



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

**BEBEK DOSTU BİR HASTANEDE DOĞAN BEBEKLERİN
TÜMÜYLE ANNE SÜTÜ İLE BESLENEREK TABURCU
OLMASINI ENGELLEYEN ETMENLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Betül BANKOĞLU

Antalya, 2019



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

**BEBEK DOSTU BİR HASTANEDE DOĞAN BEBEKLERİN
TÜMÜYLE ANNE SÜTÜ İLE BESLENEREK TABURCU
OLMASINI ENGELLEYEN ETMENLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Betül BANKOĞLU

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Sevtap VELİPAŞAOĞLU

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2019

TEŞEKKÜR

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında aldığım uzmanlık eğitimi boyunca engin bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, yanında çalışmaktan onur duyduğum hocalarıma,

Tez çalışmam boyunca sonsuz sabrını esirgemeyen tez hocam Dr. Öğr. Üyesi Sevtap VELİPAŞAOĞLU'na,

Hasta verilerine ulaşılmasında desteklerini esirgemeyen değerli hemşirelerimiz Havva ÇAKMAK ve Fatma ÇALIŞKAN ÖZDÖL'e,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Son olarak sevgilerini ve desteklerini hep yanımda hissettiğim değerli aileme ve Yalçın Erten PARLAK'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	iv
Tablolar Dizini	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Anne Sütü	2
2.1.1. Anne Sütü Bileşimi ve Özellikleri	2
2.1.1.1. Besin içeriği	3
2.1.1.1.a. Makrobesinler	3
2.1.1.1.b. Mikrobesinler	4
2.1.1.2. Biyoaktif maddeler	5
2.1.1.3. İmmünolojik faktörler	6
2.1.2. Anne Sütünün Sağlık Üzerine Etkileri	7
2.1.3. Türkiye’de Anne Sütü ile Beslenme	9
2.1.4. Dünyada Anne Sütü ile Beslenme	10
2.2. Emzirme	12
2.2.1. Emzirme Danışmanlığı	12
2.2.2. Bebek Dostu Hastane	13
2.2.3. Bebek Dostu Hastane Olmanın Emzirme Oranlarına Etkileri	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	28
6. ÖZET	36
7. ABSTRACT	38
8. KAYNAKLAR	40
9. EKLER	48
Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	48
Ek 2. Kadın Doğum Bebekleri Takip Formu	49
Ek 3. Emzirme Değerlendirme Formu	50

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AGA	Gebelik Yaşına Uygun Doğan
DNA	Deoksiribonükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EGF	Epidermal Büyüme Faktörü
EPO	Eritropoetin
G-CSF	Granülosit Koloni Uyarıcı Faktör
HMG-CoA	Hidroksimetil Glutaril Koenzim A
IFNγ	İnterferon Gama
IGF-1	İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü
IL-6	İnterlökin 6
IL-8	İnterlökin 8
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein
LGA	Gebelik Yaşına Göre Büyük Doğan
SGA	Gebelik Yaşına Göre Küçük Doğan
TGF-α	Dönüştürücü Büyüme Faktörü Alfa
TGF-β	Dönüştürücü Büyüme Faktörü Beta
TNF-α	Tümör Nekrozis Faktör Alfa
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuk Acil Yardım Fonu
VEGF	Vasküler Endotelyal Büyüme Faktörü
WBTi	Dünya Emzirme Eğitimleri Girişimi

TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Olgun Term Anne Sütünün Temel Besin Öğelerine Göre İçeriği	3
2.2. Anne Sütü ile Beslenmenin Bebek ve Anne İçin Yararları	7
2.3. TNSA Verileri ile Son 25 Yılda Emzirilme Durumunda Değişimler	10
2.4. Küresel Emzirme Durumu	11
4.1. Anne ve Bebeğe Ait Demografik Etmenlerin Yıllara Göre Dağılımı	18
4.2. Doğum Şekli, Anestezi Türü ve Doğum Ağırlığının Gestasyon Haftasına Uygunluğunun Yıllara Göre Dağılımı	19
4.3. İlk Emzirme, Sağma Öneri Zamanı, Emzik ve Formula Kullanımının Yıllara Göre Dağılımı	20
4.4. Taburcu Olurken Beslenme Şeklinin Yıllara Göre Dağılımı	21
4.5. Anne ve Bebeğe Ait Demografik Etmenlerin Bebeğin Taburcu Olurkenki Beslenme Şekline Etkisi	22
4.6. İlk Emzirme Zamanı ve İlk Emzirmeyi Destekleyen Kişi ile Bebeğin Taburcu Olurkenki Beslenme Şekli Arasındaki İlişki	23
4.7. Yenidoğanda Yatma ve En Az Bir kez Biberon Kullanımı ile Bebeğin Taburcu Olurkenki Beslenme Şekli Arasındaki İlişki	24
4.8. Demografik Verilerin Taburcu Olurken Yalnızca Anne Sütü ile Beslenmeye Etkisinin Multivariate Analizi	26
4.9. Bebek Dostu Uygulamaların ve Hastanedeki Diğer Koşulların Taburcu Olurken Yalnızca Anne Sütü ile Beslenmeye Etkisinin Multivariate Analizi	27

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukluk döneminde sağlıklı beslenme, çocuğun yaşamını sağlıklı sürdürebilmesi, büyümesi ve gelişmesi için gereken tüm enerji ve besin öğelerini karşılayan beslenme olarak tanımlanabilir [1]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) bebeklerin sağlıklı büyüme ve gelişmesi için anne sütünün eşsiz bir besin kaynağı olduğunu belirtmektedir. DSÖ ve UNICEF tüm dünyada halk sağlığı açısından bebeklerin uygun büyüme ve gelişme göstermeleri için yaşamın ilk altı ayında tek başına anne sütü ile beslenmelerini, sonrasında tamamlayıcı beslenme ile birlikte anne sütünün en az iki yaşı sonuna kadar sürdürülmesini önermektedir. Böylece yılda 1,3 milyon bebeğin ölümü önlenmektedir [2].

Türkiye'nin de içinde bulunduğu pek çok ülke tarafından imzalanan Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde, çocukların en temel haklarından biri olarak "beslenme hakkı" gösterilmekte, anne sütü ile beslenme üzerinde durulmaktadır [3].

DSÖ ve UNICEF tarafından 1989 yılında; Emzirmenin Korunması, Yaygınlaştırılması ve Desteklenmesi adı altında bir ortak bildiri hazırlanmıştır. Bu bildiri, doğum servislerinin emzirmeyi nasıl destekleyeceğini tanımlamaktadır. Bu ortak bildirinin başlıca önerileri on adımda özetlenmiş ve bu on adım "Bebek Dostu Hastane Girişiminin" temelini oluşturmuştur [4].

Türkiye'de 1991 yılından bugüne kadar emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi, Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı adı altında sürdürülmektedir [5].

Bu çalışmada 2010, 2013, 2016 yılı doğum kohortunun hastaneden taburcu olurken ne şekilde beslendiği kayıt formlarından retrospektif olarak belirlenmiştir. Bebek Dostu bir hastanede doğan bebeklerin tümüyle anne sütü ile beslenerek taburcu olmasını engelleyen etmenler yıllara göre incelenmiştir. Buradan çıkacak sonuçların önümüzdeki yıllarda Bebek Dostu Hastane programının daha da etkin bir şekilde yürütülmesine dönük uygulama ve eğitim etkinliklerine yol göstermesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anne Sütü

2.1.1. Anne Sütü Bileşimi ve Özellikleri

Anne sütünün bileşimi laktasyon dönemine, emzirmenin başında ya da sonunda, gün içerisinde salgılandığı saate, bebeğin doğduğu gebelik haftasına ve yaşına göre değişiklikler gösterir [6]. Ayrıca prematüre doğum yapmış annelerin sütleri de miadında doğum yapan annelere oranla farklı bileşimdedir [7].

1- Term süt / Preterm süt:

Preterm doğum yapan annenin sütünün protein, yağ ve sodyum içeriği ilk haftalarda term anne sütünden daha yüksektir. İlerleyen haftalarda aradaki fark ortadan kalkar [8].

2- Kolostrum / Geçiş sütü / Olgun süt:

a- Kolostrum: Doğum sonrası ilk 5 günde salgılanan ve miktarı, görünümü, içeriği farklı olan süttür. İçeriğindeki β -karotenden dolayı sarımsı renktedir ve az miktarda salgılanır [9]. Laktoz içeriğinin düşük olması, asıl işlevinin besinsel değil immünolojik ve trofik olduğunu göstermektedir [2]. Bebeğin ilk aşısı olarak nitelendirilmektedir. Salgısal immunoglobulin A, laktoferrin, lökositler, epidermal büyüme faktörü gibi immünolojik bileşiklerden ve sodyum, klor, magnezyum gibi minerallerden zengindir [8, 10]. Ayrıca laksatif özelliği ile mekonyum çıkışını kolaylaştırır [11]. Bir öğünde üretilen miktar 2-20 ml arasında değişmektedir. Özgül ağırlığı 1040- 1060 arasında değişir. Enerji içeriği 67 kcal/dl'dir [12].

b- Geçiş sütü: Doğum sonrası 5 gün ile 2 hafta arasında salgılanan ve kolostrumun bazı özelliklerini taşıyan süttür. Miktarı daha fazladır ve protein içeriği azalırken, laktoz, yağ ve kalori içeriği artar [8].

c- Olgun süt: Doğum sonrası 2. haftadan sonra üretilen süttür. Anne sütü postnatal 4-6. haftada tamamen olgun süt özelliğini kazanır [8].

Tablo 2.1. Olgun Term Anne Sütünün Temel Besin Öğelerine Göre İçeriği [1].

Su (mL/L)	876	E vitamini (mg/L)	2,3
Enerji (kcal/L)	700	C vitamini (mg/L)	40
Protein (gr/L)	13	Tiamin (mg/L)	0,21
Kazein:Whey oranı	40:60	Riboflavin (mg/L)	0,35
Karbonhidrat (gr/L)	70	Niasin (mg/L)	1,5
Yağ (gr/L)	42	Pantotenik asit (mg/L)	1,8
Sodyum (mEq/L)	7	A vitamini (µg/L)	670
Potasyum (mEq/L)	13	D vitamini (µg/L)	0,55
Klor (mEq/L)	11	K vitamini (µg/L)	2,1
Kalsiyum (mg/L)	280	Biotin (µg/L)	4
Fosfor (mg/L)	140	İyot (µg/L)	110
Magnezyum (mg/L)	35	Selenyum (µg/L)	20
Demir (mg/L)	0,3	Manganez (µg/L)	6
Çinko (mg/L)	1,2	Flor (µg/L)	16
Bakır (mg/L)	0,25	Krom (µg/L)	50

3- Önsüt / Sonsüt:

Emzirmenin başlangıcında karbonhidrattan zengin, sonunda ise yağdan zengin bir süt üretilmektedir. Emzirme sürecinde bu değişimin ne zaman olduğu tam olarak bilinmemektedir, bebeğin tüm gereksinimlerini sağlayabilmesi için memeyi boşaltması ve kendiliğinden memeden ayrılması gereklidir [8].

2.1.1.1. Besin içeriği

2.1.1.1.a. Makrobesinler

Term bir olgun sütün ortalama makrobesin içeriği: 67-70 kcal/dL enerji, 6.7-7.8 gr/dL laktoz, 9-12 gr/L protein, 32-36 gr/L yağ şeklindedir [2, 8].

Anne sütünün ana karbonhidrat kaynağı glukoz ve galaktozdan sentezlenen laktozdur [13]. Laktoz yavaş ve kolay sindirilir, böylece yenidoğanın kan şekerinin düzenlenmesinde görev alır. Laktoz, bağırsak bakterileri tarafından laktik asite dönüştürülür ve *Lactobacillus bifidus*un gelişmesine katkı sağlar. Prebiyotik özelliktedir ve patojen mikroorganizmaların epitel hücrelerine tutunmalarını engeller [2, 14, 15]. Ayrıca santral sinir sisteminin gelişiminde rol oynayan galaktolipidlerin yapısına girerek gangliosidlerin bileşenlerini oluşturur. Anne sütündeki karbonhidratların önemli bir kısmı ise oligosakkarit ve

glikoproteinlerdir. Oligosakkaritler nöron transmisyonu ve bellek oluşumunda önemlidir [2].

Anne sütündeki başlıca proteinler whey ve kazeindir. Kazein anne sütü proteininin %40'ını oluşturur. Kazein, yüksek oranda prolin ve düşük miktarda sistin içerir, bebeğe kalsiyum/fosfor ve aminoasit sağlar. Whey proteini yapısında alfa laktalbumin, laktoferrin, lizozim, immünoglobulinler bulunur, enfeksiyondan koruyucu etki gösterir [2, 8, 15].

Anne sütünde bulunan yağların büyük kısmını trigliseritler oluşturur (%97). Geri kalan kısmını ise yağ asitleri, yağda eriyen vitaminler, monogliseritler, digliseritler, glikolipitler, fosfolipitler, sterol ve sterol esterleri oluşturur. Yağ asitleri (eikosapantoneik asit, linoleik asit, doksahexaenoik asit, alfa linoleik asit) yağda eriyen vitaminler ve bazı hormonların taşıyıcısıdır. Anne sütünde bulunan lipaz ile yağların metabolize edilmesi kolaylaştırılır. Anne sütü yağları enerji gereksinimi ve nöronal miyelinizasyonu sağlar [1, 2, 16, 17].

2.1.1.1.b. Mikrobeseinler

Anne sütünde bulunan mikrobeseinler ilk altı ayda bebek için yeterlidir, ancak A, B₁, B₂, B₆, B₁₂, D vitaminleri ve iyot gibi bazı mikrobesein içeriği, anne beslenmesi ve anne depolarına göre farklılık gösterir [18]. Vejetaryen beslenmede vitamin B₁₂, demir, D vitamini, riboflavin, kalsiyum ve selenyum eksikliği bildirilmiştir [19]. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan annelerde vitamin B₁₂ eksikliğinin yüksek oranda gelişebileceği ve bebeklerinde de bu yetersizliğin hem doğumda hem de anne sütü ile beslenme sırasında yüksek oranda görülebileceği göz önünde bulundurulmalıdır [20].

Anne sütündeki K vitamini konsantrasyonu 1-9 mg/L arasında değişmekle birlikte genellikle 2-3 mg/L dolayındadır. Yenidoğanda bağırsak florası tam olarak oluşmadığı için bağırsaklarda K vitamini sentez edilemez. Bu nedenle yenidoğanın hemorajik hastalığını önlemek için doğumdan sonra profilaktik olarak 0.5-1 mg K vitamininin parenteral olarak yapılması veya 2.0 mg K vitamininin oral yoldan verilmesi önerilmektedir. Daha sonra anne sütündeki K₁ ve bağırsak florasının sentezlediği K₂ vitamini ile K vitamini gereksinimi karşılanır [18]. Anne sütü 40-50IU/L D vitamini içerir. Bebeğin günlük

gereksinimi olan 400IU/L'yi anne sütü karşılayamadığı için tüm bebeklere koruyucu dozda D vitamini önerilir. Yenidoğan döneminden itibaren D vitamini takviyesi en az bir yaştan sonuna kadar gereklidir [21, 22].

2.1.1.2. Biyoaktif maddeler

Anne sütündeki biyoaktif maddelerin bir kısmı meme bezi epiteli tarafından üretilirken, bir kısmı da reseptör bağımlı geçişle anne serumundan anne sütüne geçer. Anne sütü; gastrointestinal sistem, vasküler sistem, sinir sistemi, endokrin sistemi etkileyen çok sayıda büyüme faktörü içerir. Hedef dokunun hücre reseptörlerine bağlanarak etki gösteren bu maddeler; epidermal büyüme faktörü (EGF), insülin benzeri büyüme faktörü-1 (IGF-1), dönüştürücü büyüme faktörü (TGF- α ve TGF- β), hepatosit büyüme faktörü, laktoferrin, poliaminler ve bazı peptidlerdir [2].

