

ÖMER AKÇAĞIL

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

DOKTORA TEZİ

DOKTORA TEZİ

**DOĞUM SONU SERVİSLERDE
BEBEK DOSTU HASTANE POLİTİKALARININ UYGULANMASININ
İLK 2 YAŞTA ANNE SÜTÜ İLE BESLENME ÜZERİNE ETKİSİ**

ÖMER AKÇAĞIL

DANIŞMAN

PROF DR ASUMAN ÇOBAN

SOSYAL PEDİYATRİ ANABİLİM DALI

SOSYAL PEDİYATRİ PROGRAMI

İSTANBUL-2022

İTHAF

Doktora tezimi eşim Ayşe Akçağıl'a, çocuklarım Ebru Akçağıl ve Ali Tarık Akçağıl'a ve beni yetiştiren sevgili annem Huriye Akçağıl'a ve babam Binali Akçağıl'a ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak çalışmanın planlanmasında, yürütülmesinde ve değerlendirilmesinde büyük emek veren, engin bilgi ve tecrübesi ile yol gösteren, özverisini ve sabrını esirgemeyen, birlikte çalışmaktan onur duyduğum çok değerli hocam Prof Dr Asuman Çoban'a,

Doktora eğitiminin her aşamasında her koşulda desteğini gördüğüm ve mesleki olarak gelişmeye büyük katkı sağlayan saygıdeğer hocam Prof Dr Gülbin Gökçay'a, desteklerini ve katkılarını esirgemeyen değerli hocam Prof Dr Zeynep İnce'ye,

Mesleki katkıları ve destekleri için değerli arkadaşlarım Doç Dr. Gonca Keskindemirci'ye, Uzm. Dr.Öykü Özbörü Aşkan'a ve sayın Abidin Kocadağ'a

Çalışmanın yürütülmesinde desteklerini esirgemeyen yenidoğan servisi hemşireleri sayın Nevin Yıldız'a, sayın Nuray Eski'ye ve sayın Semra Bakır'a, çalışma arkadaşlarım Özge Işık ve Selami Koçan'a,

Her zaman yanımda olan aileme, yürekten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1.Meme yapısı ve anne sütünün üretimi	2
2.2.Anne sütünün yapımı etkileyen faktörler.....	5
2.3.Anne sütü ile beslenmenin önemi	6
2.4.Anne sütünün içeriği	7
2.5.Anne sütü ile beslenmenin faydaları	9
2.5.1.Anne sütü ile beslenmenin bebeğe faydaları	9
2.5.2.Anne sütü ile beslenmenin anneye faydaları	11
2.5.3.Anne sütünün toplum için faydaları	12
2.6.Anne sütü ile beslenmenin korunması ve desteklenmesi.....	13
2.6.1 Anne sütü ile beslenmenin korunmasında ve desteklenmesinde tarihsel süreç	14
2.7.Başarılı Emzirme.....	16
2.7.1.Bebek dostu hastane girişimi	17
2.7.2.Başarılı emzirmede 10 adım	22
2.7.3.Emzirme Danışmanlığı.....	35
2.7.4.Mama Kodu	36
2.7.5.Çalışan kadınlar için emzirmeyi koruma ve destekleme	39
2.8.Tamamlayıcı Beslenme	42
2.9.Anne sütü ile beslenmede dünyadaki durum	44
2.10.Anne Sütü ile Beslenmede Ülkemizdeki Durum	46
3.GEREÇ VE YÖNTEM	49
3.1 Çalışmanın tipi ve Örneklem Seçimi	49

3.2 Çalışmanın Yürütüldüğü Birimin Özellikleri	51
3.3: Çalışmamızda Kullanılan Terimler	52
3.4.Çalışmamızda incelen ve karşılaştırması yapılan değişkenler	54
3.5 Verilerin İstatistiksel Analizi	55
3.6 Etik Kurul Onayı	55
4. BULGULAR	56
5.TARTIŞMA.....	96
KAYNAKLAR	125
ETİK KURUL KARARI.....	144
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	145
ÖZGEÇMİŞ.....	146



TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1: Başarılı Emzirmenin On Adımı (2018 revize şekli) *	34
Tablo 3.1: Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	49
Tablo 3.2: Bebek beslenme uygulamalarının tanımları ve bebek beslenmesine ait göstergeler	53
Tablo 3.3: Çalışmamızda incelenen ve karşılaştırması yapılan değişkenler	54
Tablo 4.1: Bebeklere ait tanımlayıcı özellikler	58
Tablo 4.2: Annelere ve ailelere ait tanımlayıcı bilgiler	60
Tablo 4.3: Annelerde kronik hastalık ve gebelikle ilişkili hastalık durumlarının dağılımı	61
Tablo 4.4: Annelerin doğum sonrası çalışma durumu	62
Tablo 4.5: Bebeklerin ilk 2 yıl içerisinde enfeksiyona bağlı hastaneye yatış durumları	63
Tablo 4.6: Bebeklerin beslenme şekillerine ait özellikler	65
Tablo 4.7: Yenidoğan servisinde taburcu olurken beslenme şeklinin yıllara göre dağılımı (n=2566)	68
Tablo 4.8: Yıllara göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin dağılımı	68
Tablo 4.9: Yıllara göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin karşılaştırılması	70
Tablo 4.10: Bebeklerin yıllara göre sadece anne sütü aldıkları sürelerin ortalama değerlerinin karşılaştırılması	70
Tablo 4.11: Yıllara göre ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme şekillerinin dağılımı	71
Tablo 4.12: Yıllara göre ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme oranlarının karşılaştırılması	72
Tablo 4.13: Bebeklerin yıllara göre anne sütü aldıkları toplam sürelerin ortalama değerlerinin karşılaştırılması	72
Tablo 4.14: Taburcu olurken beslenme şekli ile ilk 6 ay beslenme şeklinin karşılaştırılması	73
Tablo 4.15: İlk 6 ay beslenme şekliyle ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumunun karşılaştırılması	73
Tablo 4.16: Bebeklerin doğum haftalarına göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	74
Tablo 4.17: Cinsiyete göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	75
Tablo 4.18: Doğum şekillerine göre bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	75
Tablo 4.19: Bebeklerin tekil/çoklu olma durumlarına göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	76
Tablo 4.20: Doğumdaki prezentasyon şekillerine göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	77
Tablo 4.21: Bebeklerin doğum ağırlıklarına göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	78
Tablo 4.22: İntrauterin büyüme durumuna göre bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	79
Tablo 4.23: Bebeklerin ilk 1 ay içerisinde emzik kullanma durumları ile ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	80
Tablo 4.24: Anne yaşına göre bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	81
Tablo 4.25: Doğum sayısına göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	82

Tablo 4.26: Annenin eğitim seviyesine göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması.....	83
Tablo 4.27: Babanın eğitim seviyesi ile ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	84
Tablo 4.28: Annenin mesleği ile ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	85
Tablo 4.29: Babanın mesleği ile ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	86
Tablo 4.30: Ailenin gelir durumuyla bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	87
Tablo 4.31: Annede kronik hastalık olma durumuyla bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması	88
Tablo 4.32: Annelerin gebelikle ilişkili bir hastalık geçirme durumlarıyla bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması.....	89
Tablo 4.33: Annenin doğum sonrası çalışma durumu ile bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekilleri ve 24 ay ve üzeri anne sütü alma durumlarının karşılaştırılması	90
Tablo: 4.34 Annenin doğum sonrası işe dönüş zamanı ile bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması.....	91
Tablo 4.35: Bebeklerin doğumdan sonra çocuk sağlığı izlemelerinin yapıldığı yerile ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması.....	92
Tablo 4.36: Bebeklerin ilk 2 yıl içinde enfeksiyon nedeni ile hastaneye yatışı ile bebeklerinin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması .	93
Tablo 4.37: İlk 6 ay Sadece Anne Sütü ile Beslenme Durumu için Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Sonuçları.....	94
Tablo 4.38: 24 Ay ve Üzeri Anne Sütü ile Beslenme Durumu için Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Sonuçları.....	95

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Meme Anatomisi (Kaynak: WHO)	2
Şekil 2.2: Küresel emzirme uygulamalarının güncel oranları ve hedefleri	44
Şekil 2.3: Ortanca emzirme sürelerinin zaman içinde değişimi	47
Şekil 3.1: Çalışma Akış Şeması	50
Şekil 4.1: Bebeklerin doğum yıllarına göre dağılımı	56
Şekil 4.2: Annelerin doğum sonrası işe dönüş durumlarının dağılımı	63
Şekil 4.3: Çocuk sağlığı izleminin yapıldığı yer	64
Şekil 4.4: İlk 1 ay içinde emzik verilme durumu	67
Şekil 4.5: Bebeklerin ilk 6 aylık süre boyunca beslenme şekillerinin 2013-2017 yılları arasında dağılımı	69
Şekil 4.6: Doğum yıllarına göre bebeklerin ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme oranlarının dağılımı	71

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AGA :	Appropriate for Gestational Age (Doğum ağırlığı 10-90. yüzdalik dilimde olan bebekler)
ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
BDHG:	Bebek Dostu Hastane Girişimi
C/S:	C-section/Sezaryen doğum
DSK:	Dünya Sağlık Konseyi
GDM:	Gestasyonel Diyabetes Mellitus
GP:	Geç Preterm
IBFAN:	Uluslararası Bebek Maması Eylem Ağı- International Baby Foods Action Network
İÜİTF:	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
İÜTÇSİP:	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği
LGA:	Large for Gestational Age (Doğum ağırlığı 90. yüzdalik dilimin üstünde olan bebekler)
LLLI:	La Leche League International
NSD:	Normal Spontan Doğum
SAS:	Sadece Anne Sütü
SGA :	Small for Gestational Age (Doğum ağırlığı 10. yüzdalik dilimin altında olan bebekler)
TAS:	Toplam Anne Sütü
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
UNICEF:	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
WHO:	World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)
WBTI :	World Breastfeeding Trends Initiative (Dünya Emzirme Eğilimleri Girişimi)

ÖZET

Akçağıl, Ö. (2022) Doğum Sonu Servislerde Bebek Dostu Hastane Politikalarının Uygulanmasının İlk 2 Yaşta Anne Sütü İle Beslenme Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Pediatri ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Giriş: Bebek Dostu Hastane Girişimi(BDHG), emzirmenin her yönüyle iyileştirilmesini amaçlayan bir kalite iyileştirme programıdır. BDHG uygulamalarının, anne sütü ile beslenme başarısını arttırdığı gösterilmiştir. Ülkemizdeki hastanelerin çoğu BDH (Bebek Dostu Hastane) olmasına rağmen emzirme oranları hedeflerin çok gerisindedir.

Amaç:Çalışmamızın amacı BDHG politikalarının uygulandığı hastanemizde doğmuş olan bebeklerin ilk iki yılda emzirme oranlarını belirlemek ve emzirme oranları ile buna etki eden faktörler arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:1 Ocak 2013- 31 Aralık 2017 tarihleri arasında hastanemizde doğan ve Yenidoğan Servisi'nde takipleri yapılan, gebelik yaşı 35 hafta ve üzerinde olan 2645 bebeğin dosyaları retrospektif olarak taranarak ve sonrasında aileleri ile iletişim kurularak bilgiler toplanmıştır

Bulgular:Bebeklerin %43,4'ü ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü , %17,5'i anne sütü ve su ,%38,5'i karışık ve % 0,6'sı ise sadece formül süt ile beslenmişti. Bebeklerin %44,6'sı ise 24 ay ya da daha fazla süre anne sütü ile beslenmişti. Emzirme oranlarımız ülkemiz geneline göre oldukça yüksek bulunmuştur.

Sonuç:Bir kurumun BDHG (“On Adım”) uygulama ile uyumluluğu ne kadar büyük olursa, emzirmeye başlama oranları ve daha uzun emzirme süreleri o kadar fazla olmaktadır. BDHG'nin ulusal politikalara, programlara entegre edilmesi, bakım kalitesinin sürekli olarak izlenmesi ve etkin denetimi yoluyla ülke genelinde belirli bir düzeyin sağlanması, emzirme oranlarının istenilen düzeylere ulaşmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler : Emzirme, Bebek Dostu Hastane Girişimi , On Adım, Mama Kodu

ABSTRACT

Akçagil, Ö. (2022) The Effect of Implementation of Baby-Friendly Hospital Policies in Postpartum Services on Breastfeeding in the First 2 Years. Istanbul University Institute of Health Sciences, Department of Social Pediatrics. Doctoral Thesis. Istanbul.

Introduction: The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) is a quality improvement program that aims to improve breastfeeding in all aspects. BFHI applications have been shown to increase the success of breastfeeding. Although most of the hospitals in our country are BFH (Baby-FriendlyHospitalss), breastfeeding rates are far behind the targets.

Objective: The aim of our study is to determine the breastfeeding rates in the first two years of babies born in our hospital, where BFHI policies are implemented. (and to evaluate the relationship between breastfeeding rates and the factors affecting it).

Materials and Methods: Information was collected by retrospectively scanning the files of 2645 babies with a gestational age of 35 weeks and above, who were born in our hospital and followed up in the Neonatal Service between January 1, 2013, and December 31, 2017, and then contacted their families.

Results:During the first 6 months, 43.4% of the babies were fed only with breast milk, 17.5% with breast milk and water, 38.5% with mixed, and 0.6% with only formula milk. 44.6% of the babies were breastfed for 24 months or more. Our breastfeeding rates were found to be quite high compared to the general of our country.

Conclusion:The greater an institution's compliance with the BFHI ("Ten Steps") practice, the greater the rates of initiation and longer breastfeeding durations. Ensuring a certain level throughout the country by integrating BFHI into national policies and programs, continuous monitoring and effective control of the quality of care will contribute to the attainment of breastfeeding rates to the desired levels.

Keywords : Breastfeeding, Baby Friendly Hospital Initiative, Ten Steps, the Code.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Emzirme ve anne sütü ile beslenme her çocuğun ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkını gerçekleştirmenin hayati bir bileşenidir. Emzirmenin çocuk, anne ve toplum sağlığına kısa ve uzun vadeli faydaları vardır. Emzirme ve anne sütü ile beslenme çocukların hayatta kalması ve erken çocukluk gelişimi açısından büyük önem taşımaktadır (Victora CG ve ark. 2016). Öte yandan, yetersiz emzirme veya sadece anne sütü ile beslemenin erken sonlandırılmasının, özellikle beş yaşın altındaki çocuklar için çeşitli olumsuz etkilere sahip olduğu gösterilmiştir(Kramer ve ark. 2012; Duijts ve ark. 2010).

Emzirme, değişik sosyoekonomik özelliklere sahip gruplar arasında sağlık, sosyal, eğitim ve gelir alanındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına katkı sunarak sosyal adaleti sağlar. Birçok Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (SKH) ile ilişkili olduğundan emzirmeyi iyileştirmek SKH'ne ulaşmada kilit bir itici güç olabilir (UN/SDG17). Emzirme uygulaması, ambalajlama, depolama, taşıma veya hazırlama için yakıt gerektirmeyen ve hiçbir kirlilik etkisi içermeyen doğal ve yenilenebilir bir gıda sağlayarak çevresel sürdürülebilirliğe katkıda bulunur (Rollins ve ark. 2016).

Emzirmenin ve bebekleri anne sütü ile beslemenin bilimsel çalışmalarda gösterilmiş kanıtlarına dayalı olarak başta DSÖ olmak üzere ulusal ve uluslararası birçok kurum, “ilk altı ay su dâhil hiçbir ek verilmeksizin tek başına anne sütü ile beslenme ve 6. ayda uygun tamamlayıcı besinlere başlanarak emzirmenin en az iki yaşına kadar sürdürülmesini bebeklik dönemindeki en sağlıklı beslenme şekli olarak kabul etmektedir ve önermektedir (WHO, 2001). Öte yandan yeni doğmuş bir bebeğin hayatının ilk birkaç saati ve günü, emzirmeyi başlatmak ve annelere başarılı bir şekilde emzirmek için ihtiyaç duydukları desteği sağlamak için kritik bir zamandır. Anne ve bebeğin doğum sonrası ayrı kalması, yaşamın ilk günlerinde anne sütü dışında besin ya da sıvı verilmesi (prelakteal beslenme), emzirmenin erken başlatılmaması gibi doğru olmayan uygulamalar sonucunda emzirme sorunlarının oluşma ihtimali artmaktadır. Emzirme doğal bir eylem olmasına rağmen, ailelerin ve tüm annelerin emzirme hakkında kanıta dayalı bilgi, danışmanlık ve destek almaları, ayrıca ticari çıkar kaynaklı olumsuz etkilerden korunmaları çok önemlidir. Başarılı bir emzirme için ihtiyaç

duyulan desteğin annelere doğum öncesinde ve sonrasında sağlanması gerekmektedir (WHO, 2018).

Bu kapsamda DSÖ'nün tavsiyeleri doğrultusunda kadınları desteklemek ve emzirme şansını optimize etmek için DSÖ ve UNICEF 1989'da doğum ve yenidoğan hizmetleri veren sağlık tesislerinde emzirmeyi desteklemek için uygulaması gereken bir politika ve prosedürler paketi dahilinde ortak bir bildiri yayınlarak ve "Başarılı Emzirmede On Adım" ı tanımlamıştır (WHO, 2018). 1991 yılında ise DSÖ ve UNICEF, dünya çapında doğum ve yenidoğan hizmetleri sunan tesisleri On Adım'ı uygulamaya teşvik etmeye yardımcı olmak için Bebek Dostu Hastane Girişimi'ni (BDHG) başlattı. On Adım'a tam olarak uyduklarını ve ayrıca Anne Sütü İkame Ürünlerinin Uluslararası Pazarlama Yasasına ve ilgili Dünya Sağlık Konseyi (DSK) kararına (Kod) tam olarak uyduklarını belgeleyen tesisler, "Bebek Dostu" olarak nitelendirilmiştir (WHO, 1999).

Başarılı Emzirmenin On Adımı'na (On Adım) yönelik, gereksinimler ve her bir adım için ortaya çıkan kanıtlar ışığında yeni bir kılavuz yayınlanmıştır (WHO, 2017). Yine 2017 yılında Anne Sütü İkame Ürünlerinin Uluslararası Pazarlama Yasası'nda güncelleme yapılmıştır (WHO/CODE, 2017). 2018 yılında da değişen ihtiyaçlar ve uygulamalara ait bilimsel kanıtlar rehberliğinde BDHG'nin uygulamaları DSÖ ve UNICEF tarafından ikinci defa gözden geçirilerek On Adım Stratejisi tekrar güncellenmiş ve BDHG'nin son hali yayınlanmıştır (WHO, 2018).

BDHG emzirmeyi korur, teşvik eder ve destekler. BDHG ve On Adım'ın uygulanmasının emzirme oranlarını önemli ölçüde artırdığına dair önemli kanıtlar bulunmuştur (Perez ve ark. 2016;Howe-Heyman, A. ve Lutenbacher, M. 2016).

BDHG, başlatılmasından bugüne kadar neredeyse dünyadaki tüm ülkelerde emzirmeyi desteklemek için uygulanmıştır. BDHG kapsamı, halen Bebek dostu olarak belirlenmiş tesislerde gerçekleşen doğumların yüzdesi olarak tanımlanır.168 ülkeden derlenen verilere dayanarak, BDHG'nin genel kapsamının 2016 itibarıyla %10 olduğu, diğer bir deyişle tüm dünyada bebeklerin ancak %10'unun bebek dostu bir hastanede doğduğu tahmin edilmektedir (WHO/ BFHI, 2017).

Ülkemizde de dünyadaki gelişmelerle eş zamanlı olarak UNICEF iş birliği ile Sağlık Bakanlığı tarafından 1991 yılında “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı” uygulamaya konmuştur. 2020 sonu itibari ile ülkemizdeki Bebek Dostu Hastane (BDH) sayısı 1.329’a (1.109’u halen aktif) ulaşmıştır ve bunların 1.109’u halihazırda aktiftir. Ülkemiz’deki tüm doğumların neredeyse %98’i BDH olan hastanelerde gerçekleşmektedir (Çaylan ve Yalçın 2021).

BDH sayılarının artışına ve BDHG’nin emzirme oranlarına yaptığı olumlu etkinin kanıta dayalı gösterilmesine rağmen dünyada ve ülkemizdeki emzirme oranları halen istenilen seviyelere ulaşamamıştır. Dünyada yeni doğanların yarısından azı doğumdan sonraki ilk saatte emzirmeye başlarken, 6 aydan küçük bebeklerin %44’ü sadece anne sütüyle (SAS) beslenmektedir ve bu %70 olan 2030 küresel hedefin çok gerisindedir. Bebeklerin %68’i 1 yaşına kadar emzirilirken, iki yaşına kadar emzirilen bebeklerin oranı ise %44’tür (Global Breastfeeding Scorecard, 2021). Ülkemizde ise annelerin çoğu emzirmeyi başlatmasına rağmen ilk 6 ay SAS ile beslenme ve 1. ve 2. yılda anne sütü ile beslenme düzeyleri halen çok düşük seviyededir. TNSA verilerine göre SAS ile beslenen 6 aylıktan daha ufak çocukların oranı %40,7’dir. Bu oran; 4-5 aylık çocuklarda %14’e, 6-8 aylık çocuklarda ise %3,8’e düşmektedir. Çocukların %65,6’sı 1 yıl emzirilirken 2 yıl devam eden emzirme oranı ise %33,5 olmuştur (TNSA, 2018).

Ülkemizde “Bebek Dostu Hastane” sayısı yıllar içinde hızlı bir şekilde artmasına rağmen emzirme oranlarındaki düşüklük göze çarpmaktadır. Bunun nedenlerini araştırmak ve buna yönelik önlemler almak bir sağlık politikası olmalıdır. Bebek Dostu Hastane” politikalarını hassasiyetle uygulayan bir merkezde doğmuş olan bebeklerin emzirme oranlarının yüksek olduğunun gösterilmesi BDHG’nin etkinliğinin vurgulanması açısından değerli olacaktır. Bu çalışmada, anne sütüyle beslenmenin korunmasında “Bebek Dostu Hastane” politikalarını uygulayan, İ.Ü İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı’nda doğan ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yenidoğan Servisi’nden taburcu olan 1 Ocak 2013 ile 31 Aralık 2017 yılları arasında doğmuş bebeklerin ilk iki yıldaki anne sütü ile beslenme oranlarını saptamak amaçlanmıştır. Ayrıca emzirme oranları ile buna etki eden faktörler arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

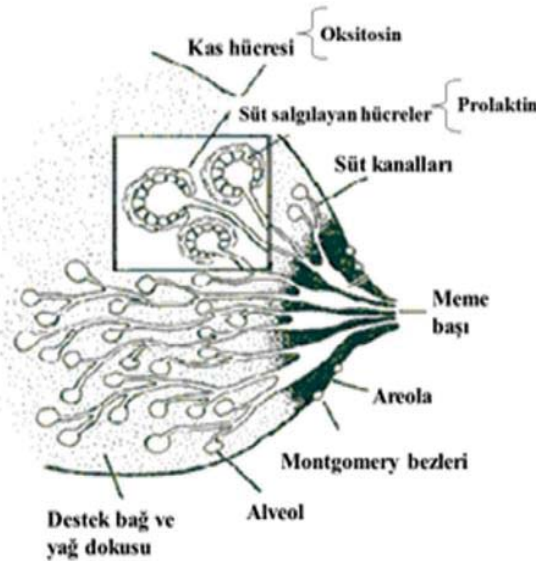
2.GENEL BİLGİLER

2.1.Meme yapısı ve anne sütünün üretimi

Dinamik bir süreç olan anne sütü üretimi hormonal, mekanik ve psikolojik mekanizmalar ile yürütülür ve kontrol edilir. Bu sürecin nasıl işlediğini anlamak için memenin anatomisinin ve memenin süt üretim fizyolojisinin bilinmesi gereklidir. Gebelik ve emzirme dönemlerinde gerçekleşen dramatik boyutsal ve fonksiyonel dönüşümler başarılı bir emzirmenin sağlanabilmesi için büyük önem taşımaktadır.

Meme, esas olarak glandüler (salgılayıcı) doku ve 'Cooper's ligaments' adı verilen gevşek bir bağ dokusu çerçevesi ile birbirine bağlanan yağ (yağlı) dokudan oluşur.

Meme yapısı lob adı verilen, birbirinden bağımsız ve düzenli bir şekilde kümelenmiş yapıları içerir ve her memede 10-20 adet bulunur. Her lob 20-40 adet lobülde oluşurken, her lobülde ise sayıları 100'e kadar ulaşabilen sütü salgılayan alveol vardır. Lobüllerin her biri ayrı olarak süt kanallarına doğru açılır. “Tübüloalveolar salgı ünitesi” olarak isimlendirilen ve süt kanalları, alveoller, loblar ve lobüllerin oluşturduğu bu yapı memenin salgısal fonksiyonunun temelini oluşturur (McManaman ve ark. 2003) (Şekil 2.1).



Şekil 2.1: Meme Anatomisi (Kaynak: WHO)

Meme bezi, hamilelik sırasında süt salgılamak için biyokimyasal kapasite geliştirir ve bu iki ayrı aşamada gerçekleşir. Bunlardan biri memenin doğum öncesi yapısal olarak değişimi ve gelişim sürecini içeren mammogenez diğeri ise gebelikle birlikte başlayan ancak esas etkinliğinin doğum sonrası dönemde görüldüğü laktogenez süreçleridir

Mammogenez, gebeliğin erken döneminden itibaren başlarken esas olarak duktus ve alveoller sayısal ve hacimsel olarak artması ile karakterizedir. Bütün bunların sonucu olarak mammogenez ile meme, süt üretimi ve salgılama süreçlerine hazır hale gelir (Doğan Demir ve ark. 2021).

Laktogenez, alveolar hücrelerin olgunlaşması ile gerçekleşen ve süt üretme, salgılama ve salınması yeteneğinin yani laktasyonun geliştiği süreçtir. Gebeliğin ortasına yakın alveoller kolostrum ile dolmuştur ve meme süt salgılanmasına hazır hale gelmiş olur. Ancak kandaki yüksek progesteron seviyesinden dolayı sütün salınımı baskılanır (Korğalı ve ark. 2017). Evre-1 laktogenez olarak tanımlanan bu dönem de esas olarak salgı farklılaşması olur. Bu dönemde, yağ damlacıkları salgı hücrelerinde boyut olarak artmaya başlar ve hamileliğin sonunda ana hücre bileşeni haline gelir. Laktoz, kazein ve alfa-laktalbümin gibi süte özgü diğer bileşenler de üretilir (Pillay ve ark. 2020).

Evre-2 laktogenez, doğumla birlikte plasentanın da ayrılmasıyla sütün salınımının başladığı dönemdir ve yaklaşık olarak doğum sonrası ilk 4 ile 6 günlük bir dönemi kapsar. Doğumda, plasentanın atılması, progesteron, östrojen ve insan plasental laktojen seviyelerinde ani bir düşüşe neden olur. Yüksek prolaktin seviyelerinin varlığında progesteronun bu ani geri çekilmesi, doğumdan yaklaşık 30-40 saat sonra Evre-2 laktogenez'in başlangıcına işaret eder (Pillay ve ark. 2020). Doğumu takip eden 2-5. günler içinde süt yapımı hızlı bir şekilde artarak günlük 750 ml'e seviyelerine kadar ulaşabilir. Anneler tarafından "sütüm geldi" diye tanımlanan bu dönemde

memeler yeterince boşaltılmazsa gerilme ve buna bağlı ciddi ağrılar hissedilir(Korğalı ve ark. 2017).

Evre-2 laktogenez'de sütün yapımından sorumlu olan başlıca hormon prolaktindir. Bunun yanında insülin ve kortikosteroid hormonların da önemli etkileri olur. Doğum sırasında yaşanan ağır stres, doğum şeklinin sezaryen olması, gestasyonel diyabet ve plesentanın tam olarak ayrılmaması gibi sebepler çoğunlukla laktogenezin 2. evresinde gecikmeye yol açar(Korğalı ve ark. 2017).

Evre-2 laktogenez'den sonra, süt üretiminde endokrin kontrolden otokrin kontrole bir geçiş vardır ve süt sentezi için birincil kontrol mekanizması sütün uzaklaştırılmasıdır. Önceden galaktopoez olarak adlandırılan laktasyonun bu aşamasına evre-3 laktogenez adı verilir. Bu evrede memelerden süt yeterli bir şekilde boşaltılırsa sütün yeniden sentezlenmesi devam eder. Sütün üretimini ve salınımını prolaktin hormonu sağlarken, oksitosin hormonu ise sütün memeden dışarı çıkışını sağlar (Korğalı ve ark. 2017). Sütün miktarı, bebeğin emme sıklığı ve aldığı süt miktarındaki artışa paralel olarak artar. Evre-3 laktogenez'in başarılı bir şekilde sağlanması için tüm annelere doğum öncesinden itibaren başlayarak bebeğini doğru şekilde nasıl emzireceği, emzirilme sıklığı, bebeğin açlık tokluk belirtileri konusunda eğitimler verilmesi çok önemlidir

Laktasyonun son evresi ise evre-4 laktogenez dönemidir ve emzirmenin kesilmesi ile karakterizedir. Emzirme sayısı tüm gün için 6 ya da daha altında olursa ayrıca üretilen süt hacmi 400 ml'den az olursa kan prolaktin seviyeleri azalır ve siklik prolaktin salınımları da kaybolur. Bu hormonal değişim neticesinde süt yapımı tamamen durur (Korğalı ve ark. 2017).

Süt üretiminden esas olarak prolaktin hormonu sorumludur. Doğumu takiben progesteron ve östrojen seviyelerindeki ciddi azalmalar sonucunda prolaktin üzerindeki baskılanma ortadan kalkar ve salısal aktivasyon fazı başlayarak süt üretimi artar. Evre-3

laktogenez döneminin temelini oluşturan memenin boşaltılmasıyla aktifleşen nöroendokrin yolak sistemi aracılığı ile prolaktin düzeylerinde 10 katına ulaşan seviyelerde artış görülür. Diğer taraftan her emzirme esnasında salgılanan prolaktin miktarlarında dalgalanmalar olur ve bu dalgalanmalar süt üretimi için çok gereklidir. Özellikle gece emzirmelerinin (gece boyunca en az 2 defa) bu sıklık dalgalanmaların devamlılığının sağlanmasında ve buna bağlı olarak süt üretiminde sağlanmasında büyük önem taşıdığı bilinmektedir. Oksitosin, üretilen sütün salınımında görev alan galaktokinetik özellikli hormondur. Oksitosin, kan akışı yoluyla meme bezine taşınır ve burada miyoepitelyal hücreler üzerindeki spesifik reseptörlerle etkileşime girer, kasılmalarını başlatır ve sütü alveollerden kanallara atar. Oksitosinin bu etkisinin dışında gastrointestinal sistemden süt üretimi için gerekli maddelerin emilimini arttırması, anne ile bebek arasındaki psikolojik etkileşimin düzenlenmesi ve hem bebek hem de annenin üzerinde sakinleştirici etkileri de olduğu gösterilmiştir (Korğalı ve ark, 2017).

2.2. Anne sütünün yapımı etkileyen faktörler

Anne sütü üretimi fizyolojik, hormonal, psikolojik, nörolojik ve toplumsal faktörlerden etkilenmektedir. Gebelikten itibaren annelerin yaşadıkları değişik durumlar süt yapımını olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir.

Ağrı başta olmak üzere fiziksel stresler ile utanç ve endişe gibi duygusal streslerin süt atma refleksini engellediğini buna karşın annenin bebeğinin sesini duymasının, bebeğini görmesinin oksitosin salınımını uyardığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalar da annede stres, ağrı, endişe ve güvensizlik gibi durumların varlığında oksitonin düzeyinin azaldığı ve buna bağlı olarak her emzirme sırasında üretilen anne sütü miktarında %50 oranında bir azalmanın olduğu bulunmuştur (Korğalı ve ark. 2017).

Anne ve bebeğin travay ve doğum sırasında stres yaşaması, uzamış doğum eylemi, emzirme başlangıcında ve/veya bebek emme güçlükleri ile ilişkili olarak evre-2 laktogenezde gecikmeye sebep olmaktadır. Bu açıdan sezaryen doğum ve primiparite en önemli risk faktörlerinden ikisidir (Chen ve ark. 1998). Spontan vajinal yol ile doğumu gerçekleştiren kadınlarda, sezaryen ile doğumu gerçekleştirmiş olanlara göre salgılanan

oksitosin düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir(Uvnas-Moberg. 1998). Doğumdan sonra anne ve bebek arasında en kısa sürede ten teması olması da oksitosin ve prolaktin düzeylerini etkiler. Memeye ilk tutunma da ten-ten temasının etkisi çok fazladır. Emzirmeyi iyileştirmek amacıyla erken ten-ten teması tavsiyesi, doğumdan sonraki ilk saat temasta bulunulması ve emzirmeye başlanmasıdır.Bebekle temas, doğumdan sonraki ilk birkaç gün içinde ağrıyı ve sızıyı azaltabilen başlangıçta daha iyi bir kavramaya da olanak sağlar(Newman ve ark. 2009).-Diğer taraftan annenin bebeğini emzirmeye istekli olmayışı, annenin veya bebeğin emzirme tekniğindeki yetersizlikleri anne sütü üretimini azaltmaktadır. Doğum eylemi ve doğum sırasında stres yaşayan bir yenidoğan memeyi etkili bir şekilde tutamayacak ve ememeyecek kadar zayıf veya uykulu olabileceğinden anneye ek destek verilmelidir.

Bunların dışında sık aralıklarla emzirme, gece emzirmeleri, memelerin düzenli olarak boşaltılması, anne ile bebeğin aynı odada olması ve annenin emzirme konusunda çevreden destek alması anne sütü yapımını artıran etmenlerdir. Diğer taraftan doğum sonrası ilk 4 hafta içinde bebeğin emzik ya da biberon kullanması, annenin günlük kalori alımının 1500 kalori altında olacak şekilde katı diyet yapması ve kullanılan bazı ilaçlar anne sütü yapımı azaltabilen diğer faktörlerdir(Korğalı ve ark. 2017).

2.3.Anne sütü ile beslenmenin önemi

Doğumu takip eden ilk bir saat içerisinde başlatılan, ilk 6 ay tek başına verilen sonrasında güvenli ve uygun tamamlayıcı gıdaların sağlanmasıyla iki yıla kadar devam eden anne sütü ile besleme, çocuğun hayatta kalmasını ve refahını teşvik etmek için en güçlü uygulamalardan biridir. Dünya genelinde emzirme oranlarının iyileştirilmesi, her yıl %87'si 6 aylıktan daha küçük olan 820.000'den fazla 5 yaşın altındaki çocuğun hayatını kurtarabilir (Victora CG ve ark. 2016). Emzirme, çocuğun hayatta kalmasını iyileştirmenin ve hayatı tehdit eden ve kronik hastalıklara karşı korunmanın yanı sıra, sağlıklı büyümeyi teşvik eder ve erken çocuk gelişimini artırır. Emzirme sağlıklı beyin gelişimini destekler ve tüm gelir düzeylerindeki çocuklar ve ergenler arasındaki zekâ testlerinde daha yüksek performans ile ilişkilidir (WHO, 2015). Ancak emzirme sadece bebekler için değil, anneler için de sayısız fayda sağlar. Emzirmenin anneleri, meme kanserinden, over kanserinden, doğum sonrası kanamalarından, doğum sonrası gözlenen depresyondan,kardiyovasküler hastalıklardan ve erişkin tip diyabetten koruyabildiği

gösterilmiştir(Chowdhury ve ark. 2015). Emzirme oranlarının iyileştirilmesinin, meme kanserinden 20.000 anne ölümünün önlenebileceği hesap edilmektedir (Victora CG ve ark. 2016). Kısacası, emzirme annelerin ve çocukların sağlıklarının korunmasında ve özellikle çocukluğun erken evresindeki sağlıklı büyümeyi ve optimal gelişimi teşvik etmenin en etkili yollarından biridir. Anne sütü ile beslemenin sağlanması ve desteklenmesi,ülkelerin her çocuğu hayatta tutma ve sağlıklı, akıllı ve üretken toplumlar kurma çabalarının en temel noktasıdır (UNİCEF, 2018).

2.4. Anne sütünün içeriği

Bebeğin optimal büyümesi ve gelişmesi için ideal bir besin olan anne sütünün yapısı dinamiktir. Sahip olduğu bu dinamik yapı sayesinde her bebek için özel olan anne sütü içerdiği çok çeşitli bileşenler ile büyümenin ve gelişmenin sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesinde önemli rol oynar. Anne sütü %87 oranında sudan oluşur. Bundan dolayı ilk 6 ay SAS verilen bir bebeğin suya ya da başka bir sıvı gıdaya ihtiyacı olmaz. Anne sütü içindeki proteinler, karbonhidratlar ve yağlar makrobesinleri oluştururken kalsiyum,çinko,iyot demir gibi mineraller ve vitaminler ise anne sütünün mikrobesein içeriğini oluştururlar. Anne sütü içeriğini oluşturan makro ve mikrobesein komponentlerinin çoğunun miktarları ilk 6 aylık dönemde bir bebeğin tüm besin ögesi ihtiyacını karşılayabilecek düzeydedir. Diğer taraftan anne sütü içeriğinde bulunan zenginbiyoaktif ve immunolojik madde varlığı sayesinde bebekler enfeksiyon ve enflamasyonlardan korunur.

Anne sütünün makrobesein içeriğini proteinler,yağlar ve karbonhidratlar oluşturur. Anne sütü proteinin %60'ı Whey proteinidir. Alfa laktalbumin, anne sütünde en fazla miktarda bulunan whey proteinidir. Bunun dışında özellikle bağışıklık kazanınılması ve immun mekanizmalarda görev alan, lizozim, laktoferrin, salgısal IgA başta olmak üzere immunoglobulinler, nükleotidler ve birçok büyüme faktörü de Whey proteinleri kapsamındadır (Gür 2019).

Yağlar anne sütünün %50'sini sağlar. Küçük çaptaki yağ globülleri halinde bulunurlar ve anne sütü içindeki miktarları inek sütünden yüksektir. Yağlar, anne

sütünde içerik olarak en fazla değişkenliğin görüldüğü makrobesinlerdir. Emzirme başladığında gelmeye başlayan ön süt içinde daha az olan yağ miktarı emzirmenin sonuna doğru artarak son süt içinde 2 ile 3 misline çıkar(Saarela ve ark. 2005). Yağların %98 kadarı trigliseritlerden oluşmaktadır. Geri kalan %2'lik bölümün çoğunu yağ asitleri, fosfolipidler, yağ içinde eriyebilen vitaminler ve steroller oluşturmaktadır. Emzirme sonuna doğru artan yağ miktarı bebekte doygunluk hissi yaparak ayrıca laktasyonun erken dönemlerindeki sütteki kolesterol ve fosfolipid oranlarının yüksekliği yağ metabolizmasının aktivasyonu sağlayarak ilerde gelişebilecek hiperlipidemi ve obeziteye karşı koruyucu etki sağlar (Gür 2019).

