve özgüvensiz olduklarını, emzirmeyi daha erken bıraktıklarını göstermiştir (106). Sebep sonuç ilişkisinin çalışmalarla netleştirilmesi gerekmektedir. Gebelik öncesi, gebelikte ve lohusa döneminde annelerin depresyon açısından taranması ve takip edilmesi anne ve bebek sağlığı açısından oldukça önemlidir.

Annenin özyeterlilik algısı ve özgüveni emzirme açısından önemlidir. Çalışmadaki annelerin %44’ü sütünün yetersiz olduğunu, %18’i sütünü besleyici bulmadığını ifade etti. Gruplar arasındaki fark hem tek değişkenli hem de çok değişkenli modelde anlamlı saptandı ($p<0,001$). Çok değişkenli analize göre sütünün miktarca yetersiz olduğunu ifade eden annelerin diğer besin öğelerini erken başlaması için olasılık oranı 4.39 saptandı (%95 GA: 2,21-8,75)(Tablo 4.8).

Yetersiz süt üretimi algısı anneler tarafından en sık erken ek gıda veya mama başlama sebebidir (107). Yanlış emzirme tekniği, anne ve bebek arası yetersiz temas, bebeğin sürekli ağlaması, emzirdikten sonra ağlamaya devam etmesi, emme kuvvetinin yetersizliği, annenin emzirme konusunda özgüven eksikliği gibi sebepler sütünün yetersiz olduğunu düşünmesine sebep olabilir (108). Bir çalışmada annelerin %15’nin sütünün yetersiz olduğu, bunların üçte birinin fizyolojik ve anatomik sorunlara bağlı primer

süt yetersizliği, üçte ikisinin ise emzirme sırasında yaşanan sorunlara bağlı sekonder süt yetersizliği olduğu saptanmıştır (109). Primer süt yetersizliği açısından riskli annelerin iyi takibi (meme cerrahisi öyküsü, meme absesi öyküsü, gebelikte memelerin az büyümesi vs) buna eklenebilecek ikincil nedenlerin önlenmesi ve emzirmenin desteklenmesi açısından önemlidir (109).

Çalışmanın dışlama kriterlerinde anne sütü vermek için kontrendikasyonlar sözel olarak sorgulanmış ancak emzirmeyi olumsuz etkileyen durumlar (meme absesi, cerrahisi vs) özellikle sorgulanmamıştır. Çalışmada 190 annenin 24 tanesine sağlık personeli tarafından sütün yetersiz olduğunun söylenmesi “süt yetersizliği” tanısının beklenenden sıra dışı şekilde fazla konulmadığına işaret etmektedir. Söz konusu yirmi dört annenin 18 tanesinin vaka 6 tanesinin kontrol grubunda olması ($p<0,001$) beklenen bir durumdur. Buna karşın “süt yetersizliği” tanısı alan pek çok annenin uygun destek ve bebek dostu uygulamalar ile yeterli süt üretebildiği bilinmektedir.

Çalışmadaki 64 anne çevrelerinden sütlerinin yetersiz olduğu konusunda geribildirim aldıklarını söyledi ($p=0,028$). Sağlık personelinin iki katı kadar olumsuz geri bildirimin çevreden kaynaklanması göz ardı edilmemelidir. Özellikle çevre desteğinden yoksun olan, hatta çevrenin eleştirel tutumuna maruz kalan annelerin desteklenmesi ayrıca önemlidir. Çünkü çalışmalar annenin özgüvenini sarsacak tutum ve yargıların yalnızca anneyi üzmeyle kalmadığını, anne sütü ile besleme sıklığını azalttığını da göstermektedir. (3, 80)

Annelere bebek bakımı konusunda kimlerin yardımcı olduğu konusunda iki grup arasında fark saptanmadı. Yardım edenlerin alt grup analizi için yeterli sayı ve uygun dağılım olmadığı için detaylı istatistiksel analiz yapılamadı. Literatürde annenin bakımda yardım almaması sadece anne sütü vermeyi olumsuz etkilemektedir (78). Ancak yardım edene göre de etki değişken olabilmektedir. Örneğin annenin büyükanne ile kalması sadece anne sütü vermeyi olumsuz etkileyebilmektedir (78). Toplumlarda

ailesel rollerin değişik olması, aynı toplumun farklı kesimlerinde de rollerin değişkenlik göstermesi bu konuda genellemeleri zorlaştırmaktadır.