EGF, bağırsak mukozasının olgunlaşmasında özel öneme sahip olan bir biyoaktif maddedir. EGF, asiditeye ve sindirim enzimlerine dirençli olması nedeniyle mideden bağırsağa geçebilir. Enterositlerde DNA sentezi, hücre bölünmesi, su ve glukozun emilmesi ve protein sentezini uyarırlar. Heparin bağlayıcı büyüme faktörü de EGF ailesinin bir üyesidir ve bağırsakları hipoksi sonucu oluşan rezolüsyon hasarı, iskemik perfüzyon hasarı ve nekrotizan enterokolitten korur. Kolostrumdaki EGF miktarı anne serumundaki miktardan 2000 kat, olgun sütteki EGF miktarı ise anne serumundaki miktardan 100 kat fazladır. Ayrıca preterm için üretilen anne sütünde, term anne sütüne oranla çok daha fazla EGF içerir [23-25]. Vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) ve agonistleri primer olarak anjiogenezi düzenler. VEGF hem preterm hem de term kolostrumda yüksek miktarda bulunur, ancak preterm kolostrumda daha düşük oranlardadır. Bu da prematüre retinopatisinden korunmada etkili olduğunu düşündürmektedir [2, 26].

IGF-1, epitel hücre farklılaşmasını artırır, bağırsak villuslarının büyümesini destekler ve enterositleri oksidatif stresten korur. Ayrıca IGF-1'in enteral emilimi sonucu eritropoez uyarılır [27, 28].

Eritropoetin (EPO), anne sütünde anlamlı derecede yüksektir. Prematürelerde büyüme ve gelişmeyi engelleyen prematüre anemisinden korur [2].

Kalsitonin ve prekürsörü prokalsitonin, somatostatinle birlikte büyümeyi düzenleyici hormonlar olarak işlev görür. Adiponektin, metabolizmayı düzenleyen ve inflamasyonu baskılayan çok işlevli bir hormondur. Miktarı bebeğin beden kitle indeksi ve vücut ağırlığı ile ilişkilidir [29, 30].

Leptin, ghrelin, resistin de enerji dönüşümünde ve iştah kontrolünde önemlidir [31].

2.1.1.3. İmmünolojik faktörler

Anne sütüyle beslenme bebekleri enfeksiyon ve inflamasyondan korur. Anne sütünde makrofajlar, T hücreler, kök hücreler, lenfositler gibi çok sayıda hücre bulunmaktadır. Erken laktasyon döneminde emzirilen bebeğe anne sütüyle günde 10^{10} maternal lökosit geçer. Makrofajlar, dendritik hücrelere dönüşerek bebeğin T hücrelerini uyarabilirler. Böylece bebeğin kendi bağışıklık sistemini geliştirerek güçlü koruma sağlarlar. Anne sütünde bulunan kök hücrelerin görevi henüz anlaşılamamıştır [2, 32].

Anne sütündeki hücreler arasındaki iletişimi sitokin ve kemokinler sağlamaktadır. Sitokinler, bağışıklık yanıtını etkileyen hücrelerle iletişime girerek intestinal bariyeri geçebilirler. Dönüştürücü büyüme faktörü- β (TGF- β) anne sütünde en çok bulunan sitokindir. İnflamasyonu ve yara iyileşmesini düzenler, alerjik hastalıkların gelişimini önler. Anne sütünde bulunan granülosit koloni uyarıcı faktör (G-CSF), intestinal gelişim ve sepsisin tedavisinde yararlıdır [33-35].

Tümör nekrozis faktör alfa (TNF- α), IL-6, IL-8 ve interferon gama (IFN γ) anne sütünde bulunan proinflamatuvar sitokinlerdir [36]. IL-8 ve TNF- α gebelikte preeklampsi gelişen annelerin olgun sütünde daha fazla miktarda bulunur [37]. IL-6 sistemik inflamasyon ve ateş ile ilişkili iken, IL-8 TNF- α ilişkili hasara karşı koruyucudur. IFN γ Th₁ hücre yanıtı ile inflamasyonu arttırırken, Th₂ hücre yanıtını baskılayıp alerjik cevabı azaltır [38-40]. Alerjik olmayan annelerin sütüne

oranla alerjik annelerin kolostrumunda IFN γ daha düşük, Th₂ sitokinleri, IL-4 ve IL-13 daha yüksektir [41, 42].

2.1.2. Anne Sütünün Sağlık Üzerine Etkileri

Anne sütünün bebek sağlığının korunması, beslenme, büyüme ve gelişme için gerekli olan maddeleri sağlama, bebek ölümlerini azaltma gibi çok sayıda etkisi bulunmaktadır [2, 43].

Tablo 2.2. Anne Sütü ile Beslenmenin Bebek ve Anne İçin Yararları [2].

Bebek İçin Yararları	Anne İçin Yararları
1. Aşağıdaki akut ve kronik hastalıklardan korur • Alt solunum yolu enfeksiyonları • Otitis media • İdrar yolu enfeksiyonları • Gastroenterit • Nekrotizan enterokolit • Alerjik hastalıklar • Ani bebek ölümü sendromu • İnsüline bağımlı diyabet • Metabolik sendrom • Lösemi ve lenfomalar • Obezite • Crohn hastalığı • Ülseratif kolit • Çölyak hastalığı • Hipertansiyon • Hiperlipidemi	1. Emzirme • Over kanseri ve meme kanseri riskini azaltır. • Anneyi osteoporozdan korur. • Uterusun eski durumuna dönmesini sağlar. • Menstruasyonu baskılayarak gebelikten korunmayı sağlar. • Kilo vermeyi kolaylaştırır. • Annelik duygusunun gelişmesine destek olur. • Doğum sonrası depresyonu riskini azaltır. • Anne ile bebek arasındaki bağı güçlendirir. • Doğal bir sakinleştiricidir, anneden kaynaklanabilecek çocuk istismarı ve ihmaline karşı koruyucudur.
2. Büyüme ve gelişmeyi olumlu etkiler • Büyüme faktörleri, organ ve doku büyümesini sağlar. • Bebek anne arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirir. • Bebeğin ruhsal, bedensel ve zeka gelişimine etkilidir. • Alıcı ve belirtici dil ve motor gelişimi destekler. • Çene ve diş gelişimini iyi yönde etkiler. • Dikkat eksikliği ve otizm gibi nörogelişimsel hastalıklardan korur.	2. Anne sütü • Ekonomiktir. • Her zaman ulaşılabilir. • Taze ve mikroorganizma bulaşından uzaktır.

Anne sütü ile beslenen dönemde bebeklerin toplam kolesterol ve düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeylerinin yüksek olması, hidroksimetil glutaril Co-A (HMG-CoA) redüktaz ve LDL reseptör aktivitesini düzenler ve uzun dönemde kolesterol metabolizmasında daha düşük değerler sağlar. HMG-CoA redüktazın down regülasyonu ile ilerleyen dönemde düşük kolesterol ve LDL düzeyleri sağlanır. Koroner kalp hastalığı ve hipertansiyondan koruyucu etkisi de bulunmaktadır [44-47].

Obezite sıklığı tüm dünyada giderek artmaktadır ve en önemli nedenlerinden biri de bebek ve çocukların kötü beslenmesidir. Anne sütü ile beslenmenin obezite sıklığını her bir ay için %4 azalttığı gösterilmiştir [43].

Anne sütü alan bebeklerde metabolik sendrom sıklığının daha az olduğu bildirilmektedir. Kan ekeri ve insülin düzeyleri anne sütü alan bebeklerde hazır mama ile beslenenlere oranla daha düşüktür. Yaşamın ilerleyen yıllarında anne sütü alanlardaki düşük insülin düzeyinin programlayıcı etkisi ile tip 2 diyabetten koruyucu etki oluşur. Anne sütü almayan bebeklerde tip 1 diyabet oranı 4 kat daha fazla saptanmıştır [48, 49].

Anne sütünün bağırsak mukozasındaki immün düzenleyici rolü ile ilişkili olarak yaşamın ilk  ayında glutene maruz kalanlar ve 4-7. aylarda glutene maruz kalanlar karşılaştırıldığında HLA DR3/4 mutasyonu bulunması durumunda lyak ve hatta tip 1 diyabet için daha erken dönemlerde karşılaşan bebeklerde riskin arttığı belirlenmiştir. Immn düzenleyici etkisi ile anne sütünün inflamatuvar bağırsak hastalıklarından koruyucu etkisi olduğu meta analizlerle gösterilmiştir ancak etki mekanizması tam olarak gösterilememiştir [2, 50, 51].

Anne sütünde bulunan immünolojik bileşenler, alerjik hastalık patogenezinde önemli uyaran olan enfeksiyonlardan koruyucu etkisiyle alerjik hastalık sıklığını azaltmaktadır [52].

Altı ay ve daha uzun süre anne sütü alan bebekler, altı aydan az ve hiç anne sütü almayan bebeklerle karşılaştırıldığında çocukluk ağı lösemi sıklığını %19 azalttığı gösterilmiştir. Herhangi bir süre anne sütü almış olmanın da lösemi riskini %11 oranında azalttığı gösterilmiştir [53].

Anne sütünün beyin gelişimini etkileyerek bilişsel gelişime katkı sağladığı bilinmektedir. Bu etki anne sütündeki esansiyel uzun zincirli çoklu doymamış yağ

asitlerinden kaynaklanmaktadır. Anne sütünün zeka puanı ve beyaz cevher gelişimi üzerindeki etkileri incelenmiştir ve sözel zeka ile anne sütü alma arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Otizmlili çocuklarda anne sütüne geç başlangıç olduğu gösterilmiştir. Anne çocuk arasındaki psikolojik ve fiziksel temasın, kortikal bağlantı ve limbik sistemin gelişiminde rol oynadığı belirlenmiştir. Anne sütü ile beslenen bebeklerin dil ve motor gelişimi daha iyidir [54-56].

Emzirme ile over ve premenopozal meme kanserinin azaldığı gösterilmiştir. Birden fazla çocuk emziren kadınlarda meme kanserinin azaldığı gösterilmiştir, osteoporoz riski azalır [57, 58].

Emzirme ile salgılanan oksitosin etkisiyle postpartum hemoraji riski azalmaktadır [2].

2.1.3. Türkiye’de Anne Sütü ile Beslenme

Anne sütü ile beslenmede Türkiye’yi temsil eden veri 1960’lı yıllardan itibaren düzenli olarak her 5 yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları’ndan (TNSA) gelmektedir. Anne sütü ile beslenmede belirteç olarak; bebeğin bir süre emzirilme oranı, doğumdan sonra ilk saatte emzirme oranı, ilk altı ay sadece anne sütü alma oranı ve altıncı aydan önce ek besin alma oranı kullanılmaktadır.

TNSA-2013 sonuçları bebeklerin %58’inin yaşamın ilk iki ayında sadece anne sütü ile beslendiğini göstermektedir. Bu yüzde çocuğun yaşıyla birlikte hızla azalmakta, 4-5 aylık bebeklerde %10’a kadar gerilemektedir. Aynı zamanda iki aylıktan küçük çocukların %10’unun anne sütü ile beraber su, içinde su olan sıvılar ve meyve suyu aldıklarını göstermektedir. İki aydan daha küçük çocukların dörtte biri anne sütü dışındaki süt ile beslenmiştir. 6. aydan 16. aya kadar bebeklerin yarısından fazlasına hem anne sütü hem de ek gıda verilmiştir. 16. aydan sonra bu yüzde düşmeye başlamakta ve 24-27. ayda %14’e kadar düşmektedir.

Biberon kullanımı ise altı aydan küçük çocuklar arasında %40 civarındadır. Bu düzey 8-9 aylık çocuklarda en yüksek değere ulaşarak %64’e çıkmaktadır. Emzirme Türkiye’de yaygın olmasına rağmen, çocuklarda ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme TNSA-2008’de %42 iken, TNSA 2013’te %30’a düşmüştür;

dolayısıyla sadece anne sütüyle beslenme önerildiği gibi yaygın olarak uygulanmamaktadır. Doğumdan sonraki ilk saatte emzirme TNSA-2008’de %39 iken, TNSA-2013’te %50’ye yükselmiştir. İlk günde emzirme TNSA-2008’de %73 iken, TNSA-2013’te %70’e gerilemiştir. Bebek maması ve diğer sıvılara erken başlama pratiklerine sıkça rastlanmıştır. 2013’ten önceki üç yıl içinde doğan tüm çocuklar için ortalama emzirme süresi 16,7 aydır. Erkek çocuklar (18,0 ay) kız çocuklara (16,3 ay) göre daha uzun süre emzirilmektedir. Kırsal alanlardaki ortalama emzirme süresi de (17,9 ay) kentsel alanlardakinden daha uzundur (16,4 ay). Emzirmenin yaygınlaştırılması konusunda uygulanacak politikalar gelecekte de sürdürülmelidir [59].

Tablo 2.3. TNSA Verileri ile Son 25 Yılda Emzirilme Durumunda Değişimler [2].

	TNSA- 1993	TNSA- 1998	TNSA- 2003	TNSA- 2008	TNSA- 2013
Emzirilen	95,2	95,2	96,8	96,7	96,4
Emzirme öncesi besin alan			39,4	23,2	25,7
İlk 1 saat içinde emzirilen	19,9	51,8	53,9	39	49,9
İlk 1 gün içinde emzirilen	75,9	84,8	83,6	73,4	70,2
İlk 6 ay sadece anne sütü	10,4	10,7	20,8	41,6	30,1
20 - 23 ayda anne sütü			24,3	21,6	33,9
24 - 27 ayda anne sütü			10,5	9,4	14,1
Biberon, ilk 6 ay			36,6	41	39,7
Sadece anne sütü süresi, ortalama ay	1,5	1,1	2,1	3,2	2,7
Emzirilme süresi, ortalama ay	13,3	13,7	14,9	16	16,5

*TNSA verileri çalışma yılından önceki 5 yıllık durumu vermektedir.

2.1.4. Dünyada Anne Sütü ile Beslenme

Dünya Sağlık Asamblesi’nde 2012 yılında, anne, çocuk ve bebek beslenmesi için 2025 yılına kadar geliştirilmek üzere altı hedeften oluşan bir plan oluşturulmuştur. Bu hedefler arasında ilk altı ayda sadece anne sütü ile besleme oranının en az %50’ye ulaştırılması yer almaktadır [60].

Uluslararası Gıda Politikaları Araştırma Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen 2016 Dünya Beslenme Raporu'ndan elde edilen verilere göre dünya genelinde 0-6 aylık bebeklerin %43'ü sadece anne sütüyle beslenmektedir. Sadece emzirmenin en yaygın olduğu yerler Güney Asya (%59) ve Doğu Afrika'dır (%57). Latin Amerika ve Karayipler'de (%33), Doğu Asya'da (%28), Batı Afrika'da (%25) ve Batı Asya'da (%21) çok daha düşüktür [61].

Pek çok ülkede DSÖ'nün önerileri kabul edilmesine rağmen, emzirme oranlarında istenen hedeflere ulaşılamamıştır. Altıncı ayda sadece anne sütü ile beslenme oranı Kanada'da %26, İngiltere'de %34, İsveç'te %10.1, Norveç'te %7 olarak bildirilmiştir. Belçika ve Birleşik Krallıkta altıncı aya gelindiğinde bebeklerin neredeyse %1'inin sadece anne sütüyle beslendiği görülmektedir. Avustralya, Finlandiya, İtalya, Norveç, İsveç, Hollanda gibi birçok Avrupa ülkesinde bile bu oranın %18'in altında kaldığı görülmektedir [62-64].

Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran daha yüksektir. Mısır, Hindistan, Güney Afrika ve Romanya gibi bazı ülkelerde sadece anne sütü verme oranı %30-50 arasında değişmektedir [65].

Tablo 2.4. Küresel Emzirme Durumu [2].