Laktoz anne sütü karbonhidratlarının temel komponentidir. Laktoz yenidoğan bebeğin kan şekerinin düzenlenmesinde etkilidir. Ayrıca barsak florası tarafından parçalanarak ortaya çıkan laktik asit sayesinde enfeksiyonlara karşı rol oynar. Diğer bir karbonhidrat komponenti olan olisakkaritler ise barsak florasının besin kaynağı olarak görev yaparak prebiyotik etki gösterirler. Karbonhidratların lipidlerle oluşturduğu bileşikler olan glikolipidler ise beyin dokusunun gelişmesinde önemli rol oynamaktadır(Kök ve ark. 2021).

Anne sütü içerisinde biyolojik mekanizmaları etkileyerek birçok sisteminin gelişiminde rol alan ve biyoaktif maddeler olarak tanımlanan çok önemli maddeler bulunmaktadır (Gür 2019).

Anne sütünde immün sistemi tam olgunlaşmamış olarak doğmuş bebeği enfekte edebilecek patojenlere karşı mücadele etmek için çok çeşitli immunolojik faktör de bulunur. Lizozim, salgısal IgA, laktoferrin, laktadherin, oligosakkaritler, fibronektin, musin ve lipidler anne sütünde bulunan önemli antimikrobiyal maddelerdir.

Anne sütü içerisinde HAMLET adı verilen oleik asit ile α -laktalbumin kompleksinin oluşturduğu anti tümör etkisi gösterilmiş bir madde de bulunmaktadır. Bu maddenin aynı zamanda birçok bakteri üzerinde bakterisidal etkisi de gösterilmiştir(Alamiri ve ark. 2019).

Anne sütü steril değildir ve daha çok bakterilerin ve virüslerin oluşturduğu bir mikrobiyotası vardır. Bifidobakteriler, laktobasiller, streptokoklar ve stafilokoklar en

fazla bulunan bakteri türleri iken bakteriofajlar en fazla bulunan virüslerdir. Bu mikrobiyotabebeğin barsak florasının olgunlaşmasında görev alır (Cacho ve ark. 2017).

Bütün bu özelliklerinin yanında anne sütü standart olan bir içerikle hazırlanan formül sütlerden farklı olarak dinamik bir içeriğe sahiptir. Her bebeğin özel ihtiyacına göre her bir anne için farklı içeriğe sahip olan anne sütü, emzirmenin farklı evrelerinde, gün içerisinde farklı zamanlarda hatta aynı beslenme sırasında değişkenlik gösterir. Term bebekler ile prematüre bebeklerin annelerinin süt içerikleri de farklılık göstermektedir. Başlangıçta term bebeklerin annelerin sütlerine göre laktoz içeriği düşük, protein ve yağ miktarı daha yüksek olan prematüre bebeklerin annelerinin sütleri bebeğin büyümesine paralel olarak değişerek yaklaşık 1. ayda term bebeklerin anne sütü içeriğine benzer hale gelir (Boyce ve ark. 2016).

2.5. Anne sütü ile beslenmenin faydaları

Bebeklerin büyümesi için bir besin olmasının yanında anne sütü, biyoaktif ve dinamik içeriği ile çocuk sağlığının gelişimine ve anne sağlığına önemli etkilerde bulunur. Emzirmenin çocuk, anne ve toplum sağlığına kısa ve uzun vadeli faydaları vardır. Bu etkilerinden dolayı DSÖ bebeklerin ilk 6 ayını bitirene kadar SAS ile beslenmesini ve sonrasında yaşa uygun ek gıdaların eklenerek emzirmenin iki yaş ve ötesine kadar devam ettirilmesini önermektedir (WHO, 2001).

2.5.1. Anne sütü ile beslenmenin bebeğe faydaları

DSÖ ve UNICEF, bir çocuğun yaşamının ilk 1000 gününü bir "fırsat penceresi" olarak belirtmektedir ki bu dönemde doğru beslenmenin sağlanması çocuğun büyüme, öğrenme ve gelişme yeteneği üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Anne sütü bebek beslenmesi için ideal bir besin olarak, bir taraftan bebeklerde büyümenin ve gelişimin sağlıklı olmasını sağlayan bir gıda olarak rol alırken, diğer taraftan yaygın çocukluk çağı bulaşıcı hastalıklarına karşı önemli bir koruyucu faktör olarak hizmet eder. Ayrıca, yetersiz emzirme veya sadece anne sütü ile beslemenin erken sonlandırılmasının, özellikle beş yaşın altındaki çocuklar için çeşitli olumsuz etkilere sahip olduğu gösterilmiştir. Anne sütünün kısa vadeli sağlık yararları kapsamında gastrointestinal

sistem enfeksiyonları, idrar yolu enfeksiyonları, solunum yolu enfeksiyonları, orta kulak enfeksiyonları gibi sık görülen bebek ve erken çocukluk çağının enfeksiyon kaynaklı hastalıklarından koruma önemli yer tutar (Kramer ve ark. 2012; Duijts ve ark. 2010; WHO 2013). Anne sütü ile beslenme sayesinde zatürre ve ishal başta olmak üzere bulaşıcı hastalıkların neden olduğu bebek mortalite ve morbidite oranlarının azaldığı bildirilmiştir(WHO,2013). Sahra altı Afrika ülkelerindeki verilerle yapılan bir metaanalizde, DSÖ ve UNİCEF'in önerdiği şekilde anne sütü ile beslenmenin 2 yaşın altındaki çocuklarda hem hastaneye yatışı hem de ölümleri büyük oranda azalttığı gösterilmiştir(Zhao ve ark. 2020). Gelişmekte olan 18 ülkede yapılan çalışmaların gözden geçirilmesi, emzirmenin ishal insidansını, prevalansını, hastaneye yatışlarını, ishal mortalitesini ve tüm nedenlere bağlı mortalite olasılığını azalttığını bulmuştur(Lamberti ve ark. 2011). Anne sütü ile beslenmenin bebeklerdeki otitis media tekrarlama sıklığını %50 oranında ayrıca tüm solunum yolu hastalıklarından kaynaklı yatışları %43 ve ölümleri ise %30 oranında azalttığı çalışmalarda gösterilmiştir(Victoria CG ve ark. 2016; WHO,2013). Ayrıca, emzirmeye erken başlanmasının bebek ölüm riskini azalttığı kanıtlanmıştır (NEOVITA, 2016; Smith E. ve ark. 2017). Sistematik bir inceleme, doğumdan sonraki 24 saat içinde emzirmeye başlamanın ve sadece anne sütü ile beslemenin, tüm nedenlere ve enfeksiyona bağlı yenidoğan ölümlerinde %44-45'lik bir azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Debes ve ark. 2013). Ayrıca emzirmeye ilk gün veya bir saat içinde başlanmasının yenidoğan ölümlerinin sırasıyla %7.7 ile %22'ye ulaşan oranlarda önlenebileceği çalışmalarda gösterilmiştir(Edmond ve ark. 2006; Mullany ve ark. 2008)

Anne sütü ile beslenen bebekler de ve özellikle ilk 6 ayında SAS alan bebeklerde, ani bebek ölümü sendromu daha az görülmektedir (Hauck ve ark. 2011). SAS alan bebeklerde nörogelişimsel gecikme durumunun oluşma riski formül süt ile beslenenlere göre daha az olarak saptanmıştır(Yang ve ark. 2020).

Emzirmenin uzun vadeli sağlık yararlarının, çocukluk çağı kanserleri, tip 1 ve tip 2 diyabet, çocukluk çağı obezitesi, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol riskini azaltabildiği gösterilmiştir (Horta ve ark. 2007). 1980 ile 2016 yılları arasındaki makaleleri kapsayan bir sistematik inceleme daha kısa bir süre anne sütü ile beslenmenin daha uzun sürelerle kıyasla, çocukluk çağı lösemi riskinin biraz daha yüksek olmasıyla ilişkili olduğunu saptamıştır(Güngör ve ark. 2019). Bir doğum kohort

çalışmasında; hiç anne sütü almamış bebeklerde ileri yaşlarda tip 1 diyabet görülme riskinin anne sütü ile beslenmiş bebeklere göre iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Lund-Blix ve ark. 2017). 4 aydan daha uzun süre anne sütüyle beslenenlere göre daha az bir zaman beslenenler de çocukluk çağında obezite görülme riski %25 daha fazla bulunmuştur(Poorolajal ve ark. 2020). Anne sütü içeriğinde bulunan biyoaktif maddelerin ve özellikle doymamış yağ asitlerinin tip 2 diyabet ve obeziteye karşı koruyucu olduğu düşünülmektedir(Das, 2007). Multidisipliner bir inceleme de emzirmenin atopik hastalık gelişiminden koruduğu ve özellikle, atopik kalıtımı olan çocuklarda bu etkinin daha da güçlü olduğu saptanmıştır(Odiş ve ark. 2003).

Emzirilen bebeklerde ilk 1 yaşta diş çürüğü oluşma riski ve maloklüzyon oluşma riski biberonla beslenenlere göre oldukça düşük saptanmıştır (Doğramacı ve ark. 2017;Tham ve ark 2015) .

Yapılan araştırmalar, emzirmenin erken çocukluk gelişiminde çok önemli etkileri olduğunu,sağlıklı beyin gelişimini desteklediğini, daha uzun emzirme sürelerinin artan emzirme IQ puanları ve daha iyi okul performansı ile ilişkili olduğunu saptamıştır(Victoria ve ark. 2016; Anderson ve ark. 1999). Hiç emzirmemeye göre herhangi bir süre emzirmek, daha kısa süreye göre daha uzun süre emzirmek otizm riskini azaltmaktadır ve bu etki daha uzun süre sadece anne sütü ile beslemede en yüksek oranda görülmektedir (Ghozy ve ark. 2020).

Ayrıca emzirme kesilse bile anne sütünün alt ve üst solunum yolu enfeksiyonlarına karşı koruyucu etkisinin doz bağımlı olarak erken çocukluk dönemine kadar sürdüğü bilinmektedir (Tromp ve ark. 2017).

2.5.2.Anne sütü ile beslenmenin anneye faydaları

Emzirmenin anneler üzerinde de kısa ve uzun dönemli birçok faydası vardır. Emzirmenin başlaması ile anne dolaşımında yükselen oksitosin hormonu uterus kasılma sıklığını artırarak uterusun hem normal boyutlara daha erken dönmesini sağlar hem de kanama riskini(Sobhy ve ark. 2004). Bazı şartlarla birlikte ilk 6 ay boyunca SAS verilen bebeklerin annelerinde laktasyonel amenore gelişir ve doğum kontrolü sağlanabilir. Ayrıca emziren annelerde postpartum depresyonun daha az görüldüğünü ve annelerin

doğum öncesi kilolarına daha erken döndüğünü gösteren çalışmalar vardır(Chowdhury ve ark. 2015).

Emzirme süresi bir yıldan daha fazla olan kadınlar da over kanserinin görülme riskinin %40, meme kanserini görülme riskinin ise %25 oranında azaldığı çalışmalarla gösterilmiştir. Emzirme aynı zamanda endometrium kanseri görülme riskini de azaltmaktadır. Emziren kadınlarda hipertansiyon, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların daha az geliştiği ayrıca osteopoz riskinin de azaldığı gösterilmiştir (Chowdhury ve ark. 2015; Jordan ve ark. 2017) .

2.5.3. Anne sütünün toplum için faydaları

Emzirme doğaldır, ücretsizdir, hazırdır, herhangi bir hazırlık gerektirmez ve anne ile bebeği arasındaki bağı daha iyi sağlar. Emzirme aile refahına katkıda bulunur ve formül süt veya anne sütü ikameleri ile sağlık ve hastane masraflarından tasarruf sağladığı için hane üzerinde olumlu bir etkisi vardır. Emzirilen çocuklar daha sağlıklıdır ve ebeveynleri işte daha üretkendir, çünkü daha az izne ihtiyaç duyarlar, bu da daha yüksek ücretlere ve artan üretkenliğe yol açar. Sadece anne sütü ile beslenmenin rolü bir ülkenin kalkınmasında önemlidir. SAS ile beslenme oranlarının yüksek olduğu ülkeler, çocuklarının sağlıklarının iyi olmasını ve daha uzun vadede ülkelerinin sağlığı ve refahı üzerinde kalıcı bir etki bekleyebilirler (Rollins ve ark. 2016).

Emzirme, önlenabilir çocuk ölümlerini sona erdirerek, anne ve çocuk sağlığını geliştirerek sadece bireylere, ailelere ve toplumlara fayda sağlamakla kalmaz, aynı zamanda bir ülkenin kalkınmasının da temelini oluşturur. Emzirme, çocuklar ve anneler için uzun vadeli sağlık yararları sağlar ve daha uzun vadede eğitim başarısını ve ekonomik üretkenliği ve kazançları artırabilir. Emzirmeme daha düşük zekâ ve yıllık yaklaşık küresel olarak dünya gayri safi milli gelirinin %0,49'u ile ilişkili olduğundan, emzirmeme maliyeti son derece yüksektir. Artan emzirme oranlarının daha akıllı, daha üretken işçi ve liderlerin yetiştirilmesine yardımcı olarak küresel ekonomiye yıllık 300 milyar ABD doları ekleyebileceği araştırmalarla gösterilmiştir (Rollins ve ark. 2016; Bartick ve ark. 2010).

Emzirme uygulaması, ambalajlama, depolama, taşıma veya hazırlama için yakıt gerektirmeyen ve hiçbir kirlilik etkisi içermeyen doğal ve yenilenebilir bir gıda sağlayarak çevresel sürdürülebilirliğe katkıda bulunur(Rollins ve ark. 2016).

Emzirme, değişik sosyoekonomik özelliklere sahip gruplar arasında sağlık,sosyal, eğitim ve gelir alanındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına katkı sunarak sosyal adaleti sağlar. Birçok Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (SKH) ile ilişkili olduğundan emzirmeyi iyileştirmek SKH'ne ulaşmada kilit bir itici güç olabilir (UN/SDG17).

2.6.Annesütü ile beslenmenin korunması ve desteklenmesi

Emzirme, beslenme, sağlık ve hayatta kalma, ekonomik büyüme ve çevresel sürdürülebilirlik konularında küresel hedeflere ulaşmak için kritik öneme sahiptir. Emzirme, her çocuğın ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkını gerçekleştirmenin hayati bir bileşenidir. Emzirmenin çocuk,anne ve toplum sağlığına kısa ve uzun vadeli faydaları vardır. Bu etkilerinden dolayı DSÖ bebeklerin ilk 6 ayın sonuna kadar SAS ile beslenmesini ve 6.ayın sonunda yaşı ile uyumlu tamamlayıcı gıdaların eklenerek emzirmenin en az 2 yıl boyunca devam ettirilmesini önermektedir(WHO,2001). Yeni doğmuş bir bebek için hayatının ilk saatleri ve günleri, emzirmeyi başlatmak ve annelerine başarılı bir şekilde emzirebilmeleri için ihtiyaç duydukları desteği sağlamak açısından çok önemli zamanlardır. Ancak UNİCEF verilerinde de görüldüğü gibi bu destek her zaman ve/veya gereken şekilde sağlanmamaktadır. Küresel olarak bakıldığında bebeklerin ve çocukların çoğu bu önerileri karşılayacak şekilde beslenememektedir. Dünya genelinde bebeklerin sadece % 48'i doğumu takip eden ilk bir saat içerisinde emzirilmeye başlanırken, SAS ile beslenen altı aylıktan daha ufak bebeklerin oranı ise % 44'tür. 2 yaşında halen anne sütü alan çocukların oranı ise %44 düzeyindedir((Global Breastfeeding Scorecard, 2021). Başta sağlık çalışanları olmak üzere annenin çevresi tarafından, emzirmenin gecikmeli başlaması, prelakteal gıdaların ve gereksiz takviyelerin verilmesi, anne ve bebeğin ayrılması gibi emzirmenin başlatılmasına engel olan yanlış müdahaleler uygulanabilmektedir. Bu müdahaleler erken bırakmaya yol açan emzirme zorlukları riskini önemli ölçüde artırmaktadır(Kondolot ve ark. 2009). Bu nedenle annelerin ve ailelerin emzirme hakkında kanıta dayalı bilgi ve danışmanlık almaları ve emzirmeyi olumsuz etkileyen ticari çıkarlardan korunmaları gerekir.

Bebeğini emzirme niyeti olan bir annenin başarısı için sağlık çalışanlarının, ailenin, toplumun,arkadaş çevresinin, sağlık yöneticilerinin,politika uygulayıcıların, iş ortamının katkısı çok önemlidir. Emzirmenin öncelendiği ve desteklendiği sağlık

kuruluşlarında gerçekleşen doğumlarda bebeklerin emzirilme ihtimallerinin yüksek olacağı açıktır. Anne ve çocuk sağlığı hizmeti sağlayıcılarının, anneleri emzirmeyi başlatma ve önerilen şekilde sürdürme konusunda destekleyebilmeleri ve emzirme uygulamalarına yönelik uzman tavsiyeleri için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir((Ergin ve ark,2017.)). Gebelik döneminden başlayarak annenin emzirme ve laktasyon hakkında bilgilendirilmesi, doğumun yapıldığı kurumdaki anne ve bebeğe yönelik uygulamalar, doğum sonrası erken dönemde yapılan danışmanlık hizmetleri ile sonrasındaki destek grup faaliyetleri emzirminin başlatılması ve sürdürülmesinde çok önemli yer tutar.

2.6.1 Anne sütü ile beslenmenin korunmasında ve desteklenmesinde tarihsel süreç

19.yüzyıla kadar emzirmek neredeyse tüm toplumlarda geleneksel bir uygulama olmuştur ve sosyokültürel çevre ve ekonomik durum ne olursa olsun hemen hemen her çocuk anne sütüyle bir süre beslenmiştir (Sokol ve ark,2007). Anneler hastalık, ölüm vb. sebeplerle emziremeyecek durumdayken bile başka kadınların bebekleri emzirmeleri öğütleniyordu. Süt annesi olarak adlandırılan bu kadınlar zamanla, özellikle varlıklı aileler için emzirme hizmetleri için kolayca ve yaygın olarak kullanılabilir hale geldi. Sütannelik hizmetlerinin onaylanmamasına ve giderek artan bir şekilde reddedilmesine rağmen, uygulama 18.ve 19. yüzyıllara kadar devam etti (Fildes ve Breasts 1986.). On dokuzuncu yüzyılın ortalarında ilk anne sütü ikamelerinin icat edilmesini takiben tüm dünyada formül süt kullanımı yaygınlaştı. Önce varlıklı, sonra yoksul çalışan annelerden başlayarak, anne sütü ikamelerinin kullanımı, özellikle yoğun reklamlar ve sağlık çalışanlarının da önerisi ile gittikçe arttı. Buna paralel olarak formül süt kullanımının 19.yüzyılın sonlarından 20. yüzyılın büyük bir kısmında kullanımının artması ile emzirme oranları Avrupa ve Kuzey Amerika'da hızlı ve ciddi oranlarda düştü. Kadınların endüstri devrimi ile iş hayatına katılımlarındaki artış ve biberon kullanımının modernlik göstergesi olarak sunulması da bu düşüşte etkili oldu (Palmer 2009; Gür 2019). Ancak bu düşüşün etkileri ve yapay beslenmenin zararları birçok ülkede bebek ölümlerinin artışı ile kendini gösterdi. Yapay olarak beslenmiş sayısız bebek ishal gibi bulaşıcı hastalıklara yakalandı. Emzirilen bebeklere göre ciddi hastalık ve ölüm oranları çok daha yüksek oldu. Diğer taraftan yetersiz ve uygun olmayan emzirme uygulamalarının sıklıkla tüm çocuk ölümlerinin yarısından fazlasının ana nedeni olan çocuk malnutrisyonuna yol açtığı araştırmalarda gösterildi(Sokol ve ark.

2007). Tüm bu gelişmeler bebeklerin hayatta kalması ve sağlığı için anne sütüyle beslenmenin öneminin tekrar vurgulanmasının ve desteklenmesinin zorunlu olduğunu ortaya koydu.

Bu kapsamda, 20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren anne sütü ile beslenmenin desteklenmesi ve korunması temelinde dünya genelinde birçok strateji ortaya konmuş ve uygulama kılavuzları yayınlanmıştır. Bunların en önemlilerinden birisi 1981 yılında DSK'nin 34. birleşiminde kabul edilen ve bir milat olarak görülebilecek olan emzirmenin korunması ve teşvik edilmesi kılavuzluğunda, gerektiğinde anne sütü yerine geçen ürünlerin doğru şekilde kullanılmasına imkân vererek, tüm bebeklerin güvenli ve optimal beslenmelerine imkân sağlamayı amaçlayan Uluslararası Anne Sütü İkame(anne sütü yerine geçen) Ürünlerinin Pazarlama Yasası(Mama Kodu)'dır (WHO/CODE, 2017).

Birleşmiş Milletler tarafından 1989 yılında kabul edilen Çocuk Haklarına Dair Sözleşme de anne sütü ile beslenmenin korunmasında ve desteklenmesinde bir diğer önemli kilometre taşıdır. Bu sözleşme de anne sütü ile beslenme tüm çocuklar için bir insan hakkı olarak kabul edilmiştir(Ergin ve ark. 2017). Yine 1989 yılında DSÖ ve UNICEF, annelik ve yenidoğan hizmetleri sunan tesislerin emzirmeyi desteklemek için uygulaması gereken bir politika ve prosedürler paketi dahilinde Başarılı Emzirmenin On Adımı'nı (On Adım) yayınladı(WHO, 2018). 1990 yılında Floransa'da kabul edilen emzirmenin korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesine ilişkin Innocenti Bildirgesi (UNICEF, 1990) tüm hükümetleri, doğum ve yenidoğan hizmetleri sunan her tesisin On Adım'ın 10'unu tam olarak uyguladığından emin olmaya çağırdı. 1991 yılında DSÖ ve UNICEF, dünya çapında doğum ve yenidoğan hizmetleri sunan tesisleri On Adım'ı uygulamaya motive etmeye yardımcı olmak için BDHG'ni başlattı (WHO, 1999). On Adım'a tam olarak uyduklarını ve ayrıca Anne Sütü İkame Ürünlerinin Uluslararası Pazarlama Yasasına ve ilgili Dünya Sağlık Konseyi (DSK) kararlarına tam olarak uyduklarını belgeleyen tesisler, “Bebek Dostu” olarak nitelendirilmiştir(WHO, 1999).

Bundan sonra da On Adım stratejisinin önemini ve uygulanmasını vurgulayan çok sayıda uluslararası sağlık bildirimleri olmuştur. 2002 yılında onaylanan “Bebek ve

Küçük Çocuk Beslenmesine Yönelik Küresel Strateji” dokümanı, doğum ve yenidoğan hizmetlerinin sunulduğu bütün sağlık kurumlarında On Adım’ın uygulanması için tekrar çağrı yapmıştır (WHO/IYCF, 2003). İnnocenti ortakları 2005 yılında Innocenti Bildirgesi’nin 15. yılı vesilesi ile BDHG’nin yeniden canlandırılmasına yönelik yeni bir eylem planı ortaya koymuştur (UNICEF, 2006). Bunu takiben 2006 yılından başlayan güncelleme çalışmaları 2009 yılında tamamlanarak On Adım ve BDHG’nin ilk revize şekli yayınlanmıştır (WHO, 2009). Bu yeni pakete mevcut önerilere ilave olarak emzirmeyen anneler ve HIV(+) anneler içinde öneriler eklenmiştir. Ayrıca bu paket “Anne dostu bakım” için yönergeler içeriyordu ve toplum ile diğer sağlık tesislerindeki emzirme dostu uygulamaları da tanımlıyordu (WHO,2009). 2012 yılında, 65. Dünya Sağlık Konseyi’nde “Anne, Bebek, Küçük Çocuk Beslenmesi Kapsamlı Uygulama Planı” çerçevesinde, içinde ilk altı ay da SAS ile beslenme düzeyinin dünya genelinde 2025 yılına kadar %50’ye ulaşmasının da olduğu altı küresel beslenme hedefi onaylandı (WHA, 2012). Bundan iki yıl sonra, Birleşmiş Milletler Beslenme Üzerine Eylem On Yılı’nın temelini oluşturan 2014 İkinci Uluslararası Beslenme Konferansı Eylem Çerçevesi kapsamında, tüm devletlere “Bebek Dostu Hastane Girişimi” dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin emzirmeyi korumasını, teşvik etmesini ve desteklemesini sağlayacak politikalar, programlar ve eylemler uygulama çağrısı yapıldı. 2015 yılında DSÖ ve UNICEF, BDHG programını yeniden değerlendirmek ve canlandırmak için tekrar yeni bir süreç başlattı. Değişen ihtiyaçlar ve uygulamalara ait bilimsel kanıtlar rehberliğinde BDHG’nin uygulamaları DSÖ ve UNICEF tarafından ikinci defa gözden geçirildi ve On Adım Stratejisi tekrar güncellenerek 2018 yılında BDHG’nin son hali yayınlandı (WHO, 2018). Bu güncelleme ile, On Adım “kritik yönetim prosedürleri (adım 1, 2)” ve “temel klinik uygulamalar (adım 3-10)” olmak üzere iki bölüme ayrılmıştır. Ayrıca, “Mama Kodu’nun ve ilgili Dünya Sağlık Asamblesi Kararlarının tam uygulanması” ve “sürekli izleme ve veri yönetim sistemlerinin oluşturulması” maddeleri 1. adıma entegre edildi (Çaylan ve ark. 2021).

2.7.Başarılı Emzirme

Başarılı emzirme, tıbbi bir zorunluluk olmadıkça bebeklerin ilk 6 ay SAS ile beslenmesi ve 6. ayın sonunda yaş ile uyumlu tamamlayıcı beslenme ile anne sütü ile beslenmenin en az 2 yaşa değin sürdürülmesidir. Başarılı emzirme sarı bir kurdele olarak sembolize edilmiştir. Rengin altın sarısı olması emzirmenin bebek beslenmesi

için altın standart olarak kabul edildiğini göstermektedir. Kurdelenin uçlarından bir anneyi diğeri bebeği temsil eder. Kurdelenin her iki tarafı simetrik ve bu hem annenin hem de çocuğun başarılı emzirme için eşit şekilde gerekli ve hayati olduğunu vurgular. Kurdelenin düğümü ise baba, aile ve toplumu sembolize eder. Düğüm olmadan kurdele olmadığı gibi destek olmadan da emzirmenin başarılı olamayacağını belirtir (WABA).

2.7.1.Bebek dostu hastane girişimi

BDHG, DSÖ ve UNİCEF tarafından uygulamaya konulan ve emzirmenin her yönüyle iyileştirilmesini(emzirmeye erken başlama, daha uzun emzirme süresi ve sadece anne sütü ile beslenme,vb.) amaçlayan bir kalite iyileştirme programıdır. BDHG anneler ve bebekleri için klinik bakımda en uygun hizmeti sağlamaya odaklanmaktadır. 1991'den beri BDHG, Başarılı Emzirmenin On Adımı'na dayanarak, emzirmeyi daha iyi desteklemek için dünya çapında doğum ve yenidoğan hizmetleri sunan tesislerin motive edilmesine yardımcı olmuştur (WHO, 2018). BDHG'nin temel amacı, annelerin ve yenidoğanların, doğum ve yenidoğan hizmetleri sunan bir tesiste kalışları öncesinde ve sırasında zamanında ve uygun bakım almalarını ve yenidoğanların sağlıklarını ve gelişimlerini destekleyen optimal beslenmelerini sağlamaktır. Emzirmenin kanıtlanmış önemi göz önüne alındığında (Victoria CG ve ark.2016). BDHG emzirmeyen yenidoğanların zamanında ve uygun bakım ve beslenmesini sağlarken emzirmeyi korur, teşvik eder ve destekler. BDHG'nin temelini oluşturan On Adım, sağlık tesislerine ve sağlık çalışanlarına, daha fazla annenin başarılı bir şekilde emzirmesine yardımcı olmak için ihtiyaç duydukları rehberliği sağlar. Her yeni doğmuş bebeğe hayata en sağlıklı başlangıcı verebilmenin en önemli yoludur. BDHG ve On Adım'ın uygulanmasının emzirme oranlarını önemli ölçüde artırdığına dair önemli kanıtlar vardır (Perez ve ark. 2016).

Dünyanın değişik kıtalarında bulunan 19 farklı ülkede gerçekleştirilmiş olan 58 çalışmayı kapsayan bir sistematik derleme de BDGH ve On Adım'a bağlılık, kısa vadeli, orta vadeli ve uzun vadeli emzirme sonuçları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca bu çalışma da kadınların maruz kaldığı BDGH uygulamalarının sayısı ile emzirme sonuçlarının iyileşme olasılığı (erken emzirme başlangıcı, hastaneden taburcu olduğunda SAS ile besleme, herhangi bir süre emzirme

ve SAS ile besleme süresi) arasında pozitif yönde bir doz-yanıt ilişkisi saptanmıştır (Perez ve ark. 2016).

BDHG'nin başladığı 1991 ile 2014 yılları arasındaki çalışmaların sistematik olarak gözden geçirildiği diğer bir araştırmada ise genel olarak bakıldığında, incelemeye dahil edilen araştırmaların çoğunluğu, BDHG'nin, emzirme başlangıcını, uzun süreli emzirme süresini ve sadece anne sütü ile beslenme oranlarını arttırmak için etkili bir müdahale olduğunu destekleyen sonuçlar ortaya koymuştur (Howe-Heyman 2016).

BDHG'nin etkinliğini değerlendiren en önemli çalışmalardan biri de Kramer ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yayınlanmıştır. Belarus Cumhuriyeti'ndeki 31 hastaneyi BDHG müdahale grubuna veya standart bakıma rastgele atama şeklinde tasarlanmış ve 17 046 anne-bebek çiftinin dahil olduğu bu randomize kontrollü çalışma da 3.ayda ,6.ayda ve 12.ayda emzirme oranları BDH olan hastanelerde anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Ayrıca 3. ayda bebeklerini sadece emziren kadınların oranı BDH grubunda, kontrol grubundan 7 kat, 6. ayda ise 12 kat daha fazla bulunmuştur(Kramer ve ark. 2001). 2012 yılında Venancio ve arkadaşları tarafından yayınlanan ve 65936 bebeğin dahil edildiği büyük bir çalışmada da, BDH'lerde doğmuş bebeklerin yaşamın ilk saatinde anne sütüyle beslenme olasılığı ve BDH'lerde doğmuş 2, 3 ve 6 aylıktan küçük bebeklerde sadece anne sütüyle beslenme olasılığı BDH'lerde doğmamış bebeklerden yüksek bulunmuştur (Venancio ve ark. 2012).

BDHG uygulamaları öncesi ve sonrasını karşılaştıran bir prospektif kohort çalışması BDHG müdahalelerinin uygulandığı bebeklerin, BDHG'den önce doğanlardan önemli ölçüde daha uzun süre emzirildiğini göstermiştir (Braun ve ark. 2003). Bu çalışma aynı zamanda BDHG'nin temel sosyal haklardan mahrum çocuklar arasında daha etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Rusya'da BDH olarak kabul edilen ve edilmeyen hastanelerde doğan bebeklerin emzirme sürelerini değerlendiren deneysel bir çalışma BDH uygulamalarının, tüm emzirme oranlarını (erken başlama,toplam süre ve SAS ile besleme süresi) artırdığını bulmuştur(Abolyan L.V. 2006). Benzer şekilde Tayvan ve Kanada'da kontrol gruplarıyla yapılmış yarı deneysel çalışmalarda da BDH uygulamalarının emzirme sürelerini arttırdığına dair güçlü kanıtlar saptanmıştır (Gau 2004; Martens 2000).

Ülkemizde Duyan Camurdan ve ark, tarafından yapılan ve aynı hastanenin BDH olmadan öncesi ve sonrasında doğan bebeklerin emzirme oranlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada ise BDHG uygulamasının emzirme süresinde 1,5 kat artırdığı saptanmıştır. Bu çalışma aynı zamanda ilk 6 ay da SAS ile beslenme ve ikinci yılın sonunda kümülatif emzirme oranlarının BDH oduktan sonra doğan bebeklerde anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bulmuştur.(Camurdan ve ark. 2007).

Diğer taraftan çalışmalardaki bulgular, BDH adımlarının(On Adım) kısmi uygulanmasının bile emzirme sonuçlarını iyileştirdiğini ancak uygulanan adım sayısı ile emzirme sonuçlarının artışı arasında bir doz-yanıt sinerjistik ilişkisi olduğunu göstermiştir (Digirolamo ve ark., 2001). On Adım'ın her birinin yapısal ve fizyolojik olarak diğerleriyle oldukça bağlantılı olması ve adımların birbirleriyle olan pozitif yönlü istatistiksel ilişkisinin bunda etkili olduğu düşünülmektedir (Merewood ve ark. 2005).

Ayrıca doğum ve yenidoğan tesislerine odaklanan BDHG çabaları sonucunda elde edilen kısa vadeli emzirme kazanımlarının uzun vadeli sürdürülebilirliği için toplum desteğinin (10. adım) çok önemli olduğu gösterilmiştir (Perez ve ark. 2016). Brezilya'da Coutinho tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışma, herhangi bir emzirme ve SAS ile beslenme süresi üzerindeki uzun vadeli etkiler için 10. adımın (akran danışmanların ev ziyaretleri olarak tanımlanmıştır) yeterli şekilde uygulanmasının gerekli olduğunu bulmuştur.(Coutinho ve ark. 2005).

BDHG, başlatılmasından bugüne kadar neredeyse dünyadaki tüm ülkelerde emzirmeyi desteklemek için uygulanmıştır.Bebek dostu olarak belirlenen sağlık kuruluşu sayısının 2009 yılında 156 ülkede 20.000'den fazla olduğu saptanmıştır(Casanovas ve Saadeh, 2009). 2011 yılında yapılan bir çalışmada da dünyadaki 131 ülkede o zamana kadar belirlenmiş en az 21328 doğum ve yenidoğan hizmeti veren bebek dostu sağlık kuruluşu olduğu tahmin edilmiştir (Labbok, 2012). BDHG'nin başlatılmasından 25 yıl sonra , DSÖ ve UNICEF tarafından girişimin dünya genelindeki ülkelerde mevcut durumunu belirlemek için kapsamlı bir araştırma yapılmıştır. 2016'nın ikinci yarısında 2. Küresel Beslenme Politikası İncelemesi kapsamında DSÖ 194 üye devletinin tamamına bir dizi beslenme politikası ve programının uygulanması hakkında sorular içeren anket gönderdi. Ankete Bebek Dostu Hastane Girişimi'nin uygulanmasına ilişkin bir dizi soru dahil edildi (WHO/BFHI, 2017).Yanıtlar Ağustos 2016 ile Ocak 2017 arasında alındı. Toplam 117 ülke BDHG

modülüne yanıt verdi. DSÖ ayrıca yanıt vermeyen ve ya kapsam bilgisi sağlamayan ülkeler için ek kaynaklardan veri elde etti. Bu kaynaklar içinde 2016 BDHG Sanayileşmiş Ülkeler Ağı, Latin Amerika ve Karayipler'de BDHG uygulaması üzerine 2014 Pan Amerikan Sağlık Örgütü anketi, 2013 UNICEF Nutridash anketi ve Uluslararası Bebek Maması Eylem Ağı'nın (IBFAN) Dünya Emzirme Eğilimleri Girişimi (WBTi) veritabanı yer almaktadır. Birden fazla veri kaynağı bulunan ülkeler için en son rapor kullanılmıştır.

Anketi yanıtlayan ülkelerin büyük çoğunluğu (% 86) Bebek Dostu Hastane Girişimi'ni (şu anda uygulamak veya geçmişte uygulamış olmak dahil) uyguladıklarını bildirdi. 117 ülkeden 16'sı (%14) ise girişimi hiç uygulamadıklarını belirttiler. Genel olarak ülkelerin % 71'inde 2016-17 itibarıyla aktif olarak halen uygulanan bir BDHG programına sahip oldukları saptanmıştır.

BDHG kapsamı, halen Bebek dostu olarak belirlenmiş tesislerde gerçekleşen doğumların yüzdesi olarak tanımlanır. Anketin sonucuna göre ancak, beş ülkeden biri(%20) tesislerinin yarısından fazlasını bebek dostu unvanına sahip olduğunu belirtmiştir. 168 ülkeden derlenen verilere dayanarak, BDHG'nin genel kapsamının 2016 itibarıyla % 10 olduğu tahmin edilmektedir. Diğer bir deyişle tüm dünyada bebeklerin ancak %10'unun bebek dostu bir hastanede doğduğu tahmin edilmektedir. Bu oran, bölgeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Avrupa bölgesinde % 35'in üzerinde iken Afrika ve Güneydoğu Asya'da % 5'ten azdır (WHO/ BFHI, 2017).

BDHG'nin , yanıt veren ülkelerin yarısından biraz fazlasında ulusal hükümet tarafından denetlendiği görülmüştür. Ulusal komiteler ve sivil toplum kuruluşları da programı denetleyen diğer birimlerdir. Amerika ve Avrupa'daki hükümetlerin çoğu BDHG'nin finansmanına katkıda bulunmazken, Afrika, Güneydoğu Asya , Batı Pasifik ve Doğu Akdeniz bölgelerindeki hükümetlerin çoğunluğunun finansmana katkı sağladığı tespit edilmiştir. DSÖ ve UNICEF kılavuzları, bebek dostu unvanına sahip olan tesislerin kriterlere uymaya devam etmelerini sağlamak için yaklaşık üç yılda bir yeniden değerlendirilmesi gerektiğini önermesine rağmen aktif bir BDHG programına sahip ülkelerin yalnızca yarısının bir yeniden değerlendirme sürecini uygulamaya koyduğu ve yeniden değerlendirmelerin çoğunun 5 yıldan daha uzun süreli periyodlarla yapıldığı saptanmıştır (WHO/ BFHI, 2017).

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından dünyadaki gelişmelerle eş zamanlı olarak 1991 yılında “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı” yürürlüğe konmuştur. Başarılı Emzirme İçin On Adım Stratejisi, Mama Kodu, Küresel Bebek ve Küçük Çocuk Beslenme Stratejisi prensiplerinin uygulanmasını içeren programın koordinasyonu Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından programın daha etkin uygulanmasını sağlamak amacıyla içinde Sağlık Bakanlığı temsilcileri, “Ulusal Bebek Dostu Değerlendirme Ekibi” üyeleri , konunun uzmanı akademisyenler, sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri ve saha çalışanlarının bulunduğu “Ulusal Emzirme Üst Komitesi” ve “Bilim Kurulu” oluşturulmuştur. Bu üst kurulların önerileri doğrultusunda programla ilgili politikaların oluşturulması, geliştirilmesi ve ilgili mevzuatın hazırlanması Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülür. Bakanlık ayrıca sağlık kuruluşlarının bebek dostu olarak belgelendirilmesinden, izlenmesinden, değerlendirilmesinden ve denetlenmesinden de sorumludur (Çaylan ve Yalçın, 2021). 2002 yılında ilk altı ay SAS ile beslenme düzeyinin artırılmasına yönelik Bilim Kurulu’nun önerileri doğrultusunda, BDHG’nin birinci basamak sağlık hizmetlerinde de uygulanmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda “Bebek Dostu Sağlık Ocakları” programı başlatılmış olup dönüşümle birlikte bu program “Bebek Dostu Aile Hekimliği” olarak sürdürülmüştür. Bu programla BDH’lerde başlatılmış olan emzirme danışmanlık ve destek hizmetlerinin taburcu olduktan sonra da sağlam çocuk izlemelerinin yapıldığı birimlerde de sürdürülmesi amaçlanmıştır. Aynı yıl emzirme desteğini yaygınlaştırmak ve geliştirmek amacı ile “Bebek Dostu İl Programı” başlatılmıştır. Bu program 2008 yılında “Altın Bebek Dostu İl” olarak geliştirilmiştir. Belirlenen kriterleri karşılayan illere tekrar değerlendirme yapılmak şartı ile 5 yıl süreli olarak bu ünvanlar verilmiştir. 2012 yılında da, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) emzirmeyi desteklemek amacı ile , Bebek Dostu YYBÜ Programı başlatılmıştır (Çaylan ve Yalçın, 2021).