Annenin postpartum dönemde işe veya eğitime dönmesi sadece anne sütü alma süresini ve toplam anne sütü alma süresini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmada kontrol ve vaka grubu arasında herhangi bir fark saptanmamıştır ($p= 0,18$). Çalışan annelerin sayıca az olması ($n=33$) ve emzirme izninin yasal güvence altında olması istatistiksel farkın saptanmamasına sebep olmuş olabilir.



6. SONUÇ

Anne sütünün ilk 6 ay emzirerek verilmesi en doğal ve en uygun bebek besleme yöntemidir; çünkü anne ve bebek için daha sağlıklı, ekonomik ve doğa dostudur. Bu süreci olumsuz etkileyen etmenlerin saptanması ve mümkün oldukça düzeltilmesi, annelerin ve onlara yardım edenlerin eğitilmesi sonrası ülkemizde anne sütü verme davranışları düzeltilebilir.

Çalışmada birkaç faktörün anne sütü dışı besinlere erken başlanması ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Günlük emzirme sayısı 1-6 arasında olanların ≥ 7 olanlara göre erken anne sütü dışı besin başlamış olma riski 2,6 kat artmıştır. Annenin kendini her zaman ya da çoğunlukla çökkün ve kaygılı hissetmesinin bu olasılığı 3.26 kat, anneye göre sütü yetersizse 4.39 kat, anneye göre sütü besleyici değilse 5.25 kat artırdığı saptanmıştır. Anneye herhangi biri tarafından mama önerildiğinde yalnızca anne sütü ile beslemeye devam etme olasılığı 0.35 oranındadır.

Annelere gebelikten itibaren emzirme sıklığı ile ilgili uygun yönlendirmenin yapılması önemli görünmektedir. Annelere bebeğin açlık ve tokluk sinyallerini öğretmek bu nedenle bebek dostu sağlık uygulamalarının önemli bir parçasıdır. Oldukça sık olan postpartum depresyon açısından annelerin takip edilmesi ve gerekirse detaylı taranması faydalı olabilir. Son olarak annelerin kendi sütlerinin yetmediğini düşünmesi anne sütünü erken terk etmede önemli bir etken olabilmektedir. Bu düşünce genelde emzirme tekniğindeki hatalara ikincil gelişen sekonder süt yetmezliğine bağlı olabileceği gibi, sosyal çevrenin olumsuz yargılarıyla da şekillenebilir. Annelerin kendi annelik becerileri konusunda cesaretlendirilmesi, emzirme tekniğinin ve stratejilerinin öğretilmesi ile sekonder süt yetmezliği azaltılabilir.

Ülkemizde annelerin emzirmeyi en doğru besleme yöntemi olarak görmesi, %93 (TNSA 2013) gibi yüksek oranda emzirmeye başlaması, altıncı ayda emzirmenin %80 oranında sürdürülmesi anne sütünün önemsendiği bir popülasyona işaret etmektedir. Bu hevesli popülasyona sadece anne sütünü vermenin önemini aktarmak ve bu konuda destek olmak sağlık personelinin görevi olmalıdır.

7. ÖZET

Bebeklerin anne sütü ile beslenmesi ve özellikle yaşamın ilk 6 ayında tıbbi bir gereklilik olmadıkça bebeklere anne sütü dışında besin ve sıvı verilmemesi bebeğin morbiditesini ve mortalitesini azaltmak için en uygun yöntemdir. Gelişmekte olan ülkelerde ilk 6 ay anne sütü verme sıklığının %95 oranına çıkarılmasıyla ilk altı aydaki bebek ölümlerinin %87'sinin önlenebileceği tahmin edilmektedir. TNSA 2013' göre altıncı ayda sadece anne sütü verme oranı %9.5 altında saptanmıştır. Araştırmada sadece anne sütü ile beslenmeyi etkileyen faktörlerin saptanması hedeflenmiştir.

Çalışmada Akdeniz Üniversitesi Hastanesine başvuran 6-10 ay arası sistemik kronik hastalığı olmayan 190 çocuğun annesine Genel Çocuk Polikliniği, Sağlam Çocuk Polikliniği ve Çocuk Cerrahi Polikliniği'nde yüz yüze görüşülerek anket uygulanmıştır. İlk 6 ayda anne sütü dışında su, bitki çayı ve ilk 15 gün mama verenler kontrol grubunda (n=95), on altıncı gün ve sonrası mama vermeye devam edenler veya ilk 6 ay ek gıda verenler vaka grubunda (n=95) incelenmiştir.