	Dünya çocuklarının durumu, 2009-2013	WBTi Ülkeleri*	TNSA – 2013
İlk 1 saat içerisinde emzirmeye başlama, %	44	52,9	49,9
Sadece anne sütü <6 ay, %	38	41,4	30,1
Ortanca emzirme süresi, ay		18,1	16,7
Biberon ile besleme <6 ay, %		31,3	39,7
Tamamlayıcı beslenme, 6-8 ay, %	65	67	79,8**
Emzirme 1 yaş, %			68,2
Emzirme 2 yaş, %	49		33,9

* Dünya Emzirme Eğitimleri Girişimi (World Breastfeeding Trends Initiative, 82 ülke, 2012)

** 6-9 ay

2.2. Emzirme

Emzirmenin etkili bir şekilde başlaması ve sürdürülebilmesi için en ideal ve doğal olanı; doğumdan sonra en geç bir saat içerisinde, bebeğin çıplak olarak annenin çıplak göğsüne konması yoluyla temas sağlanması ve ilk emzirmenin başlatılmasıdır. Bebeğe tıbbi bir zorunluluk olmadıkça emzirme öncesi başka hiçbir besin maddesi verilmemelidir. Bebeğin her istediğinde, gece ve gündüz sık olarak emzirilmesi sağlanmalıdır. Normal bir emzirme dört dakikadan kısa 30 dakikadan uzun olmamalıdır. Bebekle annenin devamlı bir arada aynı odada kalmaları sağlanmalıdır. Emzirilen bebeğe yaşamın ilk altı ayında su dahil ek besin maddesi verilmemelidir [66].

2.2.1. Emzirme Danışmanlığı

Danışmanlık insanların ne hissettiğini anlamaya çalıştığımız ve karar vermelerini sağlamada yardımcı olduğumuz bir çalışma şeklidir. Emzirme danışmanlığı; emziren annelerin neler hissettiklerini, kaygılarını, emzirme konusundaki bilgi ve deneyimlerini yansıtmaya fırsatı sağlamak, onlara emzirme konusunda özgüven kazandırmaktadır.

Anneyi cesaretlendirecek sözlü ve sözsüz iletişim yöntemlerinden faydalanılmalı, annenin duyguları anlayışla karşılanmalı, yargı ifade eden sözcük ya da tavırlardan kaçınılmalıdır. Sözsüz iletişim; yüz ifadesi, duruş ve tavırla ortaya konur. Anne ve bebekle ilgili olduğunu göstermek, zaman ayırmak, dikkati odaklamakla sağlıklı iletişim sağlanır. Annenin kaygılarını dile getirmesine yardımcı olacak açık uçlu sorular sormak gerekir.

Anneye özgüven kazandırmak, kendisini iyi hissetmesini sağlamak, sütüne güvenini arttırmak; ideal beslenmeyi sağlamak için çok önemlidir. Öncelikle anne ve bebeğin becerilerinin ön plana çıkarılması sağlanmalıdır, az ve öz bilgi verilmelidir, sade bir dille anlatımlar yapılmalıdır.

Emzirme gözlemlenmelidir; annenin bebeği tutuşu, memeye yerleşme, memeyi tutuş, etkin emme, anne bebek bağlanması, emzirme süresi mutlaka değerlendirilmelidir.

Meme ile ilgili problemler varsa mutlaka gözlenmeli ve anne bilgilendirilmelidir [67].

2.2.2. Bebek Dostu Hastane

Türkiye’de “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı” 1991 yılında bebeklerin anne sütü ile beslenmesinin sağlanması, emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmıştır.

Başarılı Emzirmede On Adım

1. Adım:

1a. Emzirmeye ilişkin yazılı bir politika hazırlanmalı ve düzenli aralıklarla tüm sağlık personelinin bilgisine sunulmalıdır.

1b. Kurumun uluslararası mama kodu uygulanmalarını benimsemiş ve uyguluyor olması gereklidir.

Sağlık kuruluşlarında annelere, bebeklere ve/veya çocuklara bakım veren bütün sağlık personelinin görebileceği ve On Adımın tamamını içeren ve emzirmeyi destekleyen bir yazılı emzirme politikası asılmalıdır. Yazılı posterler hastalar ve sağlık personelinin anlayacağı dilde yazılmalıdır. Böylece emzirme politikası yazılı hale getirilmiş olur ve bu politikadan bütün sağlık personeli ve hastaların haberdar olması sağlanır.

2. Adım: Tüm sağlık personeli bu politika doğrultusunda eğitilmelidir.

Yeni çalışanlar da dahil olmak üzere tüm sağlık personeline eğitim verilmeli, en az üç saat denetimli klinik deneyim ile toplamda en az 18 saat olmalı ve en az sekiz adımı kapsamalıdır.

3. Adım: Hamile kadınlar emzirmenin yararları ve yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir.

Antenatal bakım veren tüm sağlık kuruluşlarında gebelere anne sütünün faydaları ve emzirme tekniği ile ilgili eğitim verilmelidir. Gebeler ve yeni doğum yapan anneler anne sütünün bebek ve kendileri için faydalarından en az iki tanesini söyleyebilmeli ve aynı odada kalmanın, bebeği her istediğinde emzirilmesinin önemini, sütün yeterli olup olmadığından nasıl emin olacağını ve emzirirken doğru kavrama ve pozisyon vermeyi ifade edebilmelidir.

4. Adım: Doğumu izleyen yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için annelere yardım edilmelidir.

Normal vajinal yolla doğumu takiben ilk yarım saat içinde bebek ile annenin ten tene teması sağlanmalıdır. Sezaryen ile doğum yapmış ise annenin yanıt verdiği ilk bir saat içinde emzirme için pozisyon verme ve bebeğin memeyi kavraması için desteklenmeleri gereklidir.

5. Adım: Annelere emzirmenin nasıl olacağını ve bebeklerinden ayrı kaldıkları durumlarda süt salgılanmasını nasıl sürdürecekleri anlatılmalıdır.

Anne sezaryen ile doğum yapmışsa veya hastaysa veya bebek hasta veya düşük doğum ağırlıklı ise emzirme başarısı tehlikeye girmektedir. Bunu önlemek için sağlık personeli doğumdan hemen sonra anneleri bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda desteklemeli ve emzirmenin sürdürülmesi için elle nasıl sütlerini sağabileceklerini öğretmelidirler.

6. Adım: Tıbben gerekli görülmedikçe, yenidoğanlara anne sütünden başka bir besin verilmemelidir.

Anne sütü dışında herhangi bir yiyecek veya içecek verilmesi için kabul edilebilir tıbbi nedenler olmalıdır. Anne sütü dışındaki bebek maması veya içecekleri için tanıtım yapılmamalı ve annelere, personele veya tesise dağıtılmamalıdır.

7. Adım: Anne ile bebeğin 24 saat bir arada kalmalarını sağlayacak bir uygulama benimsenmelidir.

Sağlıklı bebekleri olan anneler (sezaryen ile doğanlar dahil), doğumdan sonra odalarına geldikleri andan itibaren, hastane prosedürleri için bir saate kadar olan süreler hariç, gece ve gündüz aynı odada kalmalıdır.

8. Adım: Bebeğin her isteğinde emzirilmesi teşvik edilmelidir.

Bebeklerinin emzirilme sıklığı veya uzunluğuna hiçbir kısıtlama getirilmemelidir. Bebekler aç olduklarında veya istedikleri sıklıkta emzirilmelidir. Bebekler çok uzun uyuma ya da annenin göğüslerinin aşırı dolması durumunda emzirilmek için uyandırılmalıdır.

9. Adım: Emzirilen bebeklere biberon, yalancı meme veya emzik verilmemelidir.

Biberon veya emzik emme mekanizması, anne memesini emme mekanizmasından farklıdır. Biberon veya emzikte areolayı kavrama işlevi yoktur. Bu nedenle bu tür nesneleri emmeye alışan bebekler, anne memesini emmeyi reddedebilir (emme şaşkınlığı). Biberon ve emzik bebeğin emme gücünü zayıflatarak süt üretiminde azalmaya neden olmaktadır. Eğer bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda veya sağılmış anne sütü vermek gerekiyorsa biberonla değil fincanla veya kaşıkla verilmelidir.

10. Adım: Emzirmeyi destekleyen grupların oluşturulması sağlanmalı ve taburcu olan annelerin bu gruplara katılması teşvik edilmelidir.

Annelerin taburcu olduktan sonra bebek besleme planları için araştırılmalıdır. Ayrıca, bir emzirme destek grubuyla (kendi ailelerinde yeterli destek mevcut değilse) ya da hastanenin emzirme konusunda takip desteği sağlayacağı bildirilir. (erken doğum sonrası kontrolü, laktasyon kliniği kontrolü, ev ziyareti, telefon görüşmesi) [1, 68-71].

2.2.3. Bebek Dostu Hastane Olmanın Emzirme Oranlarına Etkileri

Bebek Dostu Hastane uygulamasının en önemli hedefi emzirme oranlarını artırmaktır. On Adım, emzirmeyi olumsuz etkileyen yaygın uygulamaların azaltılarak emzirme sıklığının ve süresinin artırılmasını hedefler. Yapılan meta-analiz çalışmalarında bu oranların yıllara göre arttığı gösterilmiştir. Brezilya’da, Ulusal Demografi ve Sağlık Araştırması’na göre Bebek Dostu Hastanede doğan bebeklerin emzirilme oranları 2006 yılında %43 iken, 2011-2012 yıllarında %56’ya yükselmiştir [72]. Amerika’da Los Angeles’ta yapılan çalışmalarda Bebek Dostu uygulamalarıyla emzirilme oranları 2008-2011-2014 yıllarında %31-44-55 oranlarında artış gözlenmiştir [73]. Alaska, Maine, Nebraska, Ohio, Washington’da ortak yapılan çalışmalarda Bebek Dostu hastanelerle, diğer sağlık kuruluşları karşılaştırmalarında emzirme oranları %76’ya %42 daha yüksek bulunmuştur [74]. Japonya’da yapılan çalışmada yine bu oran ulusal demografik verilere göre Bebek Dostu hastanelerde yüksek bulunmuştur [75].

İsviçre’de yapılan çalışmalarla on adım gerekliliklerini yerine getiren hastanelerde ortalama emzirme süreleri 12 haftadır, diğer sağlık kuruluşlarında ise

8 haftadır [76]. Türkiye’de ise sadece anne sütü ile beslenme TNSA-2008’de %42 iken, TNSA-2013’te %30’a düşmüştür; dolayısıyla sadece anne sütüyle beslenme önerildiği gibi yaygın olarak uygulanmamaktadır. Doğumdan sonraki ilk saatte emzirme TNSA-2008’de %39 iken, TNSA-2013’te %50’ye yükselmiştir. İlk günde emzirme TNSA-2008’de %73 iken, TNSA-2013’te %70’e gerilemiştir [59].

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, 2006 yılında “Bebek Dostu” unvanını almıştır. Bebek Dostu Hastane uygulamalarının eşgüdümü için 2006 yılında yönerge hazırlanarak Bebek Dostu Hastane Koordinatörlüğü kurulmuştur. 2006 yılından günümüze kadar hastanenin farklı bölümlerinde çalışan toplam 565 hekim ve hemşireye Bebek Dostu uygulamaları için gereken 18 saatlik standart eğitim küçük gruplar halinde, interaktif yöntemler ve pratik uygulamalarla birlikte verilmiştir. Hastanemizdeki bebek ve annelerin çok sayıda sağlık sorununa sahip olabilme riskleri nedeniyle 2006-2015 yılları arasında tam zamanlı bir emzirme supervisor’ı, 2015 yılından sonra ise iki emzirme supervisor’ı görev almaya başlamıştır. Bu danışmanların temel görevi hastanemizdeki uygulamaları denetlemek ve Bebek Dostu uygulamalarla ilgili desteğe gereksinimi olan tüm sağlık çalışanlarına, annelere ve bebeklere bu ek desteği vermektir. Hastanemizdeki sağlık personeli döngüsünün sık olması nedeniyle yılda en az dört, gerektiğinde daha fazla gruba eğitim verilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma retrospektif bir araştırmadır, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 31.10.2018 tarih ve 750 sayılı karar ile “çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına” ilişkin onay alınmıştır (Ek-1).

Bu çalışmada 2010, 2013, 2016 yıllarında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi’nde doğan tüm bebeklerin tümüyle anne sütü ile taburcu olmasını engelleyen etmenler Bebek Dostu Hastane Programı kapsamında kullanılan izlem formları ile araştırılmıştır (Ek-2 ve Ek-3). Söz konusu yıllarda hastanemizde doğan 4326 bebeğin beslenmesine ait bilgiler Bebek Dostu Hastane Koordinatörlüğü tarafından kullanılan bebek izlem formlarından retrospektif olarak elde edilmiştir. İzlem formlarındaki eksiklik nedeniyle 128 bebek çalışmaya alınmamıştır. Çalışmaya alınan bebeklerin 1514’ü 2010 yılında, 1363’ü 2013 yılında, 1449’u 2016 yılında doğmuştur.

İzlem formlarındaki; anne yaşı, gebelik haftası, annede ek hastalık, doğum saati (mesai içi-mesai dışı), doğum şekli, sezaryen doğum ise anestezi türü, doğum öncesi doğum indüksiyonu, doğum ağırlığı (gram), gestasyon haftasına göre doğum ağırlığı (AGA, SGA, LGA), emzirme durumu, ilk emzirmeye başlama süresi, ilk emzirmeyi destekleyen kişi, sağma önerildi ise öneri zamanı, sağma önerisinde bulunan kişi, emzik kullanımı, biberon kullanımı, formula kullanımı, daha önceki bebeği emzirme süresi, daha önceki bebekte emzik kullanımı, daha önceki bebekte biberon kullanımı, taburcu olurken beslenme şekli, taburculuk saati (mesai içi-mesai dışı), bebeğin yenidoğan servisine yatırılıp yatırılmadığı, yenidoğan servisinde yattı ise sebebi ile ilgili bilgiler kaydedilmiştir. Sadece anne sütü ile taburcu olunmasını engelleyen risk faktörleri yıllara göre belirlenmiştir.

Analizler SPSS 23.0 programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca değerleri ile sunulmuştur. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, Kruskal Wallis, Dunn-Benferroni, Post hoc testi kullanıldı. Anne sütü ile beslenme faktörlerinin değerlendirilmesinde çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamıza Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde 2010, 2013 ve 2016 yıllarında doğan ve kayıtlarına ulaşılabilen tüm bebekler (n:4326) alınmıştır. Bu kapsamda 2010 yılında doğan 1514, 2013 yılında doğan 1363, 2016 yılında doğan 1449 bebeğin bilgileri değerlendirilmiştir. Çalışmaya alınan bebeklerin %35'i 2010, %31,5'i 2013, %33,5'i 2016 yılındaki doğumlardan oluşmaktadır.

Anne yaşı ortalaması, gebelik haftası ortalaması, gebelik sayısı ortalaması, yaşayan bebek sayısı ortalaması açısından yıllara göre istatistiksel anlamlı fark gözlenirken, ortalama doğum ağırlığı açısından anlamlı fark gözlenmedi (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Anne ve Bebeğe Ait Demografik Etmenlerin Yıllara Göre Dağılımı

Değişken	Doğum Yılı									P
	2010 (n:1514)			2013 (n:1363)			2016 (n:1449)			
	Ortl	SS	Ortn	Ortl	SS	Ortn	Ortl	SS	Ortn	
Anne Yaşı	29,17	5,8	29	28,55	5,68	28	28,84	6,11	29	0,014
Gebelik Haftası	37,17	2,92	38	37,3	3,04	38	37,38	3,06	38	0,016
Gebelik Sayısı	2,02	1,17	2	2,21	1,27	2	2,33	1,42	2	0,001
Yaşayan Bebek	1,72	0,81	2	1,88	0,91	2	2,02	0,02	2	0,001
Doğum Ağırlığı	2979	747,76	3100	2981	757,63	3125	3013	742,93	3140	0,37

Tüm yıllarda sezaryenle doğum yapan kadınların oranı normal doğum yapanlardan yüksek saptandı. Sezaryenle doğum oranında 2010 yılından (%77,3) 2016 yılına (%65,4) yaklaşık olarak %12'lik azalma olduğu saptandı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

Doğum ağırlığının gestasyon haftasına göre düşük (SGA), normal (AGA) ya da fazla (LGA) olma durumu değerlendirildiğinde, 2016 yılında diğer yıllara göre LGA doğum anlamlı yüksek saptandı ($p<0,001$).