Bebek dostu unvanı almak isteyen sağlık kuruluşlarının değerlendirilmesi, “Ulusal Değerlendirme Ekibi” tarafından yapılır. Bu ekip Sağlık Bakanlığı’nın belirlediği ve eğitim verdiği gönüllü sağlık çalışanlarından oluşur. Unvan için başvuran hastaneler ulusal değerlendirme ekipleri tarafından değerlendirildikten sonra rapor Üst Komite’ye sunulur ve bebek dostu unvanı için nihai kararı Üst Komite verir. Bebek dostu unvanının geçerlilik süresi 5 yıldır. Süre bitince tekrar değerlendirilen hastaneler

eğer kriterlere uygun iseler unvanı korumaya devam ederler. Kriterlere uymayan hastaneler ise ya ek süre verilip tekrar denetlenir ya da unvanı geri alınarak yeni bir belgelendirme sürecine tabi tutulur (Çaylan ve Yalçın, 2021). 2020 sonu itibari ile ülkemizdeki BDH sayısı 1.329'a (1.109'u halen aktif) ulaşmıştır ve bunların 1.109'u halihazırda aktiftir. Ülkemiz'deki tüm doğumların neredeyse %98'i BDH olan hastanelerde gerçekleşmektedir. Aile Hekimliği Birimleri'nin %96,6'sı bebek dostu unvanına sahiptir. Yine 2020 yıl sonu itibari ile ülkemizdeki tüm iller Bebek Dostu İl ve yetmiş ilimizde Altın Bebek Dostu İl unvanı almıştır. Bebek dostu yenidoğan yoğun bakım ünitesi sayısı da 171'e ulaşmıştır (Çaylan ve Yalçın 2021).

2.7.2.Başarılı emzirmede 10 adım

1989 yılında DSÖ ve UNİCEF tarafından, annelik ve yenidoğan hizmetleri sunan tesislerde emzirmeyi desteklemek için uygulanması gereken bir politika ve prosedürler paketi olarak yayınlanan Başarılı Emzirmenin On Adımı'na yönelik, gereksinimler ve her bir adım için ortaya çıkan kanıtlar ışığında 2015 yılında DSÖ tarafından yeniden gözden geçirme ve değerlendirme çalışmaları başlatılmış, 2017 yılında doğum ve yenidoğan hizmetleri sunan tesislerde emzirmenin korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi için yeni bir kılavuz yayınlanmıştır (WHO, 2017). Bunu takiben On Adım Stratejisi tekrar güncellenerek 2018 yılında BDHG'nin son uygulama rehberi yayınlandı (WHO, 2018). Yeni rehber de her bir adımın temel amacı 1989 versiyonu ile aynı olmakla birlikte adımlar 2 alan altında toplanmıştır. Güncel kılavuz, bakımın tutarlı ve etik bir şekilde yapılmasını sağlamak için gerekli yönetim prosedürlerini ele alan ilk iki adımı ve annelerin ve bebeklerin klinik bakım standartlarını belirten diğer sekiz adımı birbirinden ayırmaktadır. Tesis emzirme politikası ile ilgili 1. Adım üç bileşeni içerecek şekilde değiştirilmiştir ve Kod'un uygulanması bu adımın bir parçası olarak dahil edilmiştir. Buna ek olarak, klinik uygulamalara uyumun sürekli olarak içsel izlenmesi gereği 1. adıma dahil edilmiştir. Kanıtlar doğrultusunda ve tüm tesisler için uygulanabilir olduklarından emin olmak için bazı adımlar uygulamalarında basitleştirilmiştir. Güncellenmiş On Adım Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

1. Kuruluştta anne sütü ve emzirmenin korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi amacıyla bir emzirme politikası oluşturulur.

a. Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanmasıyla İlgili Uluslararası Yasa ve Dünya Sağlık Asamblesi'nin ilgili kararları eksiksiz şekilde uygulanır.

Anneler ve aileler, doğum öncesi, perinatal ve postnatal dönemde bebeklerinin beslenmesi konusunda karar verirken ,anne sütü ikamelerinin pazarlanmasına karşı en savunmasız haldedir. DSK, sağlık çalışanlarını ve sağlık sistemlerini, aileleri ticari baskılardan korumak için Uluslararası Anne Sütü Yerine Koyma Pazarlaması Kanunu ve müteakip ilgili DSK kararlarına (Kod) uymaya çağırıştır. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin, mesleki faaliyetlerini ve yargılarını etkileyebilecek ticari etkilerden korunmaya ihtiyaçları vardır. Anne sütü ikamesi, biberon ve emzik vb. Kod kapsamındaki ürünleri pazarlayan şirketlerin, Kod'u tekrar tekrar ihlal ettiği bulunmuştur (Ching ve ark. 2021). Anne sütü ikamelerinin teşviki, emzirme için en büyük zarar verici faktörlerden biri olduğundan, analık ve yenidoğan hizmetleri sunan kuruluşlar için Kod'a uyum önemlidir ve bu madde , sağlık tesislerine ilişkin açık sorumluluklar ortaya koymaktadır (WHO, 2018). Kod içeriği ile ilgili bilgiler bölüm 2.2.2.4'de ayrıca verilmiştir.

b. Personel ve ebeveynlerle düzenli aralıklarla paylaşılan, yazılı bir bebek beslenme politikası oluşturulur.

Politika, tutarlı bir şekilde tüm annelere uygulanmasını sağlamak için her bir klinik ve bakım uygulamasının nasıl uygulanması gerektiğine dair rehberlik içermelidir. Politika, uygulamayı yönlendirir. Politikalar, uygulamaların zaman içinde sürdürülmesine yardımcı olur ve tüm sağlık çalışanları için standart bir beklenti dizisini iletir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve kurumlarının yerleşik politikalara uyması gerekir. On Adımda belirtilen klinik uygulamaların, uygun bakımın tüm annelere ve bebeklere eşit olarak sağlandığını ve her bakım sağlayıcısının tercihlerine bağlı olmadığını garanti etmek için tesis politikalarına dahil edilmesi gerekir. Yazılı politikalar, hastaların tutarlı, kanıta dayalı bakım almalarını sağlamanın yoludur ve personelin hesap verebilirliği için temel bir araçtır (WHO, 2018).

c. Sürekli izleme ve veri yönetim sistemleri kurulur.

Annelik ve yenidoğan hizmetleri sunan tesislerin, emzirme ile ilgili klinik uygulamaların kayıt ve izlenmesini kendi kalite iyileştirme / izleme sistemlerine entegre etmeleri gerekir. Temel klinik uygulamaların tesis temelli izlenmesi için göstergeler önerilmiştir. Göstergelerden ikisi, emzirmeye erken başlama ve sadece anne sütü ile besleme, “sentinel(nöbetçi-koruyucu) göstergeler” olarak kabul edilir. Tüm tesisler, her anne-bebek çifti için bu göstergeleri rutin olarak izlemelidir. Bu nöbetçi göstergeler hakkındaki bilgilerin kaydı tıbbi tablolara dahil edilmeli ve ilgili kayıtlarda harmanlanmalıdır. Bir tesis içindeki BDHG ile ilgili faaliyetleri koordine eden grup veya komitenin en az 6 ayda bir ilerlemeyi gözden geçirmesi gerekir (WHO, 2018).

2. Personelin emzirme konusunda annelere destek olmak için gereken bilgi, yetkinlik ve becerilerle donatılması sağlanır.

Emziren anneler için zamanında ve uygun bakım, ancak personelin bunu gerçekleştirecek bilgi, yetkinlik ve becerilere sahip olması halinde sağlanabilir. Sağlık personelinin eğitimi, etkili beceriler geliştirmelerine, tutarlı mesajlar vermelerine ve politika standartlarını uygulamalarına olanak tanır. Personelin herhangi bir eğitim almadıkları bir konuda bir uygulama yapması veya hastayı eğitmesi beklenemez. Genel olarak, bu kapasiteyi geliştirme sorumluluğu ulusal hizmet öncesi eğitim sistemine aittir. Ancak, personel kapasitesi yetersizse, doğum ve yenidoğan hizmetleri sunan tesislerin bu kapasiteyi güçlendirmek için, tesiste kurslar sunarak veya personelin başka bir yerde kurs almasını zorunlu kılarak düzeltici önlemler alması gerekecektir (WHO, 2018). Sağlık çalışanlarının eğitiminin emzirme, uygulama ve diğer kritik sonuçlar üzerindeki etkisini inceleyen iki sistematik derleme, sağlık çalışanlarının eğitiminin bilgiyi ve Bebek Dostu Hastane Girişiminin uygulanmasına uyumu artırdığını göstermiştir (Balogun ve ark. 2017; Gavine ve ark 2016).

3. Hamile kadınlar ve aileleri emzirmenin önemi ve yönetimi konusunda bilgilendirilir.

Tüm hamile kadınlar bilinçli kararlar verebilmek için emzirme konusunda temel bilgilere sahip olmalıdır. Sistematik bir gözden geçirme, annelerin genellikle doğum öncesi dönemde bebek beslemesinin yeterince tartışılmadığını düşündüklerini ve emzirmeden ne bekleyeceklerine dair yeterince tartışma olmadığını göstermiştir (Perez ve ark. 2016). Hamilelik, kadınları emzirmenin önemi hakkında bilgilendirmek, karar

vermelerini desteklemek ve başarısını kolaylaştıran loğusa bakımı uygulamalarını anlamalarının önünü açmak için kilit bir zamandır. DSÖ, tesislerin doğum öncesi bakım sağladığı yerlerde, gebelere ve ailelerine emzirmenin yararları ile yönetilmesine yönelik danışmanlık verilmesini tavsiye etmektedir (WHO, 2017).

Emzirme eğitimi, emzirmenin önemi ve formül süt veya diğer anne sütü ikame maddelerini vermenin riskleri hakkında bilgi ile bebek beslenmesi için ulusal ve sağlık profesyonellerinin tavsiyelerini içermelidir. Konumlandırma ve bağlanma, istek üzerine besleme ve beslenme ipuçlarını tanıma gibi pratik beceriler, doğum öncesi danışmanlığın gerekli bir bileşenidir. Kadınların ayrıca karşılaşılabilecekleri olası zorluklar (yeterli süt üretememe algısı gibi) ve bunlarla nasıl başa çıkılacağı konusunda bilgilendirilmeleri gerekir.

Doğum öncesi emzirme danışmanlığı, kadının ve ailesinin bireysel ihtiyaçlarına göre şekillendirilmeli ve sahip oldukları tüm endişeleri ve soruları ele almalıdır. Bu danışmanlığın hassas bir şekilde verilmesi ve her ailenin sosyal ve kültürel bağlamını dikkate alması gerekir

Ayrıca erken doğum veya hasta bir bebeğin doğumu için yüksek risk altında olan gebelere (yüksek riskli gebelikler, bilinen konjenital anomaliler, vb gibi) erken doğmuş, düşük doğum kilolu ya da hasta bebeklerin beslenmesine yönelik özel durumlar hakkında mümkün olan en kısa sürede ilgili sağlık çalışanı tarafından bilgilendirme ve danışmanlık yapılmalıdır.

4. Annelerin bebekleri ile doğar doğmaz en kısa sürede ten-tene temas kurması sağlanarak, en kısa sürede emzirmenin başlaması ve temasın kesintisiz şekilde sürmesi için destek olunur.

Ten tene en kısa sürede temas ve emzirmenin erken başlaması, optimal fayda için birlikte yapılması gereken birbiriyle yakından bağlantılı iki müdahaledir. Derhal ve kesintisiz ten tene temas, yeni doğanın memeyi arama ve memeyi emme davranışına yardımcı olan doğal refleksi kolaylaştırır. Ek olarak, deriden deriye anında temas, yenidoğanın mikrobiyomunun oluşmasına yardımcı olur ve hipotermiyi önler. Erken emme anne sütü üretimini tetikleyerek laktogenezi hızlandırır. Ayrıca , emzirmeye erken başlanmasının bebek ölüm riskini azalttığı kanıtlanmıştır (Smith E. ve ark. 2017).

DSÖ anneler ve bebekler arasında erken ve kesintisiz ten tene temasın, doğum sonrası olabilecek en erken zamanda sağlanmasını, kolaylaştırılmasını ve teşvik edilmesini önermiştir (WHO, 2017). Ten tene temas, bebeğin annenin karnına veya göğsüne onları ayıran hiçbir giysi olmadan yerleştirilmesidir. Uygulama yöntemine bakılmaksızın ten tene temasın hemen başlaması tavsiye edilmektedir. En az 60 dakika kesintisiz olmalıdır.

46 çalışmayı ve 3850 anne-bebek çiftini kapsayan ve anneler ile sağlıklı term yenidoğan bebekler arasındaki hemen (doğumdan sonraki 10 dakika içinde) veya erken (doğumdan sonraki 10 dakika ile 23 saat arasında) ten tene teması standart bakımla karşılaştıran çalışmaları içeren bir sistematik derleme hemen veya erken ten tene temasın hastaneden taburcu olurken SAS ile beslenme , ilk 6 ay SAS ile beslenme ve genel olarak emzirme süresini artırdığını ortaya koymuştur (Moore ve ark. 2016).

DSÖ ayrıca tüm annelerin doğumdan sonra en erken sürede, özellikle ilk bir saat içerisinde emzirmeye başlamalarının desteklenmesini tavsiye (WHO, 2017). Doğumdan sonraki ilk saatten sonra emzirmeye başlamak , doğumdan sonraki ilk saatte emzirmeye başlamakla karşılaştırıldığında, 1. ayda ve 3. ayda SAS ile beslenme oranlarını ve genel olarak emzirme oranlarını azalttığı saptanmıştır (Smith E. ve ark. 2017).

Ten tene hemen temas sırasında ve doğumdan sonraki en az ilk 2 saat boyunca, sağlık profesyonellerinin herhangi bir sıkıntı belirtisini gözlemleyebilmesi, değerlendirebilmesi ve yönetebilmesi için makul tedbirler ve güvenlik önlemleri alınmalıdır. Uyku, anestezi veya ilaç etkisi altında olan annelerin daha yakından gözlemlenmesi gerekecektir. Anneler tamamen uyanık ve duyarlı olmadığında, bebeğin kazara yaralanmasını önlemek için bir sağlık uzmanı, arkadaş veya aile üyesi anneye eşlik etmelidir. Bu tedbirler eşliğinde sezaryen olmuş annelerde de derhal ten tene temas ve emzirmeye başlanması mümkündür (Stevens ve ark, 2014).

Ten tene temas özellikle erken doğmuş ve düşük doğum ağırlıklı bebekler için önemlidir. Kanguru anne bakımı, anne ve bebek arasında erken, sürekli ve uzun süreli ten tene teması içerir ve hayatta kalma, termal koruma ve emzirmenin başlaması

açısından kanıtlanmış faydaları nedeniyle bebek stabil hale gelir gelmez ana bakım modu olarak kullanılması önerilmektedir.

5. Emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve sık karşılaşılan güçlüklerin yönetilmesi konusunda annelere destek sunulur.

Emzirme insanlar için doğal bir davranış olsa da, çoğu annenin nasıl emzirileceğini öğrenmek için pratik yardıma ihtiyacı vardır. Deneyimli anneler bile yeni doğmuş bir bebeğini emzirirken yeni zorluklarla karşılaşabilirler. DSÖ, annelere, emzirmeyi başlatıp sürdürmelerini ve yaygın emzirme zorluklarını yönetmelerini sağlamak için pratik destek verilmesini önermektedir (WHO, 2017). Pratik destek, annelerin başarılı bir şekilde emzirmesini sağlamak için duygusal ve motivasyonel destek sağlamayı, bilgi vermeyi ve somut beceriler öğretmeyi içerir. Memeye doğru şekilde konumlandırma, sorunlara erken müdahale ve devamlı destek annenin güvenini kazanmasına yardımcı olurken daha sonra ortaya çıkabilecek emzirme sorunlarını da önler. 83.246'dan fazla anne-bebek çiftini ve 100 araştırmayı içeren yakın tarihli bir sistematik derleme , doğum sonrası emzirme danışmanlığı ve desteğinin, 6 aya kadar emzirme oranlarını artırdığını göstermiştir (McFadden ve ark. 2017). BDH'ler , annelerin emzirmeyle ilgili soruları veya sorunlarını tartışmak ve onlara yardımcı olmak ve emzirme becerisine yönelik güven kazanmaları için eşsiz bir ortam oluştururlar.

Tüm annelere bireysel ilgi ve destek verilmelidir, ancak daha önce emzirmemiş anneler, sezaryen ile doğum yapan anneler , obez anneler ve erken doğum yapan anneler ekstra desteğe ihtiyac duyabilirler. Bu annelere konumlandırma ve bağlanma konusunda ek yardım verilmelidir. Özellikle geç preterm bebekleri olan annelerin de emzirme güçlükleri karşısında daha fazla yardıma ihtiyaçları olduğu gösterilmiştir (Meier ve ark. 2007).

Diğer taraftan annelere bebeklerinden geçici olarak ayrılmaları durumunda, anne sütü üretiminin devam etmesini sağlamak için sütünü nasıl sağacağını öğretmek büyük önem taşımaktadır. Elle, manuel ya da elektrikli pompa ile sağmanın yapılabilmesine karşın her zaman ve her koşulda uygulanabilmesi ve kontaminasyon riskinin düşük olması açısından elle sağmanın avantajları vardır. Ayrıca anneler sağılmış sütün toplanması ve saklanması için de desteklenmelidir.

6. Tıbbi bir zorunluluk olmadığı sürece, yenidoğana anne sütünden başka herhangi bir yiyecek ve sıvı verilmez.

Yeni doğanlara doğum sonrası ilk birkaç günlük dönemde anne sütünün haricinde gıda veya sıvı verilmesi anne sütü üretiminin oluşumunu engeller. Yenidoğanların mideleri çok küçüktür ve kolayca doldurulur. Başka yiyecekler veya sıvılar ile beslenen yenidoğanlar, memeyi daha az ve isteksiz bir şekilde emecek ve bu süt üretiminin uyarısını azaltacaktır. Sonuçta verilen takviyeler yetersiz süt üretimine ve emzirme başarısızlığına yol açar. Hastaneden taburcu edilmeden önce takviye edilen bebeklerin yaşamın ilk 6 haftasında emzirmeyi tamamen bırakma olasılığının iki kat daha yüksek olduğu bulunmuştur(DiGirolamo ve ark,2008). Özellikle erken dönemde başlanan formül süt takviyesinin, hem formül süt vermeye devam edilmesine hemde emzirmenin daha kısa sürede sonlandırılmasına sebep olduğu çalışmalarda saptanmıştır(Patil ve ark, 2015). Başarılı emzirme için 10 adımdan, özellikle 6.adımının eksikliğinin bebeklerde daha kısa emzirme süreleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir(Nickel ve ark., 2013). Ayrıca doğumu izleyen ilk günlerde anne sütü ile su verilmesinin, emzirme süresini azalttığı saptanmıştır (Smith ve Becker 2016). Diğer taraftan takviye olarak verilen yiyecekler ve sıvılar zararlı bakteriler içerebilir ve hastalık riski taşıyabilir. Bu kanıtlar doğrultusunda DSÖ, annelerin, tıbbi sebeplere bağlı olarak gerekmedikçe, anne sütü dışında gıda ya da sıvı vermekten caydırılmasını önermektedir (WHO, 2017).

Bebek veya annenin çok az durumu anne sütünün beslenmesini engellemekte ve anne sütü ikamelerinin kullanılmasını zorunlu kılmaktadır. Anne sütü ikame maddelerinin kullanımına ilişkin kabul edilebilir tıbbi nedenleri ve emzirmenin kontrendike olduğu durumları DSÖ ve UNİCEF yönergeleri açıklamıştır.

Ayrıca anne sütüyle beslenen bazı bebekler için takviye gerekebilir. Emzirme Akademisi, anne sütüne ek takviye gereken durumları yönetmek için bir klinik protokol oluşturmuştur (Kellams ve ark. 2017). Bebekler, yetersiz süt alımı belirtileri açısından değerlendirilmeli ve endike olduğunda takviye edilmelidir, ancak rutin takviye nadiren yaşamın ilk birkaç gününde gereklidir. Kaynakların, personelin zamanının veya

bilgisinin olmaması, erken ek gıdaların veya sıvıların kullanılması için bir gerekçe olmamalıdır.

Hem emzirme hem de anne sütü ikameleri ile besleme niyetinde olan annelere, yaşamın ilk birkaç haftasında yalnızca anne sütüyle beslemenin önemi ve süt üretiminin nasıl sağlanacağı konusunda önerilerde bulunulmalıdır. Emzirmemeyi seçtiğini bildiren annelere emzirmenin önemi konusunda danışmanlık verilmelidir. Bununla birlikte, yine de emzirmek istemiyorlarsa, anne sütü ikameleri besleyen annelere, formül sütün güvenli hazırlanması ve saklanması ve çocuklarının beslenme ipuçlarına nasıl uygun şekilde yanıt verecekleri öğretilmelidir. Annesinin kendi sütü ile beslenemeyen veya takviye edilmesi gereken bebekler, öncelikle donör anne sütü ile beslenmelidir. Donör sütü yoksa veya kültürel olarak kabul edilemezse, anne sütü ikameleri gereklidir. Ayrıca anneler, anne sütü üretimini teşvik etmeye devam edebilmeleri için sütlerini sağmaları ve kendi sütlerini kullanmaya öncelik vermeleri için desteklenmeli ve teşvik edilmelidir.

7. Annelerin bebekleri ile bir arada tutulması ve günün 24 saati aynı odada kalmaları sağlanır.

Anneler, bebeklerinden ayrı kaldığında, bebeklerinin beslenme ipuçlarını tanımayı ve bunlara yanıt vermeyi öğrenemeyeceğinden, annelerin duyarlı beslemeyi uygulamalarını sağlamak için bebekleriyle aynı odada kalması gereklidir. Anne ve bebek gündüz ve gece birlikte olduklarında, annenin beslenme ipuçlarını tanımayı ve bunlara yanıt vermeyi öğrenmesi daha kolay olur.

Anne ve bebeğini doğumdan sonra ayırmaya karşı aynı odada bir arada tutmaya ilişkin sistematik inceleme, anne ve bebeği aynı odada bir arada tutmanın doğumdan sonraki 4. günde sadece anne sütü ile beslenmeyi iyileştirdiğini ve muhtemelen 6. ayda herhangi bir emzirme oranını da artırabileceğini ortaya koymuştur (Jaafar ve ark. 2016).

DSÖ tarafından doğum ve yenidoğan hizmeti veren tesislerde doğum yapan anne ve bebeklerinin özel tıbbi bakım gereken durumlar dışında gece ve gündüz aynı odada bir arada kalmalarının sağlanması önerilmektedir (WHO, 2017).

Bu uygulama, vajinal doğum veya sezaryenden hemen sonra veya annenin bebeğe yanıt verebildiği andan taburcu olana kadar anne ve bebekleri aynı odada bir arada tutmayı içerir. Bu, anne ve bebeğin gece ve gündüz 24 saat birlikte olduğu anlamına gelir. Bebeklerin güvende olduğundan emin olmak için sağlık personelinin odayı düzenli olarak ziyaret etmesi gerekir. Bebekler annelerinden yalnızca haklı tıbbi ve güvenlik nedenleriyle ayrılmalıdır. Erken doğmuş veya hasta bebeklerin yeterli tedavi ve gözlem için ayrı bir odada olması gerekiyorsa, annenin bebeğini ziyaret etme konusunda herhangi bir kısıtlama olmaması için çaba gösterilmelidir. Annelerin bebeklerinin yanında süt sağmaları için yeterli alana sahip olmaları gerekir.

8. Annelerin bebekleri acıktığı zaman verdiği işaretleri tanınması ve bunlara yanıt vermesi konusunda destek olunur.

Emzirme, anne ile bebek arasındaki duyarlı beslenme ilişkinin bir parçası olarak, bebeğin açlık ve beslenme ipuçları ve beslenmeye hazır olma durumunun farkına varmayı ve bunlara karşılık vermeyi içerir. Duyarlı beslenme (isteğe bağlı veya bebek tarafından yönlendirilen beslenme olarak da adlandırılır), bebeğin beslemelerinin sıklığı veya uzunluğu üzerinde herhangi bir kısıtlama getirmez ve annelere, bebek aç olduğunda veya bebeğin istediği sıklıkta emzirmelerini tavsiye eder. Annelerin ağlamanın açlık için geç bir işaret olduğunu ve daha öncesinde görülen ipuçlarını bilmesi önemlidir çünkü açlık arttıkça bebeğin sıkıntısı artar ve optimum konumlandırma ve bağlanma daha zorlaşır. DSÖ , besleyici bakımın bir parçası olarak annelerin duyarlı beslenme konusunda desteklenmesini önermektedir. Ayrıca doğum ve yenidoğan hizmetleri sunan tesiste kaldıkları süre boyunca anne sütü versin ya da vermesin, annelerin bebeklerinin açlık, tokluk, rahatlık ipuçlarını tanınması ve bunlara uygun şekilde yanıt verebilmeleri için yardımcı olunması da önerilmektedir (WHO, 2017). Annelerin beslenme ve rahatlık ipuçlarına çeşitli şekillerde yanıt vermesini desteklemek, bebekleriyle şefkatli, duyarlı bir ilişki kurmalarını sağlar ve kendilerine, emzirmeye ve bebeklerinin büyümesi ve gelişmesine olan güvenlerini artırır.

Anne ve bebek tıbbi nedenlerle (sezaryen sonrası, preterm veya hasta bebek) aynı odada bulunmadığında, tesis personelinin annenin bebeğini olabildiğince sık ziyaret etmesini sağlaması gerekir, böylece annenin beslenme ipuçlarını tanıma imkanı artar. Personelin, beslenme ipuçlarını fark ettiğinde anne ve bebeği bir araya getirmesi de buna katkı sağlar.

9. Biberon ve emzik kullanımı ve riskleri konusunda annelere danışmanlık hizmeti verilir.

Annelere ve diğer aile üyelerine uygun rehberlik ve danışmanlık, emzirmenin başarıyla kurulmasına kadar emzik ve / veya biberon kullanımı konusunda bilinçli kararlar almalarını sağlar. Memede emmenin fizyolojisi biberon ve emzik emmenin fizyolojisinden farklıdır. Biberon ve emzik kullanımının, özellikle kullanım uzun sürüyorsa, emzirme konusunda zorluklara yol açması mümkündür. Emzikler emzirmenin yerini alırsa ve böylece bir bebeğin annenin memesini fizyolojik olarak uyarma sayısını azaltırsa, bu anne sütü üretiminin azalmasına yol açabilir. Emzik veya emzik kullanımı annenin beslenme ipuçlarını tanımasını engelleyebilir. Emziklerin özellikle erken dönemde kullanımlarının emzirmeyi olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmalar çoğunluktadır ancak etkisi olmadığını gösteren çalışmalar da vardır. Karabulut ve ark., Howard ve ark., Victoria CG. ve ark., çalışmalarında emzik kullanımının SAS, toplam ve herhangi bir süre anne sütüyle beslenme süresini azalttığını ayrıca emzik kullanımının erken süttten kesme ve emzirmeyi bırakma riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu saptamışlardır (Karabulut ve ark., 2009, Howard ve ark., 1999, Victoria ve ark., 1997). Buna karşın zamanında doğan bebeklerde kısıtlı veya sınırsız emzik kullanımının emzirme süresi üzerindeki etkisine ilişkin bir sistematik derleme, annelik ve doğum hizmeti veren tesislerde kaldıkları süre boyunca term bebeklerin sınırlı emzik kullanımının, taburculukta ,3-4 ayda ve 6 ayda emzirme oranına ve yine 3-4 ayda sadece anne sütü ile beslenme oranına çok az yada hiç etki etmediğini bulmuştur (Jaafar ve ark., 2011). Yazarlar emzirme konusunda yüksek motivasyonu olan annelerin bebeklerinde emzik kullanımının, emzirme şeklinde ve süresinde bir etki yapmadığını belirtmişlerdir .

DSÖ önerileri, zamanında doğmuş sağlıklı bebekler için biberon ve emziklerden mutlak kaçınmayı gerektirmese de kullanımları konusunda başta hijyen ve beslenme ipuçlarının tanınması dahil olmak üzere dikkat edilmesi gereken konularda ailelerin bilgilendirilmesini tavsiye etmektedir (WHO, 2017).

Erken doğmuş bebekler için kanıtlar, biberon ile beslenmenin memeyi emmeyi öğrenmeyi engellediğini ve emzirme oranlarını olumsuz yönde etkilediğini

göstermektedir. Sağılmış anne sütü veya diğer besinler tıbbi olarak erken doğmuş bebekler için endike ise, biberon yerine bardak veya kaşık gibi beslenme yöntemleri ile verilmelidir (Flint ve ark. 2016).

Diğer taraftan , doğrudan emzirilemeyen erken doğmuş bebekler için, emzirmeye başlayıncaya kadar besleyici olmayan emme ve oral uyarı faydalı olabilir .Besleyici olmayan emme veya oral stimülasyon, emzik, eldivenli parmak veya henüz süt üretmeyen bir meme ile yapılabilir (WHO, 2017).

Mama Kod'u kapsamında olduğu için annelik ve yenidoğan hizmetleri sunan tesislerin hiçbir bölümünde ve/veya herhangi bir personel tarafından biberon veya emzik tanıtımı yapılmamalıdır.

10. Ebeveynlerin ve bebeklerinin emzirme konusunda sürekli destek ve bakım hizmetlerine erişim sağlayacakları merkezlerle ilgili bilgilendirilmeleri taburculuk işlemleri öncesinde sağlanır.

DSÖ, emzirmeyi korumanın, teşvik etmenin ve desteklemenin bir parçası olarak, anne-babaların ve bebeklerinin sürekli desteğe ve uygun bakıma erişebilmeleri için doğum ve yenidoğan hizmetleri sağlayan tesislerden taburculuğun planlanmasını ve koordine edilmesini önermektedir (WHO 2017).

Annelerin emzirmeye devam etmek için sürekli desteğe ihtiyacı vardır. Doğum ve yenidoğan hizmetlerinin verildiği tesisteki süre bir anneye temel emzirme becerilerini sağlar ancak taburcu olduktan sonraki günlerde ve haftalarda, ortaya çıkan erken emzirme zorluklarını belirlemek ve ele almak için devamlı emzirme desteği, özellikle çok önemlidir. Anneler süt üretiminde ve kendi koşullarında (örneğin işe veya okula dönme) becerilerini farklı bir şekilde uygulaması gerekeceği ve ek desteğe ihtiyaç duyacağı farklı durumlarla karşılaşabilirler. Taburcu olduktan sonra zamanında destek almak, emzirme oranlarının korunmasında önemlidir. Doğum tesisleri, toplumda var olan çeşitli destek grupları ya da emzirme danışmanlık birimleri hakkında bilgi sahibi olmalı ve anneleri onlara yönlendirmelidir. Tesisler, bebeğin beslenme durumunu değerlendirmek için doğumdan 2-4 gün sonra ve ikinci haftada bir sağlık çalışanı tarafından görülmesini sağlamak için uygun sevkler sağlamalıdır.

Doğum ve yenidoğan hizmetleri sunan tesislerin, kültürel ve sosyal olarak ihtiyaçlarına duyarlı, sürekli ve tutarlı emzirme desteği için uygun toplum kaynaklarını belirlemesi gerekir. Tesislerin, bu tür kaynakları geliştirmek için çevredeki toplulukla iletişim kurma sorumluluğu vardır. Topluluk kaynakları, birinci basamak sağlık bakım merkezleri, toplum sağlığı çalışanları, ev ziyaretçileri, emzirme klinikleri, hemşireler / ebeler, emzirme danışmanları, akran danışmanları, anneden anneye destek grupları veya telefon ile yardım hatlarını içerir. Tesis, desteği sağlayan grup ve kişilerle mümkün olduğu kadar teması sürdürmeli ve mümkün olan yerlerde onları tesise davet etmelidir.

Takip bakımı özellikle erken doğmuş ve düşük doğum ağırlıklı bebekler için çok önemlidir. Bu durumlarda, net bir takip planının olmaması önemli sağlık tehlikelerine yol açabilir. Yetenekli profesyonellerin sürekli desteğine ihtiyaç vardır.

Tablo 2.1: Başarılı Emzirmenin On Adımı (2018 revize şekli) ***Temel Yönetim uygulamaları**

1. Kuruluşta anne sütü ve emzirmenin korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi amacıyla bir emzirme politikası oluşturulur.
 - a. Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanmasıyla ilgili uluslararası Yasa ve Dünya Sağlık Asamblesi'nin ilgili kararları eksiksiz şekilde uygulanır.
 - b. Personel ve ebeveynlerle düzenli aralıklarla paylaşılan, yazılı bir bebek beslenme politikası oluşturulur.
 - c. Sürekli izleme ve veri yönetim sistemleri kurulur.
2. Personelin emzirme konusunda annelere destek olmak için gereken bilgi, yetkinlik ve becerilerle donatılması sağlanır.

Temel Klinik uygulamalar

3. Hamile kadınlar ve aileleri emzirmenin önemi ve yönetimi konusunda bilgilendirilir.
4. Annelerin bebekleri ile doğar doğmaz en kısa sürede ten-tene temas kurması sağlanarak, en kısa sürede emzirmenin başlaması ve temasın kesintisiz şekilde sürmesi için destek olunur.
5. Emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve sık karşılaşılan güçlüklerin yönetilmesi konusunda annelere destek sunulur.
6. Tıbbi bir zorunluluk olmadığı sürece, yenidoğana anne sütünden başka herhangi bir yiyecek ve sıvı verilmez.
7. Annelerin bebekleri ile bir arada tutulması ve günün 24 saati aynı odada kalmaları sağlanır.
8. Annelerin bebekleri acıktığı zaman verdiği işaretleri tanınması ve bunlara yanıt vermesi konusunda destek olunur.
9. Biberon ve emzik kullanımı ve riskleri konusunda annelere danışmanlık hizmeti verilir.
10. Ebeveynlerin ve bebeklerinin emzirme konusunda sürekli destek ve bakım hizmetlerine erişim sağlayacakları merkezlerle ilgili bilgilendirilmeleri taburculuk işlemleri öncesinde sağlanır.

* Kaynak;Çaylan N, Yalçın SS. Bebek dostu hastane girişimi ve mama kodu.

2.7.3.Emzirme Danışmanlığı

Danışmanlık insanların hissettiklerini anlamaya çalışma ve karar verme süreçlerinde onlara yardımcı olmanın amaçlandığı bir yöntemdir. Emzirme danışmanlığı da annelerin emzirme sürecinde yaşadıkları kaygıların , zorlukların ve bu durumlara karşı gösterdikleri eylemlerin gözlemlenip değerlendirildiği bir çalışma alanı olup annelere emzirme konusunda bilgi, pratik ve özgüven kazandırılmasını sağlamayı hedefler. Emzirmenin başlatılması ve devam ettirilmesini birçok neden etkiler. Emzirme sürecinde yaşadıkları sorunlarla annelerin çoğu tek başına başa çıkamazlar. Bu yüzden annelere sağlık çalışanları tarafından verilecek destek çok önemlidir. Emzirme danışmanlığını, emzirmeyle alakalı sorunlara karşı uygulanacak müdahaleler konusunda özel eğitim görmüş profesyoneller (doktor,ebe,hemşire,diyetisyen,vb.) yapabilir. Yetkin danışmanlar ve ilkelerine uygun şekilde verilen emzirme danışmanlığının emzirmeye başlama ve emzirmenin sürdürülme oranlarını arttırdığını çalışmalar göstermiştir (Thurman ve Allen, 2008). Bizim ülkemizde de olduğu gibi özellikle anne sütü ile beslenmenin yaygın olup buna karşın ilk ay SAS ile beslenmenin düşük olduğu toplumlarda emzirme danışmanlığı ve annelerin desteklenmesinin emzirme oranlarına olumlu etkisinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Renfrew ve ark. 2012).

Danışmanlık hizmetinin etkin olarak verilebilmesi için doğru şekilde dinleme, ihtiyaçları ve sorunları öğrenme, sonrasında ise özgüven kazandırma becerilerinin doğru bir şekilde uygulanması gereklidir. Emzirme tekniğinin gözlenmesi, değerlendirilmesi, emzirme öyküsünün alınması emzirme danışmanlığının temel ilkelerini oluşturur. Sözlü olmayan iletişimi kullanmak, ilgiyi göstermek için mimik ve jestler kullanmak, açık sorular sormak, empati kurmak, annenin nasıl hissettiğini anladığını göstermek, yargılamayı ima eden kelimelerden kaçınmak, annenin ve bebeğin neyi doğru yaptığını fark etmek ve övmek, pratik yardım vermek, basit bir dil kullanarak komut vermek yerine önerilerde bulunmak emzirme danışmanının sahip olması gereken becerilerdir.

Yetersiz süt algısı, meme başı sorunları (düz veya çökük meme başı, meme başı çatlağı), memede tıkalı süt kanalları, mastit gibi emzirme sürecinde karşılaşılan sorunların çözümüne yönelik yakın izlem ve uygulamalar çok önemlidir. Ayrıca

annenin ilaç kullanması, anne ve bebekte hastalık durumu, çoğul gebelik, annenin yeniden gebe olması ve çalışan anneler gibi özel ve zor durumlarda danışmanlık emzirmenin sürdürülmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Gür 2019). Emzirme sorunu yaşayan annelere ve bebeklerine yardımcı olmak çok önemlidir. Emzirmeye mâni olan ciddi hatalar gözlenmiyorsa ve başarılı olarak gerçekleşen bir emzirme eylemi varsa anne övülerek devam etmesi sağlanmalıdır. Doğru şekilde emzirme uygulamaları yapan annelerin bu durumlarını duyması ve başarıları için övülmesi emzirme danışmanlığının önemli bir ilkesidir ve emzirmenin sürdürülmesine katkı sağlar. Anne ile bebeğinin ayrılması gereken süreçlerde veya tıbbi nedenlerle belirli süre için emzirmenin yapılmadığı zamanlar da anne sütü üretimini sağlamak amacıyla sütünü sağma ve saklama konusunda anneye bilgi ve destek verilmelidir.

Çalışmalar aynı zamanda emzirmenin başlangıç dönemlerinde görülen sorunlarla daha sonraki dönemlerde ortaya çıkan öncelikli sorunların farklı olduğunu göstermiştir. Bu nedenle emzirme danışmanlığı gebelik döneminden başlayarak emzirme devam ettiği sürece uygulanmalı ve gerekli durumlarda annenin çevresini de içerecek şekilde kapsayıcı olmalıdır. Emzirme danışmanlığı yoğun emek gerektiren bir uygulamadır ancak çalışmalar emzirme danışmanlığı polikliniğine başvuru nedeni olan sorunların kısa sürede ortadan kaldırılabildiğini göstermiştir. Bu nedenle emzirmenin sürdürülmesi, desteklenmesi ve buna bağlı olarak çocuk, anne ve toplum sağlığı ve refahı açısından emzirme danışmanlığı büyük önemi taşımaktadır (Gökçay, 2012).