Annenin gebelikte hastalık geçirmesi, babanın eğitim düzeyi, ilk bir saatte emzirme, anneye göre sütünün besleyici ve yeterli olması, günlük emzirme sayısı, çocuğun ilk 10 ve 15 gün tartı alımı, emzik vermesi annenin kendinde depresyon ile ilişkili duyguları ifade etmesi ile erken mama veya ek gıda başlama arasındaki ilişki istatistiksel analizle anlamlı saptandı.

Çok değişkenli lojistik regresyonla katılımcıların erken ek gıdaya geçişine neden olabilecek etmenler değerlendirildi. Annenin sütünün yetersiz olduğunu düşünmesi için olasılık oranı 4.39 ($p<0.001$; %95 GA:2,21-8,75) ve annenin kendini ümitsiz, çökkün, kaygılı, mutsuz hissetmesi için olasılık oranı 3,26 ($p<0,004$; %95 GA: 1,45-7,32) saptandı. Tek değişkenli analizde ise seyrek emzirme, annenin sütünün yeterli ya da besleyici olmadığını düşünmesi, herhangi bir kişinin anneye mama önermesi sadece anne sütü ile beslenmeyi olumsuz etkileyen etmenler olarak saptandı.

Sonuç olarak annelerin uygun Şekilde desteklenmesi, annelerdeki depresyon belirtilerine dikkat edilmesi, annenin sütünün yetersiz olduğuna dair algısının hafife alınmaması bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü ile besleme sıklığını artırabilir.

Anahtar Kelimeler: sadece anne sütü, ek gıda, mama



8. ABSTRACT

Breastfeeding and especially exclusive breastfeeding for the first 6 months is the optimum feeding method for reducing infant mortality and morbidity. It is estimated that increasing breastfeeding rates to 95% in developing countries can prevent 87% of preventable deaths in the first six months of life. According to Turkey's Demographic and Health Survey 2013, exclusive breastfeeding rate at the sixth month was below 9.5%. The aim of this study was to detect factors that effect exclusive breastfeeding during the first six months of life.

A questionnaire was applied to the mothers of 190 infants with no chronic systemic disease who were brought to the outpatient clinics of General Pediatrics, Well Child and Pediatric Surgery in Akdeniz University Hospital. Infants who were only given breastmilk, water, herbal teas and formula for the first fifteen days in the first six months were defined as the control group (n=95), infants who were given formula beyond the 16th day and those who were given complementary foods in the first six months were included in the case group (n=95).

In statistical analysis; experiencing an illness during pregnancy, father's education level, breastfeeding in the first hour, mother's perception on whether her milk was sufficient and nutritious, number of breastfeeding sessions per day, the infant's weight on the 10th and 15th day, pacifier use, and experiencing emotions associated with depression were found to be significantly associated with early introduction of formula or complementary foods.

In multivariate logistic regression factors that could lead to early complementary feeding were evaluated. Mothers who thought their milk was insufficient had an odds ratio of 4.39 (95% CI: 2.21-8.75; $p < 0.001$), mothers who had experienced hopelessness, being broken down, anxiety, unhappiness had an odds ratio of 3.26 (95% CI 1.45-7.32 $p = 0.004$). In univariate analysis infrequent breastfeeding, mothers perception of her milk being insufficient or lacking nutritional properties, recommendation of formula by someone else were found to effect exclusive breastfeeding.

In conclusion mothers should be properly supported, scanned for signs of depression and her perception of insufficient milk supply shouldn't be taken lightly. With these precautions rates of exclusive breastfeeding in the first six months could be increased.

Key words: exclusive breastfeeding, complementary feeding, formula milk



9. KAYNAKLAR

1. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8(8):1–131.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475–90.
3. WHO. Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. *Who*. 2017. 1–136 p.
4. UNICEF. Breastfeeding: a mother's gift, for every child. 2018;20.
5. WHO. Infant and young child feeding. *World Health*. 2011;155 (May):A3929.
6. World Health Organization. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. *World Health Organization Geneva*. 2009;p.12.
7. Global Breastfeeding Collective, UNICEF, WHO. Global breastfeeding scorecard 2018: enabling women to breastfeed through better policies and programmes. 2018;(3).
8. WHO. Contemporary patterns of breast-feeding: Report on the WHO collaborative study on breast-feeding. 1981.
9. Stevens EE, Patrick TE, Pickler R. A history of infant feeding. *J Perinat Educ*. 2009;18(2):32–9.
10. Klein CH Von. The medical features of the papyrus Ebers. *JAMA*. 1905;1928–35.
11. Barness L, Barness A. history of infant feeding practices. *Am J Clin Nutr*. 1987;46(March):1–3.
12. Hot İ, Başağaoğlu İ. Tarihte sütannelik geleneği. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2014;2(2).
13. WHO. International code of marketing of breast-milk substitutes. *World Health Organization*. 1981.
14. Wickes IG. A history of infant feeding part III: eighteenth and nineteenth century writers. *Arch Dis Child* 1953;28 (332-340)
15. UNICEF, WHO. Celebrating the innocent declaration on the protection , promotion and support of breastfeeding the innocent declaration on the protection , Promotion. Vol. 1, Unicef. 2005. 19–28 p.

16. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491–504.
17. WHO; USAID. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. WHO. 2008.
18. FAO, IFAD, UNICEF, WFP. The state of food security and nutrition in the world 2018. building climate resilience for food security and nutrition. 2018.
19. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. 2013. p160
20. Godfrey JR, Lawrence RA. Toward optimal health: the maternal benefits of breastfeeding. *J Women's Heal*. 2010;19(9):1597–602.
21. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: A prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Healt*. 2015;3(4):199–205.
22. BM Popkin LAJARBWBF. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*. 1990;86(6):874–82.
23. Glass RI, Stoll BJ. The protective effect of human milk against diarrhea: a review of studies from bangladesh. *Acta Pædiatrica*. 1989;78:131–6.
24. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, Devine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. 2007.
25. Sullivan S, Schanler RJ, Kim JH, Patel AL, Trawöger R, Kiechl-Kohlendorfer U, et al. An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *J Pediatr*. 2010;156(4).
26. Oddy WH, Sly PD, de Klerk NH, Landau LI, Kendall GE, Holt PG, et al. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch Dis Child*. 2003;88(3):224–8.
27. Chantry CJ. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in us children. *Pediatrics*. 2006;117(2):425–32.
28. Oddy WH, Holt PG, Sly PD, Read a W, Landau LI, Stanley FJ, et al. Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. *BMJ*. 1999;319(7213):815–9.
29. Kull I. Breast feeding and allergic diseases in infants--a prospective birth cohort study. *Arch Dis Child*. 2002;87(6):478–81.

30. Saarienen UM. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet*. 1995;346:1065–9.
31. Heikkilä K, Sacker A, Kelly Y, Renfrew MJ, Quigley MA. Breast feeding and child behaviour in the millennium cohort study. *Arch Dis Child*. 2011;96(7):635–42.
32. Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and childhood leukemia incidence: A meta-analysis and systematic review. *JAMA Pediatr*. 2015;169(6):1–9.
33. Armstrong J, Reilly JJ. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet*. 2002;359(9322):2003–4.
34. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, Von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity - A systematic review. *Int J Obes*. 2004;28(10):1247–56.
35. Horta BL, Loret De Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2015;104:30–7.
36. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Berkey CS, Lindsay Frazier A, Rockett HRH, Camargo CA, et al. Breast-feeding and overweight in adolescence within-family analysis. *Epidemiology*. 2006;17(1):112–4.
37. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: A meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2005;162(5):397–403.
38. León-Cava N, Ross J, Lutter C, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. *Food Nutr Progr Pan Am Heal Organ*. 2002;177.
39. US Public Health Services. The surgeon general’s call to action to support breastfeeding 2011. 2011;
40. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. Community and international nutrition effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development : results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr*. 2001;131(2):262–7.
41. AAP. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827–41.
42. Luan N, Wu Q, Gong T, Vogtmann E, Wang Y, Lin B. Breastfeeding and ovarian cancer risk : a meta-analysis of. *Am Soc Nutr*. 2013;1020–31.
43. Thomas DB. Re: “Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study.” *Am J Epidemiol*. 2001;154(10):975–7.