Sezaryende kullanılan anestezi türü değerlendirildiğinde, genel anestezi kullanımında belirgin artış gözlemlendi ($p<0,001$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Doğum Şekli, Anestezi Türü ve Doğum Ağırlığının Gestasyon Haftasına Uygunluğunun Yıllara Göre Dağılımı

Değişkenler	n %	Doğum Yılı			P değeri
		2010	2013	2016	
Doğum Şekli					
Normal Doğum	n:1245 28,7%	343 22,70%	400 29,40%	502 34,60%	<0,001
Sezaryen	n:3081 71,3%	1171 77,30%	963 70,60%	947 65,40%	
Doğum Ağırlığı					
SGA	n:730 16,9%	277 18,30%	226 16,60%	227 15,70%	<0,001
AGA	n:3455 79,8%	1208 79,80%	1096 80,40%	1151 79,40%	
LGA	n:141 3,3%	29 1,90%	41 3,00%	71 4,90%	
Sezaryen Anestezi Türü					
Genel Anestezi	n:1167 37,8%	331 28,30%	308 32,00%	528 55,80%	<0,001
Spinal Anestezi	n:1888 61,3%	822 70,20%	653 67,80%	413 43,60%	
Epidural Anestezi	n:26 0,9%	18 1,50%	2 0,20%	6 0,60%	

İlk bir saatte emzirme sıklığının tüm yıllarda %62-63 civarında olduğu, ilk yarım saatte emzirme sıklığının yıllara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı saptandı ($p<0,001$).

Sağma önerisi sıklığının yıllar içinde anlamlı bir şekilde arttığı (%29, %32, %39,3), özellikle ilk gün içindeki sağma önerilerinde istatistiksel anlamlı artış olduğu saptandı ($p<0,001$).

En az bir kez emzik kullanımı belirgin azdı ve yıllar içerisinde daha da azalmıştı ($p=0,004$). En az bir kez formula kullanımı ise yıllar içerisinde artmıştı ($p<0,001$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. İlk Emzirme, Sağma Öneri Zamanı, Emzik ve Formula Kullanımının Yıllara Göre Dağılımı

Değişkenler	n %	Doğum Yılı			P değeri
		2010	2013	2016	
İlk Emzirme					
0-30 Dakika	n:337 7,8%	107 7,10%	72 5,30%	158 10,90%	<0,001
31-60 Dakika	n:2420 55,9%	847 55,90%	795 58,30%	778 53,70%	
>1 Saat	n:1183 27,4%	433 28,60%	337 24,70%	413 28,50%	
Emzirmedi	n:386 8,9%	127 8,40%	159 11,70%	100 6,90%	
Sağma Öneri Zamanı					
Bulunulmadı	n:2900 67,1%	1086 71,0%	934 68,0%	880 60,7%	<0,001
İlk 6 Saat	n:1132 26,1%	339 22,0%	346 25,0%	447 30,9%	
6-24 Saat	n:261 6,0%	74 4,90%	74 5,40%	113 7,80%	
>24 Saat	n:33 0,8%	15 1,0%	9 0,70%	9 0,60%	
En az bir kez Emzik					
Var	n:56 1,3%	31 2,0%	15 1,1%	10 0,7%	0,004
Yok	n:4270 98,7%	1483 98,0%	1348 98,9%	1439 99,3%	
En az bir kez Formula					
Var	n:2511 58,0%	716 47,30%	880 64,60%	915 63,10%	<0,001
Yok	n:1815 42,0%	798 52,70%	483 35,40%	534 36,90%	

Annelerin daha önceki bebeklerinin beslenme şekillerinin yıllara göre farklılıklarına bakıldığında, emzirme oranları; 2010 yılı için %41,0, 2013 yılı için %49,1, 2016 yılı için %57,6 olarak saptandı ($p<0,05$). Önceki bebekte biberon ve emzik kullanma oranları 2010 yılı için %35,4, 2013 yılı için %44,4, 2016 yılı için %53,8 olarak saptandı ($p<0,05$).

Taburcu olurken; sadece emzirme sıklığı 2010 yılında, emzirme+sağma sıklığı 2016 yılında, sağma sıklığı 2013 yılında daha yüksek saptandı ($p<0,001$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Taburcu Olurken Beslenme Şeklinin Yıllara Göre Dağılımı

Değişkenler	n %	Doğum Yılı			P değeri
		2010	2013	2016	
Taburcu Olurken Beslenme Şekli					
Emzirme	n:2417 56,0%	944 62,40%	704 51,70%	766 52,90%	<0,001
Emzirme+Sağma	n:571 13,1%	153 10,10%	148 10,90%	270 18,60%	
Sağma	n:208 4,8%	67 4,50%	104 7,70%	37 2,60%	
Emzirme+Sağma+Formula	n:438 10,1%	164 10,80%	117 8,60%	157 10,80%	
Emzirme+Formula	n:504 11,6%	124 8,20%	231 16,90%	149 10,30%	
Sağma+Formula	n:6 0,15%	3 0,20%	0 0,00%	3 0,20%	
Formula	n:53 1,25%	13 0,90%	20 1,50%	20 1,40%	
Eksitus	n:129 3,0%	45 3,00%	38 2,80%	46 3,20%	

Yalnızca anne sütü alan; yani sadece emzirme, emzirme+sağma ya da yalnızca sağma ile taburcu olan bebeklerin diğer beslenmelerle taburcu olanlarla farkları ayrıca değerlendirildi.

Anne yaşının, taburcu olurken beslenme şekilleri açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı saptandı ($p=0,507$).

Gebelik haftası 37 haftadan düşük olan doğumlarda taburcu olurken sadece emzirme sıklığı belirgin düşükken; sağma, emzirme+sağma ve diğer yöntemlerle beslenme sıklığının çok daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$).

Sezaryen doğumlarda taburculukta emzirme sıklığı düşük saptandı ($p<0,001$).

Düşük doğum ağırlıklı bebeklerde (<2500 gram) sadece emzirme ile taburculuk sıklığının oldukça düşük olduğu, 2500-4000 gram ve 4000 gramın üzerinde olan doğumlar taburcu olurken emzirme sıklığının belirgin yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$).

Gestasyon yaşına göre düşük doğum ağırlıklı (SGA) olan doğumlar için taburcu olurken emzirme sıklığının düşük olduğu saptandı. Gestasyon yaşına uygun doğum ağırlıklı (AGA) ve gestasyon yaşına göre yüksek doğum ağırlıklı

(LGA) olan doğumlar için taburcu olurken emzirme sıklığının yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Anne ve Bebeğe Ait Demografik Etmenlerin Bebeğin Taburcu Olurkenki Beslenme Şekline Etkisi

Değişkenler	n %	Taburcu Olurken Beslenme				P değeri
		Emzirme	Emzirme+Sağma	Sağma	Diğer	
Annenin Yaşı						
<18 Yaş	n:21 0,5%	9 42,9%	2 9,5%	2 9,5%	8 38,1%	0,507
18-30 Yaş	n:2337 54,0%	1330 56,8%	308 13,2%	106 4,6%	593 25,4%	
>30 Yaş	n:1968 45,5%	1078 54,7%	261 13,3%	100 5,1%	529 26,9%	
Gebelik Haftası						
<37 Hafta	n:979 22,6%	155 15,7%	337 34,5%	151 15,4%	336 34,4%	<0,001
37-42 Hafta	n:3347 77,4%	2262 67,6%	234 7,2%	57 1,7%	794 23,7%	
Doğum Şekli						
Normal Doğum	n:1245 28,7%	909 73,0%	76 6,1%	8 0,7%	252 20,2%	<0,001
Sezaryen	n:3081 71,3%	1508 49,0%	495 16,1%	200 6,4%	878 28,5%	
Doğum Ağırlığı						
< 2500 gram	n:859 19,8%	64 7,5%	308 35,90%	144 16,8%	343 39,9%	<0,001
2500-4000 gram	n:3276 75,8%	2216 67,6%	253 7,7%	64 2,0%	743 22,7%	
>4000 gram	n:191 4,4%	134 70,2%	10 5,2%	3 1,6%	44 23,0%	
Gestasyon Haftasına Göre Doğum Ağırlığı						
SGA	n:730 16,9%	69 9,5%	253 34,7%	122 16,7%	286 39,2%	<0,001
AGA	n:3455 79,9%	2250 65,1%	310 9,0%	85 2,5%	810 23,4%	
LGA	n:141 3,2%	95 67,4%	8 5,7%	4 2,8%	34 24,1%	

Bebeğin ilk emzirilme zamanının ve ilk emzirmeyi destekleyen kişinin bebek taburcu olurken emzirme şekline etkisi olup olmadığı değerlendirildi. Doğumdan sonra ilk bir saat içerisinde emzirme başlatılanlarda, emzirme sıklığının oldukça yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$).

Hasta yakını, kadın doğum servisi hemşiresi, kendisi veya doğum salonu hemşiresi tarafından ilk emzirmesi desteklenen doğumlarda, emzirme ile taburculuk sıklığı yüksek saptandı. Emzirme süpervizörü ve yenidoğan servis hemşiresi tarafından ilk emzirmesi desteklenen doğumlarda sadece emzirme sıklığı düşükken, sağma veya emzirme+sağma yöntemiyle taburculuk sıklığının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. İlk Emzirme Zamanı ve İlk Emzirmeyi Destekleyen Kişi ile Bebeğin Taburcu Olurken Beslenme Şekli Arasındaki İlişki

Değişkenler	n %	Taburcu Olurken Beslenme				P değeri
		Emzirme	Emzirme+Sağma	Sağma	Diğer	
İlk Emzirme Zamanı						
İlk 30 Dakika	n:337 7,8%	290 86,1%	10 3,0%	0 0,00%	37 11%	<0,001
31-60 Dakika	n:2420 55,9%	1679 69,35%	144 6,0%	1 0,05%	596 24,6%	
>1saat	n:1183 27,4%	448 37,7%	417 35,2%	1 0,1%	320 27,0%	
Emzirmedi	n:386 8,9%	0 0,00%	0 0,00%	206 53,7%	177 47,3%	
İlk Emzirmeyi Destekleyen						
Hasta Yakını	n:390 8,9%	301 77,1%	8 2,1%	0 0,00%	81 20,8%	<0,001
Kendisi	n:206 4,8%	161 78,1%	10 4,9%	0 0,00%	35 17,0%	
Kadın Doğum Servisi Hemş.	n:1951 45,1%	1283 65,7%	142 7,3%	0 0,00%	526 27,0%	
Emzirme Süpervisorsı	n:392 9,0%	149 37,9%	149 37,9%	0 0,00%	94 24,2%	
Yenidoğan Servisi Hemş.	n:466 10,8%	104 22,3%	244 52,4%	0 0,00%	118 25,3%	
Doğum Salonu Hemş.	n:402 9,3%	326 81,1%	13 3,2%	0 0,00%	63 15,7%	
VIP Hemş.	n:104 2,4%	68 65,4%	2 1,9%	0 0,00%	34 32,7%	
Yenidoğan Doktoru	n:21 0,5%	17 81,0%	0 0,00%	0 0,00%	4 19,0%	
Diğer Kat Hemş.	n:13 0,3%	8 61,5%	3 23,0%	0 0,00%	2 15,3%	

Primiparlarda taburcu olurken bebeğini emzirme sıklığının düşük olduğu saptandı ($p<0,001$). Daha önce doğum yapmış olup önceki bebeğini emziren kadınlarda taburcu olurken emzirme sıklığının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$).

Yenidoğan bölümünde yatan bebeklerde taburcu olurken emzirme sıklığının düşük, sağma ve emzirme+sağma sıklığının ise yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$).

Doğumdan sonra bebeğine en az bir kez biberon verenlerde taburcu olurken emzirme oranları daha düşüktü ($p<0,001$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Yenidoğanda Yatma ve En Az Bir kez Biberon Kullanımı ile Bebeğin Taburcu Olurkenki Beslenme Şekli Arasındaki İlişki

Değişkenler	n %	Taburcu Olurken Beslenme				P değeri
		Emzirme	Emzirme+Sağma	Sağma	Diğer	
Bebek Yenidoğan Bölümünde Yattı Mı?						
Evet	n:1108 25,6%	200 18,1%	397 35,8%	208 18,8%	303 27,3%	<0,001
Hayır	n:3218 74,4%	2217 68,9%	174 5,4%	0 0,00%	827 25,7%	
En Az Bir Kere Biberon Verme						
Var	n:89 2,1%	22 24,7%	13 14,6%	1 1,1%	53 59,6%	<0,001
Yok	n:4237 97,9%	2395 56,5%	558 13,1%	207 5,0%	1077 25,4%	

Son olarak, taburcu olurken anne sütü ile beslenme durumunun, çalışmada kullanılan değişkenler tarafından tahmin edilebilirlik seviyesini ölçmek amacıyla, çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır (Tablo 4.8, Tablo 4.9). Analizde bağımlı ve dikotomik değişken olarak, taburcu olurken bebeğin beslenme şekli esas alınmıştır. Taburcu olurken Emzirme, sağma ve emzirme+sağma yöntemleri ile beslenen bebekler, “sadece anne sütü ile beslenme” kategorisi altında toplanmış, formulanın tek başına veya anne sütü ile birlikte kullanıldığı durumlar (emzirme+formula, emzirme+sağma+formula, formula, sağma+formula) ve bebeğin eksitus olduğu durumlar ise, “diğer yöntemler” kategorisi altında birleştirilmiştir.

Oluşturulan lojistik regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$\chi^2(47)=1832$, $p<0,001$]. Model, bebeklerin taburcu olurken beslenme türündeki varyansın %50,6'sını açıklamıştır ve istatistiksel olgunun %79,8'ini doğru bir şekilde açıklamıştır.

Lojistik regresyon modelinde kullanılan bağımsız değişkenler, sırasıyla anne yaşı, gebelik haftası, kaçınıcı gebelik olduğu, düşük sayısı, annede hastalık durumu, fetüs sayısı, doğum şekli, doğum ağırlığı, ilk emzirme, sağma öneri zamanı, en az bir kez emzik, en az bir kez biberon, en az bir kez formula, annenin yattığı bölüm, taburcu edilme zamanı, yenidoğanda yatma nedeni olarak belirlenmiştir.

Çalışmada yer alan toplam 4326 doğumda, sadece anne sütü ile taburculuk sıklığı (emzirme, emzirme+sağma, sağma) 3196 (%73,8) iken, 1130 (%26,2) doğumda taburculukta diğer yöntemlerle beslenme şekli görülmektedir.

Anne yaşı 18-30 yaş arasında doğum yapanlarda anne sütü ile taburculuk sıklığı 1,23 kat artmıştır ($p=0,025$). Gebelik haftası 37 haftadan düşük olan doğumlarda sadece anne sütü ile taburculuk sıklığı 0,86 kat azalmıştır ($p=0,036$). Primiparlarda sadece anne sütü ile taburculuk sıklığı 0,74 kat azalmıştır ($p=0,043$). Çoğul gebeliklerde sadece anne sütü ile taburculuk sıklığı belirgin düşüktür (ikiz; $p=0,048$, üçüz; $p=0,003$). Annede hastalık olması durumunda sadece anne sütü ile taburculuk sıklığı 0,65 kat azalmıştır ($p=0,005$).