2.7.4.Mama Kodu

On dokuzuncu yüzyılın ortalarında ilk anne sütü ikamelerinin icat edilmesini takiben tüm dünyada formül süt kullanımı yaygınlaştı. Önce varlıklı, sonra yoksul çalışan annelerden başlayarak, anne sütü ikamelerinin kullanımı gittikçe arttı. Buna paralel olarak formül süt kullanımının 19.yüzyılın sonlarından başlayarak 20. yüzyılın büyük bir kısmında kullanımının artması ile emzirme oranları Avrupa ve Kuzey Amerika'da hızlı ve ciddi oranlarda düştü. Kadınların endüstri devrimi ile iş hayatına katılımlarındaki artış ve biberon kullanımının modernlik göstergesi olarak sunulması da bu düşüşte etkili oldu (Palmer, 2009). Diğer taraftan aynı dönemler de analık bakımı ev için önemli olmaktan çıkıp tıp mesleği tarafından denetlenen bir olaya dönüşüyordu ve

doktorlar giderek hastaları için 'bilimsel' gördükleri uygulamaları önermeye başladılar. Birçoğu emzirmenin önemi hakkında yazmaya devam ederken, diğerleri emzirmeyi zorlaştıran ve kadınların anne sütü arzını azaltan uygulamaları teşvik etti. Doğumun artan tıbbileştirilmesi, emzirmeye başlamanın önünde engeller yarattı ve artan formül süt reklamı ve pazarlaması ile anne sütü ikamelerine yönelik talep arttı. Sağlık çalışanlarının etkisi ve artan marka rekabeti ile birçok ülkede yapay beslenme sosyal bir norm olarak kabul edildi. 70'li yıllarda bebek maması üreten şirketler dünya çapında giderek daha fazla agresif ve doğrudan pazarlama kampanyaları yürütmeye başladılar. Radyo ve televizyon gibi yeni medya, birçok ürünün yaygın ve sınırsız tanıtımını kolaylaştırdı. O yıllar da yapılan bebek maması reklamları emzirmenin üstünlüğünü belirtmediği gibi çoğu, ikame maddelerin annenin kendi sütüne eşit veya ondan daha iyi olduğunu öne sürüyordu. Sonraki yıllar HIV'in artışına, bulaşma korkusuna ve anne sütü bankalarının kapanmasına tanık oldu ve aynı zamanda anne sütünü prematüre bebeklere uyarlamak için güçlendiriciler ve "özel tip" formüller giderek daha fazla kullanılabilir hale geldi. Eş zamanlı olarak anne sütü ile beslenmenin önemine dair bilimsel kanıtların gösterilmesi ve yapay beslenmenin zararlarının gittikçe artan oranlarda saptanması kamu bilincindeki artışı sağladı ve yeni önlemler almaya sevk etti. Bu kapsamda 1979'da DSÖ ve UNİCEF, etik pazarlama için uluslararası bir kodun geliştirilmesi çağrısında bulunan bebek ve küçük çocuk beslenmesi üzerine uluslararası bir toplantıya ortaklaşa ev sahipliği yaptı. Toplantıya hükümet temsilcileri, teknik uzmanlar, La Leche League International (LLLI) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi dahil olmak üzere bebek maması endüstrisi ve bebek beslenmesi alanında çalışan bilim adamları katıldı. IBFAN bu toplantıda kuruldu. Toplantı, Anne Sütü Yerine Geçen Ürünlerin Pazarlamasına İlişkin Uluslararası Kanunun taslağını hazırladı. Bu taslak 1981'de 34. Dünya Sağlık Konseyinde Türkiye'nde dahil olduğu 134 devletin ortak kararı ile, uygun bebek ve küçük çocuk beslenmesini korumak ve teşvik etmek için Uluslararası Anne Sütü İkame Ürünlerinin Pazarlama Yasası(Mama Kodu) adıyla asgari şart olarak kabul edildi (WHA, 1981).

Mama Kodu uluslararası bir standart olup bir kanundan daha çok tavsiye niteliğindedir. Her bir devletin formül sütlerin ve bebek beslenmesinde kullanılan biberon, emzik gibi ürünlerin satışı ve pazarlaması ile ilgili olarak mevzuat ve kurallara sahip olmasını tavsiye etmektedir (Çaylan ve Yalçın 2021).

Mama Kodu, kapsamında bulunan ürünlerin satışı, pazarlanması, kalitesi ve kullanımı gibi konularda bilgi ve öneriler içerir. Kod, formül süt ve diğer ürünlerin satılmasına bir yasak koymazken esas olarak firmaların pazarlama usullerine dair etik ve bilim dışı yöntemleri engellemeyi hedefler. Aynı zamanda her devleti bu alanda kendi kanunlarını ve uygulamalarını yapması noktasında serbest bırakır. Formül sütünde içinde olduğu tüm anne sütü muadilleri, anne sütü yerine kullanılabilir diye pazarlanan veya tanıtılan biberonla vermeye uygun olan ek besinler dahil yiyecek ve içecekler, emzikler ve biberonlar, Mama Kodu'nun kapsamında bulunan ürünlerdir (WHO/CODE, 2017).

Kod, bebeklerin anne sütüyle beslenmesini savunmaktadır. Tüm bebeklerin optimal ve en doğru şekilde beslenmesine, emzirmenin korunması ve teşvik edilmesi rehberliğinde ve gerektiğinde anne sütü yerine geçen ürünlerin yeterli bilgi temelinde ve uygun pazarlama ve dağıtım yoluyla doğru şekilde kullanılmasına imkân vererek, katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. (Madde 1). Kod ayrıca ,bebekler herhangi bir nedenle anne sütüyle beslenmiyorsa, mevcut en iyi beslenme alternatifiyle güvenli bir şekilde beslenmelerini , anne sütü ikamelerinin gerektiğinde mevcut olmasını , ancak tanıtılmamasını savunur.

Anne sütü yerine kullanılabilecek ürünlerin reklamının yapılamayacağı, bu ürünlerin örneklerinin ve kullanılan malzemelerin serbest bir şekilde dağıtılmayacağı, mama firmasının pazarlama personeli ile aileler arasında bağlantı kurulamayacağı, sağlık çalışanlarına mama örnekleri ve hediyeler verilemeyeceği, mama etiketlerinde ve afişlerde mama verilmesini özendirecek şekilde bebek resimlerinin kullanılamayacağı gibi yükümlülükler Mama Kodu'nun en önemli noktalarıdır. Bir sağlık tesisinde formül süt, içecek, emzik, biberon gibi Kod kapsamındaki ürünlerin reklam amaçlı afişlerinin kullanılmaması , firmaların sponsorluğunun ve hediyelerinin kabul edilmemesi, firma temsilcileri ile annelerin pazarlama amaçlı kesinlikle görüştürülmemesi sağlık çalışanlarının Kod kapsamında uyması gereken kurallardır. Kod ayrıca ihtiyaç halinde formül mama kullanımının sağlık personeli tarafından öğretilmesini kesinlikle firma yetkilisi ile ailenin temas ettirilmemesini tavsiye eder (Çaylan ve Yalçın 2021).

Kod'un kabul edilmesinden bugüne anne sütü muadillerine yönelik agresif ve etik olmayan pazarlamayı engelleme konusunda biraz gelişme olmasına rağmen halihazırda çok az sayıda ülke bu konuda yasal mevzuata sahiptir. DSÖ tarafından

yayınlanmış olan “Uluslararası Kodun Ulusal Uygulaması, 2020 Durum Raporu”, DSÖ üyesi 194 devletten ancak 136’sında (%70) Mama Kodu’nun hükümlerini içeren yasal düzenlemelerin belli oranlarda yapıldığını ortaya koymuştur. 58 ülkede ise herhangi bir yasal düzenleme yapılmamıştır. Bu raporda ülkemiz düşük bir puanla, Kod’un bazı hükümlerini uygular diye kategorize edilmiştir (WHO/CODE, 2020).

Ülkemizde de 1991 yılından itibaren bu konuda tebliğler ve yönetmelikler yayınlanmıştır. Bu konudaki yasal mevzuat yapma yetkisi Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı’nda bulunmaktadır. Bakanlık tarafından Mama Kodu’nun bazı hükümlerini içeren 2014/31 nolu Türk Gıda Kodeksi Bebek Formülleri Tebliği ve 2014/32 nolu Türk Gıda Kodeksi Devam Formülleri Tebliği yayınlanmıştır. 0-6 ay bebek beslenmesine yönelik olan Bebek Formülleri Tebliği, Mama Kodu’nun bazı hükümlerini içermektedir ve ilk 6 ay boyunca kullanılabilen anne sütü ikamelerinin reklamını yasaklamıştır. Devam Formülleri Tebliği ise 6 ile 24 ay arasındaki bebeklerin beslenmesine yönelik uygulamaları içermiştir ancak yeterince etkisi olmamıştır. Bu tebliğde özellikle 6 aydan sonra ve devam sütü olarak isimlendirilen ürünlerin reklamlarının serbest bırakılması çapraz promosyona sebep olarak 6 aydan önce kullanılan bebek formüllerinin reklam yasağını etkisiz kılmaktadır. Son olarak mevcut iki tebliğ birleştirilmiş ve 2019/14 sayılı Türk Gıda Kodeksi Bebek Formülleri ve Devam Formülleri Tebliği olarak güncellenmiş olarak yayınlanmıştır. Ancak bu tebliğde de Mama Kodu’nun hükümlerinin uygulanması açısından diğerlerine göre bir ilerleme sağlanamamıştır (Çaylan ve Yalçın 2021.).

Başta formül sütlerin ücretsiz dağıtımının yapılmaması olmak üzere Mama Kodu’nun hükümlerine uymak BDHG’nin en temel şartlarından biridir. Bu koşulları yerine getiremeyen ya da koşullara uymayan hastaneler “Bebek Dostu” olamaz (Çaylan ve Yalçın, 2021).

2.7.5.Çalışan kadınlar için emzirmeyi koruma ve destekleme

Birçok çalışan annenin doğum sonrası işe başlaması gerektiği için erken ek besinlere başlamakta ve emzirmeyi bırakmak zorunda kalmaktadır. İşe dönüş, emzirme sıklığı ve süresinin azalmasıyla ilişkisi iyi bilinen bir faktördür. Çalışmalar, çalışan anneler arasında daha düşük başlama oranları ve daha kısa emzirme süresi bulmuştur.

Özellikle çalışmak zorunda olan düşük gelirli anneler ve aileleri için emzirme çok daha büyük önem taşır. Çünkü zaten daha yüksek bir hastalık yüküne sahiptirler ve sağlık hizmetleri için daha az ödeme yapabilmektedirler. Diğer taraftan bu annelerin kendi hastalıkları ya da çocuklarının hastalıkları nedeniyle işten uzak kalmaları için zamanları daha kısıtlı olur ve ekonomik yükü fazladır. Gelişmiş ülkelerde çalışan annelerin çoğu, bebeklerinin ilk yılında hatta 6 aylık olana kadar işe döndüklerinden, işverenler ve çocuk bakımı sağlayanlar, emziren çalışan anneleri desteklemede kritik bir rol oynamaktadır. Emziren annelerin desteklenmesi ve emzirilen bebeklerin bakımına ilişkin uluslararası standartlar olmasına rağmen, çok az ülkede bu standartların işyerlerinde ve çocuk bakım merkezlerinde uygulanmasını zorunlu kılan düzenlemeler vardır (Bettinelli,2012).

Tüm emzirme politikaları ve stratejileri, emziren annelere destek sağlamanın öneminin altını çizer ve işyerinde belirli müdahaleleri teşvik etme ihtiyacını vurgular. Çalışan anneler için olası stratejiler, ücretli doğum izinleri, çalışırken annenin bebeği yanında tutmasını sağlamak, iş günü boyunca annenin bebeğini emzirmesine izin vermek, evden çalışma, esnek çalışma programları sunmak, yarı zamanlı çalışma programlarını sürdürmek ve iş yerinde veya yakında çocuk bakım merkezleri bulundurmaktır (Bettinelli,2012).

Çalışma günü boyunca annenin bebeğini doğrudan memeden besleyebilmesi, emzirmenin süresini ve yoğunluğunu arttırdığı ve yaşamın kritik ilk aylarında anne ile bebek arasındaki ilişkiyi güçlendirdiği için, istihdam ve emzirmeyi birleştirmenin en etkili stratejisidir. Ancak bu çoğu zaman sağlanmaktadır.

Doğum izni daha uzun olan, tam zamanlı yerine yarı zamanlı çalışan ve işyerinde emzirme destek programı olan kadınlarda emzirmeye başlama ve süre oranları daha yüksektir. Doğum sonrası doğum izni, tam zamanlı çalışanlar, özellikle yönetici olmayan pozisyonlarda bulunanlar, iş esnekliğinden yoksun olanlar veya psikososyal sıkıntı yaşayanlar arasında emzirme üzerinde daha olumlu bir etkiye sahiptir (Ogbuanu ve ark., 2011). Ücretli babalık izni gibi, bebeklerin yaşamın ilk yılında babaların artan katılımı, 6 aya kadar emzirme üzerinde yararlı etkilere sahiptir. Bu müdahale, babaları daha düşük sosyoekonomik statüye sahip olan bebekler için özellikle değerlidir

(Flacking ve ark., 2010). İşverenin emzirme destek programı sunması durumunda işe döndükten sonra emzirmeye devam edilmesi kolaylaşır. Kanıtlar, işyerindeki destekleyici politika ve programların, kadınların işe döndükten sonra önemli süreler boyunca bebeklerine anne sütü sağlamaya devam etmelerini sağladığını göstermektedir. Yüksek kaliteli emzirme programları, emzirmenin sürdürülmesinin sağlayacağı faydaların yanısıra sağlık bakım maliyetlerinde azalma, çalışan devamsızlığında azalma, çalışan devir hızında azalma ve çalışan morali ve verimliliğinde artış sağlayarak işyerinin refahını ve ekonomik kazancını da arttırır (Carothers ve Hare 2010). Ancak araştırmalar süt izinlerinin yeterince kullanılmadığını , sürenin yetersiz olduğunu , iş yerlerinde süt sağılması ve bebeğin emzirilmesi konusunda zorlukların halen devam ettiğini göstermiştir(Gökdemirel ve ark, 2008). Ayrıca emzirme odasının ya da süt sağma imkanının tek tek olmasının emzirme süresini etkilemediği çalışan anneye emzirme desteğinin bütüncül olarak sağlanmasının gerektiği çalışmalarda gösterilmiştir (Dabritzve ark., 2009).

Çalışan annelerin çocuklarını anne sütü ile beslemesine yönelik uluslararası düzenlemeler yapılmıştır. Bunların en önemlisi Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından kabul edilen “‘Anneliğin Korunması Sözleşmesidir’”. Bu sözleşme ile ülkelerin emziren anneye tanınması gereken haklar kayıt altına alınmıştır. Bu kapsamdaki diğer bir sözleşme de “‘Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesidir’”. Her iki sözleşmeyi de ülkemiz imzalamıştır (Ergin, 2017).

Çalışan annelere emzirme kapsamında ülkemizde kanunen haklar tanınmıştır. 657 sayılı Devlet Memurları Kanun’u memur annelere yarısı doğumdan önce ve yarısı da doğum yaptığı tarihten itibaren toplam 16 hafta izin hakkı tanımlamıştır. Ayrıca bu iznin bitim tarihinden başlamak üzere bir yıl boyunca süt izni kullanım hakkı vardır. Diğer taraftan İş Kanunu’da kadın çalışanların yarısı doğum öncesi ve yarısı sonrası toplam 16 haftalık sürede çalıştırılmamalarını esasa bağlamıştır. Bu kanunlar ayrıca eşi doğum yapmış babaya da çalıştığı kuruma göre 5 ile 10 gün arası babalık izni tanımlamıştır. Çoğul gebelikler de bu süre artmaktadır. Ayrıca “‘Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik’” ile emziren kadın çalışanların hakları belirlenmiştir. Çocuk doktorları, ebeveynleri doğum/babalık izni almaya teşvik etmeli ve emziren kadınlar için ücretli doğum sonrası iznin uzatılmasını ve çalışma koşullarında esneklik sağlanmasını

savunmalıdır. Bu girişimlerin standart işyeri ortamı olarak oluşturulması, annelerin doğumdan hemen sonraki dönem ve ilk ayların ötesinde bebeklerine sadece anne sütü sağlama planlarında destek olacaktır. Kadınlar asla annelik ve başka işler arasında bir tercih yapmaya zorlanmamalıdır.

2.8.Tamamlayıcı Beslenme

Bilimsel çalışmaların kanıtlarına dayalı olarak başta DSÖ olmak üzere ulusal ve uluslararası birçok kurum, “ilk altı ay su dâhil hiçbir ek verilmeksizin tek başına anne sütü ile beslenme ve 6. ayda uygun tamamlayıcı besinlere başlanarak emzirmenin en az iki yaşına kadar sürdürülmesi”ni bebeklik dönemindeki en sağlıklı beslenme şekli olarak kabul etmektedir ve önermektedir(WHO 2003; Gökçay 2009; Cattaneo 2011).

Doğumu takip eden altı aylık dönemde SAS ile beslenmenin yeterli olduğu bebeklere , altı ayın sonrasında da yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması için bebeklerin yaşına ve gelişimine uygun olarak yeni gıdalar verilmesi tamamlayıcı beslenme olarak tanımlanmaktadır. Tamamlayıcı beslenme bir taraftan bebeğin yaşına göre artan kalori,vitamin ve mineral ihtiyaçlarına katkı sağlarken diğer taraftan sağlıklı beslenme davranışının kazanılmasını sağlar. Bebeklerin 6. ayı(180.gün) tamamlayıcı beslenmeye başlamak için önerilen zamandır ve 6 ile 23 aylar arasındaki dönem tamamlayıcı beslenmeye geçiş dönemi olarak kabul edilir. Bir araştırma 4. ayda ek gıdaların başlanılmasının besin alerjisi, anemi ve çölyak hastalığı açısından daha uygun olacağını belirtmesine karşın DSÖ ve İngiliz Sağlık Bakanlığı ilk 6 ay boyunca SAS ile beslenme görüşünü tekrar vurgulamıştır (Devecioğlu ve Gökçay, 2012).

DSÖ ve üye devletler tarafından 2012 yılında kabul edilen ve 2025 yılına kadar ilk 6 ayda SAS alan bebeklerin düzeyinin en az %50'ye ulaşması, 5 yaş altı bodur çocuk sayısını %40 azaltılması, zayıflık sıklığının azaltılması ve %5'in altında tutulması, çocukluk çağı şişmanlığının artmaması da dahil olmak üzere 6 hedefi içeren "Anne, bebek ve küçük çocuk beslenmesine ilişkin kapsamlı uygulama planının" hedeflerine ulaşabilmesi için tamamlayıcı beslenme ilkelerine uymak büyük önem taşımaktadır Yetersiz beslenme, çocuk ölümlerinin %45'inden sorumludur. 6-23 aylık bebeklerin dörtte birinden azı yaşa uygun diyet çeşitliliğine sahiptir.

Kapsamlı bir çalışma zamanında, uygun, güvenli ve yeterli şekilde başlatılan tamamlayıcı beslenmenin 5 yaş altı çocuk ölümlerini % 6 oranında azaltabileceğini göstermiştir (Jones ve ark. 2003).

DSÖ, sağlık çalışanlarına tamamlayıcı beslenmenin nasıl destekleneceği konusunda daha ayrıntılı rehberlik sağlayan kılavuzlar yayınlamıştır. Zamanında başlatılan, enerji, makro ve mikro besin içerikleri ile büyüme için gerekeni sağlayan, hijyenik olarak saklanan, hazırlanan ve biberonlar ve emzikler yerine temiz mutfak eşyaları kullanılarak verilen ve çocuğun açlık tokluk sinyalleri gözlenerek yapılan beslenme ideal bir tamamlayıcı beslenmeyi oluşturur.

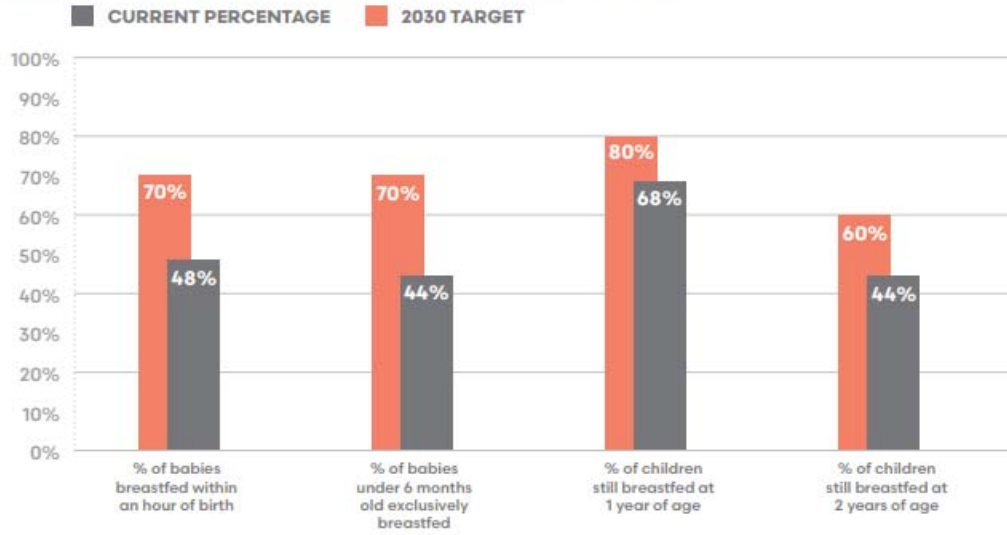
Annelerin birçoğu bebeklerini değişik tatlara alıştırmak için 6. aydan daha önce ek gıda vermeyi düşünmektedir. Aslında anne sütünün tadı yenilen besine göre değişmektedir ve bebekler bu sayede farklı tatları deneyimleyerek alışır. Bu konuda anneleri bilgilendirmek ve rahatlatmak gerekir. Bazı anneler de sütünün yetmediğini düşünerek erken ek besine başlamaktadır. Özellikle geceleri daha sık uyanan ya da emzirme sonrası hemen uyumayan bebeklerine bu düşünce ile tamamlayıcı besinler vermektedirler. Bu durumların yakından izlenerek, annenin dinlenmesinin ve etkin emzirmesinin sağlanması süt yapımının artırılmasını sağlayabilir. SAS ile beslenen bebekler ilk aylarda daha fazla kilo alırken 4-6 ay civarında kilo alımlarında duraklama olabilir. Fizyolojik olarak kabul edilen bu durumda bebeğin büyüme eğrisinde bir bozulma gözlenmiyorsa erken ek besin başlanılmamalıdır. Çalışmalar sağlıklı bebeklerde tamamlayıcı beslenmeye 4. ayda başlama ile 6. ayda başlamanın büyümeyi etkileme açısından bir farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. Diğer taraftan 6 aydan önce başlatılan tamamlayıcı beslenmenin anne sütü alım süresini azalttığı araştırmalarda saptanmıştır (Devecioğlu ve Gökçay, 2012).

Tamamlayıcı besinler anne sütüne ek olarak başlanan ve bu açıdan anne sütü yerine geçmemesi gereken besinlerdir. Olası zararları göz önüne alınarak geçerli bir neden yoksa tamamlayıcı beslenmeye 6 . aydan önce başlamaktan olabildiğince kaçınmak gerekir.

2.9. Anne sütü ile beslenmede dünyadaki durum

Küresel olarak, anne sütü ile beslenme kadınların ve çocuklarının sağlığını en iyi şekilde korumak için gerekenden çok daha düşük orandadır. Yenidoğanların yarısından azı doğumdan sonraki ilk saatte emzirmeye başlar. 6 aydan küçük bebeklerin % 44'ü sadece anne sütüyle beslenmektedir ve bu % 70 olan 2030 küresel hedefin çok altındadır (Şekil 2.2). Bebeklerin %68'i en az bir yıl emzirilirken, 2 yaşına kadar emzirme düzeyleri %44'e düşmektedir (Global Breastfeeding Scorecard, 2021).

Current rates and targets of breastfeeding practices



Şekil 1.2: Küresel emzirme uygulamalarının güncel oranları ve hedefleri

*Kaynak: Global Breastfeeding Collective/UNİCEF/DSÖ

Ülkelerden gelen verilerin analizi dünya çapında çoğu bebeğin hayatlarının bir noktasında emzirildiğini ve bebeklerin yüzde 95'ine yakın bir kısmına anne sütünü bir şekilde verildiğini göstermektedir. Bu oran yüksek gelirli ile düşük ve orta gelirli ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, bebeklerin yüzde 4'ü diğer bir ifade ile 25 bebekten 1'i emzirilmez. Yüksek gelirli ülkelerde ise bebeklerin yüzde 21'i veya her 5 bebekten 1'i hiç anne sütü almaz (UNİCEF, 2018).

Yüksek gelirli ülkeler arasında da emzirilen bebeklerin oranlarında büyük farklılıklar vardır. Umman, İsveç ve Uruguay gibi bazı ülkelerde, neredeyse tüm bebekler emzirilir, ancak çoğu yüksek gelirli ülkede oranlar çok daha düşüktür.

ABD'de bebeklerin yüzde 74'ü ve İrlanda'da sadece yüzde 55'i emzirilmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde ise emzirme oranlarında kendi aralarında bu tür farklılık görülmez. Düşük ve orta gelirli ülkelerde emzirme oranları en az olanlar da bile bebeklerin %90'ı emzirilir. Diğer taraftan ülkelerin kendi içindeki farklı gelir seviyesine sahip kitleler arasında da emzirme oranlarında farklılıklar gözlenmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde, gelir seviyesi düşük hanelerde emzirme oranları daha düşükken düşük ve orta gelirli ülkelerde ise emzirmeyen annelerin oranı gelir seviyesi yüksek olan hanelerde daha fazladır (UNICEF 2018).

En azından biraz anne sütü alan bebeklerin oranı tüm düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek olmakla birlikte, bir annenin çocuğunu emzirmeye devam ettiği süre de, hane halkının servet durumuna göre önemli ölçüde değişir. Fakir insanlar tüm ülke gruplarında, özellikle de orta gelirli ülkelerde daha zengin emsallerinden daha uzun süre emzirme eğilimindedir. UNICEF ve DSÖ tarafından önerildiği gibi, 2 yaşına kadar devam eden emzirme oranı en fakir hanelerde % 64 iken en zengin haneler arasında sadece yüzde 41'dir. Bu fark, Batı ve Orta Afrika bölgesinde en geniştir (%63-%26). Zengin ve fakir gruplar arasındaki farkın en düşük (%31-%23) olduğu bölge ise aynı zamanda 2 yaşına kadar emzirme oranlarının da en düşük olduğu Doğu Avrupa ve Orta Asya bölgesidir (UNICEF, 2018)..

Dünya Emzirme Birliği'nin(Global Breastfeeding Collective) son raporlarına göre; veri toplanabilen 194 ülkeden ancak 17 tanesinde çocukların % 60 ya da fazlası 2 yaşına kadar emzirilmektedir. Bu oran Nepal de %88,5, Bangladesh de %87,7 ve Sri Lanka da %86,6 ile en yüksek seviyelerdedir. Ülkelerin 22'inde ise 2 yaşına kadar emzirme oranları % 20'nin altındadır. Gabon da %3,9 , Bostwana da %6 , Çin de %7 ve ABD de %12 oranları ile 2 yaşına kadar emzirmenin en düşük seviyelerde rapor edildiği ülkelerdir.

Sadece 47 ülkede çocukların %80 ya da fazlası 1 yaşına kadar emzirilmektedir. Nepal %98,1, Niger %96,6, Bangladesh %95,6 ve Sri Lanka %95,1 oranları ile 1 yaşına kadar emzirmenin en yüksek olduğu ülkelerdir. 17 ülkede ise 1 yaşına kadar emzirme %40'ın altındadır. Bosna Hersek %12,4, ABD %14,9 ve Çin %24,1 oranları ile 1 yaşına kadar emzirme oranları en düşük olan ülkelere dendir (Global Breastfeeding Collective).

İlk 6 ay boyunca SAS ile beslenme düzeyleri de bölgesel olarak farklılık göstermektedir. Küresel ortalaması % 44 olan ilk 6 ay SAS oranı, Doğu ve Güney Afrika da %55 oranla en yüksek seviyelerde iken Orta Doğu ve Kuzey Afrika ile Doğu Asya ve Pasifik bölgelerinde %30 ile en düşük seviyelerdedir.

Ülkeler arasında da ilk 6 ay SAS oranları arasında büyük farklılıklar vardır. 194 ülkeden sadece 19'unda ilk 6 ay boyunca SAS ile beslenme oranları %60 ya da üzerindedir. Sri Lanka %82 , Kuzey Kore %71,4, Zambiya %69,8 en yüksek oranlara sahipken Çad %0,1, Gabon %5 ve Yemen %9,7 oranlarıyla en düşük ilk 6 ay boyunca SAS ile beslenme oranlarına sahip ülkelerdir (Global Breastfeeding Collective).

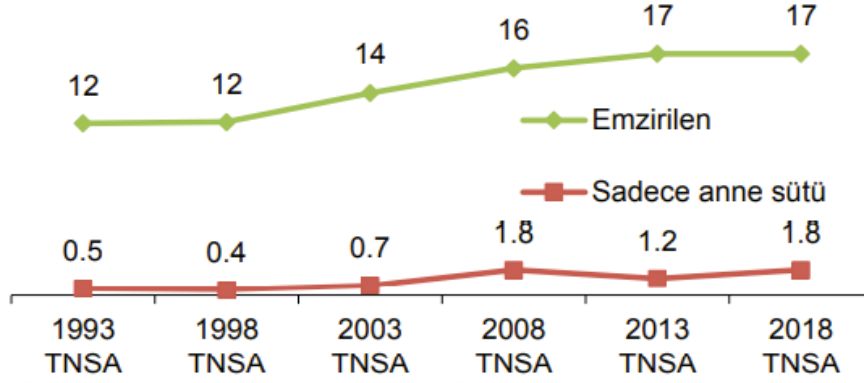
SAS ile beslenme düzeyleri 1993'te 24,9 iken 2013'te %35,7 ve 2018'te % 42 seviyelerine doğru biraz yükselmiştir. Bu artış özellikle en zengin %20'lik hanelerde belirgindir. Bunun aksine ilk 1 yıl devam eden emzirme oranları özellikle ülkelerdeki en yoksul %20'lik hanelerdeki oranların düşmesine paralel olarak küresel düzeyde de hafif düşmüştür. 1993 yılında % 76 olan bu oran 2013'te % 73,3'e 2018'de de %71'e gerilemiştir (Victora ve ark., 2016).

Anne sütü ile beslenme oranları hem düşük ve orta gelirli ülkelerde hem de bu ülkelerin daha fakir hanelerinde daha yüksektir. Zenginleşme arttıkça emzirme oranları azalmaktadır. Bunun önemli sebeplerinden biri annelerin alım gücü arttıkça anne sütü yerine geçen ürünleri tercih etmeye doğru yönelimlerinin artmasıdır. Bu durum daha düşük gelirli hanelerde emzirme oranlarının giderek düşmesine neden olabilecek ciddi bir endişe olarak görülmektedir (Victora ve ark., 2016).

2.10. Anne Sütü ile Beslenmede Ülkemizdeki Durum

Ülkemizde annelerin çoğu emzirmeyi başlatmasına rağmen ilk 6 aylık süre de SAS ile beslenme ve 1. ya da 2. yılda emzirme düzeyleri halen çok düşüktür. 1993 yılından beri periyodik olarak 5 yılda bir yapılan ve 2018 yılında sonuncusu yayınlanan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA)'nın sonuçlarına göre 1993'te %95 olan bir süre emzirme oranı 2018 de %98 olarak bulunmuştur. Ortanca emzirme süresi de 1993'te 12 ay iken 2008 de 16 aya çıkmıştır ancak 2008 ile 2018 arasında yatay bir

seyir izlemiştir(sırasıyla 16, 16,7, 16,7 ay). Ortanca sadece anne sütü alma süresi de 1993 ile kıyaslandığında 2008 yılında artmış olmasına rağmen 2008 ile 2018 yılları arasında bir ilerleme göstermemiş ve 1,8 ayda kalmıştır (Şekil 2.3).



Şekil 2.2: Ortanca emzirme sürelerinin zaman içinde değişimi

*Kaynak: TNSA 2018

Son 5 yıllık verilere bakıldığında 6 ayın altındaki çocuklarda SAS ile beslenme oranları artarken 4-5 aylık ve 6-7 aylık çocuklarda SAS ile beslenme oranlarında kayda değer değişim olmamıştır ve oldukça düşüktür. Diğer taraftan 1. ve 2. yıldaki emzirme oranları da 2013 ve 2018 yıllarında hemem hemen aynı kalmıştır.

2013 TNSA’da 6 aydan küçük çocukların (0-5 aylık) %30,1’i SAS almıştır. SAS ile beslenen çocukların yüzdesi yaş arttıkça hızlı bir şekilde düşmektedir. 4-5 aylık çocuklar arasında SAS ile beslenme oranı % 9,5 iken bu oran 6-7 aylık çocuklar arasında %4,7 seviyesine düşmektedir. Çocukların 1 yıl(12-15 aylık) emzirmeye devam etme oranı %68,2 ve 2 yıl (20-23 aylık) emzirmeye devam etme oranı % 33,9 olarak bulunmuştur. 2018 TNSA’da ise 6 ayın altındaki çocukların SAS ile beslenme oranı %40,7 olarak saptanmıştır. Bu oran ; 0-1 ay arasındaki bebeklerde %59 iken, 2-3 aylık olan bebeklerde %45 ve 4-5 aylık bebeklerde %14 olarak bulunmuştur. 6-8 aylık çocuklarda % 3,8’e düşmektedir. 2018 de çocukların % 65,6’sı 1 yıl emzirilirken 2 yıl devam eden emzirme oranı ise % 33,5 olmuştur (TNSA 2013, TNSA 2018).

Ülkemizde TNSA dışında 6 ay sadece anne sütü alımını ve özellikle ilk ilk 2 yılda emzirme oranlarını uzun süreli değerlendiren sınırlı sayıda çalışma vardır ve sonuçları değişkendir. Bir üniversite hastanemizde yapılan ve 1998 ile 2005 yılları arasında çocuk sağlığı izlem polikliniği tarafından takip edilen çocukları kapsayan

araştırma da altı aylık bebeklerin sadece anne sütü ile beslenme oranı 1998 yılında % 13'ken, 2005'de % 41 olarak bulunmuştur. 1 yaşındaki bebeklerin anne sütü ile beslenme oranı 1998 yılında % 49 iken 2005 yılında %73'e çıkmıştır (Uzunhan ve ark., 2007). Aynı hastanemizde yapılan ve 2013-2017 yıllarında doğan bebeklerin değerlendirildiği yeni bir çalışmada da 6. ayda SAS ile beslenme oranının 2013 yılında %28,2 iken 2017 yılında %46 olduğu saptanmıştır(Kök ve ark., 2020). İzmir'de 5003 anne ile görüşülerek yapılan bir çalışmada 6. ayda SAS ile beslenen bebeklerin yüzdesi % 8.7 olarak bulunmuştur(Ünsal ve ark., 2005). İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanemizin sağlam çocuk polikliniğinde izlenen bebeklerin SAS ile beslenme süresi ortalama 4,3 ay, toplam olarak anne sütü ile beslenme süresi 16,4 ay ve ilk 6 ay SAS ile beslenme oranı %37,5 olarak bulunmuştur (Bülbül ve ark., 2012). Ankara'nın en önemli doğum merkezlerinden biri olan üçüncü basamak bir hastanede doğmuş bebeklerin sadece %38,9'unda SAS ile beslenme altı ay süreyle korunmuştur. (Yılmaz ve ark., 2017). Yakın zamanlı bir çalışma da ,Sivas ilimizde bir üniversite hastanesi çocuk polikliniğinde takip edilen 2-6 yaş arası çocuklarda ortalama emzirme süresi $19,3 \pm 9,8$ ay olarak bulunmuştur. Bebeklerin %82,5'i en az bir yaşına kadar, %43,8'i en az iki yaşına kadar emzirilmişti. Bebeklerin %23,8'i ilk altı ay SAS ile beslenmiş idi (Kömürlüoğlu ve Yalçın 2019).

TNSA raporları ve ülkemizdeki diğer araştırmaların sonuçlarının da gösterdiği gibi emzirmenin bizim toplumumuzda oldukça yaygın olmasına karşın, SAS ile beslenme ve emzirmenin 2 yaş ve ötesinde sürdürülmesi hedeflerin halen çok gerisindedir. Ayrıca SAS ile beslenme süresi ve toplam anne sütü süresine ilişkin yapılmış olan birçok çalışmada da farklı oranlar bulunmuştur. Özellikle bazı merkezlerimizdeki emzirme oranlarındaki belirgin yükseklik “Bebek Dostu Hastane” politikalarının etkin uygulamasına bağlanmaktadır (Uzunhan ve ark., 2007).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

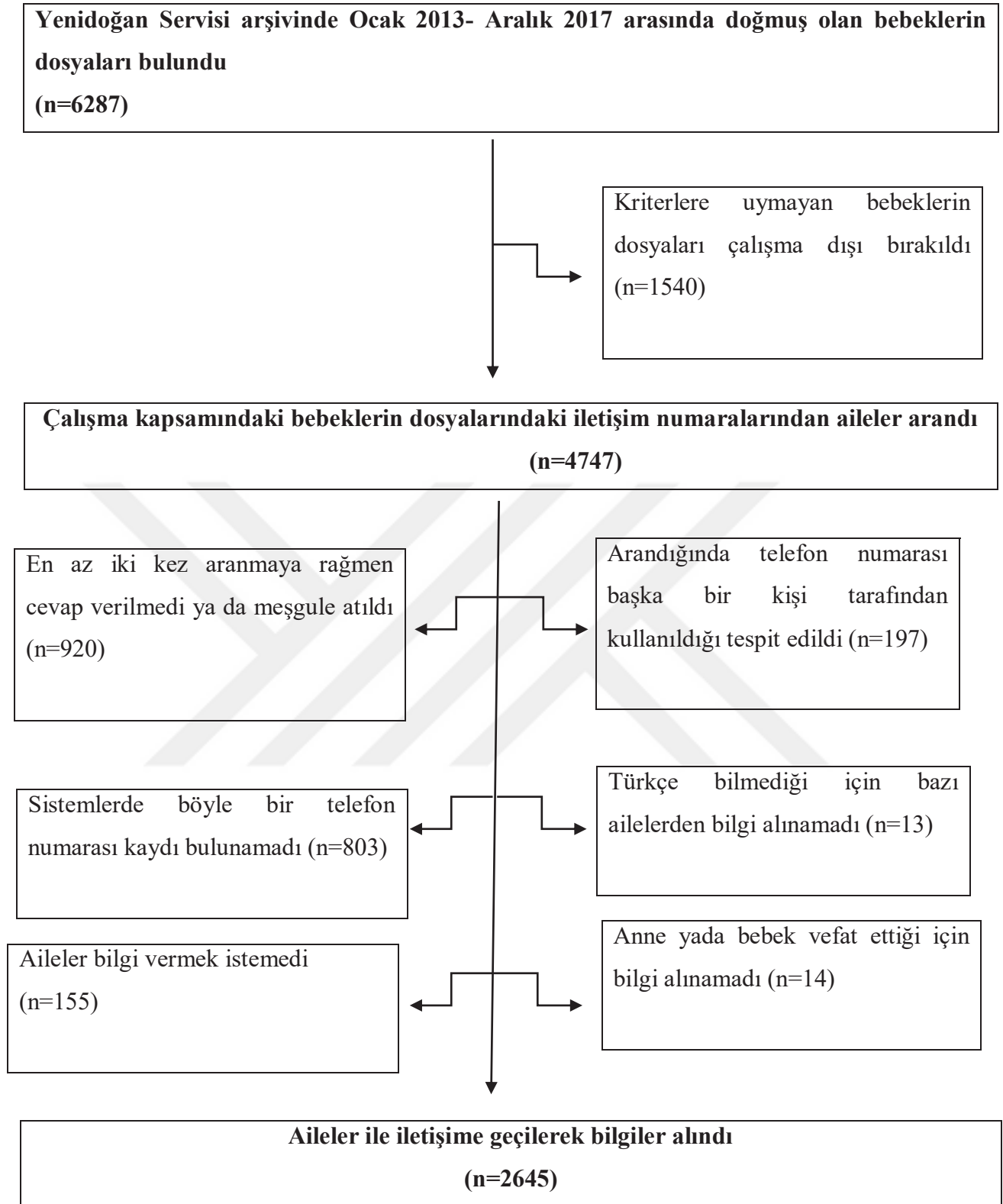
3.1 Çalışmanın tipi ve Örneklem Seçimi

Çalışma 1 Ocak 2013- 31 Aralık 2017 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde (İÜİTF) doğan ve İÜİTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yenidoğan Servisi'nde takipleri yapılan %50,3'ü erkek % 49,7'si kız olmak üzere toplam 2645 bebeğin dosyalarının retrospektif incelenmesi ve ailelerinin aranarak bilgi alınması şeklinde yapılmıştır.