44. Bernier MO. Breastfeeding and risk of breast cancer- A meta-analysis of published studies. *Hum Reprod Update*. 2000;6(4):374–86.
45. Weimer JP. The Economic Benefits of Breastfeeding: A review and analysis. by jon weimer. food and rural economics division, economic research service, U.S. Department of Agriculture. food assistance and nutrition research report no. 13. *Econ Res Serv*. 2001;13(13):1–14.
46. Linnecar A. Formula for Disaster: Weighing the impact of formula feeding vs breastfeeding on environment. 2014.
47. Radford A. The ecological impact of bottle-feeding. Vol. 2, *Breastfeeding Review*. 1991.
48. Saarinen UM. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet*. 1975;346(1065):1065–9.
49. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary feeding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;64(1):119–32.
50. Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and bottle feeding as risk factors for dental caries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;1–14.
51. Semenik S, Loiselle C, Gottlieb L. Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Res Nurs Heal*. 2008;31(5):428–41.
52. Otoo GE, Lartey AA, Pérez-Escamilla R. Perceived incentives and barriers to exclusive breastfeeding among periurban Ghanaian women. *J Hum Lact*. 2009;25(1):34–41.
53. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA, et al. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*. 2003;112(1).
54. Ekström A, Widström AM, Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact*. 2003;19(2):172–8.
55. Hörnell A, Aarts C, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: A longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 1999;88(2):203–11.
56. Skafida V. Juggling work and motherhood: the impact of employment and maternity leave on breastfeeding duration: a survival analysis on growing up in Scotland data. *Matern Child Health J*. 2012;519–27.
57. Bbaale E. Determinants of early initiation, exclusiveness, and duration of breastfeeding in Uganda. *J Heal Popul Nutr*. 2014;32(2):249–60.

58. Khassawneh M, Khader Y, Amarin Z, Alkafajei A. Knowledge, attitude and practice of breastfeeding in the north of Jordan: A cross-sectional study. *Int Breastfeed J*. 2006;1:1–6.
59. Li R, Rock VJ, Grummer-Strawn L. Changes in Public Attitudes toward Breastfeeding in the United States, 1999–2003. *J Am Diet Assoc*. 2007;107(1):122–7.
60. McCann MF, Baydar N, Williams RL. Breastfeeding attitudes and reported problems in a national sample of WIC participants. *J Hum Lact*. 2007 Nov;23(4):314–24.
61. Ludvigsson JF. Breastfeeding in Bolivia - information and attitudes. *BMC Pediatr*. 2003;3:1–12.
62. Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *J Nurs Scholarsh*. 2008;40(4):355–63.
63. Santo LCDE, De Oliveira LD, Giugliani ERJ. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth*. 2007;34(3):212–9.
64. Mozingo JN, Davis MW, Droppleman PG, Merideth A. “It wasn’t working”: women’s experiences with short-term breastfeeding. *MCN Am J Matern Nurs*. 2000;25(3).
65. Brownell K, Hutton L, Hartman J, Dabrow S. Barriers to breastfeeding among African American adolescent mothers. *Clin Pediatr (Phila)*. 2002;41(9):669–73.
66. Bunik M, Clark L, Zimmer LM, Jimenez LM, O’Connor ME, Crane LA, et al. Early infant feeding decisions in low-income Latinas. *Breastfeed Med*. 2006;1(4):225–35.
67. Alianmoghaddam, Narges. Six months exclusive breastfeeding : a relational behaviour influenced by actual and virtual social networks. Manawatu, New Zealand;2017.
68. Bevan G, Brown M. Interventions in exclusive breastfeeding: a systematic review. *Br J Nurs* . 2014;23(2):2006–9.
69. Ingram J, Cann K, Peacock J, Potter B. Exploring the barriers to exclusive breastfeeding in black and minority ethnic groups and young mothers in the UK. *Matern Child Nutr*. 2008;4(3):171–80.
70. Heinig MJ, Follett JR, Ishii KD, Kavanagh-Prochaska K, Cohen R, Panchula J. Barriers to compliance with infant-feeding recommendations among low-income women. *J Hum Lact*. 2006;22(1):27–38.
71. TÜİK. Konularına Göre İstatistikler. Erişim 28.10.2018. http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1008