Sezaryen doğumlarda sadece anne sütüyle taburculuk sıklığı 0,87 kat azalmıştır ($p=0,036$). Doğum ağırlığı 2500 gramın altında olan doğumlar için sadece anne sütü ile taburculuk sıklığı 0,62 kat azalmıştır ($p=0,002$) (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Demografik Verilerin Taburcu Olurken Yalnızca Anne Sütü ile Beslenmeye Etkisinin Multivariate Analizi

Değişkenler	Anne Sütü	Diğer Beslenme	Düzeltilmemiş Göreceli Olasılık Oranı (%95 GA)	P	Düzeltilmiş Göreceli Olasılık Oranı (%95 GA)	P
Annenin Yaşı						
<18 yaş (-)	13 (61,9)	8 (38,1)	0,59 (0,24-1,44)	0,250	0,46 (0,10-2,11)	0,322
18-30 yaş	1744 (74,6)	593 (25,4)	1,08 (0,94-1,23)	0,260	1,23 (1,02-1,49)	0,025
>30 yaş	1439 (73,1)	529 (26,9)	Referans	—	Referans	—
Gebelik Haftası						
<37 hafta	643 (65,6)	336 (34,4)	0,59 (0,50-0,69)	0,000	0,86 (0,72-1,39)	0,036
37-42 hafta	2554 (76,3)	793 (23,7)	Referans	—	Referans	—
Kaçıncı Gebelik Olduğu						
İlk Gebelik	1051 (69,1)	471 (30,9)	0,68 (0,59 - 0,78)	0,000	0,74 (0,51-1,06)	0,043
≥2. Gebelik	2145 (76,5)	659 (23,5)	Referans	—	Referans	—
Düşük Sayısı						
0 (yok)	2507 (74,6)	853 (25,4)	Referans	—	Referans	—
≥1	689 (71,3)	277 (28,7)	0,84 (0,72-0,99)	0,040	0,77 (0,60 - 0,99)	0,043
Fetüs Sayısı						
1 (Tekiz)	3093(76,3)	961(23,7)	Referans	—	Referans	—
2 (İkiz)	100 (38,4)	160 (61,6)	0,41 (0,32-0,54)	0,000	0,53 (0,46-1,62)	0,048
3 (Üçüz)	3 (25)	9 (75)	0,49 (0,14-1,76)	0,001	0,42(0,27-2,07)	0,003
Annede Hastalık Var mı? (-)						
Hayır	2861 (75,2)	943 (24,8)	Referans	—	Referans	—
Evet	335 (64,2)	187 (35,8)	0,59 (0,48-0,71)	0,000	0,65 (0,48-0,88)	0,005
Doğum Şekli (-)						
Normal Yolla	993 (79,8)	252 (20,2)	Referans	—	Referans	—
Sezaryen	2203 (71,5)	878 (28,5)	0,69 (0,54-0,93)	0,000	0,87 (0,28-3,16)	0,036
Doğum Ağırlığı (-)						
<2500gr	516 (60,1)	343 (39,9)	0,44 (0,37-0,51)	0,000	0,62 (0,46-0,84)	0,002
2500-4000gr	2533 (77,3)	743 (22,7)	Referans	—	Referans	—
>4000 gr	147 (77)	44 (23)	0,98 (0,64-1,38)	0,909	0,94 (0,63-1,42)	0,785

Emzirmeye 24 saatten sonra başlananlarla karşılaştırıldığında ilk yarım saatte emzirilenlerin yaklaşık olarak 4 kat, 30-60 dakika arasında emzirilenlerin 2 kat ve bir saatten sonra emzirilenlerin 1,73 kat daha fazla anne sütü ile taburcu oldukları gözlemlendi. Sağma önerisinde bulunan annelerin bebeklerinin sadece anne sütü ile taburcu olma sıklığı düşük saptandı.

En az bir kez emzik verilen bebeklerde sadece anne sütü ile taburculuk sıklığının 2,76 kat arttığı gözlemlendi ($p=0,0018$). En az bir kez biberon verilen bebeklerde sadece anne sütü ile taburculuk sıklığının 0,85 kat azaldığı saptandı ($p=0,011$). En az bir kez formula verilen bebeklerde ise sadece anne sütü ile taburculuk sıklığı 0,41 kat daha azdı ($p=0,001$).

Taburculuk zamanı mesai içi olan doğumlarda sadece anne sütü ile taburculuk sıklığının 2,25 kat daha yüksek olduğu saptandı (p=0,00).

Yenidoğan ünitesinde prematüre veya ek anomali nedeniyle yatan bebeklerin taburcu olurken sadece anne sütü ile beslenme sıklığı sırasıyla 0,89 ve 0,96 kat daha düşük olduğu saptandı (p=0,000, p=0,001) (Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Bebek Dostu Uygulamaların ve Hastanedeki Diğer Koşulların Taburcu Olurken Yalnızca Anne Sütü ile Beslenmeye Etkisinin Multivariate Analizi

Değişkenler	Anne Sütü	Diğer Beslenme	Düzeltilmemiş Göreceli Olasılık Oramı (%95 GA)	P	Düzeltilmiş Göreceli Olasılık Oramı (%95 GA)	P
İlk Emzirme						
>24 saat ve emzirmeyenler	209 (54,1)	177 (45,9)	Referans	—	Referans	—
İlk 30 dk	300 (89)	37 (11)	6,87 (4,62-10,2)	0,000	4,04 (1,85-8,82)	0,000
31-60 dk	1824 (75,4)	596 (24,6)	2,59 (2,08-3,23)	0,000	2,11 (1,54-5,91)	0,001
61 dk-24 saat	863 (73)	320 (27)	2,01 (1,8-2,9)	0,000	1,73 (1,44-4,96)	0,001
Sağma Öneri Zamanı						
Bulunulmadı	2274 (78,4)	626 (21,6)	Referans	—	Referans	—
İlk 6 saat(-)	799 (70,6)	333 (29,4)	0,66 (0,57-0,77)	0,000	0,69 (0,51-0,93)	0,013
6-24 saat(-)	109 (41,8)	152 (58,2)	0,2 (0,15-0,26)	0,000	0,37 (0,27-0,5)	0,000
> 24 saat(-)	14 (42,4)	19 (57,6)	0,2 (0,1-0,41)	0,000	0,32 (0,15-0,69)	0,004
En Az Bir Kez Emzik						
Hayır	3153 (73,8)	1117 (26,2)	Referans	—	Referans	—
Evet	43 (76,8)	13 (23,2)	1,17 (0,63-2,19)	0,619	2,76 (1,19-6,39)	0,018
En Az Bir Kez Biberon						
Hayır	3160 (74,6)	1077 (25,4)	Referans	—	Referans	—
Evet	36 (40,4)	53 (59,6)	0,69 (0,41-4,63)	0,000	0,85 (0,59-2,44)	0,011
En Az Bir Kez Formula						
Hayır	1702 (93,8)	113 (6,2)	Referans	—	Referans	—
Evet	1494 (59,5)	1017 (40,5)	0,28 (0,15-0,42)	0,000	0,42 (0,34-0,6)	0,001
Annenin Yattığı Bölüm						
KDS	3059 (73,9)	1082 (26,1)	Referans	—	Referans	—
Diğer Katlar	137 (74)	48 (26)	0,91 (0,77-1,73)	0,496	0,99(0,86-2,38)	0,167
Taburcu Edilme Zamanı						
Mesai Dışı	709 (69,5)	311 (30,5)	Referans	—	Referans	—
Mesai içi	2297 (77,1)	683 (22,9)	1,47 (1,25 - 1,72)	0,000	2,25 (1,82-2,78)	0,000
Bilinmiyor	190 (58,3)	136 (41,7)	0,61 (0,47-0,79)	0,000	1,65 (0,95-4,82)	0,019
Yenidoğanda Yatma Nedeni						
Yatmadı	2391 (74,3)	826 (25,7)	Referans	—	Referans	—
Prematüre	438 (70,4)	184 (29,6)	0,82 (0,68-0,99)	0,043	0,89 (0,76-1,72)	0,000
Ek anomali	109 (71,2)	44 (28,8)	0,86 (0,60-1,22)	0,395	0,96 (0,84-1,65)	0,001
Diğer	258 (77,3)	76 (22,7)	1,48 (1,06-2,04)	0,019	1,06 (0,91-3,39)	0,000

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

DSÖ ve UNICEF tüm dünyada halk sağlığı açısından bebeklerin uygun büyüme ve gelişme göstermeleri için yaşamın ilk altı ayında tek başına anne sütü ile beslenmelerini, sonrasında tamamlayıcı beslenme ile birlikte anne sütünün en az iki yaşın sonuna kadar sürdürülmesini önermektedir. Türkiye’de 1991 yılından bugüne kadar emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi, Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı adı altında sürdürülmektedir [5]. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, 2006 yılında “Bebek Dostu” unvanını almıştır. Bebek Dostu Hastane uygulamalarının eşgüdümü için 2006 yılında yönerge hazırlanarak Bebek Dostu Hastane Koordinatörlüğü kurulmuştur.

Çalışmamızda Akdeniz Üniversitesi Hastanesi 2010, 2013, 2016 yılı doğum kohortlarının hastaneden taburcu olurken ne şekilde beslendiği kayıt formlarından retrospektif olarak belirlenmiştir. “Bebek Dostu” bir hastanede doğan bebeklerin tümüyle anne sütü ile beslenerek taburcu olmasını engelleyen etmenler yıllara göre incelenmiştir. 2010 yılında 1514, 2013 yılında 1363, 2016 yılında 1449 bebek bilgileri değerlendirilmiştir. Çalışmaya alınan bebeklerin %35’i 2010, %31,5’i 2013, %33,5’i 2016 yılındaki doğumlardan oluşmaktadır.

Anne yaşı ortalaması 2010 yılı için 29,17 ($\pm 5,8$), 2013 yılı için 28,55 ($\pm 5,68$), 2016 yılı için 28,84 ($\pm 6,11$) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar TNSA 2013’te belirtilen en yüksek yaşa özel doğurganlık hızının 25-29 yaş grubuna ait olduğunu gösteren verilerle uyumludur [59]. Çalışmamızda 18 yaş altı doğumların oranı %0,5 olarak saptanmış ve bu oranın TNSA-2013 sonuçlarından oldukça düşük olduğu gözlenmiştir. TNSA-2013 verilerinde Türkiye’de, adolesan dönemde olan kızların neredeyse %5’i çocuk doğurmaya başlamıştır ve bu yaştaki kız çocukların %3’ünün bir canlı doğumu olmuştur [59].

Gebelik haftası ortalaması 2010 yılı için 37,17 ($\pm 2,92$), 2013 yılı için 37,3 ($\pm 3,04$), 2016 yılı için 37,38 ($\pm 3,06$) olarak bulundu. Gebelik sayısı ortalaması 2010 yılı için 2,02 ($\pm 1,17$), 2013 yılı için 2,21 ($\pm 1,27$), 2016 yılı için 2,33 ($\pm 1,42$) olarak bulundu. Yaşayan bebek ortalaması 2010 yılı için 1,72 ($\pm 0,81$), 2013 yılı için 1,88 ($\pm 0,91$), 2016 yılı için 2,02 ($\pm 0,02$) olarak bulundu. Çocuk sayısının ve

çocuk annelerin oranının çalışmamızda TNSA-2013'e göre düşük olması Antalya'nın sosyoekonomik düzeyinin Türkiye ortalamasına göre yüksek olmasına bağlı olabilir [59].

Perinatal ölüm oranı 2010 için %3, 2013 için %2,8, 2016 için %3,2 olarak saptandı. TNSA-2008'de %1,9 olan perinatal ölüm hızının TNSA-2013'te %1,1'e düştüğü gösterilmiştir [59]. Çalışmamızda belirgin yüksek saptanan bu değer hastanemizin riskli doğumları kabul eden referans hastanesi olması ile açıklanabilir.

Çalışmada yer alan toplam 4326 bebekten, 3196'sı (%73,8) taburcu olurken sadece anne sütü ile (emzirme, emzirme+sağma, sağma) beslenirken, yaklaşık %22'si anne sütüne ek olarak formula almakta, %1,25 yalnızca formula ile beslenmekteydi, bebeklerin %3'ü hastanemizde ölmüştü. McDonald ve ark.'nın yaptığı çalışmada anne sütüyle taburculuk oranları daha düşük saptanmıştır [77]. TNSA-2013 sonuçları bebeklerin %58'inin yaşamın ilk ayında sadece anne sütü ile beslendiğini göstermektedir [59]. Bebek Dostu Hastane ve diğer hastanelerde doğan bebeklerin sadece anne sütü ile beslenmelerinin değerlendirildiği derlemelerde Bebek Dostu Hastanede doğan bebeklerin hem sadece anne sütü ile beslenme oranları, hem de süreleri yüksek bulunmuştur [74, 78, 79]. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yüksek riskli doğumları kabul eden bir referans hastanesidir. Buna karşın taburcu olurken bebeklerde ulusal ortalamadan yüksek oranlarda anne sütü ile beslenme yüzdelere ulaşılması büyük olasılıkla hastanenin Bebek Dostu uygulamaları kullanmasından kaynaklanmaktadır. Ülkemizde emzirme gelenekseldir ve oldukça yaygındır. Fakat kimi zaman doğumdan sonra emzirmeyi öğrenmek anne için, emmeyi öğrenmek bebek için zor olabilir. Doğru politikalara, programlara ve insanlara sahip olmak, anneler için güçlü bir destek ağı sağlar. Bebek Dostu Hastane uygulamaları da bunları kolaylaştıran uygulamalardır.

Tek değişkenli analizde anne yaşının taburcu olurkenki beslenme şekline istatistiksel anlamlı bir etkisi gözlenmemiş olsa da, 18-30 yaş arası annelerin bebeklerinin sadece anne sütü ile taburculuk oranları daha yüksek saptanmıştır (<18 yaş; %61,9, 18-30 yaş; %74,6, >30 yaş %73,1). Multivariate analizde ise; anne yaşı 18-30 yaş arasında olan doğumlarda anne sütü ile taburculuk sıklığı

1,23 kat artmıştır (%95 GA:1,02-1,49) ($p=0,025$). McDonald ve ark.'nın yaptığı çalışmada anne yaşı arttıkça emzirme oranlarının arttığı saptanmıştır [77] ve bu bulgu çalışmamızla uyumsuzdur. Çalışmamızla benzer oranlar Kling ve ark. tarafından bildirilmiştir [80]. Özellikle 18 yaş altında emzirme oranlarının belirgin düşük olması, primipar olmanın bu oranları etkilediğini düşündürmektedir.

Annede hastalık olması durumunda sadece anne sütü ile taburculuk olasılığı 0,65 kat azalmıştır (%95 GA:0,48-0,88) ($p=0,005$). Annede fiziksel hastalık, ruh sağlığı problemleri, ilaç kullanımı öyküsü olması durumunda sadece anne sütü ile taburculuk oranlarının düştüğü literatürde de gösterilmiştir [77].

Annelerin önceki bebekleriyle ilgili deneyimleri de çalışmamızda değerlendirilmiş ve primiparlarda sadece anne sütü ile taburculuk oranları düşük saptanmıştır (%69,1). Multivariate analizde primiparlarda sadece anne sütü ile taburculuk sıklığı 0,74 kat düşük saptanmıştır (%95 GA: 0,51-1,06) ($p=0,043$). Deneyimsiz anne bebeklerinin sadece anne sütü ile taburcu olma oranlarının daha düşük olduğunu gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır [81, 82].