Bu tarihler içinde doğumu gerçekleşmiş toplam 6287 bebek dosyasına ulaşıldı. Çalışma kriterlerini karşılamayan 1540 bebek dosyası çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri Tablo 3.1'de verilmiştir. Çalışma kapsamına alınan 4747 bebeğin dosya bilgileri üzerinden çalışmada kullanılacak olan anne ve bebeğe ait bilgiler kaydedildi. Dosyalardaki iletişim numaralarından aileler ile temasa geçilerek çalışmanın diğer verileri anneler ile görüşülerek elde edildi. 2102 aileye ulaşılamadı ya da bilgi alınamadı. 2645 aileden bilgiler elde edildi. Çalışmanın akış şeması Şekil 3.1'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1: Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

-
- Bebekte yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış gerektiren hastalığın olması
 - Bebeğin 35. gestasyonel haftanın altında doğmuş olması
 - Annede ya da bebekte emzirmeye engel bir durum olması
 - Bebeğin dış merkeze sevk edilmiş olması
-



Şekil 3.1: Çalışma Akış Şeması

Çalışmada kullanılacak verilerden, bebeğin adı, soyadı, gestasyonel yaşı, cinsiyeti, doğum ve prezentasyon şekli, doğum tartısı, doğum boyu, doğum baş çevresi, gestasyonel haftaya göre ağırlığı, kordon pH, kordon pCO₂, kordon BE, 1.ve 5. dakika

Apgar skoru , taburcu olurken beslenme şekli, annenin yaşı, gravidası, paritesi, annede kronik hastalık ya da gebeliğe bağlı hastalık varlığı dosya üzerinden tespit edilerek kaydedilmiştir.

Dosya üzerindeki telefon numaraları üzerinden iletişime geçilerek ; anne ve babanın eğitim durumları, meslekleri, ailelerin gelir seviyeleri, bebeğin ilk 6 ay beslenme şekli, sadece anne sütü verilme süresi , formül süt verildiyse ne zaman başlandığı, formül süt verilme sebebi, formül sütün kim tarafından önerildiği, tamamlayıcı beslenmeye ne zaman başlandığı, tamamlayıcı beslenmeye 6.aydan önce başlandıysa başlanma nedeni, ilk 1 ay emzik kullanıp kullanılmadığı, toplam anne sütü alma süresi, 2 yaşından önce anne sütü kesilmişse nedeni, bebeğin sağlık izleminin nerde yapıldığı ve ilk 2 yılda hastaneye yatışı olmuş mu, olmuşsa sebebi, annenin doğum sonu çalışıp çalışmadığı , çalışıyorsa doğumdan ne kadar sonra çalışmaya başladığına ait bilgiler annelerden elde edilmiştir.

Bazı dosyalardaki verilerin eksik olması ve annelerin bazı sorulara cevap vermek istememesinden dolayı istatistiksel değerlendirme her bir değişken için elde edilen verilerin popülasyon sayıları üzerinden yapılmıştır.

3.2 Çalışmanın Yürütüldüğü Birimin Özellikleri

Hastanemiz 2006 yılında ‘‘Bebek Dostu Hastane’’ , yenidoğan yoğun bakım servisimiz de 2019 yılında ‘‘Bebek Dostu Yenidoğan Yoğun Bakım’’ ünvanı almıştır. T.C Sağlık Bakanlığı tarafından ‘‘Bebek Dostu Hastane’’ kriterlerine uyum açısından en son değerlendirme Kasım 2021’de yapılmıştır.

Hastanemize ait ‘‘Başarılı Emzirmede 10 Adım’’ stratejileri çerçevesinde düzenlenmiş yazılı bir emzirme politikası bulunmaktadır. Anne ve yenidoğanlar ile ilgilenen tüm sağlık çalışanları bu politikayı bilir ve düzenli aralıklarla eğitimler yapılarak güncellemeler yapılır.

Doğumdan önce her anne emzirme konusunda bilgilendirilir. Sağlıklı term bebek sezaryen ile doğmuş ise, çocuk doktoru tarafından doğumhanede ilk muayenesi yapıldıktan sonra yenidoğan ünitemizde ısıtıcı yatak altına alınır. AGA ve risk faktörü olmayan bebekler aşı ve K vitamini yapıldıktan sonra annenin 9. kata gelmesi için

beklerler. Anne gelene kadar bir endikasyon yoksa bebek formül süt ile beslenmez. Anne geldikten sonra bebek hemşire eşliğinde anneye verilir. Emzirme danışmanlığı verilir. Anne ve bebek taburcu olana kadar aynı odada kalır. Sezaryen ile doğum yapan anneler ve bebekleri en az 48 saat hastanede kaldıktan sonra sağlık açısından sorunları yoksa taburculuk planlanır.

Sağlıklı term bebek normal spontan vajinal doğum ile doğmuş ise, doğumdan hemen sonra doğumhanede bulunan ebe ya da hemşire tarafından anne memesine tutularak tensel temas sağlanır. Daha sonra çocuk doktoru yenidoğan bebeği doğumhanede muayene ederek tekrar anne memesine verir. Bu sırada anneye de emzirme danışmanlığı verilir. Annenin kanama kontrolü sona erince kadın doğum servisine alınır. Bu sırada bebek çocuk doktoru tarafından bebek odasına getirilir. Aşı ve K vitamini uygulanmasından sonra taburculuğa kadar anne bebek çifti aynı odada kalır. Normal spontan vajinal doğum yapan anneler ve bebekleri en az 24 saat hastanede kaldıktan sonra sağlık açısından sorunları yoksa taburculuk planlanır.

Tüm yenidoğanlardan rutin olarak kan gazı alınır. 12-24 saat içinde bebekler tekrar muayene edilerek tartı kontrolü ve emzirme açısından değerlendirilir. 8/16 shiftinde çalışan emzirme danışmanı hemşire tüm bebekleri dolaşarak günlük vizit yapar. Sorunu olan anne bebek çiftine gerekli destek verilir. Hafta sonları emzirme danışmanlığı sertifikalı asistan doktorlar tarafından vizit yapılarak emzirme danışmanlığı verilir. Taburculuk sonrası özelliği olmayan tüm bebekler 2 gün içerisinde aile sağlığı merkezlerine ve İÜTÇSİP'e (İÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği) gitmeleri için yönlendirilir.

3.3: Çalışmamızda Kullanılan Terimler

DSÖ ve TNSA'da kullanılan beslenme göstergelerini içeren sorulardan oluşan form, 110 anne üzerinde ön çalışma olarak uygulandı. Annelerin geçmiş yıllara ait hatırlama zorluğundan dolayı özellikle ek gıda ve sıvılara ait detaylı bilgi veremedikleri gözlemlendi. Daha fazla sayıda anneden daha net bilgi almak için bebek beslenmesi uygulamalarına ait göstergelerimizi birçok çalışmada da kullanıldığı gibi dört ana başlıkta tekrar oluşturduk ve verilerimizi bunların üzerinden elde ettik. Çalışmamızda

kullanılan bebek beslenme uygulamalarının tanımları ve bebek beslenmesine ait kullanılan göstergeler Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2: Bebek beslenme uygulamalarının tanımları ve bebek beslenmesine ait göstergeler

-
- Sadece anne sütü ile beslenme(SAS): Bebeklerimizin sadece anne sütü ile beslenmesi (Tıbbi nedenli reçete edilmiş ilaçların,vitamin ve mineral içeren sıvıların kullanılması da buna dahildir).
 - Anne sütü ve su ile beslenme: Anne sütü ile sadece su verilmesi (Tıbbi nedenli reçete edilmiş ilaçların,vitamin ve mineral içeren sıvıların kullanılması da buna dahildir).
 - Karışık beslenme: Anne sütü ile, formül süt , katı ya da sıvı ek besinlerin ya da su dışında sıvıların birlikte verildiği beslenme.
 - Sadece formül süt ile beslenme: Anne sütü hiç kullanmama, sadece formül süt ile beslenme.
 - İlk 6 ay SAS ile beslenme: 6 ay ya da daha fazla sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı.
 - 1 yıl ve üzeri anne sütü ile beslenme: En az 12 ay veya daha fazla süre anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı.
 - 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme: En az 24 ay veya daha fazla anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı.
 - Tamamlayıcı beslenmeye başlama zamanı: Çocuğun katı, yarı katı veya yumuşak gıdalara ay olarak başlama zamanı (formül süt hariç).
-

Gestasyonel yaşa göre bebekler, geç preterm (34 0/7 ile 36 6/7 haftalık gebelik sürecinde doğan bebekler), erken term(37 0/7 ile 38 6/7 haftalık gebelik sürecinde doğan bebekler), term (39 0/7 ile 40 6/7 haftalık gebelik sürecinde doğan bebekler), geç term (41 0/7 – 41 6/7 haftalık gebelik sürecinde doğan bebekler) ve post term (42 0/7 gebelik haftasında ve sonrasında doğan bebekler) olarak kategorize edilmiştir.

Ailelerin gelir düzeyleri, düşük(geliri asgari ücret ya da altında), orta (geliri asgari ücretten fazla ama 2 asgari ücretten az) ve yüksek (geliri 2 asgari ücretten daha fazla) şeklinde 3 grupta sınıflandırılmıştır.

3.4.Çalışmamızda incelen ve karşılaştırması yapılan değişkenler

Çalışmamızda incelenen ve karşılaştırması yapılan değişkenler Tablo 3.3’de gösterilmiştir.

Tablo 3.3: Çalışmamızda incelenen ve karşılaştırması yapılan değişkenler

Bağımlı değişkenler

- İlk 6 ay beslenme şekli
- 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme

Bağımsız değişkenler

- Doğumun gerçekleştiği yıl
- Gestasyonel yaş
- Bebeğin cinsiyeti
- Doğum şekli
- Gebelik şekli
- Doğumdaki prezentasyon şekli
- Doğum ağırlığı, doğum boyu ve doğum baş çevresi
- Kordon pH, kordon pCO₂, kordon BE , 1. ve 5. dakika APGAR değerleri
- Bebeğin taburcu olurken beslenme şekli
- İlk 1 ay emzik kullanılması
- Annenin yaşı, doğum sayısı, eğitim seviyesi ,mesleği
- Annenin doğum sonrası çalışma durumu ve çalışmaya başlama zamanı
- Annede kronik bir hastalık ya da gebeliğe bağlı hastalık olma durumu

- Babanın eğitim seviyesi, mesleği
 - Ailenin gelir düzeyi
 - Bebeklerin çocuk sağlığı izlemlerinin yapıldığı yer
 - Bebeklerin ilk 2 yaş içinde enfeksiyon nedeniyle hastaneye yatma durumu
-

3.5 Verilerin İstatistiksel Analizi

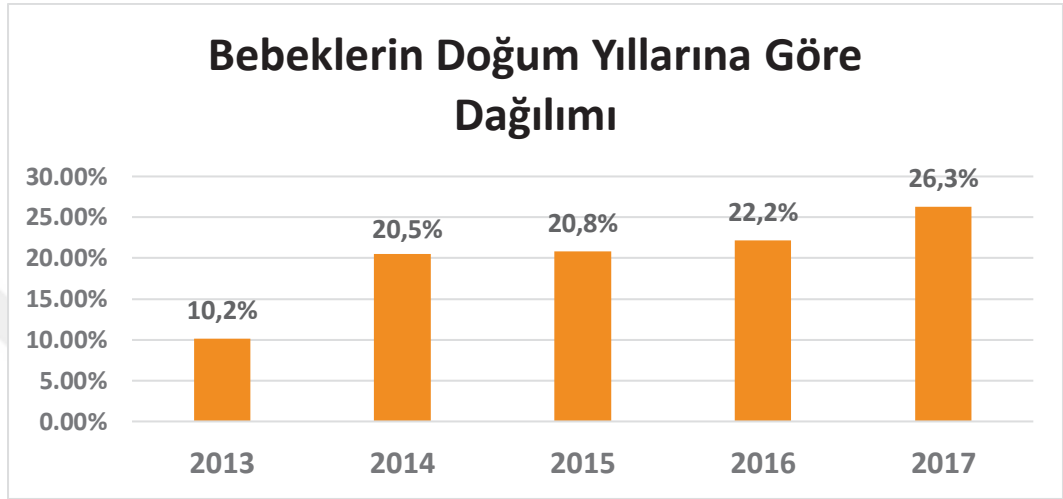
Verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 paket programı kullanıldı. Kolmogorov Smirnov testi ile dağılımların normalliğine bakıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, frekans, yüzde) yanısıra normal dağılım gösteren veriler için Student t-testi, One Way Anova, , normal dağılım göstermeyen veriler için Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis-H testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher's Exact testi kullanıldı. Gereğinde ikili kıyaslamalara da gidilmiştir. Çok değişkenli analizler için Binary Logistik Regresyon (Forward Yöntemi) testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.6 Etik Kurul Onayı

Araştırma için Akademik Etik Kurul onayı İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Ek 1).

4. BULGULAR

Çalışmamıza dâhil edilen 2575 anneden doğan toplam 2645 bebeğin,%10,2'si (n=269) 2013 yılında, %20,5'i (n=543) 2014 yılında, % 20,8'i (n=550) 2015 yılında, %22,2'si (n=587) 2016 yılında ve %26,3'ü (n=696) 2017 yılında doğmuştur. Bebeklerin doğum yıllarına göre dağılımı Şekil 4.1'de verilmiştir.



Şekil 4.1: Bebeklerin doğum yıllarına göre dağılımı

Bu bebeklere ait tanımlayıcı özellikler Tablo 4.1'de gösterilmiştir. Bebeklerin (n=2645), % 49,7'si (n=1314) kız, % 50,3'ü (n=1331) erkek idi.

Gestasyon yaşları 35 hafta ile 42,3 hafta arasında değişmekte olup ortalama $38,8 \pm 1,4$ haftaydı. Gestasyon yaşlarına göre dağılımları (n=2633); geç preterm %9,2 (n=243), erken term %43,8 (n=1153), term %41,9 (n=1102), geç term %5,1 (n=134) ve post term (n=1) olarak bulundu.

Bebeklerin (n=2645),%34,9'u (n=923) normal spontan vajinal doğum ile %59,9'u (n=1584) elektif sezaryen, %5,2'si (n=137) eylemli sezaryen ve 1 tanesi forseps ile doğmuştu. Doğumların % 97,1'i (n=2499) tekil doğum, % 2,8'i (n=74) ikiz doğum ve % 0,1'i (n=2) üçüz doğum olup bebeklerin, %94,5'i (n=2499) tek bebek, % 5,3'ü (n=141) ikiz eşi, % 0,2'si (n=5) üçüz eşi idi. Doğumların prezantasyon şekillerine göre dağılımı (n=2590); baş gelişi %89 (n=2305), makat gelişi %10,1 (n=261) ve diğer geliş şekilleri %0.9 (n=24) olarak bulundu.

Doğum ağırlıkları (n=2633), 1630g ile 5260g arasında değişmekte olup ortalaması $3221g \pm 494g$ ’dı. Bebeklerin %7,7’sinin (n=202) ağırlığı 2500g’dan düşük , %87,5’inin (n=2305) ağırlığı 2500g-4000g aralığında ve %4,8’inin (n=126) ağırlığı 4000g’danyüksek olarak tespit edildi. Bebeklerin intrauterin büyüme durumuna göre dağılımı (n=2633), %85,5’i (n=2251) AGA (“appropriate for gestational age”, doğum ağırlığı 10-90. yüzdelerik dilimde olan bebekler), %12’si (n=316) LGA (“large for gestational age”, doğum ağırlığı 90. yüzdelerik dilimin üstünde olan bebekler), %2,5’i (n=66) SGA (“small for gestational age”, doğum ağırlığı 10. yüzdelerik dilimin altında olan bebekler) şeklinde idi.

Doğum boyları (n=2631), 40cm ile 56cm arasında değişmekte olup ortalaması $48,2 \pm 2,2cm$ bulundu. Doğum baş çevresi uzunlukları (n=2624), 30,5cm ile 39cm arasında değişmekte olup ortalama $34,4 \pm 1,4cm$ idi.

Kordon pH değerlerinin (n=2475) en düşüğü 6,94 ve en yükseği 7,67 olup ortalama kordon pH $7,30 \pm 0,06$ olarak bulundu. Kordon pCO₂ değerleri (n=2475), 16mmHg ile 97,1mmHg arasında değişmekte olup ortalama $49 \pm 8mmHg$ idi. Kordon BE değerlerinin (n=2475) en düşüğü -17,00mEq/L en yükseği 8,3mEq/L ve ortalama $-2,8 \pm 2,6mEq/L$ olarak saptandı.

Doğum 1.dakika Apgar skorları (n=2614) 3 ile 10 arasında değişmekte olup ortalama 9 ± 1 ve 5.dakika Apgar skorları(n=2614) 6 ile 10 arasında değişmekte olup ortalama 9 ± 1 olarak bulundu.

Tablo 4.1: Bebeklere ait tanımlayıcı özellikler

		n	%
Doğum Yılı (n=2645)	2013	269	10,2
	2014	543	20,5
	2015	550	20,8
	2016	587	22,2
	2017	696	26,3
Cinsiyet (n=2645)	Kız	1314	49,7
	Erkek	1331	50,3
Doğum haftası dağılımı (n=2633)	Geç pretern	243	9,2
	Erken term	1153	43,8
	Term	1102	41,9
	Geç term	134	5,1
	Post-term	1	0,0
Doğum şekli (n=2645)	Normal spontan doğum	923	34,9
	Sezaryen (elektif)	1584	59,9
	Sezaryen (eylemli)	137	5,2
	Forseps	1	0,0
Bebeklerin tekil/çokul olma durumu (n=2645)	Tekil	2499	94,5
	İkiz	141	5,3
	Üçüz	5	0,2
Prezentasyon (n=2590)	Baş	2305	89,0
	Makat	261	10,1
	Diğer	24	0,9
Doğum ağırlığı, g (n=2633)	<2500	202	7,7
	2500 - 4000	2305	87,5
	>4000	126	4,8
İntrauterin büyüme durumu (n=2633)	AGA	2251	85,5
	SGA	66	2,5
	LGA	316	12,0
		Min-Maks	Ort±SD
Gestasyon yaşı, hafta (n=2633)		35-42,3	38,8±1,3
Doğum tartısı, g (n=2633)		1630-5260	3221±494

Tablo 4.1 devam		
Doğum boyu, cm (n=2631)	40-56	48,2±2,2
Doğum baş çevresi, cm (n=2624)	30,5-39	34,4±1,4
Kordon pH (n=2475)	6,94-7,67	7,30±0,06
KordonpCO2, mmHg (n=2475)	16-97,1	49±8
Kordon BE, mEq/L (n=2475)	-17-8,3	-2,8±2,6
Apgar 1 (n=2614)	3-10	9±1
Apgar 5 (n=2614)	6-10	9±1

Annelere ve ailelere ait tanımlayıcı bilgiler Tablo 4.2’de belirtilmiştir. Annelerin, (n=2575) yaş ortalaması 30,8±5,4 olarak bulundu. En düşük anne yaşı 17 en yüksek anne yaşı ise 48 idi.

Annelerin gebelik sayılarının (n=2575) ortalaması 2,6±1,5 olup en düşüğü 1 en yükseği 15 idi. Doğum sayıları (n=2575) 1 ile 12 arasında değişmekte olup ortalaması 2,1±1,1 olarak bulundu. Annelerin %65,3’ü 2 veya daha fazla doğum yapmıştı.

Annelerin %30,6’sı (n=698) ilkokul, %12,3’ü (n=280) ortaokul, %25,5’i (n=582) lise eğitim seviyesine sahipti. Lisans mezunu olan anne oranı %25,1 (n=571) ve lisansüstü eğitim almış anne oranı ise %3,5 (n=79) idi. %3’ü(n=69) ise okuryazar değildi. Babaların ise, %26,4’ü (n=580) ilkokul, %13,4’ü (n=296) ortaokul,%29,4’ü (n=648) liseden mezundu. Lisans düzeyinde eğitim almış baba oranı %26,1 (n=575) ve yüksek lisans/doktora eğitim seviyesine sahip baba oranı ise %3,5 (n=78) idi. Babaların %1,2’si de (n=26) okuryazar değildi.

Annelerin %74,3’ü (n=1965) ev hanımı iken %25,7’si (n=680) çalışan idi. Anneler de en çok çalışılan statü %10,7 ile (n=282) memurluk iken babalar %58,1 (n=1299) oranla en yaygın olarak serbest meslek mensubu idiler.

Ailelerin, %31,9'u (n=712) düşük gelirli (geliri asgari ücret ya da altında), %51'i (n=1137) orta gelirli (geliri asgari ücretten fazla ama 2 asgari ücretten az) ve %17,1'i (n= 361) yüksek gelirli (geliri 2 asgari ücretten daha fazla) olarak bulundu.

Tablo 4.2: Annelere ve ailelere ait tanımlayıcı bilgiler

		n	%
Anne yaş dağılımı (n=2575)	≤ 19	27	1,0
	20-29	1050	40,8
	30-39	1343	52,2
	≥40	155	6,0
Doğum sayısı (n=2575)	Primipar	885	34,4
	Multipar	1690	65,6
Anne eğitim durumu (n=2279)	Okuryazar değil	69	3,0
	İlkokul	698	30,6
	Ortaokul	280	12,3
	Lise	582	25,5
	Üniversite	571	25,1
	Yüksek lisans/doktora	79	3,5
Baba eğitim durumu (n=2203)	Okuryazar değil	26	1,2
	İlkokul	580	26,3
	Ortaokul	296	13,4
	Lise	648	29,4
	Üniversite	575	26,1
	Yüksek lisans/doktora	78	3,5
Anne mesleği (n=2575)	Ev hanımı	1895	73,6
	İşçi	42	1,6
	Memur	282	11,0
	Serbest/Kendi işi	155	6,0
	Özel sektör	201	7,8
Baba mesleği (n=2235)	İşçi	201	9,0
	Memur	367	16,4
	Serbest/Kendi işi	1299	58,1
	Özel sektör	368	16,5
Gelir durumu (n=2230)	Düşük	712	31,9
	Orta	1137	51,0
	Yüksek	381	17,1

Tablo 4.2 devam

	Min-Maks	Ort±SD
Anne yaşı, yıl (n=2575)	17-48	30,8±5,4
Gebelik sayısı (n=2575)	1-15	2,6±1,5
Doğum sayısı (n=2575)	1-12	2,1±1,1

Annelerin kronik bir hastalığa sahip olma durumu ve gebelik sırasında bir hastalık geçirip geçirmeme durumu Tablo 4.3’de gösterilmiştir.

Annelerin %26,5’inin (n=637) kronik hastalığı vardı. En sık belirtilen kronik hastalık %35 oranla (n=223) hipotiroidi idi. Annelerin %25,5’inde (n=613) ise gebelikle ilişkili bir hastalık görülmüştü. Gebelikle ilişkili olarak en sık görülen hastalık %48,5 oranla (n=297) GDMA1 (diyet ve egzersizle kontrol edilen gestasyonel diyabet) idi.

Tablo 4.3: Annelerde kronik hastalık ve gebelikle ilişkili hastalık durumlarının dağılımı

		n	%
Annede kronik hastalık (n= 2575)	Yok	1938	75,3
	Var	637	24,7
Kronik hastalıklar (n=637)	Hipotroidi	223	35,0
	Kalp hastalığı	78	12,2
	Romatizmal hastalık	42	6,6
	Tip 2 DM	23	3,6
	Tip 1 DM	24	3,8
	Hipertansiyon ve böbrek hastalığı	57	8,9
	Astım ve kronik solunum yolu hastalıkları	91	14,3
	Hematolojik hastalıklar	24	3,8
	Epilepsi ve nörolojik hastalıklar	37	5,8
	Diğer	38	6,0
Annede gebelikle ilişkili hastalık (n=2575)	Yok	1962	76,2
	Var	613	23,8

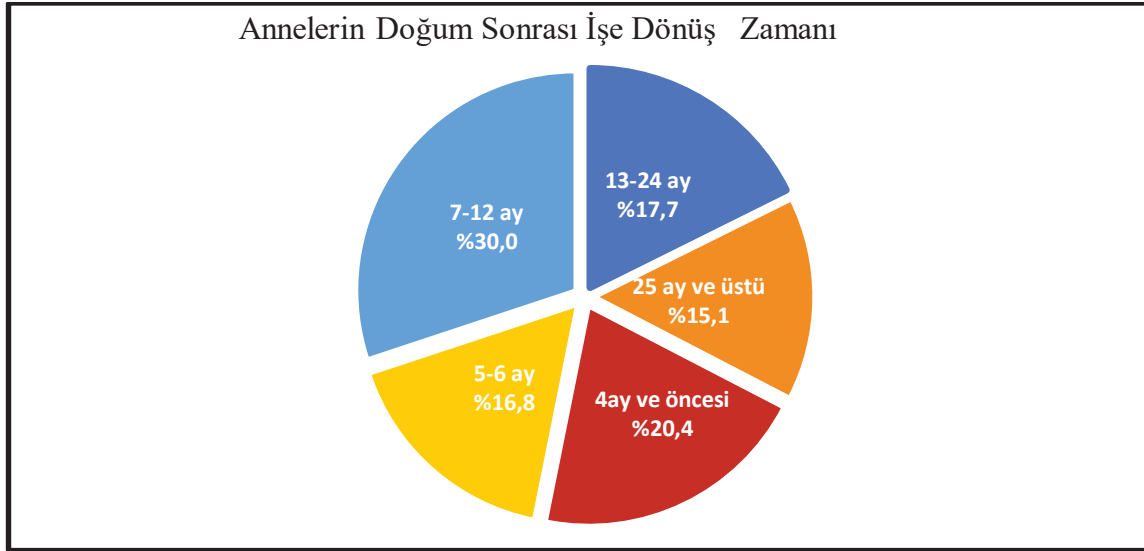
Tablo 4.3 devam

Gebelikle ilişkili hastalıklar	Trombositopeni	52	8,5
(n=613)	GDMA1	297	48,5
	GDMA2	70	11,4
	Plesenta hastalıkları	67	10,9
	Eklampsi ve hipertansiyon	70	11,4
	Diğer	57	9,3

Annelerin doğum sonrası çalışma durumu ve işe dönüş zamanları Tablo 4.4’de gösterilmiştir. Annelerin doğumdan sonra işe dönme zamanlarına bakıldığında; işe dönme oranı %28,8 (n=196) ile en sık doğumdan sonraki 7-12 ay arasında olurken, 4 aydan daha önce işe dönme oranı %20,4 (n=139), 5-6 ay sonrası işe dönme oranı %16,2 (n=110), 13-24 ay sonrası işe dönme oranı %17,8 (n=121) ve 25 aydan sonra işe dönme oranı %16,8 (n=114) olarak bulundu. Annelerin doğum sonrası işe dönüş durumlarının dağılımı Şekil 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.4: Annelerin doğum sonrası çalışma durumu

		n	%
Doğum sonrası çalışma durumu	Var	1895	73,6
(n=2575)	Yok	680	26,4
	4 ay ve daha az	139	20,4
Doğumdan sonra işe	5-6 ay	110	16,2
başlama zamanı (n=680)	7-12 ay	196	28,8
	13-24 ay	121	17,8
	25 ay ve üstü	114	16,8



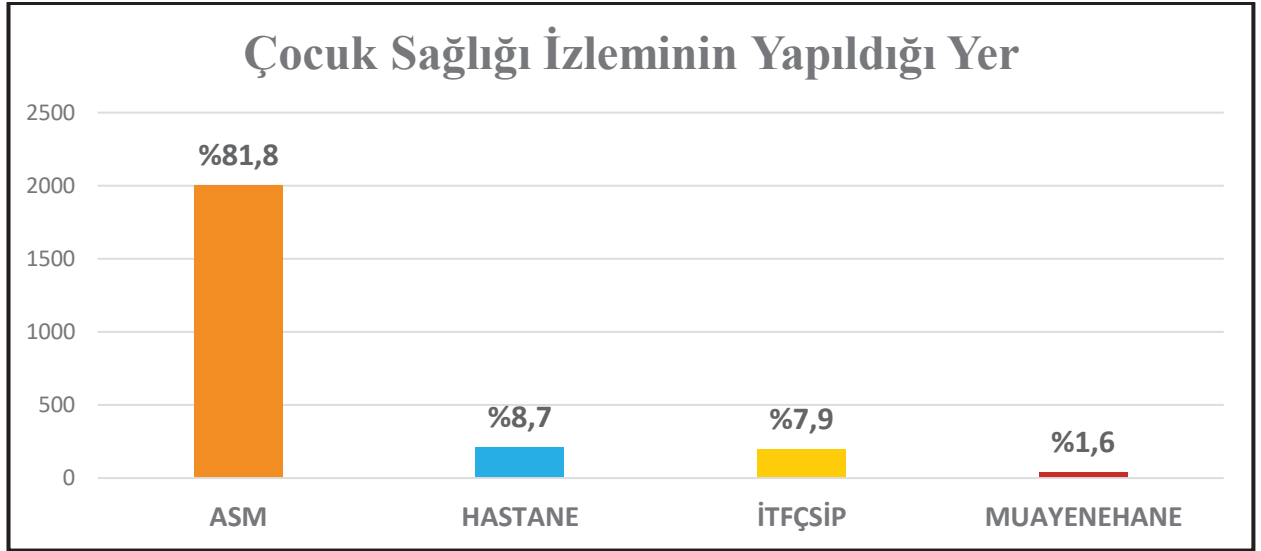
Şekil 4.2: Annelerin doğum sonrası işe dönüş durumlarının dağılımı

Bebeklerin ilk 2 yaş içerisinde enfeksiyona bağlı bir nedenle hastaneye yatıp yatmadığı ve eğer yatış oldu ise hangi tanı ile yattığına ait bilgiler Tablo 4.5’de verilmiştir. Çocukların %7,2’si (n=191) ilk 2 yaşları içinde hastaneye yatarak tedavi almıştı. Hastaneye yatışlarda en sık sebep %35,6 oranla (n=68) alt solunum yolları enfeksiyonları idi.

Tablo 4.5: Bebeklerin ilk 2 yıl içerisinde enfeksiyona bağlı hastaneye yatış durumları

		n	%
İlk 2 yıl içinde enfeksiyon nedeni ile hastaneye yatış (n=2645)	Var	191	7,2
	Yok	2454	92,8
Yatış nedenleri (n=191)	İshal	34	17,8
	Alt solunum yolu enf.	68	35,6
	Üst solunum yolu enf.	35	18,3
	İdrar yolu enfeksiyonu	9	4,7
	Diğer	45	23,6

Çocuk sağlığı izlemlerini, ailelerin %81,8’i (n=2164) aile sağlığı merkezlerinde (ASM), %8,7’si (n=229) özel ya da devlet hastanelerinde, %7,9’u (n=210) İÜ. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği’nde (İTFÇSİP) ve %1,6’sı (n=42) özel muayenelerinde yaptırmıştı. Şekil 4.3’de bebeklerin taburcu olduktan sonra çocuk sağlığı izlemlerinin yapıldığı yerler belirtilmiştir



Şekil 4.3: Çocuk sağlığı izleminin yapıldığı yer

Bebeklerin beslenme şekillerine ait özellikler ve bunların dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir. Bebeklerin yenidoğan servisinden taburcu olurken beslenme biçimleri (n=2566), sadece anne sütü(SAS) %95,8 (n=2459), karışık beslenme (anne sütü ile formül süt) % 3,3 (n=85) ve sadece formül süt ile beslenme % 0,9 (n=22) şeklinde idi.

Bebeklerin (n=2518), %43,4'ü (n=1092) ilk 6 ay SAS ile beslenmişti.%38,5'i (n=969) karışık (anne sütüne ek olarak, formül süt veya ek besin veya su dışında sıvı) ve %17,5'İ (n=441) anne sütü ve su ile beslenmişti. Bebeklerin %0,6'sı (n=16) ise ilk 6 ay hiç anne sütü almamıştı ve sadece formül süt ile beslenmişti.

Formül süte başlama zamanları (n=2518), 0 ay ile 5,5 ay arasında olup ortalama değeri $1,8 \pm 1,6$ ay olarak bulundu. Formül süte başlamanın en sık nedeni % 38,3 oranı (n=269) ile anne sütü yetmiyor düşüncesi idi. Formül süte başlamaya, annelerin % 53,5'i (n=376) kendisi, % 43'ü (n=302) ise bir sağlık çalışanı önerisi ile karar vermişti.

Bebeklerin %80,7'si (n=2031) 6.aydan sonra tamamlayıcı beslenmeye başlatılmıştı. Bebeklerin %19,3'ü (n=487) ise 6. ay ya da daha önce tamamlayıcı beslenmeye başlatılmıştı. Tamamlayıcı beslenmeye erken başlatmanın en sık nedeni %36,1 oranla (n=176) zaten formül süt kullanılıyor olması idi.

Bebeklerin %76,3'ü (n=1980) 12 aydan daha uzun sürede anne sütü verilmişti. 24 ay ya da üzerinde bir süre anne sütüyle beslenen bebek oranı ise %44,6 (n=1157) idi. Annelerin 55,4'ü (n=1438) ise anne sütünü 24 aydan az vermişti, 24 aydan daha

kısa anne sütü vermenin en sık nedeni %28,4 oranı (n=408) ile bebeğin kendisinin emmeyi bırakması olarak bulundu.

Tablo 4.6: Bebeklerin beslenme şekillerine ait özellikler

		n	%
Taburcu olurken beslenme şekli (n=2566)	Sadece anne sütü	2459	95,8
	Karışık	85	3,3
	Formül Süt	22	0,9
İlk 6 ay beslenme şekli(n=2518)	Sadece anne sütü	1092	43,4
	Anne sütü+ Su	441	17,5
	Karışık	969	38,5
	Formül süt	16	0,6
İlk 6 ay formül süte başlama nedeni (n=703)	Anne sütü yetmiyor düşüncesi	269	38,3
	Bebeğin doymadığı düşüncesi	62	8,8
	İkiz eşi olması	40	5,7
	Yetersiz tartı alımı	36	5,1
	Annenin işe başlaması	7	1,0
	Annenin gebe olması	2	0,3
	Bebeğin hastalığı	39	5,5
	Annenin hastalığı	40	5,7
	Anne vefat	3	0,4
	Anne sütü yok veya kesilmiş	30	4,3
	Meme başı sorunları	12	1,7
	Bebek memeyi tutmadı ya da emmek istemedi	29	4,2
	Anne sütü yetmiyor ve bebeğin doymadığı düşüncesi	98	13,9
	Anne sütü yetmiyor düşüncesi ve yetersiz tartı alım	36	5,1
Formül süte başlamaya karar veren kişi(n=703)	Kendisi	376	53,5
	Sağlık çalışanı	302	43,0
	Ailesi	25	3,5
Tamamlayıcı beslenmeye başlama zamanı(n=2518)	≤ 6 ay	487	19,3
	> 6 ay	2031	80,7

Tablo 4.6 devam

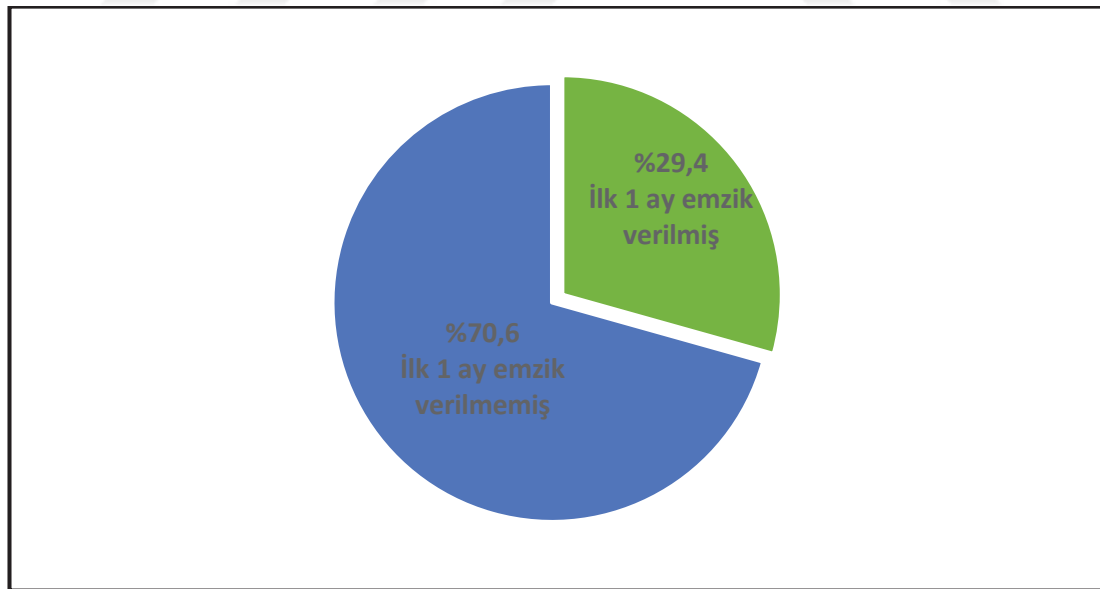
Tamamlayıcı beslenmeye erken başlatmanın nedeni (n=487)	Bebeğin doymaması düşüncesi	103	21,2
	Tartı altında yetersizlik	11	2,3
	Annenin işe başlaması	8	1,6
	Annenin sütünün kesilmesi	8	1,6
	Formül süt ile besleme	176	36,1
	Alıştırmak için	134	27,5
	Anne sütünün yetersizliği	29	6,0
	Bebeğin hastalığı	4	0,8
	Anne sütü yetersizliği ve formül süt ile beslenme	1	0,2
	Bebeğin doymadığı düşüncesi ve formül süt ile beslenme	13	2,7
≥ 1 yıl emzirme (n=2595)	Evet	1980	76,3
	Hayır	615	23,7
≥ 2 yıl emzirme (n=2595)	Evet	1157	44,6
	Hayır	1438	55,4
2 Yaştan önce emzirmeyi bırakma nedeni (n=1438)	Hamilelik	157	10,9
	Bebek kendi bıraktı ya da emmedi	408	28,4
	Başka birşey yemediği için anne kesti	118	8,2
	Meme başı sorunları	34	2,4
	Annenin hastalığı	115	8,0
	Bebeğin hastalığı	38	2,6
	Anne ilaç kullanmış	70	4,9
	Annenin sütü kesilmiş	277	19,3
	Anne çalışıyor ya da çalışmaya başlamış	88	6,1
	Bebek vefat etmiş	5	0,3
	Anneye aşırı düşkünlük, oyuncak gibi görme veya anne yorgunluğu	81	5,6
	Anne vefat etmiş	3	0,2

Anne kendi yeterli gördü 44 3,1

Tablo 4.6 devam

	Min-Max	Ort±SD
Sadece anne sütü alma süresi, ay (n=2276)	0-8	4,4±2,2
Toplam anne sütü alma süresi , ay (n=2579)	0-60	18,8±9,2
Formül süt başlama zamanı , ay (n=703)	0-5,5	1,8±1,6
Tamamlayıcı beslenmeye başlama zamanı , ay (n=2518)	2-11	6,8±1

Annelerin (n=2194), %29,4'ü (n=644) bebeklerine ilk 1 ay içinde emzik vermişti. Emzik kullanım oranlarına ait bilgiler Şekil 4.4'de gösterilmiştir.