72. Hawkins SS, Griffiths LJ, Dezateux C, Law C, Peckham C, Butler N, et al. The impact of maternal employment on breast-feeding duration in the UK Millennium Cohort Study. *Public Health Nutr.* 2007;10(9):891–6.
73. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Wojdan-Godek E. Factors affecting exclusive breastfeeding in Poland: Cross-sectional survey of population-based samples. *Soz Praventivmed.* 2005;50(1):52–9.
74. Rivera-Pasquel M, Escobar-Zaragoza L, González de Cosío T. Breastfeeding and maternal employment: results from three national nutritional surveys in Mexico. *Matern Child Health J.* 2015;19(5):1162–72.
75. ILO. C183 - Maternity Protection Convention. International Labour Organization. Erişim: 05.11.2018
http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183
76. 657 Numaralı Devlet Memurları Kanunu. 1965. Erişim: 24.04.2019
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.657.pdf>
77. 4857 Numaralı İş Kanunu . 2003. Erişim: 24.04.2019
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4857.pdf>
78. Kondolot M, Yalçın SS, Yurdakök K. Sadece anne sütü alım durumuna etki eden faktörler. *Cocuk Sagligi ve Hast Derg.* 2009;52(3):122–7.
79. World Health Organization (WHO). Ten steps to successful breastfeeding . 2018 Erişim 31.10.2018 <http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>
80. Buccini G dos S, Pérez-Escamilla R, Paulino LM, Araújo CL, Venancio SI. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr.* 2017;13(3):1–19.
81. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, Elisabeth A, Oakes D, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics.* 2003;111(3):511–8.
82. Buccini GDS, Pérez-Escamilla R, Venancio SI, Buccini S, Pérez-Escamilla R, Venancio SI. Pacifier use and exclusive breastfeeding in Brazil. *J Hum Lact.* 2016;32(3):NP52–60.
83. Kair LR, Kenron D, Etheredge K, Jaffe AC, Phillipi CA. Pacifier restriction and exclusive breastfeeding. *Pediatrics.* 2013;131(4):e1101–7.
84. Yilmaz G, Caylan N, Karacan CD, Bodur I, Gokcay G. Effect of cup feeding and bottle feeding on breastfeeding in late preterm infants: A randomized controlled study. *J Hum Lact.* 2014;30(2):174–9.
85. Piwoz EG, Huffman SL. Impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. *Food Nutr Bull.* 2015;36(4):373–86.

86. Jacobs A. Opposition to breast-feeding resolution by U.S. stuns world health officials. Erişim: 14.11.2018
<https://www.nytimes.com/2018/07/08/health/world-health-breastfeeding-ecuador-trump.html>
87. Rosenberg KD, Eastham CA, Kasehagen LJ, Sandoval AP. Marketing infant formula through hospitals: The impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding. *Am J Public Health*. 2008;98(2):290–5.
88. Taylor A, Taylor A. Violations of the international code of marketing of breast milk substitutes: prevalence in four countries. *Br Med J*. 2015;316(April 1998):1117–22.
89. Khatun H, Comins CA, Shah R, Munirul Islam M, Choudhury N, Ahmed T. Uncovering the barriers to exclusive breastfeeding for mothers living in Dhaka's slums: a mixed method study. *Int Breastfeed J*. 2018;13(44)(44):1–11.
90. Vehid HE, Hacıu D, Vehid S, Prof A, Prof GG, Prof AB. A study on the Factors effecting the Duration of Exclusive Breastfeeding. *Nobel Med*. 2009;5:53–7.
91. Muchacha M, Mtetwa E. Social and economic barriers to exclusive breast feeding in rural Zimbabwe. *Int J MCH AIDS*. 2015;3(1):16–21.
92. Yurdakök M. Doğa ve insan tarihinde anne sütü. İstanbul: Mutludoğan Ofset; 1996. 88–89 p.
93. Scott JA. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*. 2006;117(4):e646–55.
94. Dubois L, Girard M. Social inequalities in infant feeding during the first year of life . (LSCDQ The Longitudinal Study of Child Development in Que 1998 – 2002). 2003;6(8):773–83.
95. Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson C. The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth : duration of breast feeding and influencing factors. 1994;(18):565–71.
96. Windham GC, Hopkins B, Fenster L, Swan SH, Windham GC, Hopkins B, et al. Prenatal active or passive tobacco smoke exposure and the risk of preterm delivery or low birth weight. 2000;11(4):427–33.
97. Salmasi G. Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Acta Obstet Gynecol*. 2010;89:423–41.
98. Özkan S. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. *Turkish J Public Heal*. 2013;11(2):59–71.

99. Karabel MP, Demirbaş M, İnci MB. Türkiye’de ve dünyada değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sak Tıp Derg.* 2018;7(December 2017):158–63.
100. World Health Organization. WHO Statement on caesarean section rates caesarean section rates at the hospital level and the need for a universal classification system. 2015.
101. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: A national survey. *BMC Pediatr.* 2010;10.
102. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sağlık istatistikleri yılı. 2017. p81
103. Martines J, Taneja S, Mazumder S, Rollins N, Bahl R, Bhandari N. Interventions to improve breastfeeding outcomes : a systematic review and meta-analysis. *Acta P.* 2015;114–35.
104. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-etego S, Owusu-agyei S. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics.* 2006;e381.
105. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Vanilovich I, Mezen I. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). *Jama.* 2015;285(4):413.
106. Dennis C, Mcqueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression : a qualitative. *J Pediatr.* 2014;e736.
107. Sacco LM, Caulfield LE, Gittelsohn J, Martínez H. the conceptualization of perceived insufficient milk among Mexican mothers. 1999;277–86.
108. Otsuka K. the relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37:546–55.
109. Neifert M, Demarzo S, Young D, Orleans M. The influence of breast surgery, breast appearance , and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. 1990;(March):31–8.