Çalışmamızda Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde doğumların %71,3'ünün sezaryenle yapıldığı ve sezaryen oranlarının yıllar içinde giderek azaldığı saptanmıştır (2010; %77,3, 2013; %70,6, 2016; %65,4). TNSA-2013'te Türkiye'de sezaryen doğum oranının %48 olduğunu bildirilmiştir [59]. Hastanemizin riskli doğumların kabul edildiği referans hastanesi olması bu farklılığın da temel nedeni olabilir. Küresel olarak, yaklaşık beş doğumda bir, sezaryenle doğum yapılmaktadır. Ancak, bu oran Batı ve Orta Afrika'da sadece %3 iken, Latin Amerika ve Karayipler'de %43'e ulaşmakta ve önemli bölgesel farklılıklar bulunmaktadır [83]. Çalışmamızda normal yolla doğum yapan kadınlarda sadece anne sütü ile taburculuk sıklığının (%79,8), sezaryenle doğum yapan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (%71,5). Multivariate analizde, sezaryen doğumlarda sadece anne sütüyle taburculuk sıklığı 0,87 kat daha düşük bulunmuştur. Buna karşın geniş güven aralığı nedeniyle bu farkın gerçek bir fark olmayabileceği düşünülmüştür (%95 GA: 0,28-3,16) ($p=0,036$). Çalışmanın retrospektif yapısı nedeniyle sezaryen nedenini (acil, elektif, mükerrer vb) ayırmak mümkün olmamıştır. Sezaryen endikasyonuna göre de bulgular farklılık göstermiş olabilir. Bununla birlikte bulgularımız, sezaryen doğum ve

emzirme arasında negatif bir ilişki olduğunu bildiren mevcut literatürle uyumludur [80, 84].

Gebelik haftası 37 haftadan düşük olan doğumlarda taburcu olurken sadece anne sütü ile taburculuk oranının (%65,6), 37 hafta ve üzeri doğum yapanlara kıyasla çok daha düşük olduğu saptanmıştır (%76,3). Multivariate analizde, gebelik haftası 37 haftadan düşük olan doğumlarda sadece anne sütü ile taburculuk sıklığı 0,86 kat düşüktür (%95 GA: 0,72-1,39) ($p=0,036$). Preterm bebeklerde Kalmakoff ve ark. tarafından yapılan çalışmada sadece anne sütü ile taburculuk oranları çalışmamızla benzer şekilde düşük gözlenmiştir [85].

Doğum ağırlığı 2500 gramın altında olan bebeklerin sadece emzirme ile taburculuk sıklığının oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Doğum ağırlığı 2500-4000 gram ve 4000 gramın üzerinde olan bebekler taburcu olurken emzirme sıklığının belirgin yüksek olduğu saptandı (<2500 gram; %60,1, 2500-4000 gram; %77,3, >4000 gram; %77). Multivariate analizde, doğum ağırlığı 2500 gramın altında olan doğumlar için sadece anne sütü ile taburculuk sıklığı 0,62 kat azalmıştır (%95 GA: 0,46-0,84) ($p=0,002$). Kalmakoff ve ark. tarafından yapılan çalışmada da 2500 gramın altındaki bebeklerde sadece anne sütü ile beslenme oranları düşük bulunmuştur [85]. Çalışmamızda yenidoğan ünitesinde prematüre veya ek anomali nedeniyle yatan bebeklerin taburcu olurken sadece anne sütü ile beslenme sıklığı sırasıyla 0,89 ve 0,96 kat daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,000$, $p=0,001$). Bebek Dostu uygulamaları yenidoğan yoğun bakımlarda da uygulanmaktadır, ancak sadece anne sütü ile beslenme oranları yine de düşük kalmaktadır. Benzer bulgular Biro ve ark. tarafından saptanmıştır. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerde sadece anne sütü ile taburculuk oranlarının düşük olmasında; erken ten tene temasın gecikmesi, 24 saat aynı odada kalınmaması ve emme refleksinin zayıf olması gibi faktörler etkili olmuş olabilir [70, 71, 86, 87].

Çoğul gebeliklerde sadece anne sütü ile taburculuk sıklığı belirgin düşük saptanmıştır (ikiz; $p=0,048$, üçüz; $p=0,003$). Çoğul gebeliklerde sadece anne sütü ile beslenme sıklığının azaldığı birçok çalışmada gösterilmiştir ve bu azalmaya bebeğe ait risk faktörleri ile birlikte anneye ait kaygıların neden olabileceği düşünülmektedir [69, 77].

Çalışmamızda ilk bir saat içerisinde emzirilme oranı %63,7'dir. TNSA-2013'te bebeklerin %50'sinin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmeye başlandığını gösterilmiştir. Bu oran Batı ve Orta Afrika ve Güney Asya'da yaklaşık %40'tan Doğu ve Güney Afrika'da %65'e kadar değişmektedir. Dünya ortalaması %42'yle sınırlı kalmaktadır [59, 88]. Emzirmeye erken başlandığı takdirde, anne sütünün üretimi tetiklenecek ve laktogenez hızlanacaktır. Birçok anne emzirmeyi erken sonlandırır ya da yetersiz süt nedeniyle emziremeyeceğine inanır, bu nedenle erken emzirmenin sağlanması uzun süreli emzirme başarısı için kritik öneme sahiptir. Ek olarak, emzirmenin erken başlatılmasının bebek ölüm riskini azalttığı kanıtlanmıştır [89, 90]. Çalışmada ilk bir saatte emzirme sıklığının tüm yıllarda %62-63 civarında olduğu, ilk yarım saatte emzirme sıklığının yıllara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır. Multivariate analizde, sadece anne sütü ile taburculukta ilk emzirmeye başlama süresi için; ilk 30 dakika içerisinde emzirenlerde 4,04 (%95 GA:1,85-8,82), 31-60 dakika içerisinde emzirenlerde 2,11 (%95 GA:1,54-5,91) kat artış saptandı. Dünyada yenidoğanların çoğunun emzirme başlangıcı gecikmektedir. Sadece 2017 yılında, tahmini 78 milyon yenidoğanın anne göğsüne konması bir saatten uzun sürede olmuştur. Düşük ve orta gelirli ülkelerde doğanlarda %42 oranında hayatın ilk saatinde göğsüne konulduğu anlamına gelir. İlk emzirme süresi uzadıkça sadece anne sütü alım oranlarının azaldığı Bramson ve ark. tarafından da gösterilmiştir [91]. Ayrıca Mizuno ve ark. tarafından emzirmeye ilk 30 dakikada başlandığı takdirde emzirme süresinin sekiz hafta kadar uzadığı gösterilmiştir [92].

İlk emzirmeyi destekleyen kişi açısından bakıldığında; hasta yakını, kendisi veya doğum salonu tarafından ilk emzirmesi desteklenen kadınlarda, sadece anne sütü ile taburculuk oranları daha yüksek saptandı (sırasıyla %79,2, %83, %84,3). Emzirme supervisorı, kadın doğum servisi ve yenidoğan servis hemşiresi tarafından ilk emzirmesi desteklenen kadınlarda oranlar daha düşük saptandı (%75,8, %73, %74,7). Bu iki faktörün sebepten çok sonuç olduğu, emzirme supervisorı değerlendirmesi ve yenidoğan servis yatışının bebeğin risklerini gösterdiği düşünüldü.

Sağma önerisi açısından yıllara göre bir artış saptanmış ve en büyük yüzdeyi ilk 6 saatte sağma önerilenler oluşturmuştur. Sağma önerisinde bulunulanlarda,

sadece anne sütü ile taburculuk sıklığının daha az olduğu gözlenmiştir. Preterm ya da ek anomalisi olan bebekler gibi tam emzirmenin hemen sağlanamayacağı bebeklerde sa ma ve kapla beslenme   nerileri ne kadar erken uygulanırsa hastaneden taburcu olurken sadece anne sütü ile beslenme oranlarının o kadar arttığı bildirilmiştir [93]. Dowling ve ark. yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilen bebeklerde sa ma   nerileri ve anne sütüyle taburculuk oranlarını incelemiştir ve sadece anne sütü ile taburculuk oranlarını düşük saptamıştır [94]. Bunun nedeni sa ma önerisinin yanlış bir öneri olması değil; bu bebeklerin emmeyi olumsuz etkileyecek ek risk etmenlerine sahip olması ve annelerdeki kaygı, stres gibi oksitosin reflekslerini baskılayacak sıkıntılarının varlığıdır.

Doğumdan sonra hastanede en az bir kez emzik kullanımı belirgin azdır ve yıllar içerisinde azalmıştır (2010, 2013, 2016 yılları için sırasıyla %2, %1,1, %0,7). Declercq ve ark. yaptığı çalışmada emzik kullanım oranları %45 olarak bildirilmiştir [95], Chantry ve ark. yaptığı çalışmada da emzik ve formula kullanımında yüksek oranlar tespit edilmiştir [96]. Doğumdan sonra en az bir kez emzik verilenlerde taburcu olurken beslenme türlerine göre farklılık gözlenmemiştir. Ancak multivariate analizde en az bir kez emzik verilen bebeklerde sadece anne sütü ile taburculuk sıklığının 2,76 kat arttığı gözlenmiştir (%95 GA:1,19-6,39) ($p=0,018$). Emzik bebeği sakinleştirerek annenin dinlenmesine ve sütünün yeterliliği konusunda cesaretlenmesine katkı sağlamış olabilir. Özgüven artı ının oksitosin düzeyi üzerine olumlu katkı yaptığı bilinmektedir. Ancak emzik kullanımının uzun vadede emzirme süresini kısalttı ına dair çalışmalar mevcuttur. Manhire ve ark. tarafından yapılan çalışmada emzik kullanımının sadece anne sütü ile beslenme süresini olumsuz etkilediği gösterilmiştir [97]. Pretermelerde emzik kullanımının; bebeği beslenmeden önce uyanık ve aktif hale getirdiği, bebeğin emme reflekslerinin gelişimini hızlandırarak gastrointestinal hormonların sekresyonunu artırmaya yardımcı olduğu, gavaj beslenmesinden oral beslenmeye geçiş süresini ve hastanede yatış süresini önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir [98-100]. Ayrıca emzik kullanımının ani bebek   l  m   sendromundan koruduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur [101]. Bu bilgiler UNICEF'in Bebek Dostu hastane önerileriyle çelişmektedir [68].

Çalışma grubumuzda doğumdan sonra bebeğine en az bir kez biberon verenlerde sadece anne sütü ile taburculuk oranı düşüktür (%40). En az bir kez biberon verilen bebeklerde sadece anne sütü ile taburculuk sıklığının 0,85 kat azaldığı saptanmıştır (%95 GA:0,59-2,44) ($p=0,011$). Biberon kullanımı yanlış emme tekniği ve meme başı karmaşası nedeniyle anne sütüne devam etme süresini kısaltır, ayrıca enfeksiyon hastalıkları sıklığını da arttırdığı için önerilmemektedir [102]. Tarrant ve ark.'nın yaptığı çalışmada bebek dostu hastanede taburculukta biberon kullanılan bebeklerde sadece anne sütü ile taburculuk oranları düşük bulunmuştur [87]. Hastanemizde yalnızca yarık damağı bulunan bebekler biberon ile beslenmektedir. Bunun dışında yenidoğan bebeklere doktorlar ya da hemşireler tarafından hiçbir şekilde biberon verilmemekte, biberonla beslenmenin zararları konusunda annelere eğitilmektedir. Buna karşın bebeklerin yaklaşık %2'sinin biberon almış olması şaşırtıcıdır.

En az bir kez formula kullanımı yıllar içerisinde artmıştır (2010'da %47 iken 2016'da %63) ve en az bir kez formula verilen bebeklerde sadece anne sütü ile taburculuk sıklığı 0,42 kat azalmıştır (%95 GA: 0,34-0,6) ($p=0,001$). Wambach ve ark.'nın yaptığı çalışmada hastane takiplerinde en az bir kez formula kullanılan bebeklerde sadece anne sütü ile taburculuk oranları benzer şekilde düşük saptanmıştır [103]. Declercq ve ark. yaptığı çalışmada formula kullanım oranları %49 olarak bildirilmiştir [95]. Ayrıca formula ve diğer sıvılarla beslenen yenidoğanlarda, bir saatten daha uzun sürede emzirilmeye başlandığı gösterilmiştir [90]. Hastanemiz için bu artışın nedenlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Örneğin yıllar içinde artan genel anestezi sıklığı nedenlerden birisi olabilir.

Mesai içinde taburcu olan bebekler için sadece anne sütü ile taburculuk sıklığı 2,25 kat artmıştır (%95 GA:1,82-2,78) ($p=0,000$). Mesai saati sonunda anne ve bebekle ilgilenecek ekibin tümüyle değişmesi normaldir. Mesai saatleri dışında anne/bebek ikilisini destekleyecek ekibin sayısındaki ve deneyimindeki kısıtlılık yeterli desteği alamadan taburcu olmaya neden olabilir. Hastanelerde mesai saatleri içinde ve dışındaki taburculuk işlemleri planlı bir şekilde, anne ve bebeği izleyen ekiplerin koordinasyonu ile tıbbi ve sosyal öncelikler gözetilerek yapılmalıdır. Sağlık personeli eğitimlerinin personel döngüsüne uygun şekilde ve

sıklıkta olması, mümkün olduğunca acil taburculuğun azaltılması, bebek beslenmesi ile ilgili sorunlar çözülmeden taburcu olmanın başka herhangi bir sağlık sorunu çözülmeden taburcu olmaktan farklı olmadığı konusunda sağlık çalışanlarının eğitimi bu sorunun çözümüne katkı sağlayabilir.

Sonuç olarak;

Türkiye’de 1991 yılından bugüne kadar emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi, Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı adı altında sürdürülmektedir. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, 2006 yılında “Bebek Dostu” unvanını almıştır. Bebek Dostu Bir Hastanede 2010, 2013, 2016 yılı doğum kohortunun hastaneden taburcu olurken ne şekilde beslendiği kayıt formlarından belirlenmiştir. Bebek Dostu bir hastanede doğan bebeklerin tümüyle anne sütü ile beslenerek taburcu olmasını engelleyen etmenler yıllara göre incelenmiştir.

Bebek Dostu Hastane girişimlerinin etkileri son dönemde oldukça yaygın bir şekilde araştırılmaktadır, hastane taburculukları ile ilgili kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmamızda hastanemizde emzirme izlemi sırasında her hasta için düzenli tutulan kayıt formları kullanılmıştır, hastaların günlük vizitlerle elde edilen bilgileri incelenmiştir. Bu alanda yapılan çalışmalara katkı sağlaması öngörülmektedir.

Hastanemizde Bebek Dostu Hastane uygulamalarının on adımı dikkatle uygulanmakta ve Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan değerlendirilmede 100 üzerinden 100 puan alarak Bebek Dostu statüsünü sürdürmektedir. Bu çalışmada sadece taburcu edilirkenki bulgular ele alınmış olup, taburculuk sonrası izlemleri içermemektedir. Taburculuk sonrası izlemlerin araştırması için yapılan çalışma devam etmektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarıyla önümüzdeki yıllarda Bebek Dostu Hastane programının daha da etkin bir şekilde yürütülmesine dönük uygulama ve eğitim etkinliklerine yol göstermesi beklenmektedir.

6. ÖZET

Bebek Dostu bir Hastanede Doğan Bebeklerin Tümüyle Anne Sütü ile Beslenerek Taburcu Olmasını Engelleyen Etmenler

Dünya Sağlık Örgütü, bebeklerin uygun büyüme ve gelişme göstermeleri için yaşamın ilk altı ayında tek başına anne sütü, sonrasında tamamlayıcı besinler ile birlikte anne sütünün en az iki yaşı sonuna kadar sürdürülmesini önermektedir. Emzirmenin korunması, yaygınlaştırılması ve desteklenmesi için, hastanelerin emzirmeyi nasıl destekleyeceğini tanımlayan “Bebek Dostu Hastane Girişimi On Adım Uygulamaları” emzirme oranlarını tüm dünyada arttırmaktadır.

Çalışmamızda Bebek Dostu bir hastanede doğan bebeklerin tümüyle anne sütü ile beslenerek taburcu olmasını engelleyen etmenler Akdeniz Üniversitesi Hastanesi 2010, 2013, 2016 yılı doğum kohortlarında araştırıldı. Buna göre 2010 yılında 1514, 2013 yılında 1363, 2016 yılında 1449; toplamda 4326 bebek çalışmaya alındı.