Şekil 4.4: İlk 1 ay içinde emzik verilme durumu

Bebeklerin yenidoğan servisinden taburcu olurken beslenme şekillerinin yıllara göre dağılımı Tablo 4.7'de verilmiştir. Buna göre hastanede kaldıkları sürede kümülatif olarak %95,8'i (n=2459) sadece anne sütü, % 3,3'ü (n=85) karışık beslenme (anne sütü ile formül süt) ve % 0,9'u (n=22) sadece formül süt ile beslenmişti.

Tablo 4.7: Yenidoğan servisinden taburcu olurken beslenme şeklinin yıllara göre dağılımı (n=2566)

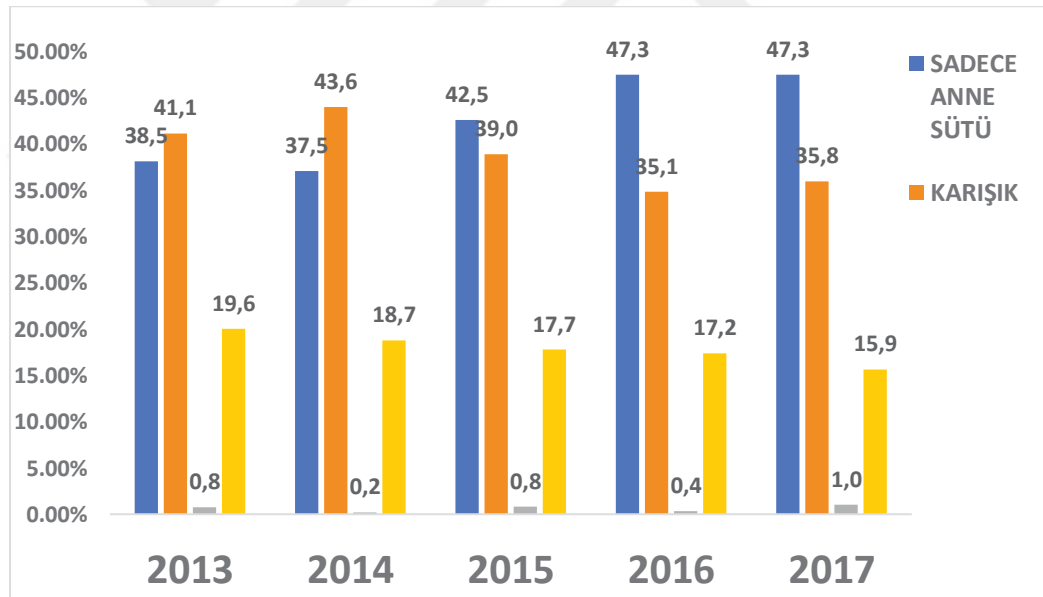
Taburcu olurken beslenme şekli	Doğum yılı					Toplam
	2013	2014	2015	2016	2017	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
SAS	249 (95,0)	500 (96,7)	518 (97,0)	555 (96,7)	637 (93,8)	2459 (95,8)
Karışık B.	10 (3,8)	15 (2,9)	10 (1,9)	16 (2,8)	34 (5,0)	85 (3,3)
Formül S.	3 (1,1)	2 (0,4)	6 (1,1)	3 (0,5)	8 (1,2)	22 (0,9)

Yıllara göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir. Kümülatif olarak bebeklerin % 43,4’ü (n=1092) ilk 6 ay boyunca sadece anne sütüyle (SAS) beslenmiştir. % 38,5’i (n=969) karışık (anne sütü ile, formül süt veya ek gıda veya su dışında sıvı) ve % 17,5’i (n=441) anne sütü ve su ile beslenmişti. Bebeklerin % 0,6’sı (n=16) ise ilk 6 ay hiç anne sütü almamıştı ve sadece formül süt ile beslenmiştir.

Tablo 4.8: Yıllara göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin dağılımı (n=2518)

İlk 6 ay beslenme şekli	Doğum yılı					Toplam
	2013	2014	2015	2016	2017	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
SAS	102 (38,5)	200 (37,5)	206 (42,5)	258 (47,3)	326 (47,3)	1092 (43,4)
A.sütü ve su	52 (19,6)	100 (18,7)	86 (17,7)	94 (17,2)	109 (15,9)	441 (17,5)
Karışık B.	109 (41,1)	233 (43,6)	189 (39,0)	191 (35,1)	247 (35,8)	969 (38,5)
Formül S.	2 (0,8)	1 (0,2)	4 (0,8)	2 (0,4)	7 (1,0)	16 (0,6)

Yıllara göre bakıldığında; SAS ile beslenen bebeklerin oranı 2013 yılında doğmuş bebeklerde % 38,5 (n=102), 2014 yılında %37,5 (n=200), 2015 yılında % 42,5 (n=206), 2016 yılında % 47,3 (n=258) ve 2017 yılında % 47,3 (n=326) olarak saptanmıştır. İlk 6 ay boyunca anne sütüyle beraber su verme yüzdesi 2013 yılında doğan bebeklerde % 19,6 (n=52) , 2014 yılında % 18,7 (n=100), 2015 yılında % 17,7 (n=86), 2016 yılında % 17,2 (n=94) ve 2017 yılında % 15,9 (n=109) olarak saptanmıştır. 2013 yılında doğan bebeklerin % 41,1'i (n=109) ilk 6 ay karışık beslenmişken bu oran 2014 yılında % 43,6 (n=233), 2015 yılında % 39,0 (n=189), 2016 yılında % 35,1 (n=191) ve 2017 yılında % 35,8 (n=247) olarak bulunmuştur. İlk 6 ay boyunca tek başına formüt süt ile beslenen bebeklerin yüzdesi, 2013 yılında doğanlarda % 0,8 (n=2), 2014 yılı içinde doğanlarda % 0,2 (n=1), 2015 yılı içinde doğanlarda % 0,8 (n=4), 2016 yılı içinde doğanlarda % 0,4 (n=2) ve 2017 yılında doğanlarda da % 1(n=7) olarak saptanmıştır. Yıllara göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin oransal değişimi Şekil 4.5'de gösterilmiştir.



Şekil 4.5: Bebeklerin ilk 6 aylık süre boyunca beslenme şekillerinin 2013-2017 yılları arasında dağılımı

Tablo 4.9'da yıllara göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin karşılaştırılması gösterilmiştir. Doğum yılı ile ilk 6 ay beslenme şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.021$). İkili olarak değerlendirildiğinde , ilk 6 ay SAS ile beslenme oranları 2017 yılında doğmuş olan bebeklerde 2013 yılında doğmuş olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede artmıştır($p<0.001$). 2017 yılında

doğmuş bebeklerin ilk 6 ay karışık beslenme oranları ve anne sütü ve su ile beslenme oranları ise 2013 yılında doğmuş bebeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur(sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.001$). Bebeklerin formül süt ile beslenme oranlarında 2013 ile 2017 yıllarında doğanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($p=0.518$).

Tablo 4.9: Yıllara göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin karşılaştırılması

Doğum Yılı					
İlk 6 ay beslenme şekli	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)
Sadece anne sütü	102 (38,5)	200 (37,5)	206 (42,5)	258 (47,3)	326 (47,3)
Anne sütü ve su	52 (19,6)	100 (18,7)	86 (17,7)	94 (17,2)	109 (15,9)
Karışık beslenme	109 (41,1)	233 (43,6)	189 (39,0)	191 (35,1)	247 (35,8)
Formül süt	2 (0,8)	1 (0,2)	4 (0,8)	2 (0,4)	7 (1,0)

*Pearson ki kare test

Bebeklerin yıllara göre SAS aldıkları sürelerin ortalama değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.10’da verilmiştir. SAS aldıkları sürelerin ortalama değerleri arasında yıllara göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). İkili olarak bakıldığında 2017 yılında doğmuş bebeklerde 2013 yılında doğmuş olan bebeklere göre SAS alma süreleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmış olarak bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 4.10: Bebeklerin yıllara göre sadece anne sütü aldıkları sürelerin ortalama değerlerinin karşılaştırılması

Sadece anne sütü ile beslenme süresi (ay)				
Doğum yılı	n	Ort.	SD	p*
2013	255	4,2	2,1	<0,001
2014	464	4,1	2,3	
2015	424	4,3	2,1	
2016	486	4,6	2,2	
2017	647	4,7	2,2	
Toplam	2276	4,4	2,2	

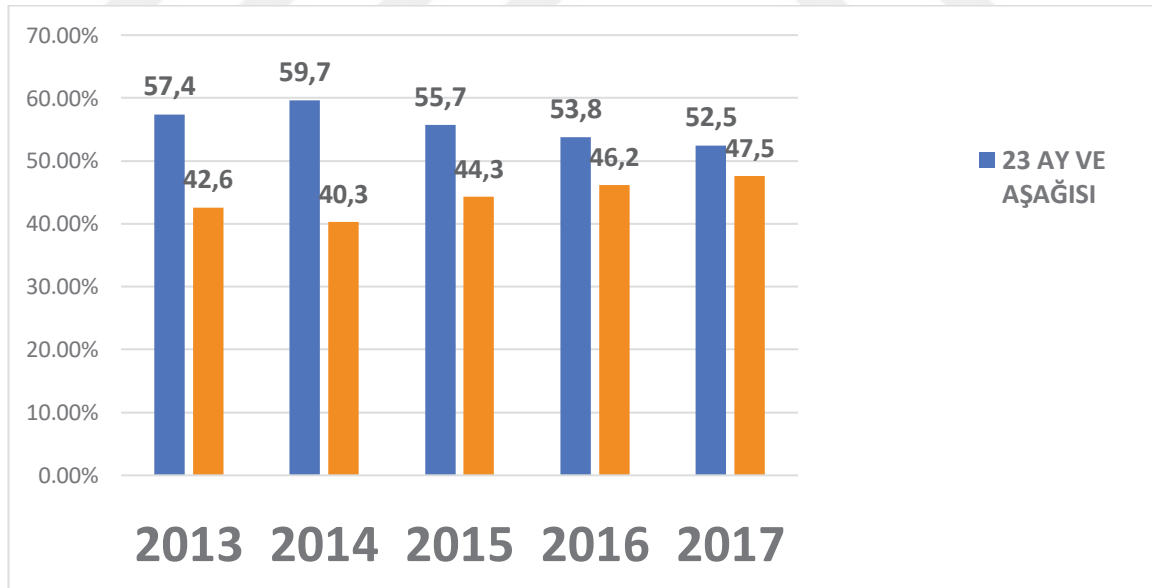
*OneWayAnova

Tablo 4.11’de bebeklerin yıllara göre 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme şekillerinin dağılımı belirtilmiştir. Genel olarak bakıldığında bebeklerin %44,6’sı(n=1157) 24 ay ya da üzerinde bir zaman anne sütüyle beslenmiştir. %55,4’ü (n=1438) ise 24 aydan kısa bir süre anne sütü almıştır.

Tablo 4.11: Yıllara göre ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme şekillerinin dağılımı

Anne S. alma süresi	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)
≥ 24 ay	112 (42,6)	215 (40,3)	238 (44,3)	268 (46,2)	324 (47,5)
<24 ay	151 (57,4)	318 (59,7)	299 (55,7)	312 (53,8)	358 (52,5)

2013 yılında doğan bebeklerde 24 ay ya da üzerinde bir zaman anne sütü ile beslenme oranı % 42,6 (n=112) iken bu oran 2014 yılında % 40,3 (n=215), 2015 yılında % 44,3 (n=238) , 2016 yılında % 46,2 (n=268) ve 2017 yılında ise % 47,5 (n=324) olarak saptanmıştır. Doğum yıllarına göre bebeklerin 24 ay ya da üzerinde bir zaman anne sütü ile beslenme oranlarının dağılımı Şekil 4.6’da gösterilmiştir.



Şekil 4.6: Doğum yıllarına göre bebeklerin ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme oranlarının dağılımı

Yıllar arasında 24 ay ya da üzeri anne sütü ile beslenme oranlarını karşılaştırılması Tablo 4.12’de verilmiştir. 2013 yılında doğmuş olan bebeklerin 24 ay ya da üzeri anne sütü ile beslenme oranları % 42,6 iken bu oran 2017 yılında % 47,5’e yükselmiştir ama bu yükseliş düzeyi istatistiki açıdan anlamlı saptanmamıştır ($p=0,121$).

Tablo 4.12: Yıllara göre ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme oranlarının karşılaştırılması

Anne S. alma süresi	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	p*
≥ 24 ay	112 (42,6)	215 (40,3)	238 (44,3)	268 (46,2)	324 (47,5)	0,121
<24 ay	151 (57,4)	318 (59,7)	299 (55,7)	312 (53,8)	358 (52,5)	

*Pearson ki kare test

Bebeklerin yıllara göre anne sütü aldıkları toplam sürelerin ortalama değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.13’ de verilmiştir. 2017 yılında toplam anne sütü alma süresi 2013 yılına göre artmıştır ancak bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,060$).

Tablo 4.13: Bebeklerin yıllara göre anne sütü aldıkları toplam sürelerin ortalama değerlerinin karşılaştırılması

Toplam anne sütü ile beslenme süresi (ay)				
Doğum yılı	n	Ort.	SD	p*
2013	262	18,8	9,9	0,060
2014	530	17,8	9,0	
2015	534	18,5	8,9	
2016	578	19,0	9,5	
2017	675	19,6	9,3	
Toplam	2579	18,8	9,2	

*One Way Anova

Taburcu olurken beslenme şekli ile ilk 6 ay boyunca beslenme şekillerinin karşılaştırılması Tablo 4.14 içinde verilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0,001$). Taburcu olurken SAS alan bebeklerin, taburcu olurken karışık

olarak beslenen bebeklere göre ilk 6 ayda SAS ile beslenme oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo 4.14: Taburcu olurken beslenme şekli ile ilk 6 ay beslenme şeklinin karşılaştırılması

İlk 6 Ay Beslenme Şekli					
Taburcu olurken beslenme şekli	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık B. n (%)	Formül S. n (%)	p*
Sadece anne sütü	1091 (46,3)	441 (18,7)	822 (34,9)	0 (0,0)	<0,001
Karışık beslenme	0 (0,0)	0 (0,0)	85 (100,0)	0 (0,0)	
Formül süt	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (27,3)	16 (72,7)	

*Pearson ki kare test

Bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekilleri ile 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırması Tablo 4.15’ de verilmiştir. İlk 6 ay beslenme şekilleri ile 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). İkili olarak değerlendirildiğinde hem ilk 6 ay sadece anne sütü alan bebeklerin hem de anne sütü ile su alan bebeklerin 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranı, ilk 6 ay karışık olarak beslenen bebeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$, $p<0,001$).

Tablo 4.15: İlk 6 ay beslenme şekliyle ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumunun karşılaştırılması

Emzirme Süresi			
İlk 6 ay beslenme şekli	≥ 24 ay n (%)	<24 ay n (%)	p*
Sadece anne sütü	608 (56,1)	475 (43,9)	<0,001
Anne Sütü ve Su	247 (56,9)	187 (43,1)	
Karışık beslenme	244 (25,9)	699 (74,1)	
Formül süt	0 (0,0)	15 (100,0)	

*Pearson ki kare tes

Bebeklerin doğum haftalarına göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.16’ da belirtilmiştir.

Geç preterm ve erken term olma ile bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekli arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). İkili değerlendirmelerde, geç preterm bebeklerin ilk 6 ay boyunca SAS alma yüzdeleri ve anne sütü ve su ile beslenme oranları erken term bebeklerden anlamlı derecede düşük buna karşın karışık şekilde beslenme oranları yüksek saptanmıştır ($p<0,001$, $p=0,008$). Aynı şekilde erken term bebekler ile term bebekler arasında da ilk 6 ay beslenme şekli açısından anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Erken term bebeklerin de ilk 6 ay boyunca SAS alma yüzdeleri term bebeklerden anlamlı derecede düşük, karışık beslenme oranları ise yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). 24 ay ya da üzeri bir süre anne sütü alma oranları bakımından geç preterm ile erken term bebekler arasında istatistiki değerde bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,770$). Erken term bebeklerin 24 ay ya da üzeri anne sütü ile beslenme oranları ise term bebeklerden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,001$).

Tablo 4.16: Bebeklerin doğum haftalarına göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
Gestasyonel yaş	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık B. n (%)	Formül S. n (%)	p*
Geç preterm	74 (31,9)	22 (9,5)	134 (57,7)	2 (0,9)	<0,001
Erken term	451 (41,4)	183 (16,8)	444 (40,8)	11 (1,0)	
Erken term	451 (41,4)	183 (16,8)	444 (40,8)	11 (1,0)	<0,001
Term	498 (47,2)	214 (20,2)	342 (32,4)	2 (0,2)	
Emzirme Süresi					
Gestasyonel yaş	≥ 24 ay n (%)		<24 ay n (%)	p*	
Geç preterm	98 (42,1)		135 (57,9)	0,770	
Erken term	464 (41,0)		667 (59,0)		
Erken term	464 (41,0)		667 (59,0)	0,001	
Term	519 (47,8)		567 (52,2)		

*Pearson ki kare test

Kız ya da erkek bebek olma durumlarına göre ilk 6 ay beslenme şekilleri ile 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumları Tablo 4.17' de belirtilmiş ve cinsiyet ile beslenme oranları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (sırasıyla; $p=0,311$, $p=0,369$).

Tablo 4.17: Cinsiyete göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 Ay Beslenme Şekli					
Cinsiyet	SAS	A. sütü ve su	Karışık B.	Formül S.	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Kız	535 (42,8)	238 (19,0)	470 (37,6)	8 (0,6)	0,311
Erkek	557 (44,0)	203 (16,0)	499 (39,4)	8 (0,6)	
Emzirme Süresi					
Cinsiyet	≥ 24 ay		<24 ay	p*	
	n (%)		n (%)		
Kız	562 (43,7)		724 (56,3)	0,369	
Erkek	595 (45,5)		714 (54,5)		

*Pearson ki kare test

Doğum şekillerine göre bebeklerin ilk 6 ay beslenme biçimleri ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.18’de gösterilmiştir. İlk 6 ay beslenme biçimi ile doğum şekilleri arasında istatistiki açıdan anlamlılık bulunmuştur ($p=0,001$). Normal spontan doğum ile doğmuş olan bebeklerin, sezaryen ile doğmuş bebeklere göre ilk 6 aylık dönem boyunca SAS alma oranları istatistiki açıdan anlamlı düzeyde yüksek, karışık beslenme oranları ise düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Ayrıca sezaryen ile doğmuş bebeklerin normal spontan yolla doğmuş olan bebeklere göre 24 ay ya da üzeri anne sütü alma yüzdeleri de istatistiki açıdan anlamlı derecede düşük saptanmıştır ($p=0,011$).

Tablo 4.18: Doğum şekillerine göre bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 Ay Beslenme Şekli					
Doğum Şekli	SAS n (%)	9. sütü ve su n (%)	Karışık B. N (%)	Formül S. N (%)	p*
NSD	419 (47,5)	166 (18,8)	291 (32,9)	7 (0,8)	0,001
C/S	673 (41,2)	275 (16,8)	678 (41,4)	9 (0,6)	

Tablo 4.18 devam

Emzirme süresi			
Doğum Şekli	≥ 24 ay n (%)	<24 ay n (%)	p*
NSD	436 (48,1)	471 (51,9)	0,011
C/S	721 (42,7)	967 (57,3)	

*Pearson ki kare test

Bebeklerin tekil/çoğul olma durumlarına göre ilk 6 ay beslenme biçimleri ile 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumunun karşılaştırılması Tablo 4.19’da gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,001$, $p < 0,001$). Çoğul bebeklerde, tekil bebeklere kıyasla ilk 6 ay boyunca SAS ile beslenme, anne sütü ve su ile beslenme oranı düşük buna karşın karışık beslenme oranı yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$, $p < 0,001$). Çoğul bebeklerde, 24 ay ve üzeri anne sütü alma süresi de tekil bebeklere kıyasla anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p < 0,001$).

Tablo 4.19: Bebeklerin tekil/çoğul olma durumlarına göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
Tekil/çoğul	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık B. n (%)	Formül S. n (%)	p*
Tekil	1069 (45,1)	434 (18,3)	855 (36,0)	14 (0,6)	<0,001
Çoğul	23 (15,8)	7 (4,8)	114 (78,1)	2 (1,3)	

Emzirme süresi			
Tekil/çoğul	≥ 24 ay n (%)	<24 ay n (%)	p*
Tekil	1117 (45,5)	1337 (54,5)	<0,001
Çoğul	40 (28,4)	101 (71,6)	

*Pearson ki kare test

Doğumdaki prezentasyon şekillerine göre ilk 6 ay beslenme şekilleri ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.20’de belirtilmiş

olup her iki durum için de istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (sırasıyla; $p=0,052$, $p=0,421$).

Tablo 4.20: Doğumdaki prezentasyon şekillerine göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
Prezentasyon Şekli	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık B. n (%)	Formül S. n (%)	p*
Baş gelişi	963 (43,9)	393 (17,9)	823 (37,6)	13 (0,6)	0,052
Diğer gelişler	109 (40,1)	37 (13,6)	123 (45,2)	3 (1,1)	
Emzirme süresi					
Prezentasyon Şekli	≥ 24 ay n (%)	<24 ay n (%)	p*		
Baş gelişi	1017 (44,9)	1247 (55,1)	0,421		
Diğer gelişler	117 (42,4)	159 (57,6)			

*Pearson ki kare test

Bebeklerin doğum ağırlıklarına göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumunun karşılaştırması Tablo 4.21’de gösterilmiştir. Doğum kiloları ile bebeklerin beslenme şekilleri arasında ilişki bulundu ($p<0,001$). Gruplar arasında ikili değerlendirme yapıldığında, 2500 g’ dan düşük doğmuş bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü ile ve anne sütü ve su ile beslenme oranları, 2500 g ve üstünde doğmuş bebeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük, karışık beslenme ve sadece formül süt ile beslenme oranları ise yüksek saptanmıştır ($p<0,001$ $p<0,001$, $p<0,001$). 2500 g’ın altında doğan bebeklerin 2500 g ve üstünde doğum kilosuna sahip bebelere göre 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranları da anlamlı derecede düşük saptanmıştır ($p=0,022$).

Tablo 4.21: Bebeklerin doğum ağırlıklarına göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve $\geq$ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
Doğum ağırlığı	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık B. n (%)	Formül S. n (%)	p*
<2500 g	59 (30,4)	19 (9,8)	111 (57,2)	5 (2,6)	<0,001
2500-4000 g	978 (44,6)	391 (17,8)	813 (37,1)	10 (0,5)	
>4000	51 (42,1)	30 (24,9)	39 (32,2)	1 (0,8)	
Emzirme süresi					
Doğum ağırlığı	≥ 24 ay n (%)	<24 ay n (%)	p*		
<2500 g	69 (35,6)	125 (65,4)	0,022		
2500-4000 g	1032 (45,6)	1233 (54,4)			
>4000	52 (41,9)	72 (58,1)			

*Pearson ki kare test

İntrauterin büyüme durumuna göre bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve 24 ay ve üzeri emzirme durumunun karşılaştırması Tablo 4.22’de gösterilmiştir. İlk 6 ay beslenme şekilleri bakımından düşük kiloda doğan bebekler (SGA) ile diğer bebekler (AGA, LGA) arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Alt grupların karşılıklı değerlendirilmesinde, SGA bebeklerin ,AGA, LGA beklere göre SAS ve anne sütü ve su ile beslenme oranları anlamlı derecede düşük, karışık beslenme oranları yüksek saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,001$). AGA ve LGA bebekler arasında ise ilk 6 ay beslenme şekilleri açısından anlamlı fark gözlenmemiştir ($p=0,311$) . İntrauterin büyüme durumlarına göre 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranları bakımından da bebekler arasında istatistiksel anlamlılıkta fark saptanmıştır ($p=0,020$). SGA bebeklerin 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranları, AGA ve LGA bebeklerden düşük bulunmuştur.

Tablo 4.22: İntrauterin büyüme durumuna göre bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 Ay Beslenme Şekli					
İntrauterin büyüme durumu	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık B. n (%)	Formül S. n (%)	p*
AGA	934 (43,7)	368 (17,2)	822 (38,4)	14 (0,7)	<0,001
SGA	20 (31,3)	14 (21,8)	29 (45,3)	1 (1,6)	
LGA	125 (41,0)	58 (19,0)	121 (39,7)	1 (0,3)	
Emzirme süresi					
İntrauterin büyüme durumu	≥ 24 ay n (%)		<24 ay n (%)	p*	
AGA	981 (44,4)		1226 (55,6)	0,020	
SGA	25 (39,7)		38 (60,3)		
LGA	144 (46,3)		167 (53,7)		

*Pearson ki kare test

Bebeklerin ilk 1 ay içerisinde emzik kullanma durumları ile ilk 6 ay beslenme biçimlerinin ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.23'de gösterilmiştir. İlk 1 ay içinde emzik kullanma durumuyla ilk 6 ay beslenme şekilleri arasında anlamlılık saptanmıştır ($p<0,001$). İlk 1 ay emzik kullanan bebeklerin ilk 6 ay SAS ve anne sütü ve su ile beslenme oranları kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır ($p<0,001$). Diğer taraftan ilk 1 ay emzik kullanan bebeklerin ilk 6 ay karışık beslenme ve sadece formül süt ile beslenme oranları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). İlk 1 ay emzik kullanan bebeklerin, kullanmayan bebeklere göre 24 ay ya da üzerinde bir süre anne sütü alma yüzdeleri de anlamlı şekilde düşük saptanmıştır ($p=0,002$).

Tablo 4.23: Bebeklerin ilk 1 ay içerisinde emzik kullanma durumları ile ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
İlk 1 ay emzik kullanma	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık B. n (%)	Formül S. n (%)	p*
Evet	139 (21,8)	90 (14,2)	395 (62,0)	13 (2,0)	<0,001
Hayır	805 (52,7)	311 (20,3)	411 (26,9)	1 (0,1)	
Emzirme süresi					
İlk 1 ay emzik kullanma	≥ 24 ay n (%)		<24 ay n (%)		p*
Evet	180 (28,5)		451 (71,5)		0,002
Hayır	805 (52,1)		739 (47,9)		

*Pearson ki kare test

Anne yaşına göre bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.24’de gösterilmiş olup yaş grupları arasında ilk 6 ay beslenme şekilleri arasında istatistiksel anlamlılıkta bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,415$). Buna karşın, anne yaşıyla, bebeklerin 24 ay ya da üzerinde bir süre anne sütüyle beslenme oranları arasında ise istatistiki açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,001$). Anne yaşı arttıkça 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranının arttığı saptanmıştır. Yaş gruplarına bakıldığında, 19 yaş ve altındaki annelerde 24 ay ve üzeri anne sütü verme oranı %34,6 iken, bu oranın 20-29 yaş arası %40,3’e, 30-39 yaş aralığında %47,2’ye ve 40 yaş ve üstü annelerde ise %52,2’ye yükseldiği saptanmıştır.

Tablo 4.24: Anne yaşına göre bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
Anne yaşı	SAS	A. sütü ve su	Karışık B.	Formül S.	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
≤ 19	13 (50,0)	4 (15,4)	8 (30,8)	1 (3,8)	0,415
20-29	445 (43,3)	172 (16,7)	403 (39,2)	8 (0,8)	
30-39	568 (43,2)	233 (17,7)	508 (38,6)	6 (0,5)	
≥ 40	66 (44,3)	32 (21,5)	50 (33,5)	1 (0,7)	
Emzirme süresi					
Anne yaşı	≥ 24 ay n (%)	<24 ay n (%)	p*		
≤ 19	9 (34,6)	17 (65,4)	0,001		
20-29	425 (40,3)	630 (59,7)			
30-39	641 (47,2)	716 (52,8)			
≥ 40	82 (52,2)	75 (47,8)			

*Pearson ki kare test

Doğum sayısına göre ilk 6 ay beslenme şekilleri ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.25’ de belirtilmiştir. Primipar annelerin bebeklerini 6. ayını bitirene kadar karışık olarak besleme yüzdesi ve sadece formül süt ile besleme oranı istatistiksel açıdan anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ($p < 0,001$). Arıca primipar annelerin anne sütü ve su ile beslenme oranları da multipar annelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır ($p < 0,001$). Doğum sayısı ile 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranları arasındada istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p = 0,002$). Multipar annelerin 24 ay ve üzeri anne sütü ile besleme oranı % 46,6 iken bu oran primipar annelerde %40,7 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.25: Doğum sayısına göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
Doğum sayısı	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık b. n (%)	Formül S. n (%)	p*
Primipar	366 (41,9)	113 (12,9)	386 (44,3)	8 (0,9)	<0,001
Multipar	726 (44,1)	328 (19,9)	583 (35,5)	8 (0,5)	
Emzirme süresi					
Doğum sayısı	≥ 24 ay n (%)		<24 ay n (%)		p*
Primipar	366 (40,7)		533 (59,3)		0,002
Multipar	791 (46,6)		905 (53,4)		

*Pearson ki kare test

Annenin eğitim seviyesine göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranlarının karşılaştırması Tablo 4.26’da belirtilmiştir. Lise veya daha düşük eğitim almış annelerin daha yüksek eğitim almış annelere göre ilk 6 ay SAS verme oranları istatistiksel açıdan anlamlı seviyede düşük saptanmıştır ($p<0,001$). Lisans ya da daha üzeri bir eğitim almış annelerin de düşük eğitim seviyesine sahip olan annelere göre ilk 6 ay anne sütü ve su ve sadece formül süt verme oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,001$). Anne eğitim düzeyleri ile 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme yüzdeleri arasında istatistiki açıdan anlamlılık bulunmamıştır($p=0,424$).

Tablo 4.26: Annenin eğitim seviyesine göre ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
Anne eğitimi	SAS n (%)	A.sütü ve su n (%)	Karışık b. n (%)	Formül S. n (%)	p*
Lise ve altı	646 (40,4)	343 (21,4)	600 (37,5)	11 (0,7)	<0,001
Lisans ve lisansüstü	323 (50,5)	80 (12,6)	234 (36,6)	2 (0,3)	
Emzirme süresi					
Anne eğitimi	≥ 24 ay n (%)		<24 ay n (%)	p*	
Lise ve altı	738 (45,9)		869 (54,1)	0,424	
Lisans ve lisansüstü	282 (44,1)		358 (55,9)		

*Pearson ki kare test

Babanın eğitim seviyesi ile ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranlarının karşılaştırması Tablo 4.27’de belirtilmiştir. Lise ve altı eğitim seviyesine sahip babaların bebeklerinin daha yüksek seviyede eğitime sahip babaların bebeklerine göre ilk 6 ay SAS ile beslenme yüzdeleri anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0,001$). Lisans ya da üzerinde bir eğitim almış babaların bebeklerinin daha düşük eğitim seviyesine sahip olan babaların bebeklerine göre ilk 6 ay anne sütü ve su alma oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır ($p<0,001$). Baba eğitim düzeyleri ile 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,881$).

Tablo 4.27: Babanın eğitim seviyesi ile ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
Baba eğitimi	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık b. n (%)	Formül süt n (%)	p*
Lise ve altı	618 (40,6)	322 (24,1)	575 (37,7)	9 (0,6)	<0,001
Lisans ve lisansüstü	328 (51,2)	87 (13,7)	221 (34,5)	4 (0,6)	
Emzirme süresi					
Baba eğitimi	≥ 24 ay n (%)		<24 ay n (%)		p*
Lise ve altı	695 (45,4)		837 (54,6)		0,881
Lisans ve lisansüstü	289 (45,0)		353 (55,0)		

*Pearson ki kare test

Annenin mesleği ile ilk 6 ay bebeklerin beslenme şekillerinin ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.28’de verilmiştir. Ev hanımı olan annelerin memur olarak çalışan annelere göre bebeklerine ilk 6 ay SAS verme oranı istatistiki açıdan anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Bebeklerini 6. ayın sonuna kadar anne sütü ve su ile besleme ve karışık besleme oranları da, ev hanımı olan anneler de, memur annelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,001$). Anne mesleği ile bebeklerine 24 ay ve üzeri anne sütü verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,665$).

Tablo 4.28: Annenin mesleği ile ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
Anne mesleği	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık B. n (%)	Formül Süt n (%)	p*
Ev hanımı	771 (41,3)	355 (19,0)	729 (39,1)	11 (0,6)	<0,001
İşçi	17 (42,5)	6 (15,0)	17 (42,5)	0 (0,0)	
Memur	144 (53,7)	31 (11,6)	91 (34,0)	2 (0,7)	
Kendi İşi	63 (42,9)	28 (19,0)	54 (36,7)	2 (1,4)	
Özel Sektör	97 (49,2)	21 (10,7)	78 (39,6)	1 (0,5)	
Emzirme süresi					
Anne mesleği	≥ 24 ay n (%)		<24 ay n (%)	p*	
Ev hanımı	860 (44,6)		1067 (55,4)	0,665	
İşçi	18 (45,0)		22 (55,0)		
Memur	127 (45,7)		151 (54,3)		
Kendi İşi	74 (48,4)		79 (51,6)		
Özel Sektör	78 (39,6)		119 (60,4)		

*Pearson ki kare test

Babanın mesleği ile ilk 6 ay bebeklerin beslenme şekillerinin ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.29’da gösterilmiştir. Buna göre baba mesleği ile ilk 6 ay bebeklerin anne sütü ile beslenme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Babaları memur olan bebeklerde ilk 6 ay boyunca SAS ile beslenme yüzdeleri de diğer meslek mensuplarının bebeklerinden yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Karışık beslenme özel sektör ve serbest çalışan babaların bebeklerinde daha fazla iken anne sütü ve su verme oranı da en fazla işçi babaların bebeklerinde saptanmıştır. Babanın mesleği ile bebeklerin 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,266$).

Tablo 4.29: Babanın mesleği ile ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
Baba mesleği	SAS	Anne sütü ve su	Karışık b.	Formül S.	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
İşçi	84 (42,9)	51 (26,0)	59 (30,1)	2 (1,0)	<0,001
Memur	191 (54,6)	52 (14,8)	105 (30,0)	2 (0,6)	
Serbest	498 (40,2)	237 (19,1)	493 (39,8)	10 (0,9)	
Özel sektör	161 (45,4)	50 (14,0)	144 (40,6)	0 (0,0)	
Emzirme süresi					
Baba mesleği	≥ 24 ay		<24 ay	p*	
	n (%)		n (%)		
İşçi	93 (46,5)		107 (53,5)	0,266	
Memur	172 (47,4)		191 (52,6)		
Serbest	582 (45,5)		697 (54,5)		
Özel sektör	147 (40,6)		215 (59,4)		

*Pearson ki kare test

Ailenin gelir durumuyla bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekilleri ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumlarını karşılaştırılması Tablo 4.30’ da belirtilmiştir. Buna göre aile gelir düzeyi ile bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekli arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0,001$). Ailelerin gelir seviyesi arttıkça ilk 6 ay boyunca SAS ile besleme oranlarının arttığı saptanmıştır. Düşük gelir düzeyine sahip ailelerin bebeklerinin, orta ve yüksek gelir düzeyine sahip olan ailelerin bebeklerine kıyasla ilk 6 ay boyunca daha az oranda SAS ile beslendiği saptanmıştır. Buna karşın düşük gelir düzeyine sahip aile bebeklerinin, orta ve yüksek gelirli aile bebeklerine göre daha fazla oranda karışık ve anne sütü ve su ile beslendiği bulunmuştur. Aynı durum orta gelir düzeyine sahip ailelerin bebekleriyle yüksek gelir düzeyine sahip aile bebekleri arasında da gözlemiştir. Düşük gelir düzeyine sahip aile bebeklerinin ilk 6 ay sadece formül süt ile beslenme oranı da orta ve yüksek gelir düzeyine sahip aile bebeklerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p<0,001$). Bebeklerin 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumu ile aile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,199$).

Tablo 4.30: Ailenin gelir durumuyla bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 Ay Beslenme Şekli					
Aile gelir düzeyi	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık b. n (%)	Formül S. n (%)	p*
Düşük	242 (35,2)	146 (21,2)	294 (42,7)	6 (0,9)	<0,001
Orta	494 (45,3)	195 (17,9)	396 (36,3)	6 (0,5)	
Yüksek	200 (53,8)	40 (10,8)	130 (34,9)	2 (0,5)	
Emzirme süresi					
Aile gelir düzeyi	≥ 24 ay n (%)	<24 ay n (%)	p*		
Düşük	299 (42,4)	406 (57,6)	0,199		
Orta	521 (46,5)	599 (53,5)			
Yüksek	162 (43,4)	211 (56,6)			

*Pearson ki kare test

Annede kronik hastalık olma durumuyla bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekilleri ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumu arasındaki ilişki Tablo 4.31’de belirtilmiştir. Annelerinde kronik hastalık olan bebeklerin, annelerinde kronik hastalık olmayan bebeklere göre ilk 6 aylık süre boyunca SAS alma oranları istatistiki açıdan anlamlı seviyede düşük, karışık beslenme oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p=0,011$). Kronik hastalıklı annelerin, kronik hastalığı bulunmayan annelere kıyasla bebeklerine 24 ay ya da üzeri bir süre anne sütü verme yüzdeleri de anlamlı seviyede düşük idi ($p=0,027$).