10. EKLER

Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2018

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Sevtap VELİPAŞAOĞLU	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 6 Aylık Bebeklerin Yalnızca Anne Sütü ile Beslenmesini Etkileyen Faktörler	
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 303	Tarih: 02.05.2018
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Dr.Öğr.Üyesi M.İ. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye

Prof.Dr.Selahattin KUMRU
Üye (İzinli)

Prof.Dr. Hilge KARSLI
Üye

Prof.Dr. Veli YAZISIZ
Üye

Prof.Dr.Özge DURSUN
Üye

Doç.Dr. Gülşüm ÖZGE BAYSAK
Üye

Doç.Dr. Dile KİPMEN KORGUN
Üye

Doç.Dr. Banu NUR
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Mehtap TÜRKAY
Üye (İzinli)

Dr. Ünal HÜLÜR
Üye (İzinli)

Turgut ALTUN
Üye

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye

Murat

Ek 2. Anket Formu

Tarih:

1. Yaşınız:

2. Eğitim Durumunuz:

☐ Okur Yazar ☐ İlk öğretim ☐ Orta öğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Doktora

3. Annenin mesleği:

4. Babanın mesleği:

5. Hanenizin ortalama yıllık geliri nedir (lütfen tüm gelir kaynaklarınızı düşünerek yanıtlayınız)?

6. Şu anda evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

7. Evde yaşayan kişilerin kimler olduğunu aşağıdaki tabloda belirtiniz?

Adı-Soyadı	Yaşı	Size yakınlık durumu (kızım, oğlum, eşim, bakıcımız vb)	Eğitimi	İşi

8. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Varsa nedir?.....

9. Sürekli kullandığınız ilaç var mı? Varsa nedir?.....

10. Daha önce hiç bebek emzirdiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır

Evetse kaç ay sadece anne sütü aldı?.....Kaçınıcı ayda ek gıdaya geçtiniz?.....

Toplam kaç ay emdi?.....

11. Önceki bebeğinize anne sütünün yaradığını düşünüyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

Prekonseptisyon:

Gebe kalmak istiyor muydunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

Bu gebeliğinizin zamanlaması sizin için uygun muydu? ☐ Evet ☐ Hayır

Prenatal

Gebeliğinizde önemli bir hastalık geçirdiniz mi? ☐ Hayır ☐ Evet ise hangi hastalıklar

Gebeliğinizde düşük tehdidi oldu mu? ☐ Hayır ☐ Evet

Gebeliğinizde ilaç kullanımı oldu mu? ☐ Hayır ☐ Evet ise hangi ilaç

Gebeliğinizde anne sütünü faydaları ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Gebelikte sigara kullandınız mı? ☐ Hayır ☐ Evet ise günde kaç sigara?..... Hangi gebelik aylarınızda?.....

Natal

Bu gebelik dahil olmak üzere kaç defa gebe kaldınız?

Bu gebelikler nasıl sonuçlandı? (Sayı olarak belirtiniz)

Canlı doğum: Kürtaj: Düşük: Ölü doğum:

Doğumunuz ne şekilde yapıldı? ☐ Normal ☐ Sezaryen

Doğumunuzu nerede yaptınız?

☐ Üniversite Hastanesi ☐ Devlet Hastanesi ☐ Özel Hastane ☐ Ev ☐ Diğer.....

Doğumunuz zamanında oldu mu? ☐ Hayır ☐ Evet

Hamileliğiniz ne kadar sürdü?hafta

Bebeğinizin doğum tarihi nedir?/...../20.....

Bebeğiniz kaç kilo doğdu?

Postnatal

Bebeğiniz doğduktan sonra yoğun bakıma/kuvöze alındı mı?

☐ Hayır

☐ Evet, Neden? Ne kadar süreyle?

Kaç grama kadar ağırlık kaybetti?.....

10. gün sonrası kilo kaybı oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

15. günde doğum kilosuna ulaştı mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Bebeğiniz doğduktan sonra bir sağlık personeli (doktor, hemşire, ebe vs) tarafından emzirme eğitimi verildi mi?

☐ Evet ☐ Hayır

Bebeğiniz doğduktan sonra ilk 1 saat içinde emzirdiniz mi?