Çalışmada yer alan toplam 4326 bebekten, 3196’sı (%73,8) taburcu olurken, sadece anne sütü ile (emzirme, emzirme+sağma, sağma) beslenirken, yaklaşık %22’si anne sütüne ek olarak formula almakta, %1,25 yalnızca formula ile beslenmekteydi. Anne yaşı değerlendirildiğinde, 18-30 yaş arası annelerin bebeklerinin sadece anne sütü ile taburculuk oranları daha yüksek saptandı. Normal yolla doğum yapan kadınların bebeklerinde sadece anne sütü ile taburculuk sıklığının (%79,8), sezaryenle doğum yapan kadınlara kıyasla (%71,5) yüksek olduğu gözlemlendi. Doğum ağırlığı 2500-4000 gram ve 4000 gramın üzerinde olan bebekler için taburcu olurken emzirme sıklığı belirgin yüksekti (<2500 gram; %60,1, 2500-4000 gram; %77,3, >4000 gram; %77). Emzirilmeye 24 saatten sonra başlanan bebeklerle karşılaştırıldığında ilk 30 dakika içerisinde emzirilmeye başlanan bebeklerde sadece anne sütü ile taburculuk 4,04 (%95 GA:1,85-8,82), 31-60 dakika içerisinde emzirenlerde 2,11 (%95 GA:1,54-5,91) kat artmıştır. En az bir kez emzik verilen bebeklerde sadece anne sütü ile taburculuk sıklığının 2,76 kat arttığı gözlenmiştir (%95 GA:1,19-6,39) (p=0,018).

Mesai içinde taburcu olan bebekler için sadece anne sütü ile taburculuk sıklığı 2,25 kat daha fazladır (%95 GA:1,82-2,78) ($p=0,000$).

Bu çalışmanın sonuçları önümüzdeki yıllarda hastanemizde Bebek Dostu Hastane programının daha da etkin bir şekilde yürütülmesine dönük uygulama ve eğitim etkinliklerine yol gösterebilir.

Anahtar Kelimeler: Anne Sütü, Bebek Dostu Hastane, Emzirme



7. ABSTRACT

Factors that Prevent the Discharge of Newborns with Exclusive Breastfeeding from a Baby Friendly Hospital

For the optimal growth and development of infants, exclusive breastfeeding until 6 months of age and continuation of breastfeeding until ≥ 2 years of age with the addition of complementary foods at 6 months are recommended by World Health Organization. Implementation of “10 Steps of Baby Friendly Hospital Initiative” that define how breastfeeding should be protected, promoted and supported in hospitals helps to increase breast feeding rates worldwide.

In this study, the factors that hinder exclusive breastfeeding of infants from birth until discharge at Akdeniz University Hospital, which is a certified baby friendly hospital, were investigated for the 2010, 2013 and 2016 birth cohorts. The study included a total of 4326 babies of which 1514 were born in the year 2010, 1363 in 2013 and 1449 in 2016.

Of the 4326 babies included in the study, 3196 (73,8%) were discharged with exclusive breastfeeding (breastfeeding and/or expressed breastmilk), 22% with breastmilk+formula, and 1,25% with formula. Discharge with exclusive breast feeding was more common in the infants of mothers who were between 18-30 years of age. Gestational age less than 37 weeks was associated with a lower exclusive breastfeeding rate at discharge (65,6%). Babies who were born with vaginal delivery were more commonly discharged with exclusive breastfeeding (79,8%) when compared to those born with caesarean section (71,3%). Exclusive breastfeeding rates were also higher in infants with a birth weight between 2500 and 4000 grams and above 4000 grams (60% in infants with a birth weight <2500 grams; 77,3% in those between 2500-4000 grams; and 77% in the infants >4000 grams). Those who were breastfed in the first 30 minutes after birth were 4.04 times (95% CI:1,85-8,82) and those between 31-60 minutes of life were 2,11 times (95% CI:1,54-5,91) more likely to be exclusively breastfed at discharge compared to infants who were breastfed after the first day of life. Infants who were given a pacifier at least for once were 2.76 times more likely to be exclusively breastfed at discharge compared to those who never used a pacifier

(95% CI:1,19-6,39) ($p=0,018$) Exclusive breastfeeding rate was found to be higher in infants who were discharged during the day time compared to those who were discharged at night or weekend shifts (adjusted ORs 2,25, 95% CI 1,82-2,78).

Findings of this study may guide the implementation and training activities of the Baby Friendly Hospital program in the coming years in a more effective way.

Key Words: Baby friendly hospital, Breast milk, Breastfeeding



8. KAYNAKLAR

1. Neyzi O and Ertuğrul T. Sağlıklı Çocuğun Beslenmesi. Nobel Tıp Yayıncılık 2009; 210-22.
2. Gökçay G, Beyazova U. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi, Sosyal Pediatri Derneği Yayınları. İstanbul. Nobel Tıp Yayıncılık 2017; 241-93.
3. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. UNICEF Türkiye Temsilciliği, 2004; 11-12.
4. UNICEF; Innocenti Research Centre. 1990-2005 Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding (Past Achievements, Present Challenges, and the Way Forward for Infant and Young Child Feeding). Florence, Italy. 2006.
5. Aslan D. Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımları. Ankara 2009; 105-7.
6. Rubino A, Capano G, Curtis M, Guarino A, Pisacane A. Advances in infant nutrition. Ann Ist Super Sanita 1995; 31(4):403-9.
7. Goldman AS. The immune system of human milk: antimicrobial, antiinflammatory and immunomodulating properties. The Pediatric Infectious Disease Journal 1993; 12(8): 664-71.
8. Kültürsay N, Bilgen H, Türkyılmaz C. Sağlıklı term bebeğin beslenmesi rehberi 2014. Türk Neonatoloji Derneği, 2014.
9. Paramasivam K, Michie C, Opara E, Jewell AP. Human breast milk immunology: a review. International Journal of Fertility Women's Medicine 2006; 51(5): 208-17.
10. Köksal N, Aydoğdu H, Şentürk E, Perçin K, Özkan H. Anne sütünün immünolojik özellikleri. Güncel Pediatri 2005; 13(1): 74-7.
11. Samur G. Anne sütü. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara 2008.
12. Riordan J, Wambach K. Breastfeeding and Human Lactation. 4th ed. Canada 2005; 45-70.
13. Sousa SG, Delgadillo I, Saraiva JA. Human milk composition and preservation: evaluation of high-pressure processing as a nonthermal pasteurization technology. Critical Reviews in Food Science Nutrition 2016; 56(6): 1043-60.
14. Morrow AL, Rangel JM. Human Milk Protection Against Infectious Diarrhea: Implications for Prevention and Clinical Care. Semin Pediatr Infect Dis 2004; 15(4): 221-8.
15. Atıcı A, Polat S, Turhan AH. Anne Sütü ile Beslenme. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2007; 3(6): 1-5.

16. Gür E. Anne Sütü ile Beslenme. Türk Pediatri Arşivi 2007; 42: 11-5.
17. Valentine CJ, Morrow G, Pennell M, Morrow AL, Hodge A, Haban-Bartz A, et al. Randomized controlled trial of docosahexaenoic acid supplementation in midwestern US human milk donors. Breastfeeding Medicine 2013; 8(1): 86-91.
18. Coşkun T. Anne sütüyle beslenme. Katkı Pediatri Dergisi 2003; 2: 163-83.
19. Majchrzak D, Singer I, Männer M, Rust P, Genser D, Wagner KH, et al. B-vitamin status and concentrations of homocysteine in Austrian omnivores, vegetarians and vegans. Ann Nutr Metab 2006; 50: 485-91.
20. Önal H, Adal E, Özer T, Önal Z, Aydın A. Gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sorun: annede ve yenidoğanda B12 vitamini eksikliği. Turk Pediatri Ars 2010; 45: 242-5.
21. South-Paul JE, Matheny JE, Lewis EL. Current aile hekimliği tanı ve tedavi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi 2007; 33-40.
22. Yurdakök K. Anne sütü ile beslenme. Yurdakök M, Erdem G. (Editörler). Neonatoloji. Ankara: Alp Ofset 2004; 166-74.
23. Clark JA, Doelle SM, Halpern MD, Saunders TA, Holubec H, Dvorak K, et al. Intestinal barrier failure during experimental necrotizing enterocolitis: Protective effect of epidermal growth factor treatment. American Journal of Physiology-Gastrointestinal Liver Physiology 2006; 291(5): 938-49.
24. Dvorak B. Milk epidermal growth factor and gut protection. The Journal of Pediatrics 2010; 156(2): 31-5.
25. Clark JA, Doelle SM, Halpern MD, Saunders TA, Holubec H, Dvorak K, et al. Epidermal growth factor reduces intestinal apoptosis in an experimental model of necrotizing enterocolitis. American Journal of Physiology-Gastrointestinal Liver Physiology 2005; 288(4): 755-62.
26. Reynolds JD. The management of retinopathy of prematurity. Paediatric Drugs 2001; 3(4): 263-72.
27. Elmlinger MW, Hochhaus F, Loui A, Frommer KW, Obladen M, Ranke MB. Insulin-like growth factors and binding proteins in early milk from mothers of preterm and term infants. Hormone Research in Paediatrics 2007; 68(3): 124-31.
28. Kling PJ, Taing KM, Dvorak B, Woodward SS, Philipps AF. Insulin-like growth factor-I stimulates erythropoiesis when administered enterally. Growth Factors 2006; 24(3): 218-23.
29. Martin LJ, Woo JG, Geraghty SR, Altaye M, Davidson BS, Banach W, et al. Adiponectin is present in human milk and is associated with maternal factors. The American Journal of Clinical Nutrition 2006; 83(5): 1106-11.

30. Newburg DS, Woo JG, Morrow AL. Characteristics and Potential Functions of Human Milk Adiponectin. *The Journal of Pediatrics* 2010; 156(2): 41-6.
31. Savino F, Liguori SA. Update on breast milk hormones: Leptin, ghrelin and adiponectin. *Clinical Nutrition* 2008; 27(1): 42-7.
32. Patki S, Kadam S, Chandra V, Bhonde R. Human breast milk is a rich source of multipotent mesenchymal stem cells. *Human Cell* 2010; 23(2): 35-40.
33. Verhasselt V. Neonatal tolerance under breastfeeding influence: the presence of allergen and transforming growth factor- β in breast milk protects the progeny from allergic asthma. *The Journal of Pediatrics* 2010; 156(2): 16-20.
34. Penttila IA. Milk-derived transforming growth factor- β and the infant immune response. *The Journal of Pediatrics* 2010; 156(2): 21-5.
35. Ruiz L, Espinosa-Martos I, García-Carral C, Manzano S, McGuire MK, Meehan CL, et al. What's normal? Immune profiling of human milk from healthy women living in different geographical and socioeconomic settings. *Front Immunol* 2017; 8: 696.
36. Ustundag B, Yilmaz E, Dogan Y, Akarsu S, Canatan H, Halifeoglu I, et al. Levels of cytokines (IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, TNF- α) and trace elements (Zn, Cu) in breast milk from mothers of preterm and term infants. *Mediators Inflamm* 2005; 2005(6): 331-6.
37. Erbağci AB, Cekmen MB, Balat O, Balat A, Aksoy F, Tarakçioğlu M, et al. Persistency of high proinflammatory cytokine levels from colostrum to mature milk in preeclampsia. *Clinical Biochemistry* 2005; 38(8): 712-6.
38. Abdel-Raheim MA, Meki Tahia H, Saleem Mohamed H, Al-Ghazali. Interleukins-6, -8 and -10 and tumor necrosis factor- α and its soluble receptor I in human milk at different periods of lactation. *Nutrition Research* 2003; 23(7): 845-55.
39. Maheshwari A, Lu W, Lacson A, Barileycorn AA, Nolan S, Christensen RD, et al. Effects of interleukin-8 on the developing human intestine. *Cytokine* 2002; 20(6): 256-67.
40. Maheshwari A, Lacson A, Lu W, Fox SE, Barileycorn AA, Christensen RD, et al. Interleukin-8/CXCL8 forms an autocrine loop in fetal intestinal mucosa. *Pediatric Research* 2004; 56(2): 240-9.
41. Agarwal S, Karmaus W, Davis S, Gangur V. Immune markers in breast milk and fetal and maternal body fluids: a systematic review of perinatal concentrations. *J Hum Lact* 2011; 27(2): 171-86.
42. Hrdý J, Novotná O, Kocourková I, Prokešová L. Cytokine expression in the colostrum cells of healthy and allergic mothers. *Folia Microbiologica (Praha)* 2012; 57(3): 215-9.

43. Schack-Nielsen L, Michaelsen KF. Breast feeding and future health. *Current Opinion in Clinical Nutrition Metabolic Care* 2006; 9(3): 289-96.
44. 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 Paediatrica* 2015; 104(467): 30-7.
45. Ekelund U, Ong KK, Linné Y, Neovius M, Brage S, Dunger DB, et al. Association of weight gain in infancy and early childhood with metabolic risk in young adults. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92(1): 98-103.
46. Singhal A, Lucas A. Early origins of cardiovascular disease: is there a unifying hypothesis? *Lancet* 2004; 363(9421): 1642-5.
47. Wong WW, Hachey DL, Insull W, Opekun AR, Klein PD. Effect of dietary cholesterol on cholesterol synthesis in breast-fed and formula-fed infants. *J Lipid Res* 1993 34(8): 1403-11.
48. EURODIAB Substudy 2 Study Group. Rapid early growth is associated with increased risk of childhood type 1 diabetes in various European populations. *Diabetes Care* 2002; 25(10): 1755-60.
49. Fernandez-Twinn DS, Ozanne SE. Mechanisms by which poor early growth programs type-2 diabetes, obesity and the metabolic syndrome. *Physiol Behav* 2006; 88(3): 234-43.
50. Klement E, Cohen RV, Boxman J, Joseph A, Reif S. Breastfeeding and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review with meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2004; 80(5): 1342-52.
51. Silano M, Agostoni C, Guandalini S. Effect of the timing of gluten introduction on the development of celiac disease. *World journal of gastroenterology: WJG*, 2010; 16(16): 1939-42.
52. Lodge CJ, Tan DJ, Lau MX, Dai X, Tham R, Lowe AJ, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* 2015; 104(467): 38-53.
53. Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and childhood leukemia incidence: a meta-analysis and systematic review. *JAMA Pediatrics* 2015; 169(6): 151025.
54. Isaacs EB, Fischl BR, Quinn BT, Chong WK, Gadian DG, Lucas A. Impact of breast milk on intelligence quotient, brain size, and white matter development. *Pediatric Research* 2010; 67(4): 357-62.
55. Julvez J, Ribas-Fitó N, Forns M, Garcia-Esteban R, Torrent M, Sunyer J. Attention behaviour and hyperactivity at age 4 and duration of breast-feeding. *Acta Paediatrica* 2007; 96(6): 842-7.