Tablo 4.31: Annede kronik hastalık olma durumuyla bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
Annede kronik hastalık	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık b. n (%)	Formül S. n (%)	p*
Yok	850 (44,5)	343 (17,9)	708 (37,0)	10 (0,5)	0,011
Var	242 (39,9)	98 (16,1)	261 (43,0)	6 (1,0)	
Emzirme süresi					
Annede kronik hastalık	≥ 24 ay n (%)		<24 ay n (%)	p*	
Yok	902 (45,8)		1069 (54,2)	0,027	
Var	255 (40,9)		369 (59,1)		

*Pearson ki kare test

Annelerin gebelikle ilişkili bir hastalık geçirme durumlarıyla bebeklerini ilk 6 ay besleme biçimleri ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile besleme durumları arasındaki ilişki Tablo 4.32’de gösterilmiştir. Gebelikle ilişkili bir hastalık geçiren annelerin bebeklerini ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme oranları düşük, karışık besleme oranları yüksek saptanmıştır($p=0,009$). Annelerde gebelikle ilişkili bir hastalık görülme durumu ile bebeklerin 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,492$).

Tablo 4.32: Annelerin gebelikle ilişkili bir hastalık geçirme durumlarıyla bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
Annede gebelikle ilişkili hastalık	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık B. n (%)	Formül S. n (%)	p*
Yok	864 (44,6)	348 (18,0)	713 (36,8)	12 (0,6)	0,009
Var	228 (39,2)	93 (16,0)	256 (44,1)	4 (0,7)	
Emzirme süresi					
Annede gebelikle ilişkili hastalık	≥ 24 ay n (%)		<24 ay n (%)		p*
Yok	896 (44,9)		1099 (55,1)		0,492
Var	261 (43,5)		339 (56,5)		

*Pearson ki kare test

Tablo 4.33’de annenin doğum sonrası çalışma durumu ile bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekilleri ve 24 ay ve üzeri anne sütü alma durumları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Doğum sonrası çalışma ile ilk 6 ay beslenme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,007$). Doğum sonrası çalışan annelerin bebeklerini ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme oranları yüksek, anne sütü ve su ile besleme oranları düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Annenin doğum sonrası çalışma durumu ile bebeğin 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,488$).

Tablo 4.33: Annenin doğum sonrası çalışma durumu ile bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekilleri ve 24 ay ve üzeri anne sütü alma durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
Annenin çalışma durumu	SAS n (%)	A.sütü ve su n (%)	Karışık B. n (%)	Formül S. n (%)	p*
Ev Hanımı	771 (41,3)	355 (19,0)	729 (39,1)	11 (0,6)	0,007
Çalışan	321 (49,2)	86 (13,2)	240 (36,8)	5 (0,8)	
Emzirme Süresi					
Annenin çalışma durumu	≥ 24 ay n (%)		<24 ay n (%)	p*	
Ev Hanımı	860 (44,6)		1067 (55,4)	0,488	
Çalışan	297 (44,5)		371 (55,5)		

*Pearson ki kare test

Annenin doğum sonrası işe dönüş zamanı ile bebeklerinin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.34’de gösterilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Doğumdan 7 ay ya da daha sonra işe dönmüş olan annelerin bebeklerine sadece anne sütü verme oranı, doğumdan 6 ay ya da daha kısa süre sonra işe dönüş yapan annelere göre yüksek, karışık besleme oranları düşük bulunmuştur. Diğer taraftan doğumdan sonra 6 ay ya da daha erken işe dönüş yapan annelerin bebeklerine 24 ay ve üzeri anne sütü verme oranı %32,4 iken doğum sonrası 7 ay ya da sonrasında işe dönüş yapan annelerde bu oran %46,7olarak saptanmıştır.

Tablo: 4.34 Annenin doğum sonrası işe dönüş zamanı ile bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
Annenin işe dönüş zamanı	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık B. n (%)	Formül S. n (%)	p*
≤ 6 ay	97 (40,4)	19 (7,9)	122 (50,9)	2 (0,8)	<0,001
> 6 ay	222 (53,9)	67 (16,3)	120 (29,1)	3(0,7)	
Emzirme süresi					
Annenin işe dönüş zamanı	≥ 24 ay n (%)		<24 ay n (%)		p*
≤ 6 ay	92 (37,1)		156(62,9)		0,001
> 6 ay	206 (49,0)		214 (51)		

*Pearson ki kare test

Bebeklerin doğumdan sonra çocuk sağlığı izlemlerinin yapıldığı yer ile ilk 6 ay beslenme şekilleri ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.35’de gösterilmiştir. Buna göre çocuk sağlığı izlemlerinin yapıldığı yer ile ilk 6 ay beslenme şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği (İTFÇSİP)’nde izlenen bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme oranları diğer merkezlerde izlenen bebeklerden yüksek saptanmıştır. Formül süt ile besleme oranı muayenehanede izlenen bebeklerde en yüksek saptanırken anne sütü ve su ile beslenme oranı Aile Sağlığı Merkezi (ASM)’nde takip edilen bebeklerde en yüksek bulunmuştur. Bebeklerin doğumdan sonra çocuk sağlığı izlemlerinin yapıldığı yere göre 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme süreleri arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$). 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranı muayenehanede takibi yapılan bebeklerde % 31 iken bu oran İTFÇSİP’den takip edilen bebeklerde % 55,3 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.35: Bebeklerin doğumdan sonra çocuk sağlığı izlemlerinin yapıldığı yerile ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlk 6 ay beslenme şekli					
İzlem yeri	SAS n (%)	A. sütü ve su n (%)	Karışık B. n (%)	Formül S. n (%)	p*
Muayenehane	19 (46,3)	6 (14,7)	15 (36,6)	1 (2,4)	<0,001
Hastane	91 (41,7)	35 (16,1)	90 (41,3)	2 (0,9)	
ASM	865 (42,1)	377 (18,3)	802 (39,1)	11 (0,5)	
İTFÇSİP	117 (57,3)	23 (11,3)	62 (30,4)	2 (1,0)	
Emzirme süresi					
İzlem yeri	≥ 24 ay n (%)		<24 ay n (%)		p*
Muayenehane	13 (31,0)		29 (69,0)		0,004
Hastane	99 (44,6)		123 (55,4)		
ASM	930 (43,8)		1193 (56,2)		
İTFÇSİP	115 (55,3)		93 (44,7)		

*Pearson ki kare test

Bebeklerin ilk 2 yıl içinde enfeksiyon nedeni ile hastaneye yatışı ile ilk 6 ay beslenme şekilleri ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.36'da gösterilmiştir. İlk 6 ay beslenme şekli ile bebeklerin ilk 2 yıl enfeksiyon nedeni ile hastaneye yatışı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,327$). Buna karşın bebeklerin 24 ay ve üzerinde anne sütü alma durumu ile ilk 2 yaş içinde enfeksiyon nedeni ile hastaneye yatışı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,008$). 24 ay ya da daha fazla süre anne sütü ile beslenen bebeklerin, 24 aydan daha az anne sütü ile beslenen bebelere göre ilk 2 yaş içinde enfeksiyon nedeni ile hastaneye yatış oranları daha düşük saptanmıştır.

Tablo 4.36: Bebeklerin ilk 2 yıl içinde enfeksiyon nedeni ile hastaneye yatışı ile bebeklerinin ilk 6 ay beslenme şekillerinin ve ≥ 24 ay anne sütü ile beslenme durumlarının karşılaştırılması

Bebeklerde ilk 2 yıl içinde enfeksiyon nedeni ile hastanede yatış			
İlk 6 ay beslenme şekli	Var n (%)	Yok n (%)	p*
Sadece anne sütü	80 (7,3)	1012 (92,7)	0,327
Anne sütü ve su	28 (6,3)	413 (93,7)	
Karışık	82 (8,4)	887 (91,6)	
Formül süt	0 (0,0)	16 (100,0)	
Bebeklerde ilk 2 yıl içinde enfeksiyon nedeni ile hastanede yatış			
Emzirme süresi	Var n (%)	Yok n (%)	p*
≥ 24 ay	66 (5,7)	1091 (94,3)	0,008
<24 ay	122 (8,4)	1316 (91,6)	

*Pearson ki kare test

Bebeklerin, 1. ve 5. dakika APGAR skorları, kordon pH, kordon pCO₂, kordon BE değerleri ile ilk 6 ay beslenme şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla; p=0,052, p=0,571, p=0,156, p=0,179, p=0,614). Bebeklerin, 1. ve 5. dakika APGAR skorları, kordon pH, kordon pCO₂, kordon BE değerleri ile 24 ay ve üzeri anne sütü alma durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla; p=0,811, p=0,836, p=0,819, p=0,900, p=0,546).

İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme durumu ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumu ile ikili tablolarda anlamlı ilişki saptanan faktörler için çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı. Buna göre tekil/ çoğul olma durumu, doğum şekli (NSD-C/S), aile gelir durumu (düşük/orta-yüksek), annede kronik hastalık durumu(var/yok), ilk 1 ay emzik kullanım durumu (var/yok) ve annenin doğum sonrası işe dönüş zamanı(6 ay ya da öncesi- 7 ay ya da sonrası) ilk 6 ay SAS ile beslenme durumunu bağımsız olarak etkileyen faktörler olarak bulundu (Tablo 4.37). İlk 1 ay içerisinde emzik kullanma durumu, ilk 6 ay SAS ile beslenme durumunu en çok etkileyen faktördü ve ilk 1 ay emzik kullanmamanın ilk 6 ay SAS ile beslenmeyi 5,3 kat arttırdığı (OR 5,343 %95 CI:3,437-8,307) saptandı. İlk 6 ay SAS ile beslenmeyi, gebelik şeklinin tekil olması 4,45 kat (OR 4,459 %95 CI: 1,689-11,777) , doğum

şeklinin normal spontan doğum olması 1,87 kat (OR 1,837 %95 CI: 1,214-2,778) , ailenin gelirinin yüksek olması 1,66 kat (OR 1,667 %95 CI: 0,512-5,431) , annenin 7 ay ya da sonrasında işe başlaması 1,65 kat (OR 1,654 %95 CI: 1,139-2,401) ve annede kronik hastalık olmaması 1,56 kat (OR 1,568 %95 CI: 1,039-2,366) arttıran diğer faktörler olarak bulunmuştur.

Tablo 4.371: İlk 6 ay Sadece Anne Sütü ile Beslenme Durumu için Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Sonuçları

Değişkenler	B	SE	p	OR	95% CI (alt-üst)
Tekil Olma Durumu	1,495	0,495	0,003	4,459	1,689-11,777
NSD ile Doğum	0,608	0,211	0,004	1,837	1,214-2,778
Aile Gelirinin Orta/Yüksek Olması	0,035	0,604	0,036	1,667	0,512-5,431
Annede kronik hastalık olmaması	0,450	0,210	0,032	1,568	1,039-2,366
İlk 1 ay emzik kullanmama	1,676	0,225	<0,001	5,343	3,437-8,307
Annenin doğum sonrası işe dönüş zamanı (7 ay ve sonrası)	0,503	0,190	0,008	1,654	1,139-2,401

OR: Odds ratio, CI: Confidence interval

24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumunu ise ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmenin en fazla etkilediği ve 2,2 kat artırdığı saptandı (OR 2,215 %95 CI: 1,545-3,175). 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumunu, ilk 1 ay emzik kullanmama 2.04 kat (OR 2,045%95 CI: 1,333-3,137) ve annenin 7 ay ya da sonrasında işe dönmesi 1,46 kat (OR 1,465 %95 CI: 1,023-2,096) arttıran diğer bağımsız faktörler idi(Tablo 4.38).

Tablo 4.38: 24 Ay ve Üzeri Anne Sütü ile Beslenme Durumu için Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Sonuçları

Değişkenler	B	SE	p	OR	95% CI (alt-üst)
İlk 1 ay emzik kullanmama	0,716	0,218	0,001	2,045	1,333-3,137
Annenin doğum sonrası işe dönüş zamanı (7 ay ve sonrası)	0,382	0,183	0,037	1,465	1,023-2,096
İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme	0,795	0,184	<0,001	2,215	1,545-3,175

OR: Odds ratio, CI: Confidence interval

5.TARTIŞMA

Bebek Dostu Hastane Girişimi (BDHG), Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu'nun Bebek ve Küçük Çocuk Beslenmesi için Küresel Stratejisinin önemli bir bileşenidir. BDHG'nin On Adım'ına uymanın kısa vadeli, orta vadeli ve uzun vadeli emzirme sonuçları üzerinde olumlu bir etkisi olduğu ve annelerin maruz kaldığı BDHG adımlarının sayısı ile emzirme oranlarındaki artış arasında bir doz-yanıt ilişkisi olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Perez ve ark., 2016).

Doğum sonu servislerde “Bebek Dostu Hastane” politikalarının uygulandığı bir merkezde yürütülen bu çalışmada bebeklerin ilk 2 yaş dönemindeki anne sütü ile beslenme oranları araştırılmış ayrıca literatürde belirtilen anne sütüyle beslenme şekli ve süresine etkisi olabilen faktörlerin, bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekilleri ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme durumlarıyla ilişkisi incelenmiştir.

Çalışmamıza dâhil edilen bebeklerin %43,3'ü ilk 6 ayın sonuna kadar SAS (sadece anne sütü) ile beslenmişti. SAS ile beslenme yüzdesi 2013 senesinde doğmuş bebeklerde %38,3 iken 2017 senesinde doğmuş bebeklerde bu oran % 47,3 olarak saptanmıştır. 5 yıllık dönemlerde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) sonuçları incelendiğinde; 2013 TNSA sonuçlarına göre 6 aydan küçük çocukların (0-5 aylık) %30,1'i SAS ile beslenmiştir. Bu oran 4-5 aylık çocuklar arasında % 9,5'e, 6-7 aylık çocuklarda ise %4,7'ye düşmektedir (TNSA, 2013). 2018 TNSA verilerine göre ise 6 aydan küçük çocukların %40,7'si SAS ile beslenmiştir ve SAS ile beslenme oranı 4-5 aylık çocuklar arasında %14'e, 6-8 aylık çocuklarda % 3,8'e düşmektedir (TNSA, 2018). Dünyada son verilere göre 6 aydan küçük bebeklerin % 44'ü sadece anne sütüyle beslenmektedir (Global Breastfeeding Scorecard, 2021). Sri Lanka ve Kuzey Kore en yüksek oranlara sahipken (sırasıyla %82,%71) Çad, Gabon ve Yemen ise en düşük ilk 6 ay tek başına anne sütü ile beslenme oranlarına sahip ülkelerdir(sırasıyla %0,1,%5,%9,7) (Global Breastfeeding Collective). Ülkemizin değişik bölgelerinde de bebeklerin ilk 6 ay süresince anne sütü ile beslenme durumunu inceleyen çalışmalar yapılmıştır. Bir üniversite hastanemizde yapılan ve 2013-2017 yıllarında doğan bebeklerin değerlendirildiği yeni bir çalışmada da 6. ayda SAS ile beslenme oranının 2013 yılında %28,2 iken 2017 yılında %46 olduğu saptanmıştır(Kök

ve ark., 2020). İstanbulda bir eğitim ve araştırma hastanemizin sağlam çocuk polikliniğinde izlenen bebeklerin ilk 6 ay boyunca tek başına anne sütü alma oranı %37,5 olarak bulunmuştur. Aynı çalışma da SAS ile beslenme süresi ortalama 4,3 ay, toplam anne sütü alma süresi 16,4 ay olarak saptanmıştır (Bülbül ve ark., 2012).

Ankara'nın en önemli doğum merkezlerinden biri olan üçüncü basamak bir hastanede doğmuş bebeklerde ilk 6 ay boyunca SAS ile beslenme yüzdesi % 38.9 düzeyinde bulunmuştur (Yılmaz ve ark., 2017). 2018 yılında yapılan Adana ilimizin bir bölgesinde bulunan aile sağlığı merkezleri (ASM) tarafından takipleri yapılan bebeklerin araştırma evrenini oluşturduğu bir diğer çalışmada da ilk 6 ay boyunca SAS ile beslenme oranı % 37 olarak saptanmıştır (Yüzügüllü ve ark., 2018). Sivas ilimizde bir üniversite hastanesi çocuk polikliniğinde takip edilen çocuklarda ilk altı ay sadece anne sütü alma oranı ise %23.8 olarak bulunmuştur (Kömürlüoğlu ve Yalçın, 2019). Çalışmamızda sadece anne sütü ile ortalama beslenme süresi $4,4 \pm 2,2$ ay olarak saptanmıştır. Son TNSA verilerinde sadece anne sütü ile ortalama beslenme süresi 3.5 ay olarak bulunmuştur (TNSA, 2018). Yılmaz ve arkadaşlarının 2015 yılında 350 anne ile yaptıkları çalışmalarında bebeklerde SAS ile beslenme ortalama süresi 3.66 ± 2.3 ay olarak bulunmuştur (Yılmaz ve ark., 2017).

Çalışmamızdaki ilk 6 ay boyunca SAS ile beslenme oranları genel olarak ve 2013,2017 yılları açısından TNSA oranlarından yüksektir. Bunda, Bebek Dostu Hastane politikalarının merkezimizde düzenli ve etkin bir şekilde uygulanmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Belarus Cumhuriyeti'nde otuz bir doğum hastanesi ve polikliniğinde 17 046 anne-bebek çifti ile yürütülen randomize kontrollü bir çalışmada, BDHG'nin emzirme uygulamalarının 3. ayda ve 6.ayda SAS ile beslenme oranlarını önemli oranda arttırdığı gösterilmiştir (Kramerve ark., 2001). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da Bebek Dostu Hastane olmadan önce ve sonra emzirme oranları karşılaştırılmış, SAS ile beslenme oranlarının Bebek Dostu Hastane olduktan sonra artmış olduğu saptanmıştır (Çamurdan ve ark., 2007). Sadece anne sütü ile beslenme sürelerinin artmasında BDHG'nin yönergelerine bağlı kalmak büyük önem taşımaktadır. Kapsamlı bir sistematik derleme doğum sonrası emzirme danışmanlığı ve desteğinin, ilk 6 aya kadar sadece emzirme oranlarını artırdığını göstermiştir (McFadden ve ark. 2017).

Hastanede ve taburcu ederken annelere formül süt takviyelerinin hediye olarak verilmesinin sadece anne sütü ile beslenme oranlarını azalttığı çalışmalarda gösterilmiştir(Dabritzve ark., 2009).

Çalışmamızda ilk 6 ay karışık beslenme oranı %38,5 olarak bulunmuştur. 2013 yılında doğan bebeklerin % 41,3'ü ilk 6 ay karışık beslenmişken bu oran 2017 yılında %35,8'e gerilemiştir. Anneler karışık beslemede anne sütüne ilave olarak çoğunlukla formül süt kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızdaki karışık beslenme kapsamı ile TNSA ve diğer çalışmalardaki karışık besleme kapsamı birebir örtüşmemektedir. Bu nedenle tam bir karşılaştırma yapılamasada TNSA verilerine benzer sonuçlar bulunmuştur. Ülkemizde 2014 yılında uygulamaya konulan 'Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanmasıyla İlgili Uluslararası Yasa'nın(Kod) etkisiyle formül süt ile beslenmenin ve buna bağlı olarak karışık beslenmenin azalmış olduğunu düşünmekteyiz (WHO/CODE, 2017).

DSÖ, bebeklerin 6 aylık olana kadar anne sütü haricinde hiçbir şey almamasını önermektedir. Su verilmemesi de bu kapsamdadır. Buna rağmen gelişmekte olan ülkelerdeki annelerin çoğu, özellikle susuzluğu gidereceğine inanarak sütlerini genellikle yaşamın ilk haftasından itibaren su veya çay ile takviye etmektedir(Martines ve ark, 1992). Fas'da 2016 yılında yapılan bir çalışmada 1. basamak sağlık hizmeti veren kentsel sağlık merkezlerinde 6 aydan önce en sık verilen maddenin su olduğu bulunmuştur (Habibi ve ark., 2018). Çalışmamızda ilk 6 aylık süre boyunca anne sütüne ilave olarak sadece su verilerek beslenen bebeklerin oranı %17,6 olarak bulunmuştur. 2013 yılında doğan bebeklerde % 19,7 olan bu oran, 2017 yılında %15,9 olarak saptanmıştır. Oranlarımız 2013 ve 2018 TNSA oranlarıyla benzerlik göstermektedir (TNSA 2013; TNSA2018).Yıllar içinde azalma olmasına rağmen ilk 6 aylık süre boyunca annelerin bebeklerine sütlerinin yanında su verme yüzdesi hala çok yüksektir. Yapılan araştırmalarda, 6 aylıktan küçük bebeklerde anne sütüne diğer sıvıların eklenmesinin ishal riskini en az iki katına çıkardığı saptanmıştır (Brown ve ark. 1990; Popkin ve ark., 1990).

Brezilya'da yapılan bir çalışmada da yaşamın ilk günlerinde su veya çay verilen bebeklerde sadece anne sütü ile beslenen bebeklere göre 3 aylıktan önce emzirmeyi

bırakma ihtimali iki kat yüksek bulunmuştur (Martines ve ark., 1989). Çalışmamızda ilk 6 aylık süre boyunca anne sütüyle beraber sadece su verme özellikle Aile Sağlığı Merkezi'nde takip edilen bebeklerde en yüksek oranda idi ve annelerin %81,8'i bebeklerini Aile Sağlığı Merkezi'nde takip ettirmişti. Bu literatür ile uyumlu idi. Bu merkezlerde Bebek Dostu Sağlık Kuruluşu uygulamalarına gösterilecek hassasiyetin ilk 6 ay SAS ile beslenme oranlarındaki artışa önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamıza dâhil edilen bebeklerin %76,3'ü 12 aydan daha fazla , %44,6'sı ise 24 ay ya da daha fazla süre anne sütü ile beslenmiştir. 2013 ve 2017 yılları arasında doğmuş olan bebeklerin 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranları paralel bir seyir izlemiştir(% 42,6-% 47,6). 2013 TNSA'da çocukların 1 yıl(12-15 aylık) emzirmeye devam etme oranı %68,2 ve 2 yıl (20-23 aylık) emzirmeye devam etme oranı % 33,9 olarak bulunmuştur(TNSA, 2013). 2018 TNSA'da ise çocukların % 65,6'sı 1 yıl emzirilirken 2 yıl devam eden emzirme oranı ise % 33,5 olmuştur (TNSA, 2018). Dünya geneline baktığımızda annelerin % 68'i en az bir yıl boyunca emzirmeye devam ederken, iki yaşına kadar emzirme oranları ise % 44'dür ve ülkeler arasında büyük farklar vardır. (Global Breastfeeding Scorecard, 2021). En az 2 yaşına kadar emzirme oranı Nepal de %88,5, Bangladesh de %87,7 iken Çin de %7, Gabon da %3,9, Bostwana da %6'dır (Global Breastfeeding Collective). Ülkemizde TNSA dışında emzirme oranlarını uzun süreli değerlendiren son yılları içeren çalışma çok azdır. Kömürlüoğlu ve ark.'nın bir üniversite hastanesi çocuk polikliniğinde 160 anne ile yaptığı çalışmada bebeklerin %82,5'i en az bir yaşına kadar, %43,8'i en az iki yaşına kadar anne sütü ile beslenmiştir(Kömürlüoğlu ve Yalçın, 2019). Ankara ilinde bir hastanemizin pediatri polikliniğine başvuran 37 hafta ve üzerinde doğmuş 325 çocuğu içeren bir çalışmada ise çocukların %20,3'ü 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenmiştir(Çiçek ve Yalçın, 2019). Çalışmamızda toplam anne sütü ile beslenme ortalama süresi $18,7 \pm 9,3$ ay, ortancası ise 20 ay olarak saptandı. 2018 TNSA verilerinde ortanca emzirme süresi 16,7 ay olarak bulunmuştur ve bu 2013 TNSA verileriyle aynıdır(TNSA 2013; TNSA 2018). Çiçek ve arkadaşlarını çalışmasında toplam ortalama emzirme süresi $15,0 \pm 7,9$ ay ve ortancası 14,0 ay olarak bulunmuştur (Çiçek ve Yalçın, 2019). Çalışmamıza ait 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranları ülkemizin genelini ifade eden TNSA verilerinden anlamlı derecede yüksektir ve yüzde olarak dünya ortalamasına benzerdir. Bebek Dostu Hastane uygulamalarına bağlılığın daha uzun süre anne sütü ile beslenmeyi sağladığı birçok çalışmada gösterilmiştir.

Kramer M.S. ve arkadaşları tarafından yürütülen randomize kontrollü çalışmada Bebek Dostu Hastane uygulamalarına maruz kalan grupta kontrol grubuna göre 12.ayda emzirme oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Kramer ve ark., 2001). Chien L.Y ve arkadaşlarının Tayvan'da yaptığı bir çalışmada ise annelerin maruz kaldıkları Bebek Dostu Hastane uygulamalarının sayısı arttıkça emzirme sürelerinde arttığı saptanmıştır(Chien ve ark., 2007). Di Girolamo ve arkadaşları yaptıkları çalışmada "Bebek Dostu" uygulamaların tümünü yaşayan annelerle karşılaştırıldığında, hiç deneyimlemeyen annelerin emzirmeyi erken bırakma olasılıklarını yaklaşık 13 kat daha fazla bulmuştur(Digirolamo ve ark., 2001). En az 2 yıl ve üzeri emzirme oranlarımızın, TNSA'daki oranlardan belirgin şekilde yüksek olmasının Bebek Dostu Hastane politikalarının etkin uygulanmasının bir sonucu olduğu kanaatindeyiz.

Hong Kong'daki dört devlet hastanesinden 1.242 emziren anne bebek çiftinin 12 aya kadar prospektif olarak izlendiği bir çalışmada da hastanedeyken sadece anne sütü ile beslemenin, anne sütünü erken kesilmesine karşı koruyucu olduğu gösterilmiştir(Tarrant ve ark, 2011). İsviçre'de 2861 bebeğin dahil edildiği bir çalışmada da hastanede yalnızca anne sütüyle beslenen bebeklerde, sadece anne sütü ile beslenme ve toplam anne sütü ile beslenme süreleri, hastanede su bazlı sıvılar veya formül süt alanlara göre çok daha uzundu(Merten ve ark., 2005). Çalışmamızda bebeklerin %95,8 'i yenidoğan servisinden taburcu olurken sadece anne sütü ile besleniyordu ve bunun daha uzun süre anne sütü ile beslenmelerine etki ettiği düşünülmektedir.

Özellikle erken dönemde başlanan formül süt takviyesinin, hem formül süt vermeye devam edilmesine hemde emzirmenin daha kısa sürede sonlandırılmasına sebep olduğu çalışmalarda saptanmıştır(Patil ve ark., 2015). Başarılı emzirme için 10 adımdan, özellikle 6.adımının eksikliğinin bebeklerde daha kısa emzirme süreleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir(Nickel ve ark., 2013). ABD'de Bebek Dostu Hastane sertifikalı bir merkezde yapılan bir kohort çalışmasında, hastanede doğum sonrası yapılan formül süt desteğinin bebeklerin 1. ve 2. aylar arasında sadece anne sütü ile beslenmeme oranını iki kat ve 2. ayda anne sütünü tamamen bırakma oranını da üç kat arttırdığı bulunmuştur(Chantry ve ark., 2014). ABD'de yürütülen Bebek Besleme Uygulamaları Çalışması (IFPSI-The US Infant Feeding Practices Study) sonuçları

doğum sonrası 1 saatten geç emzirmeye başlatma ve hastane de formül süt takviyesinin anne sütü ile beslemeyi 6 haftada durdurmak için en güçlü risk faktörleri olduğunu göstermiştir(Digirolamo ve ark., 2001). Çalışmamızda hastaneden taburcu olurken bebeklerin %3,3 anne sütü ile formül süt ve % 0,9'u sadece formül süt ile besleniyordu. İstanbul'da Bebek Dostu Hastane sertifikası olan özel bir hastanede Ocak-Aralık 2018 tarihleri arasında doğan 503 bebeği kapsayan bir çalışmada, doğum sonrası hastanede kaldıkları sürede bebeklerin %14,5'i formül süt takviyesi almıştır (Aktaş ve ark., 2020). Bebek dostu olan bir üniversite hastanesinde yürütülen bir çalışmada da bebeklere hastanede kaldığı sürede formül süt verilme oranı %11,3 olarak bulunmuştur(Ahi ve ark., 2019). Benzer özelliklerde popülasyonlar üzerinde yapılan bu çalışmalarla karşılaştırıldığında taburculukta formül süt ile besleme oranları merkezimizde oldukça düşüktür. Bunda Bebek Dostu Hastane politikalarının ve doğum sonrası emzirme danışmanlığı hizmetlerinin etkin ve sürekli uygulanmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Bebeklerin formül süte başlama zamanları 0 ay ile 5,5 ay arasında değişmekte olup ortalama değeri $1,8 \pm 1,6$ ay olarak bulundu. Formül süte başlamanın en önemli nedenleri annenin sütünün yetmediği düşüncesi ve bebeğin doymadığı düşüncesi idi. Bu literatürle benzerdi. Ülkemizde yapılan değişik çalışmalarda da ilk 6 ay formül süt başlamanının en yaygın nedeni anne sütünün yetersiz olduğu inancı olarak bulunmuştur(Bülbül ve ark., 2012; Yılmaz ve ark., 2017). Gelişmekte olan ülkelerde yaşamın ilk 6 ayında sadece anne sütü ile beslenmeyi etkileyen nedenlerin araştırıldığı bir sistematik derlemede annelerdeki yetersiz anne sütü algısının, SAS ile beslenme önünde büyük bir engel olduğu saptanmıştır(Balogun ve ark., 2015). Sütüm yetmiyor algısı, genellikle doğumdan sonra bir ya da ikinci haftada ortaya çıkan bebeğin doymadığı, kilo almadığı, sütün az geldiği şeklinde ifade edilen bir durumdur. Annelerin bebeklerin açlık tokluk belirtilerini tanıması ve sütün yeterliliğini gösteren güvenilir bulgular konusunda eğitilmesi bu algının değişmesinde çok önemlidir. Yapılandırılmış eğitim ve izlemin annenin yetersiz süt algısını azalttığı ve bunun sonucunda annelerin anne sütü dışında bir destek vermelerini de azalttığı çalışmalarda gösterilmiştir(Sağlık, 2019). Çalışmamızda formül süte takviyesine %53,5 oranla anne karar vermişti ancak %43 oranla da sağlık çalışanları önerisi ile başlanmıştı. Bülbül ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde formül süt başlamaya annelerin yarısı kendi karar vermiş iken %37'si de sağlık çalışanlarının önerisiyle başlamıştı (Bülbül ve

ark., 2012). Bir üniversite hastanemizin emzirme danışmanlığı birimine başvuran anneler ile yapılan çalışmada ise anneler formül süt kullanmaya % 77.6 oranla doktor tavsiyesi ile başlamışlardı (Gökçay ve ark., 2012). Ankara’da bir üniversite hastanemizin yenidoğan polikliniğinde takipli annelerle yapılan bir çalışmada ise formül süt başlama kararının %70 oranla doktor ve hemşire tarafından verildiği saptanmıştır(Altuntaş, 2019). BDH politikalarının uygulanmasına rağmen halen süt yetersizliği algısının yüksek olması ve özellikle sağlık çalışanları tarafından formül süt başlanmasındaki yüksek oranlar bu konuya daha çok önem verilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

DSÖ bebeklerin ilk 6 ay SAS ile beslenmelerini ve 6. aydan sonra artan besinsel ihtiyaçlarından dolayı yaşına uygun yeterli ve dengeli tamamlayıcı besinlere başlatılmasını önermektedir. Çalışmaya dâhil olan bebeklerimizin %78,6’sı 6. aydan sonra tamamlayıcı beslenmeye başlatılmıştı ve ortalama tamamlayıcı beslenmeye başlama zamanı 6,8 aydı. Bülbül ve arkadaşlarının çalışmasında ise bebeklerin %39,5’i 6.aydan sonra tamamlayıcı beslemeye başlamıştı ve tamamlayıcı beslenmeye başlama zamanı ise ortalama 5,2 ay olarak saptanmıştır(Bülbül ve ark., 2012). Manisa ilimizde yapılan bir başka çalışmada da bebeklerin tamamlayıcı beslenmeye ortalama 4,8 ayda başlatıldıkları bulunmuştur(Şahin ve Özyurt, 2017). Ülkemizde farklı illerdeki ASM’nin dahil olduğu geniş çaplı bir çalışmada annelerin %51,2 ’sinin bebeklerine tamamlayıcı besinleri 6 aydan sonra başladığı saptanmıştır (Gümüştakım ve ark., 2017). 2018 TNSA’da ek gıdaya başlama zamanına yönelik tam bir oran verilmemekle birlikte 6 ile 8 ay arasındaki çocuklarda anne sütü ile ya da anne sütü olmadan tamamlayıcı gıdaların kullanılma oranı %85 olarak bulunmuştur(TNSA 2018). Çalışmamızdaki tamamlayıcı beslenmeye uygun zamanda başlanma oranı yüksektir. Özellikle ilk 6 ay SAS ile beslenme oranlarındaki yüksekliğin bunda etkili olduğu düşünülmektedir. Annelerimizin %21,4’ü ise tamamlayıcı beslenmeye 6 aydan önce başlatılmıştı ve bunun en sık görülen sebebi bebeklerin zaten formül süt ile besleniyor olmasıydı. Diğer önemli nedenler ise bebeklerini ek besinlere alıştırmak istemeleri ve bebeğin doymadığı düşüncesi idi. Bu literatür ile benzer idi(Yılmazbaş ve ark., 2015).

Bebeklerimizin %23,7’si 1 yaşını doldurmadan, %55,4’ü ise 2 yaşını doldurmadan anne sütü ile beslenmeyi bırakmıştı. 2 yaşından önce anne sütü ile beslenmenin bırakılmasının en sık(%28,7) nedeni bebeğin emmeyi kendi isteğiyle

birakması idi. Bunun dışında en sık söylenen sebepler ise annenin sütünün kesilmesi ve yeniden hamile kalmasıydı (sırasıyla; %19,1,%10,9). İzmir ilimizde 5003 anne ile yürütülen bir çalışma, anne sütü ile beslenmeyi bırakmaya en çok sebep olan durumun bebeklerin emmeyi kendilerinin bırakması olduğunu bulmuştur(Ünsal ve ark., 2005). Aynı çalışmada annelerin %5,9'u yeniden gebe kalmayı süten kesmenin nedeni olarak belirtmişlerdir. Alsac ve arkadaşlarının çalışmasında da annelerin %36.7'si emzirme süresini yeterli gördüğü için emzirmeyi sonlandırmıştı (Alsac ve Polat, 2017). Tunçel ve ark. çalışmasında bebeğin artık emmek istememesi (%34.2) ve sütün yetmediği görüşü (%32.9) anne sütünü bırakmanın en önemli iki sebebi olarak saptanmıştır(Tunçel ve ark., 2006). Dünyada yapılan çalışmalarda bebeklerin anne sütünü bırakma nedenlerinin yaşlarına göre değiştiği gözlenmiştir. Li ve ark. annelerin emzirme ve beslenme sorunları ile ilgili endişelerinin ilk üç ayda emzirmeyi durdurmak için en çok neden olduğunu, 9 ay ve sonrasında ise bebeğin kendisinin emmeyi bırakmasının en önemli hale geldiğini saptamışlardır(Li ve ark., 2008). Avustralya'da yapılan prospektif bir kohort çalışmasında 26 haftadan önce emzirmeyi bırakan annelerde en yaygın neden yeterince süt olmaması iken 26 ila 52 hafta arasında emzirmeyi tamamen durduran annelerde en yaygın neden bebeğin emmeye ilgisini kaybetmesi olarak bulunmuştur (Newby ve Davies, 2016). Bulgularımız, ülkemizdeki ve dünyadaki bulgular ile benzerlik göstermektedir. Özellikle gebeliğe bağlı olarak anne sütünü kesme, önemli bir neden olarak üçüncü sırada saptanmıştır. Ülkemizde TNSA verilerine göre doğumların yaklaşık %18'i bir önceki doğumdan 24 ay geçmeden gerçekleşmektedir(TNSA, 2013). Bu veri sonuçlarımızı teyid eder niteliktedir. Emzirirken tekrar hamile kalan annelerin güvenli bir şekilde emzirilebileceği çalışmalarda gösterilmiştir(Ayrim ve ark. 2014; Devicioğlu ve ark. 2014). Ayrıca laktasyonel amenore metodu SAS ile beslenen bebeklerde eksiksiz uygulandığında anneleri % 98 oranında gebelikten korumaktadır (Lawrence, 2011). Optimum emzirme sürelerine ulaşmak için, annelerin yeterli emzirme süreleri hakkında bilgi sahibi olması ve sütlerinin devamlılığını sağlamada ne yapacakları konusundaki eğitimleri büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda BDH uygulamalarının hem emzirmeyi başlatmada hem de sürdürülmesinde etkili olduğu gösterilmiştir (Saadeh ve Akre 1996).

Sadece anne sütü ile beslenme ve toplam anne sütü alma süreleri anne ve bebeğe ait birçok faktörden etkilenmektedir. Bebeğin doğum haftası, doğum kilosu, doğum şekli, ikiz eşi olması, emzik kullanım durumu, annenin eğitim durumu, çalışma durumu,

annede kronik bir hastalık varlığı ya da annenin gebeliğe bağlı bir hastalık geçirme durumu, babanın eğitim durumu, ailenin gelir durumu ve çocuk sağlığı izlemlerinin yapıldığı yerin emzirme sürelerine olan etkisi çalışmamızda incelenmiştir.

Çalışmamızda geç preterm ve erken term bebeklerdeki ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme oranları term bebeklerden düşük bulunmuştur(sırasıyla; %31,9,%41,4,%47,2). Geç preterm bebeklerin SAS ile beslenme oranları da erken term bebeklerden düşüktü. Diğer taraftan 24 ay ve üzeri beslenme oranları geç preterm ve erken term bebeklerde benzer olup term bebeklerden daha düşük saptanmıştır(sırasıyla; %42,1,%41,%47,8). Ülkemizde sağlıklı preterm bebekleri içeren çalışma sayısı çok sınırlıdır. Ülkemizin en geniş ve resmî sonuçlarını bildiren TNSA değerlendirmesinde bebekler term ya da preterm(PM) olarak ayrılmamıştır. Bir üniversite hastanemizde yapılan araştırmada ilk 6 ayda SAS oranı PM bebeklerde %35,7 olarak bildirilmiştir(Kondolot ve ark., 2009). Dünyada yapılan çalışmalarda PM bebeklerin ilk 6 ay SAS ile beslenme oranı İsveç'te %23 , Çin'de %22,5 ve Danimarka'da ise %13 olarak bildirilmiştir (Ericson ve ark. 2018; Wang 2019; Maastrup 2014). İsveç'te yapılan çalışmada PM bebeklerin 6 aylık olduğunda %64'ünün, 12. ayda ise %21'inin anne sütü ile beslendiğini saptamıştır (Ericson ve ark. 2018).