☐ Evet

☐ Hayır, peki ilk ne zaman emzirdiniz? (saat/gün)

☐ 1-3. Saat ☐ 4-6. Saat ☐ 6-12. Saat ☐ 12-24. Saat ☐ 2. Gün ☐ 3. Gün ☐ Diğer.....

Doğumdan sonra kaçınıcı günde süt miktarınızın arttığını hissettiniz?

Bebeğiniz emmeyi öğrenene kadar sağarak süt vermeniz gerekti mi?

☐ Hayır ☐ Evet, ne zamana kadar?.....

Bebeğinize anne sütünü hangi şekillerde verirsiniz?

☐ Emzirme ☐ Biberon ☐ Bardak ☐ Kaşık ☐ Diğer.....

Çocuğunuzu emzirmekte zorluk çektiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır

Zorluğu aşmak için kimlerden destek aldınız? (Birden fazla seçebilirsiniz)

☐ Sağlık Personeli ☐ Aile yakınları (Anneniz/eşinizin annesi) ☐ Arkadaş/komşu ☐ Diğer.....

Bebeginize hiç emzik verdiniz mi?

☐ Hayır ☐ Evet, İlk ne zaman verdiniz?..... Günde ortalama kaç saat emzik emer?.....

İlk 6 ay içinde anne sütü dışında bebeğinize verdiğiniz ek besin ya da sıvı var mı? Lütfen aşağıdaki tabloda bebeğinize ilk 6 ayda verdiklerinizi işaretleyip, ne zaman başladığınızı ve kim tarafından önerildiğini belirtiniz.

	İlk ne zaman verdiniz?	Son ne zaman verdiniz?	Kim önerdi?	Neden önerdi?	
☐ Su /şekerli su	 aylıkken	 aylıkken			
☐ Bitki çayı	 aylıkken	 aylıkken			Hangi bitki?
☐ Sıvı mama	 aylıkken	 aylıkken			
☐ Tahıllı mama	 aylıkken	 aylıkken			
☐ Muhallebi	 aylıkken	 aylıkken			
☐ Süt ya da süt ürünü	 aylıkken	 aylıkken			
☐ Meyve ya da meyve suyu	 aylıkken	 aylıkken			
☐ Çorba	 aylıkken	 aylıkken			Ne çorbası?
☐ Et	 aylıkken	 aylıkken			
☐ Sebze	 aylıkken	 aylıkken			
☐ Diğer	 aylıkken	 aylıkken			Ne verdiniz?

Bebek sorgusu:

Bebeğinizin şuandaki yaşı ve ağırlığı nedir?

..... ay gram

Sütünüzün miktar olarak yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

Sütünüz besleyici olduğunu düşünüyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

Bebeğiniz günde kaç defa emer?

Anne sorgulaması

Doğum sonrası süreçte kendinizi ümitsiz, çökkün, kaygılı, mutsuz hissettiniz mi?

☐ Her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Emin değilim ☐ Nadiren ☐ Hiçbir zaman

Doktorunuz/hemşireniz sütünüzün yetersiz olduğunu söyledi mi? ☐ Hayır ☐ Evet ise kim söyledi?.....

Yakın çevreniz sütünüzün yetersiz olduğunu düşünüyor mu? ☐ Hayır ☐ Evet, kimler?

Bebeğinizin takipleri nerede yapılıyor?

☐ Üniversite Hastanesi ☐ Devlet Hastanesi ☐ Özel Hekim ☐ Aile Hekimi ☐ Yapılmıyor ☐ Diğer.....

Bebeğiniz önemli bir hastalık geçirdi mi?/önemli bir hastalık tanısı aldı mı?

☐ Hayır ☐ Evetse nedir?

Bebeğinize önceden mama/ek gıda başlamanızı öneren oldu mu? ☐ Hayır ☐ Evet, kim?.....

Bebeğinizin bakımı konusunda evde size kim yardım eder?

Şu anda çalışıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Kamuda çalışıyorum ☐ Özelde çalışıyorum

Şu anda çalışıyorsanız;

Bebeğiniz kaç aylıkken çalışmaya başladınız?ay

Bebeğinizi emzirmek için günde kaç kez eve gidebiliyorsunuz?

İş yerinde günde kaç kez sütünüzü sağatabiliyorsunuz?

Siz yokken bebeğinize kim bakıyor?

Siz yokken bebeğiniz ne ile besleniyor?

☐ Sağılmış anne sütü ☐ Mama ☐ Ek gıda(belirtiniz).....

☐ Diğer(belirtiniz)