56. Al-Farsi YM, Al-Sharbaty MM, Waly MI, Al-Farsi OA, Al-Shafae MA, Al-Khaduri MM, et al. Effect of suboptimal breast-feeding on occurrence of autism: A case-control study. *Nutrition Research* 2012; 28(7-8): 27-32.
57. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, et al. Breastfeeding: health benefits for child and mother. *Archives de Pédiatrie* 2013; 20(2): 29-48.
58. Danforth KN, Tworoger SS, Hecht JL, Rosner BA, Colditz GA, Hankinson SE. Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control* 2007; 18(5): 517-23.
59. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye 2014.
60. WHO/UNICEF. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief Geneva Switzerland 2014.
61. UNICEF. Dünyada Gıda Güvenliği ve Beslenme Durumu. 2017: 14-15.
62. Breastfeeding Report Card: United States, 2014. Centers for Disease Control Prevention 2016.
63. Nutrition in the first 1,000 days: State of the World's Mothers 2012. Save the Children Fairfield, 2012.
64. UNICEF. Infant and Young Child Feeding Programme Review. Newyork 2010.
65. Roberts TJ, Carnahan E, Gakidou E. Can breastfeeding promote child health equity? A comprehensive analysis of breastfeeding patterns across the developing world and what we can learn from them. *BMC Med* 2013; 11: 254.
66. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. WHO, 2007.
67. Emzirme Danışmanlığı El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi. Ankara 2015.
68. WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. 1998.
69. Whitford HM, Wallis SK, Dowswell T, West HM, Renfrew MJ. Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples (Review). *Cochrane Database of Syst Rev* 2017; 2: CD012003.
70. Biro MA, Sutherland GA, Yelland JS, Hardy P, Brown SJ. In-Hospital Formula Supplementation of Breastfed Babies: A Population-Based Survey. *Birth*, 2011 Dec; 38(4): 302-10.
71. Briere CE, McGrath JM, Cong X, Brownell E, Cusson R. Direct-breastfeeding in the neonatal intensive care unit and breastfeeding duration for premature infants. *Appl Nurs Res* 2016; 32: 47-51.

72. Carvalho ML, Boccolini CS, Oliveira MI, Leal MD. The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study. *Reproductive Health* 2016; 13(3): 119.
73. Nobari TZ, Jiang L, Wang MC, Whaley SE. Baby-Friendly Hospital Initiative and Breastfeeding Among WIC-Participating Infants in Los Angeles County. *Journal of Human Lactation* 2017; 33(4): 677-83.
74. Hawkins SS, Stern AD, Baum CF, Gillman MW. Evaluating the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breast-feeding rates: a multi-state analysis. *Public Health Nutrition* 2015; 18(2): 189-97.
75. Yoda T, Takahashi K, Yamauchi Y. Japanese trends in breastfeeding rate in baby-friendly hospitals between 2007 and 2010: a retrospective hospital-based surveillance study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13: 207.
76. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics* 2005; 116(5): 702-8.
77. McDonald SD, Pullenayegum E, Chapman B, Vera C, Giglia L, Fusch C, et al. Prevalence and Predictors of Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge. *Obstet Gynecol* 2012; 119(6): 1171-9.
78. Howe-Heyman A, Lutenbacher M. The Baby-Friendly Hospital Initiative as an Intervention to Improve Breastfeeding Rates: A Review of the Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2016; 61(1): 77-102.
79. Labbok MH. Global Baby-Friendly Hospital Initiative Monitoring Data: Update and Discussion. *Breastfeed Med* 2012; 7: 210-22.
80. Kling D Oms Iii, Haile ZT, Francescon J Oms Iii, Chertok I. Association Between Method of Delivery and Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge. *J Am Osteopath Assoc.*, 2016 Jul 1; 116(7): 430-9.
81. Boban M, Zakarija-Grković I. In-Hospital Formula Supplementation of Healthy Newborns: Practices, Reasons, and Their Medical Justification. *Breastfeed Med* 2016; 11: 448-54.
82. Cox K, Giglia R, Zhao Y, Binns CW. Factors associated with exclusive breastfeeding at hospital discharge in rural Western Australia. *J Hum Lact* 2014; 30(4): 488-97.
83. Aydemir O, Cakik Saglik A, Sekili Z, Tekin AN. Employing a Nutrition Nurse in Neonatal Intensive Care Unit Improved Nutrition and Growth Outcomes in Preterm Neonates. *Nutr Clin Pract* 2018 Nov 19. doi: 10.1002/ncp.10216
84. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy 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.

85. Kalmakoff S, Gray A, Baddock S. Predictors of supplementation for breastfed babies in a Baby-Friendly hospital. *Women Birth* 2018; 31(3): 202-9.
86. McCormick FM, Tosh K, McGuire W. Ad libitum or demand/semi-demand feeding versus scheduled interval feeding for preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 2: CD005255.
87. Tarrant M, Lok KY, Fong DY, Wu KM, Lee IL, Sham A, et al. Effect on Baby-Friendly Hospital Steps When Hospitals Implement a Policy to Pay for Infant Formula. *Journal of Human Lactation* 2016; 32(2): 238-49.
88. UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Access the data: infant and young child feeding. (<http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-childfeeding>) 2018.
89. WHO. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. 2017.
90. UNICEF, WHO. Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. New York: UNICEF; 2018.
91. Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al. Effect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay. *J Hum Lact* 2010; 26(2): 130-7.
92. Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odor. *Acta Paediatrica* 2004; 93(12): 1640-5.
93. Flint A, New K, Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; 8.
94. Dowling DA, Blatz MA, Graham G. Mothers' experiences expressing breast milk for their preterm infants: does NICU design make a difference? *Adv Neonatal Care* 2012; 12(6): 377-84.
95. Declercq E, Labbok MH, Sakala C, O'Hara M. Hospital Practices and Women's Likelihood of Fulfilling Their Intention to Exclusively Breastfeed. *American Journal of Public Health* 2009; 99(5): 929-35.
96. Chantry CJ, Dewey KG, Pearson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-Hospital Formula Use Increases Early Breastfeeding Cessation Among First-Time Mothers Intending to Exclusively Breastfeed. *J Pediatr* 2014; 164(6): 1339-45.
97. Manhire KM, Williams SM, Tipene-Leach D, Baddock SA, Abel S, Tangiora A, et al. Predictors of breastfeeding duration in a predominantly Māori population in New Zealand. *BMC Pediatr* 2018; 18(1): 299.

98. Say B, Simsek GK, Canpolat FE, Oguz SS. Effects of Pacifier Use on Transition Time from Gavage to Breastfeeding in Preterm Infants: A Randomized Controlled Trial. *Breastfeeding Medicine* 2018; 13(6): 433-7.
99. Pinelli J, Symington A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 3: CD001071.
100. Chrupcala KA, Edwards TM, Spatz DL. A continuous quality improvement project to implement infant-driven feeding as a standard of practice in the Newborn/Infant intensive care unit. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2015; 44(5): 654-64.
101. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; 8: CD007202.
102. WHO, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. 2003.
103. Wambach K, Domian EW, Page-Goertz S, Wurtz H, Hoffman K. Exclusive Breastfeeding Experiences among Mexican American Women. *J Hum Lact* 2016; 32(1): 103-11.

9. 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	Bebek Dostu Bir Hastanede Doğan Bebeklerin Tümüyle Anne Sütü ile Beslenerek Taburcu Olmasını Engelleyen Etmenler	
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 750	Tarih: 31.10.2018
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi M.Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı (İzinli)

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye (İzinli)

Prof.Dr.Veli YAZISIZ
Üye

Prof.Dr.Biçe KARSLI
Üye

Prof.Dr.Oğuz DERSUN
Üye

Doç.Dr.Gülşüm Özge BAYSAL
Üye

Doç.Dr.Dijle KILIMEN KORGUN
Üye

Doç.Dr.Banu NUR
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Mehtap TÜRKAY
Üye (İzinli)

Dr.Ünal HÖLÜR
Üye (İzinli)

Argut ALTUN
Üye

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye

Ek 2. Kadın Doğum Bebekleri Takip Formu



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.

YENİDOĞAN B.D. KADIN DOĞUM BEBEKLERİ TAKİP FORMU

Doküman Kodu:	YD.FR.12	Yayın Tarihi:	03.11.2010	Revizyon Tarihi:	25.12.2017	Revizyon No:	02	Sayfa No/Sayısı:	1/1
---------------	----------	---------------	------------	------------------	------------	--------------	----	------------------	-----

Anne Adı Soyadı :

Oda No :

Dosya No :

Tarih : / /

Doğum Tarihi / Saati : / /

Cinsiyeti :

Doğum Ağırlığı : gr.

Boy : cm.

Baş çevresi : cm.

Doğum Şekli :

Gestasyon Yaşı :

Anne Kan Grubu : Rh (.....)

Baba Kan Grubu : Rh (.....)

Bebek Kan Grubu : Rh (.....)

Direkt Commbs : İndirekt Commbs :

G/ Ç/ A/ D/C

EMR :

Annenin Kr. Hastalığı / ilaç kullanımı :

Gebelik Testlerinde Patoloji ?:

1.GÜN TARİH :

VA : T.Bil : % FM :

BESLENME ŞEKLİ :

2.GÜN TARİH :

VA : T.Bil : % FM :

BESLENME ŞEKLİ :

3.GÜN TARİH :

VA : T.Bil : % FM :

BESLENME ŞEKLİ :

TABURCULUK KONTROLÜ :

HBV AŞISI :

TOPUK KANI :

İŞİTME TESTİ :

BESLENME ŞEKLİ :

ÖNERİLER :

Form – 70 01 08 60 32

Rev.No: 02

Sayfa 1/1

Ek 3. Emzirme Değerlendirme Formu

 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BEBEK DOSTU HASTANE PROGRAMI KOORDİNATÖRLÜĞÜ EMZİRME DEĞERLENDİRME FORMU				
Doküman Kodu: HB.FR.10	Yayın Tarihi: 16.04.2007	Revizyon Tarihi: 11.01.2018	Revizyon No: 04	Sayfa No/Sayısı: 1/2
Anne Adı Soyadı :		Oda No :	Eğitim Veren / İmza :	
Anne Dosya No / TC :		/	Eğitim Alan / İmza :	
Tel:				
Bebek Adı Soyadı:		Topuk Kanı 1. 2. 3.		
Bebek Dosya No / TC :		Alınma Tarihi:		
Anne Yaşı :	Gebelik Sayısı :	Doğum Sayısı :	Yaşayan Çocuk :	
Bebeğin Doğum Tarihi :	Doğum Saati :	Gestasyon Haftası :	Doğum Ağırlığı :	
Bebeğin Doğduğu Hastane: ☐ AÜTFH ☐ Dış Merkez			Hast. Cinsiyeti ☐ Kız ☐ Erkek	
Görüşme Tarihi :	Görüşme Saati :	Doğum Şekli ☐ SVD ☐ Müdahaleli VD ☐ Planlı CS ☐ Acil CS		
Doğumda Anestezi : ☐ Genel ☐ Spinal ☐ Epidural		Doğumda indüksiyon : ☐ Evet ☐ Hayır		
Gebelikte geçirilen hastalıklar : 1. 2. 3.				
Ağırlık : 1.gün gr	Ağırlık : 2.gün gr	Ağırlık : 3.gün gr	Ağırlık : 4.gün gr	Ağırlık : 5.gün gr
Tarih :	Tarih :	Tarih :	Tarih :	Tarih :
Bebekte hastalık : Yok				
Var $\Rightarrow$ Tanılar 1. 2. 3.				
Hastaneye Yatış Tarihi:				
Hangi Birimde İzlemede : ☐ YDS ☐ YDYB ☐ Çocuk Cer. ☐ Dış Merkez ☐ Diğer				
Doğumdan ne kadar süre sonra servise alınındınız :		Servise gelene kadar nerede kaldınız ?		
..... saat sonra				
Servise gelene kadar bebeğiniz nerede kaldı ?				
☐ Yanımda ☐ Yakınlarıma verilmiş ☐ Yenidoğanda izlemde kalmış				
Önceki çocuklarınızı emzirdiniz mi ? ☐ Hayır ☐ Evet süre ile				
Bebeğinizi emziriyor musunuz ? ☐ Evet ☐ Hayır ise arka sayfaya geçiniz.				
Bebeğiniz göğsünüze doğduktan sonra ilk yarım saat içinde verildi mi ?				
☐ Evet ☐ Hayır				
Bebeğiniz siz kendinize geldikten sonra ilk bir saat içinde verildi mi ?				
☐ Evet ☐ Hayır				
Bebeğinizi göğsünüze yerleştirirken ilk hangi sağlık çalışanı yardımcı oldu ?				
☐ Doğumhane personeli ☐ A1KD kliniği personeli ☐ YD personeli ☐ Çocuk Cerrahi Personeli				
☐ Emzirme supervizörü ☐ A2KD kliniği personeli ☐ Hasta yakını ☐ Kendim				
Bebeğinizi doğumdan sonra ilk ne zaman emzirdiniz ? saat / gün sonra				
Bebeğinizi ne sıklıkla emziriyorsunuz ? ☐ Ağladıkça ☐ 1-2 saatte bir ☐ 2-3 saatte bir				
☐ 3 saatten daha uzun aralarla ☐ Göğüslerim oldukça ☐ Diğer :				
Bebeğinizi ne kadar süre ile emziriyorsunuz ? dakika				
Sütünüzün bebeğinize yeterli olduğunu düşünüyor musunuz ?				
☐ Evet ☐ Hayır $\Rightarrow$ Neden				

Form - 70 02 32 00 02

Rev.No: 04

BEBEĞİNİZİ NEDEN EMZİRMUYORSUNUZ?			
☐ Emzirmeyi istemediğim için (anne sütü yararları konusunda bilgilendiriniz.)			
☐ Ağrılarım nedeniyle pozisyon alamadığım için (ağrı için konsültasyon gereksinimi?)			
☐ Ben hasta olduğum için : ☐ Emzirmeye engel hastalık var ☐ Emzirmeye engel ilaç kullanımı			Diğer nedenler :
☐ Bebeğim hasta olduğu için			
☐ Bebeğim emmeyi red ettiği için			
Sütünüzü sağlıyor musunuz?	☐ Evet	☐ Hayır	
Size sütünüzü sağmanız gerektiği söylendi mi?	☐ Evet	☐ Hayır	
Sütünüzü sağmanız gerektiği size ilk ne zaman söylendi ?	☐ İlk 6 saat	☐ 6-24 saat	☐ >24 saat
Sütünüzü ne zaman sağmaya başladınız?	☐ İlk 6 saat	☐ 6-24 saat	☐ >24 saat
Sütünüzü sağmanız gerektiği kim tarafından söylendi?			
☐ Emzirme süpervizörü ☐ KD hemşiresi ☐ YD personeli ☐ Doktor ☐ Diğer			
Sütünüzü nasıl sağacağınız anlatıldı mı?	☐ Evet (tanımlayınız)	☐ Hayır	
Size sütünüzü kaç saatte bir sağacağınız anlatıldı mı?	☐ Evet saatte	☐ Hayır	
Size sağılmış sütü nasıl vereceğiniz anlatıldı mı?	☐ Evet (tanımlayınız)	☐ Hayır	
Bebeğinize hiç mama verildi mi? ☐ Hayır			
☐ Evet $\Rightarrow$ ☐ Sütüm gelmedi ☐ Hipoglisemi ☐ Diğer (tanımlayınız)			
İlk Beslenme: ☐ Anne Sütü ☐ Mama ☐ Diğer			
Anne sütü ya da mama ne ile verildi? ☐ Biberon ☐ Kaşık ☐ Kap ☐ NGS/OGS			
Bebeğinize şimdiye kadar hiç biberon verdiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır			
Bebeğinize şimdiye kadar hiç emzik verdiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır			
Önceki çocuklarınızda ilk 6 ayda emzik ya da biberon kullandınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır			
Size emzik ya da biberonun zararları anlatıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır (bilgilendiriniz)			
PLAN : ☐ Ağrı için konsültasyon ☐ Anneye pozisyon vermek ☐ Bebeğe pozisyon vermek ☐ Emzirme sıklığını artırmak ☐ Emzirme süresini artırmak ☐ Sütü sağlamak ☐ Meme ucu masajı ☐ Sağma sıklığını değiştirmek ☐ Sağma süresini değiştirmek ☐ Kapla beslenme ☐ Diğer			
İZLEM :			
SONUÇ : ☐ Taburcu ☐ YDYB'a yatış ☐ YDS'ne yatış ☐ Başka birime yatış ☐ Exitus ☐ Tam emzirme ☐ Sağılmış süt ile beslenme ☐ Emzirme + sağma ☐ Sağma+ Formula ☐ Emzirme + Formula ☐ Emzirme + sağma + formula ☐ Formula ☐ Bilinmiyor			