34-36. gebelik haftalarında dünyaya gelen ve tüm erken doğmuş bebeklerin yüzde 70'ini temsil eden geç preterm (GP) bebekler için emzirme, uzun süreli fiziksel ve gelişimsel sağlıkları için özellikle önemlidir. Bununla birlikte, bu popülasyon, 37. hafta veya daha büyük gebelikte doğan bebeklere kıyasla erken emzirmeyi bırakma, ebeveyn beslenmesine bağlı kaygı ve beslenme sorunları nedeniyle yeniden hastaneye yatma dahil olmak üzere daha kötü emzirme sonuçları açısından risk altındadır (Goyal ve ark. 2014). Emme ve yutma koordinasyon eksikliği geç preterm bebeklerde beslenme sorunlarının ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Ayrıca emerken çabuk yorulmaları ve emmeyi kısa sürede bırakmaları süt yapımı ve salınımı açısından olumsuz etki yapmaktadır. Diğer taraftan geç preterm bebeklerde başta solunum ve metabolik regülasyon sorunları olmak üzere komplikasyonlar ve buna bağlı hastaneye yatışlar term bebeklerden çok daha yüksek oranda görülmektedir (Özdoğan ve ark. 2014,). Geç preterm bebek sahibi olan annelerin bağlanma sorunları ile birlikte artmış streslerinin emzirmeye başlama ve sürdürmelerini olumsuz olarak etkilediği gösterilmiştir (Zanardo ve ark. 2017). Avustralya'da yapılan boylamsal bir çalışmada

emzirmeye başlama oranı geç pretermelerde (%88) , erken term bebeklere (%92) ve term bebeklere (%94) göre daha düşük bulundu. 6. ayda, geç preterm bebeklerin %41.2'si emzirirken, erken term bebeklerin %54.5'i ve term bebeklerin %60.5'i emziriliyordu(Donath ve Amir, 2008). İzlanda da yapılan bir kohort çalışmasında, annelerin geç preterm bebeklerini zamanında doğan bebeklere göre önemli ölçüde daha kısa bir süre emzirdiği saptandı. Ortanca emzirme süreleri geç pretermelerde 7 ay iken term bebeklerde 9 aydı. 4. Ayda sadece anne sütü ile beslenme oranları geç preterm bebeklerde % 36 term bebeklerde ise %43 idi. 1 yıl boyunca emzirme oranlarında ise her 2 grup benzerdi(sırasıyla %22,%24) (Jonsdottir ve ark. 2021).

Benzer şekilde, 37 hafta, 0 gün ve 38 hafta, 6 gün arasında doğmuş erken term bebeklerde de beslenme sorunları, solunum sıkıntısı, hipoglisemi, hipernatremi, yenidoğan sarılığı, sepsis ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul gibi olumsuz sağlık sonuçlarının oranları iki ila dört kat artmaktadır. Bu riskler artmış neonatal morbidite ve mortalite ile ilişkilidir ve etkileri uzun sürelidir(Tita ve ark., 2009). Erken term bebeklerin olumsuz sağlık sonuçları olması ve emzirmeye engel teşkil edebilecek müdahalelere maruz kalması daha olasıdır. Emzirmeye başlamayı ve ilk günlerde sürdürmeyi bozacak sezaryen gibi intrapartum uygulamalar erken term doğumlarda daha fazladır. Bu durum ten tene teması, anneye hemen vermeyi ve anne bebek bağıını bozan durumların ortaya çıkışını artırmaktadır (Prior ve ark. 2012).

ABD merkezli büyük bir örnekleme erken term ve term bebeklerde emzirmeye başlamayı ve sadece anne sütü ile beslenmeyi inceleyen bir çalışmada, erken term ile term bebekler arasında emzirmeye başlama oranları açısından bir farkla yoktu ancak erken term doğum anlamlı olarak daha düşük sadece anne sütü alma oranlarıyla ilişkili bulunmuştur (Keenan-Devlin ve ark. 2019). Diğer taraftan Hong Kong'da 2704 sağlıklı anne-bebek çiftinden oluşan, 12 ay boyunca veya emzirmeyi bırakana kadar prospektif olarak takip edilen iki prospektif kohortun sonuçlarına göre erken term ve term doğan bebekler arasında herhangi bir süre veya yalnızca emzirme süresi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fan ve ark. 2019). Yazarlara göre bu durum özellikle, yenidoğan komplikasyonlarının yokluğunda, erken dönem doğumun kendisinin herhangi bir süre veya yalnızca emzirme süresinin daha kısa olmasına yol açmayabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Geç preterm ya da erken term olarak doğan bebeklerde, emzirmenin önemli faydalarına karşı dengelenmesi gereken emzirmeyi önemli ölçüde engelleyebilecek çok sayıda sağlık riskleri vardır. Beslenme bozukluğu, hipoglisemi ve hipotermi gibi geç preterm ve erken term bebekler ile ilişkili fizyolojik zorlukların, bu popülasyonda genellikle yüksek kaliteli hastane destekleyici bakımın yararlarının yerine geçen lojistik engeller oluşturduğunu göstermektedir. Çalışmalar bu bebeklerin, diğer faktörlerden bağımsız olarak, emzirmeyi destekleyen hastane uygulamalarını deneyimleme olasılığının daha düşük olduğunu göstermektedir (Goyal ve ark. 2014; Meier ve ark. 2007).

Çalışmamızda gerek geç preterm gerekse erken term bebeklerimizin SAS ile ve 24 ay ve üzeri anne sütü alma oranları benzer çalışmalardan yüksek saptanmıştır. Bununla birlikte literatür ile uyumlu olarak erken doğumlardaki emzirme oranları term doğumlardan düşüktür.

Geç preterm ve erken term bebekleri, emzirme süresinin kısalması, sadece anne sütü ile beslenme desteği ve eğitim verme ihtiyacı açısından risk altındaki popülasyonlar olarak kabul ederek klinisyenleri, bu konularda bilgilendirmeli, böylece emzirmeme çısından riski olan annelere uygun emzirme desteği sağlanmalıdır. Bu bebeklerin anne sütü ile beslenmelerinin sürdürülmesi açısından gerek hastanede gerekse taburculuk sonrasında fazladan desteğe ihtiyaçları vardır. Yapılan çalışmalar gebelik yaşı ne olursa olsun iyi hastane uygulamalarının bebeklerde hem SAS alma hem de daha uzun süre emzirilme olasılığını önemli ölçüde arttırdığını ve bu tür uygulamaların klinik durumun izin verdiği ölçüde rutin olarak sağlanması gerektiğini göstermektedir(Goyal ve ark., 2014; Rayfield ve ark., 2015).

Doğum yöntemleri emzirmeye başlama ve süresini etkileyebilir (Zanardo ve ark. 2012). Birçok çalışma sezaryen doğumun emzirmeye başlamayı engelleyebileceğini saptamıştır (Çakmak ve Kuguoğlu 2007). Sezaryen (C/S) doğumdan sonra emzirmenin sistematik bir incelemesi, sezaryen doğumdan sonra emzirmeye başlama ve taburculukta emzirme oranlarını vajinal doğumla karşılaştırıldığında daha düşük olduğunu bulmuştur (Prior ve ark., 2012). Diğer taraftan araştırmalar, emzirmeye erken başlamanın, SAS ile beslenme ve genel olarak emzirmenin daha uzun dönemde sürdürülmesiyle ilişkili çok önemli bir faktör olduğunu bulmuştur(Tla ve ark., 2013). Annelerin sezaryen sonrası uyanmaları ve dinlenmeleri için belirli bir süreye ihtiyacı

olması erken emzirmeye başlamda büyük bir engel oluşturmaktadır. Bebeğin uyanık olduğu ilk bir saat C/S ameliyatlarında genellikle kaçırılmış olur(Phillips, 2013). Ameliyatın doğuştan gelen riskler ve bu başlangıcı engelleyebilecek zorluklarla ilişkili olması nedeniyle sezaryen doğum sonrası emzirmeye başlama bir sorun haline gelmektedir (Çakmak ve Kuguoğlu, 2007). Daha spesifik olarak, sezaryen cerrahi prosedürü vajinal doğumdan daha uzun bir iyileşme süresine sahiptir ve kadınlarda ağrı, rahim kanaması, enfeksiyonlar ve hareket kaybı gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir (Liu S. ve ark. 2002; Lydon ve ark., 2000). Bu doğal zorluklar ve potansiyel komplikasyonlar, anne bebek ayrımına yol açarak emzirmeyi tehlikeye atabilir ve aynı zamanda anneleri bebeğinin beslenme gereksinimlerinden daha fazla kendi sağlığı ile meşgul olmaya zorlar (Perez ve ark. 2016; Liu S. ve ark.,2002; Lydon ve ark. 2000). C/S ile doğan bebeklerin vajinal yolla doğan bebeklere göre annelerinden ayrı kaldıkları süre uzamakta bu da ten tene teması geciktirmektedir(Aktaş ve ark., 2020). Gecikmiş tensel temas anne ile bebek arasındaki bağın kurulmasını zorlaştırarak annenin bebeğine karşı duyarlılığını azaltabilir (Dumas ve ark., 2013). Sezaryen doğumdan sonraki ana emzirme zorlukları arasında anne yorgunluğu, memeye tuturmada zorluk, sütüm yetmiyor düşüncesi ve yeterince bebekle ilgilenemediği algısı önemli yer tutar(Tully ve Ball 2014). Çalışmamızda annelerin %61,1'i sezaryen ile doğum yapmıştı. Sezaryen ile doğan bebeklerimizin SAS ile beslenme ve 24 ay ya da üzerinde bir süre anne sütüyle beslenme oranları ile süreleri NSD ile doğan bebeklerimizden anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda değişik sonuçlar bulunmuştur. Ünsal ve ark. bizim çalışmamıza benzer şekilde bebeğin C/S ile doğmuş olmasının ilk 6 ay boyunca SAS ile beslenmeyi anlamlı oranda azalttığını ve SAS ile beslenme süresinin NSD'la doğmuş bebeklerde 1.3 kat kadar uzun olduğunu bulmuştur (Ünsal ve ark. 2005). 16 çalışmanın incelendiği bir derlemede de C/S ile doğan bebeklerdeki doğum sonrası emzirme oranları NSD ile doğan bebeklere göre düşük bulunmuştur (Akın ve Erbil 2020). BDH olan bir üniversite hastanemizde yürütülen çalışmada C/S ile doğan bebeklerin taburculukta SAS ile beslenme oranları 5 kat daha düşük bulunmuştur(Aktaş ve ark. 2020). Çece ve ark.,Yüzügüllü ve ark. çalışmalarında ise doğum şekli ile genel olarak emzirme oranları (SAS,TAS) arasında ilişki bulmamışlardır (Çece ve Yenal 2012; Yüzügüllü ve ark. 2018).

ABD’de 48 çalışmanın incelendiği bir meta analizde sezaryen ile doğan bebeklerde 6. ayda herhangi bir emzirme oranının daha düşük olduğu saptanmıştır (Prior ve ark. 2012). Aynı çalışmada, sezaryen olup emzirmeye erken başlayan annelerde vajinal doğum yapanlara göre bir fark olmadığı da saptanmıştır. Kanada da 3021 anneyle 2008 yılında yapılan bir prospektif kohort çalışmasında ,planlı C/S ile doğum yapmış annelerin, NSD’la yapanlara kıyasla emzirmeye hem geç başladıkları hem de anne sütü vermeyi daha erken kestikleri saptanmıştır (Hobbs ve ark. 2016). İtalya’da üçüncü basamak bir merkezde miadında doğan 2.137 bebeğin dahil edildiği bir çalışmada; vajinal yolla doğum taburculukta ve sonraki takip zamanlarında (7 gün, 3 ay ve 6 ay) daha yüksek emzirme oranı ile ilişkili olarak bulunmuştur (Zanardo ve ark. 2017). Bir çalışmada ise sezaryen ile doğumun , emzirmeye başlamak ve 1 aydan kısa süre emzirme için bir risk faktörü olduğu ancak 1 ay veya daha fazla emziren kadınlarda emzirme süresi ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (Perez ve ark. 2016).

Çalışmaların çoğu doğum şeklinin özellikle doğum sonrası ilk 24 saatte emzirme üzerinde etkili olduğunu gösteriyordu. Çoğu çalışma doğum sonrası döneme odaklanmıştı ve uzun süreli takip içermiyordu. Bizim çalışmamız en az 2 yıl süreli anne sütü verme durumunu da içeren bir sorgulama içermektedir. Sonuçlarımız vajinal doğumun SAS ve TAS (toplam anne sütü alma süresi) ile beslenme oranlarını pozitif yönde etkilediğini göstermesi açısından önemlidir. Olumsuz etkilerinden dolayı, tıbbi endikasyon olmayan sezaryen doğumların azaltılması anne sütü ile beslenme oranlarını da arttıracaktır. Bununla birlikte sezaryen olmuş annelere yönelik Bebek Dostu Hastane politikalarının uygulanmasının olumsuz koşulları kompanse ederek emzirmeye başlamayı ve sürdürmeyi önemli ölçüde arttıracığı çalışmalarda gösterilmiştir (Johar ve ark. 2021). Sezaryen doğum sonrası bebek ve annenin hızlıca bir araya getirilmesi ve aynı odada kalmalarının sağlanması (rooming-in) annenin bebeğine daha çok duyarlı olmasını sağlar.

Çalışmamızda ikiz eşi olan bebeklerin tek bebeklere göre SAS ile beslenme ve 24 ay ya da üzerinde bir süre emzirilme oranları anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Literatürde ikiz bebeklerde anne sütü ile beslenmeyi takip eden çalışmalar daha çok kısa süreli idi. Japonya’da 1529 ikiz ve 258 üçüz ve üzeri çoğul doğum yapan anne ile yapılan bir büyük popülasyonlu çalışmada ikizler ve daha yüksek katlar için sadece emzirme ve toplam emzirme süresi, tekil bebeklere göre önemli ölçüde daha kısaydı.

İkizlerin annelerinde karışık besleme oranları, tek bebeği olan annelere göre daha yüksek orandaydı (Yokoyama ve Ooaki 2004). İsveç'te ikiz bebeklerin % 45'i 6 aylıkken anne sütü ile beslenirken bu oran 1 yaşında % 9 olarak gerçekleşmiştir (Ostlund ve ark. 2010). ABD'de yapılan bir çalışmada altı aya kadar, ikiz bebeklerin yaklaşık %25'inin en azından biraz anne sütü aldığı ve bu oranın üçüz bebeklerde %14'e kadar düştüğü saptanmıştır (Geraghty ve ark 2004). Yokoyama ve ark. bir diğer çalışmasında da ikizler veya üçüzler arasında 6 aylık yalnızca anne sütüyle beslenme oranı %4,1 olup tekil bebeklerinkinden oldukça düşük saptanmıştır (Yokoyama ve ark. 2006). Birden fazla bebeği emziren annelerin bebeklerini beslemek için yeterli miktarda sütü vardır ancak anne ve bebek kaynaklı bazı sorunlardan dolayı çoğul bebekler yeteri kadar emzirilememektedir. Çoğul gebeliklerin; erken doğum ve sezaryenle doğum oranı yüksektir (Geraghty ve ark., 2004; Flidel ve Shinwell 2006; Damato ve ark. 2005). Preterm doğuma bağlı ve yoğun bakım gerektiren sorunlar çoğul bebeklerde daha fazla görülür. Diğer taraftan annenin daha çok yorulması, anneye yeterince destek olunmaması, annenin emzirme konusunda bilgi eksikliği emzirmeyi olumsuz şekilde etkiler (Ostlund ve ark. 2010; Çınar ve ark. 2016). Bir çalışmada ikizler veya daha çoğul bebeklerde anne sütü ile beslenme biçimleri ve süreleri, babanın çocuk bakımı konusunda yardımcı olup olmaması ve annelerin çoğul gebelikten haberdar olduklarında hissettikleri kaygı derecesi ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuş iken erken doğum veya düşük doğum ağırlığı ile ilişki bulunmamıştır (Yokoyama ve Ooki 2004). İkiz anneleri bebeklerini emzirmek için yeterli potansiyele sahiptir, ancak ailelerinden ve sağlık profesyonellerinden desteğe ihtiyaçları vardır. İkizlerin annelerine gebelikte yapılacak bilgilendirme eğitimleri, doğum sonrası emzirmeye başlama için erken destek, erken ve sürekli ten tene temas, bebekle birlikte olma gibi annenin kendine ve bebeklerine güven duymasını sağlayan stratejiler kısa ve uzun süreli emzirmeyi olumlu yönde etkileyebilir. Bebek Dostu Hastane uygulamaları bu stratejilerin tümünü kapsamı açısından çok önemlidir. Çalışmamızda ikiz bebeklerdeki emzirme oranları tekil bebeklere göre düşük olmasına rağmen literatürdeki çalışmalarda oranların oldukça üstündedir. Bunda çalışmamıza herhangi bir nedenle yoğun bakımda kalmamış olan ve 35 haftanın üstünde doğmuş olan ikiz bebeklerin dahil edilmesinin de etkisi olabilir.

Çalışmamızda doğum kilosu 2500 g'ın altında olan bebeklerin doğum kilosu 2500 g ve üstünde olan bebeklere göre ilk 6 aylık dönem boyunca SAS ile beslenme ve

24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranları anlamlı derecede düşük bulundu. Ülkemizde değişik merkezlerde yapılan çalışmalar da benzer sonuçlar saptanmıştır (Araz 2012; Ünsal ve ark. 2005; Aktaş ve ark. 2020). Norveç'te yapılan bir çalışmada doğum ağırlığı azaldıkça 6. ayda emzirme olasılığı önemli ölçüde azaldığı gösterilmiştir (Lande ve ark. 2003). ABD' de yapılan bir çalışmada ise doğum ağırlığı ilk 3 ay sadece anne sütü ile emzirme ile güçlü bir şekilde ilişkili iken herhangi bir emzirme ile ilişkili bulunmamıştır (Flaherman ve ark. 2013). Brezilya'da yapılan bir çalışmada da 2000 g'ın altında doğum kilosu ilk 3 ayda sadece anne sütü ile beslenmenin erken kesilmesine ilişkili bir sebep olarak saptanmıştır (Sanches ve ark. 2011). Bununla birlikte araştırmacılar BDH uygulamalarının ve özellikle erken dönemde Kanguru Anne Bakım Metodu'nun kullanılmasının düşük doğum ağırlığının anne sütünün erken kesilmesine bir risk olmasını engellediğini göstermişlerdir (Sanches ve ark. 2011).

Doğum haftasına göre düşük kiloda doğan (SGA) bebekler kısa ve uzun vadeli sağlık koşulları açısından daha büyük risk altındadır. SGA bebeklerin daha az deri altı yağ dokusu vardır ve homeostazı sürdürmek için gerekli olan enerjiyi karşılamada zorlanırlar. Bu nedenle başta hipoglisemi ve hipotermi olmak üzere metabolik adaptasyonda sorunlarla sık karşılaşılırlar. Enerji sağlamadaki zorluklar zayıf emmeye sebep olabilir. İngiltere'de yapılan yakın zamanlı bir araştırma SGA bebeklerin daha büyük bebeklere göre emzirmeye başlama, yerleştirme veya emzirmeye devam etme olasılığının daha düşük olduğunu saptamıştır. Ayrıca hastaneden taburcu olduklarında, SGA bebeklerin, SGA olmayan bebeklere göre sadece anne sütüyle beslenme olasılığı önemli ölçüde daha düşük bulunmuştur (Dooks ve ark. 2020). Çalışmamızda literatürle benzer olarak, SGA bebeklerin 6. ayda SAS alma oranları ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranları, SGA olmayanlara göre düşük saptanmıştır.. SGA bebeklerin doğum sonrası erken dönemde profesyonel desteğe erişimlerinin sağlanması sadece anne sütü ile beslenme başarısını artıracaktır. SGA ve düşük doğum ağırlığı olan bebeklerde emzirmenin desteklenmesinin kronik bulaşıcı olmayan hastalık ve obezite riski ile bağlantılı sağlık problemlerini önlemede etkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Santiago ve ark. 2019).

Bebeklerine emzik kullanımı annelerde yaygın görülen bir davranıştır. Emziklerin özellikle erken dönemde kullanımlarının emzirmeyi olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmalar çoğunluktadır ancak etkisi olmadığını gösteren

çalışmalar da vardır. Karabulut ve ark., tarafından yapılan ve 1980-2006 yıllarını kapsayan bir metaanaliz ; emzik kullanımının SAS, TAS ve herhangi bir süre için emzirme süresini azalttığını saptamıştır (Karabulut ve ark. 2009). Aynı çalışmada emzik kullanımının erken sütün kesme ve emzirmeyi bırakma riskinin iki kat artmasıyla ilişkili olduğu ve emzik verme yaşının 4 haftanın üzerinde olmasının erken sütün kesme veya emzirmeyi bırakma riskini azalttığı da gösterilmiştir. Bir randomize kontrollü çalışma, 6 haftaya kadar emzik verilmesini, SAS ile beslenme ve genel emzirme süresinin kısalması için önemli ölçüde artan bir risk ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Howard ve ark. 1999). Erken (2-5 gün) emzik kullanımının, geç(>4 hafta) dönemle karşılaştırıldığı bir çalışma , erken emzik kullanımının toplam emzirme süresini kısalttığını ancak sadece anne sütü ile beslenme süresini etkilemediğini saptamıştır (Howard ve ark. 2003). Victoria CG. ve ark, 1. ayda yoğun emzik kullananların (günün çoğunda ve en azından uykuya dalana kadar emzik kullanan bebekler), kullanmayanlara göre 6 aylık olduklarında emzirmeyi bırakma olasılıklarının dört kat daha fazla olduğunu bulmuştur (Victoria ve ark. 1997). Buccini GDS. ve ark, ilk 6 aylık dönemde emzik kullanımı ile SAS ile beslenmenin kesilmesi arasında tutarlı bir ilişki bulmuştur (Buccini ve ark. 2017). Buna karşın 2011 yılında, yayınlanan ve bebeklerde emzik kullanımına karşı emzik kullanılmamasının emzirmeye etkisini araştıran randomize kontrollü çalışmaların sistematik bir incelemesi, sağlıklı term bebeklerde doğumdan itibaren veya emzirme kurulduktan sonra emzik kullanımının, ilk 4 ayda sadece ya da kısmi emzirmenin yaygınlığını veya süresini önemli ölçüde etkilemediğini bulmuştur (Jaafar ve ark. 2011). Bizim çalışmamızda ilk 1 ay emzik kullanan bebeklerde kullanmayanlara göre hem 6. ayında SAS ile beslenme hem de 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranları düşük bulunmuştur. Bu literatürle uyumlu idi. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da farklı sonuçlar gözlenmiştir. Ünsal ve ark., Tunçel ve ark, ve Kondolot ve ark, emzik ve biberon kullanımının sadece anne sütü alma ve toplam emzirme süresini kısalttığını saptamışlardır (Ünsal ve ark. 2005; Tunçel ve ark. 2005; Kondolot ve ark. 2009). Farklı olarak Beşbenli ve ark, emzik kullanımının sadece anne sütü verme süresini etkilemediğini bulmuşlardır (Beşbenli ve ark. 2013). Ülkemizde yapılan çalışmalarda genellikle emzik ve biberon birlikte sorulmuştu ve kullanım zamanları da farklı idi. Bizim çalışmamızda sadece ilk 1 ay içindeki emzik kullanımı sorgulanmıştır. Bu açıdan önemli olduğunu düşünmekteyiz. Kanıta dayalı çalışmaların çoğu ilk 1 ay emzik kullanımının emzirmenin kurulmasını engellediğini ve

emzirmenin erken kesilmesine neden olduğunu göstermiştir. Faydadan daha çok zararlı etkileri olduğu belirtilmektedir (Castilho ve Rocha 2009). Ebeveynler, emzikleri kullanıp kullanmama konusunda bilinçli kararlar verebilmek için emzik kullanımıyla ilgili avantaj ve dezavantajlar hakkında tam olarak bilgilendirilmelidir. Bu BDH uygulamaları içindeki en önemli adımlardan biridir.

Anne ve babanın eğitim seviyelerinin bebeklerinin anne sütü ile beslenme durumlarına etkisi çalışmalarda gösterilmiştir. Çalışmamızda anne ve babaları lisans ve üstü eğitim seviyesine sahip bebeklerin, daha düşük seviyede eğitilmiş ebeveyni olan bebeklere göre SAS ile beslenme süresi anlamlı derecede düşük bulunurken 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranları açısından gruplar arasında fark gözlenmemiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda değişik sonuçlar bulunmuştur. Kök ve ark, Şahin ve ark, Yüzügüllü ve ark, daha yüksek eğitim seviyesine sahip olan ebeveynlerin bebeklerinin 6. ayında sadece anne sütüyle beslenme düzeylerinin yüksek olduğunu saptamıştır (Kök ve ark. 2020; Şahin ve Özyurt 2017; Yüzügüllü ve ark. 2018). Çeçe ve ark, ve Karaçam ve ark, çalışmalarında eğitim düzeyi arttıkça toplam anne sütü verme süresinin uzadığını bulmuşlardır (Çeçe ve Yenal 2012; Karaçam ve ark. 2008). Farklı olarak, Bülbül ve ark, eğitim durumunun SAS ile beslenme süresini etkilemediğini Alikashişoğlu ve ark, Balcı ve ark, ise eğitim düzeyi düşük annelerin bebeklerini daha uzun sürelerde anne sütüyle beslediklerini saptamışlardır (Bülbül ve ark. 2012; Alikashişoğlu ve ark. 2001; Balcı ve ark, 2012). Dünyada yapılan çalışmaların çoğu yüksek eğitim seviyesinin hem SAS ile beslenme süresini hem de toplam emzirme süresini pozitif yönde etkilediğini saptamıştır. ABD, Fas, Hindistan, Brezilya ve Avustralya’da yapılan çalışmalar eğitim seviyesi arttıkça emzirme oranlarının da arttığını bulmuştur (Dabritz ve ark. 2009; Habibi ve ark. 2018; Bagul ve Sahabrao 2012; Venancio ve ark. 2002; Baghurst ve ark. 2007). Endonezya’da 53 500 çocuğun dahil edildiği bir çalışmada yüksek öğretimden mezun olan annelerin, okula hiç kaydolmamış annelere göre bebeklerini 1.2 kat daha yüksek düzeyde SAS ile besledikleri bulunmuştur (Laksono ve ark. 2021). Avustralya’da babalarla yapılan bir randomize kontrollü çalışmada da eğitim seviyesi yüksek olan babaların bebeklerinin emzirilme olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Maycock ve ark. 2013). Diğer taraftan Çin’de yapılan bir araştırmada yüksek eğitilmiş ebeveynlerin bebeklerinin daha düşük

SAS ile emzirme sürelerine sahip olduğu gözlenmiştir. Araştırmacılar bunun sebebi olarak , eğitim seviyesi yüksek annelerin genellikle profesyonel işlere sahip olduklarını ve bu nedenle çocuklarını emzirmeye zamanları olmayabilecek kadar meşgul olduklarını savunmuşlardır (Liu ve ark. 2013).

Araştırmaların çoğunda gözlemlendiği gibi bizim annelerimizin de eğitim seviyeleri yükseldikçe bebeklerini SAS ile beslenme oranları artmıştı. Eğitimli annelerin anne sütü ve özellikle ilk 6 aylık süre boyunca SAS ile beslemenin faydalarını öğrenmelerinin daha olası olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca emzirme eğitim ve destek uygulamalarına uyumlarının da eğitimli annelerde daha iyi olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Kamran ve ark. 2012). Diğer taraftan bazı araştırmalar, daha yüksek eğitim seviyelerinin annelerde emzirme öz yeterliliğini arttırdığını ve bununda daha yüksek SAS ile beslemeyle pozitif ilişkili olduğunu saptamıştır (Glassman ve ark. 2014; Bahorski ve ark. 2019). Daha yüksek bir anne eğitimi düzeyi, annelerin bebekleri için bilgiye dayalı daha sağlıklı beslenme biçimlerine karar vermelerine katkı yapmaktadır.

Annelerin çalışıp çalışmama durumu bebeklerinin anne sütü ile beslenme biçimini ve süresini etkileme olasılığı olan etmenlerden biridir. Özellikle iş yeri koşullarının uygun olmaması, doğum sonrası erken dönemde işe dönüş ve annelerin emzirme hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, çalışan annelerin bebeklerini erken süttten kesmelerine ya da anne sütü dışında ek ürünler vermelerine sebep olmaktadır (Gökçay ve Baslo 2002; Yılmaz ve ark. 2002).Yeterli doğum sonu izni veya emzirme için işyerinde destek sağlanmayan pozisyonlarda çalışan emziren anneler, bebeklerini erken süttten kesmeyi tercih edebilmektedir. Çalışma ortamında uygulanan emzirme dostu politikaların emzirmeyi ciddi düzeyde olumlu etkilediği ancak, özellikle olumsuz bir çalışma ortamının, emzirmeyi kolaylaştıran önlemlerin uygulanmasını zorlaştırabileceği gösterilmiştir (Chen ve ark. 2006).Yapılan çalışmalarda doğum sonrası işe dönüş zamanını uzadıkça bebeklerini anne sütü ile besleme sürelerinde arttığı saptanmıştır (Chuangve ark. 2010; Guendelman ve ark. 2009; Ortiz ve ark. 2004). Hong Kong’da yürütülen bir araştırma çalışan annelerin emzirmeye devam etme oranlarının düşük olduğunu saptamıştır. Ek olarak, işe daha geç dönüş, daha kısa çalışma saatleri ve daha yüksek anne eğitiminin emzirme süresini önemli ölçüde uzattığı bulunmuştur. Bu etki hem SAS hem de toplam anne sütü verme süresinde gözlenmiştir

(Bai ve ark. 2015). Bir başka çalışmada ise SAS ile beslenmenin 4 ile 6 ay arasında durdurulmasının en sık nedeni annenin çalışmaya başlaması olarak bulunmuştur (Perera ve ark. 2012). Annelerimizin % 26,4'ü doğum sonrası bir işte çalışmaya devam etmişti. Doğumdan sonra çalışan annelerimizin bebeklerinin 6.ayındaki SAS ile beslenme oranlarının, çalışmayan annelerin bebeklerinden daha fazla olduğu saptanmıştır. Buna karşın çalışan annelerimizde anne sütü ile su verme oranları düşük idi. Gruplar arasında 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme süresi açısından fark yoktu.

Annelerimizin %36,6'sı doğumdan sonraki 6 ay içinde, %20,4'ü ise 4 ay ya da daha öncesinde işlerine geri dönmüştü. Doğum sonrası ilk 6 ay içinde işe dönüş yapan annelerimizin bebeklerini ilk 6 ay SAS ile besleme ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile besleme oranları 7 ay ve daha geç bir zamanda işe dönen annelere göre düşük saptanmıştır. Bu konuda ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Bodur ve ark,ve Yılmaz ve ark, çalışan ve işe erken dönen annelerin bebeklerini daha kısa emzirdiğini bulmuşlardır (Bodur ve ark. 2002; Yılmaz ve ark. 2002). Çeçe ve ark, annelerin işe geri dönüş zamanları ile SAS ve toplam anne sütü ile beslemeleri arasında bir ilişki bulmamıştır (Çeçe ve Yenal 2012). Ünsal ve ark, ise annenin çalışmasının ilk 6 ay SAS ile beslenmeyi etkilemediğini buna karşın toplam anne sütü verme süresini kısalttığını saptamıştır (Ünsal ve ark. 2005). Çalışmamızın sonuçları genel olarak literatür ile uyumlu idi. İlk 6 ay SAS ile beslenme çalışan annelerimizde yüksek idi. Çalışan annelerimizin eğitim seviyelerinin yüksekliğinin bunda etkisi olabilir. Yüksek eğitilmiş annelerin işleri ve programları üzerinde daha fazla kontrole sahip olabildikleri ve emzirme dostu bir çalışma ortamından daha iyi yararlandıkları gösterilmiştir(Tallese 2008). Diğer taraftan erken işe dönen annelerimizin emzirme oranlarında düşük idi. 4857 sayılı İş Kanunu'ndaki iyileştirmeler ve doğum izninin uzatılması önceki yıllara göre çalışan annelerdeki emzirme oranlarını da arttırmıştır. Ancak araştırmalar süt izinlerinin yeterince kullanılamadığını , sürenin yetersiz olduğunu , iş yerlerinde süt sağılması ve bebeğin emzirilmesi konusunda zorlukların halen devam ettiğini göstermiştir (Gökdemirel ve ark. 2008). Ayrıca emzirme odasının ya da süt sağma imkanının tek tek olmasının emzirme süresini etkilemediği çalışan anneye emzirme desteğinin bütüncül olarak sağlanmasının gerektiği çalışmalarda gösterilmiştir (Dabritzve ark. 2009). Mevcut yasalardaki iş yeri yükümlülüklerinin özellikle denetlenmesi büyük önem taşımaktadır. Diğer taraftan çalışan anneler için ücretli doğum izni sürelerinin arttırılması, tüm iş yerlerinde kreş olması, süt sağma ve

bebeklerini emzirmeleri için uygun ortamların sağlanması bebeklerin SAS ile daha uzun süre beslenmesine katkı sağlayacaktır. Sağlık çalışanları hastanede kaldıkları süre boyunca ve taburculuk sonrası çalışan anneleri olası riskler ve yasal hakları noktasında bilgilendirmelidirler.

Çalışmamızda ailelerin gelir seviyesi arttıkça bebeklerinin de ilk 6 aylık dönem boyunca sadece anne sütüyle beslenme yüzdelerinin arttığı saptandı. Ayrıca düşük gelirli annelerin bebeklerine ilk 6 aylık dönem boyunca anne sütüyle birlikte su ya da formül süt verme oranları daha yüksek bulundu. 24 ay ve üzeri anne sütüyle beslenme durumu ile gelir düzeyi arasında ise bir ilişki yok idi. 2018 TNSA’da refah seviyesi yüksek hanelerin bebeklerinin, daha düşük refah seviyesindeki hanelerde bulunan bebeklere göre daha kısa süre ağırlıklı olarak anne sütü ile beslendiği bulunmuştur(TNSA, 2018). Bülbul ve ark, aylık gelirin SAS ile beslenme süresine etki etmediğini ancak toplam anne sütü alma süresinin daha düşük gelirli annelerin bebeklerinde daha fazla olduğunu saptamışlardır (Bülbul ve ark. 2012). Güner ve ark, SAS ile besleme ile ailenin gelir durumu arasında bir ilişki saptamamışlardır (Güner ve Kuru, 2019). Beşbenli ve ark, üç farklı sosyoekonomik gruptaki annelerle yaptıkları çalışmada orta ve üst sosyoekonomik gruptaki annelerin çocuklarına SAS verme sürelerini daha uzun bulmuştur. Ayrıca alt sosyoekonomik gruptaki annelerin bebeklerine daha erken ek gıda başladıklarını saptamışlardır (Beşbenli ve ark. 2013). Yine ülkemizde yapılan bir araştırmada ise iyi gelir düzeyinin 6 aydan önce ek besin verme ihtimalini arttırdığını bulmuşlardır (Ünsal ve ark. 2005). Dünyada gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar da daha yüksek gelirler, emzirme oranlarının artmasıyla ilişkilendirilmiştir (Wallby ve Hjern 2009; González ve ark. 2018). Ülkemizde yapılan çalışmalarda gelir düzeyini belirlerken baz alınan seviyelerdeki farklılıklar sonuçların farklı olmasına etki etmiş olabilir. Diğer taraftan bizim ilk 6 ay SAS ile beslenme oranlarımız başta TNSA 2018 olmak üzere diğer çalışmalardan farklıdır ve gelir düzeyinin artması SAS ile beslenmeyi arttırmıştır. Gelir düzeyi yüksek grubumuzun aynı zamanda eğitim seviyesinde yüksek grup olmasının bunda etkili olduğunu düşünmekteyiz. SAS ile beslenme oranlarının eğitim seviyesi yüksek anne bebeklerinde daha fazla olduğu saptanmıştır (Kök ve ark. 2020; Şahin ve Özyurt 2017). Yüksek eğitim seviyesine sahip annelerin anne sütünün sağlığa faydaları hakkındaki bilgilerinin ve emzirme eğitim ve destek hizmetlerine uyumunun daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Kamran ve ark. 2012). Yüksek gelirli annelerin bebeklerinin taburculukta ve 6. ayında

yüksek olan SAS ile beslenme oranlarının, daha uzun süre anne sütüyle beslemeye de etki ettiğini düşünüyoruz. Düşük gelir seviyesindeki annelerin bebeklerine daha fazla oranda ek gıda vermesi bizim çalışmamızda da saptanmıştır ve bu literatür ile benzerdir. Gelir düzeyi düşük annelerin bu riskleri bilinerek sağlık çalışanları tarafından desteklenmesinin emzirme ve özellikle SAS ile beslenme oranlarını arttıracak kanaatindeyiz.

Çalışmamızdaki annelerimizin %26,5'i kronik bir hastalığa sahipti. Hipotiroidi, astım dâhil kronik solunum yolu hastalıkları ve kardiyovasküler hastalıklar en sık görülen kronik hastalıklardı. Çalışmalarda dünyada gebe kadınların yaklaşık %15-30'u nun önceden var olan kronik hastalıkları olduğu gösterilmiştir (Kersten ve ark. 2014). ABD'de 2008 yılında yapılan bir araştırma, hamile kadınların %26,6'sının kronik bir fiziksel veya zihinsel hastalığa sahip olduğunu ve artrit, hipertansiyon ve astımın en sık görülen durumlar olduğunu bildirdi (Chatterje ve ark. 2008). Danimarka'da toplum temelli bir çalışma, gebe kalmadan önce kadınların %15,8'inin kronik bir hastalığı olduğunu saptamıştır. Ayrıca bu çalışmada bize benzer şekilde en sık görülen kronik hastalıklar hipotiroidi ve astım dahil kronik solunum yolu hastalıkları idi (Jølving ve ark. 2016). Bizim çalışmamızda kronik hastalığı olan anne sayılarının yüksekliği merkezimizin ileri düzey bakım veren bir merkez olmasından kaynaklanabilir. Özellikle gelişmiş ülkelerde maternal kronik hastalık prevalansı artmaktadır ve Danimarka çalışmasında 1989'da %4'ten 2013'te %16'ya dört kat artış bildirilmektedir (Jølving ve ark. 2016). Kronik hastalık yönetiminde gebeliği mümkün kılan tıbbi gelişmeler ve daha geç yaşlara kayan çocuk doğurmanın bu yükseliş eğilimine etki ettiği belirtilmektedir (Joseph ve ark. 2005). Kronik hastalığı olan annelerimizin ilk 6 ay SAS ile besleme ve 24 ay ve üzeri anne sütü ile besleme oranları kronik hastalığı olmayan annelerimizden düşük bulundu. Bu literatür ile uyumludur. Dünyada yapılan araştırmaların çoğu diyabetli annelere odaklanmıştır. Kanıtlar, gebelikten önce diyabeti olan annelerin , diyabetik olmayanlara kıyasla emzirmeye başlama ve emzirmeye devam etme olasılığının genellikle daha düşük olduğunu göstermektedir (Schoen ve ark., 2008; Finkelstein ve ark. 2013). Değişik kronik hastalığı olan annelerle yapılan çalışmalarda da kronik hastalığa sahip olan annelerin, olmayanlara göre herhangi bir emzirme için daha düşük oranlara sahip olduğunu ayrıca daha erken ve daha yüksek oranda formül süt takviyesi yaptıklarını saptamıştır (Acevedo ve ark. 2017; Ince ve ark. 2019). Kanada'da araştırmacılar kronik hastalığı olan annelerin, SAS ile beslemeyi erken

bırakma olasılığının kronik hastalığı olmayan annelerin iki katı olduğunu bulmuştur (Scime ve ark. 2022). Hollanda'da prospektif kohort çalışmalarında, İnce-Askan ve ark, 26 haftaya kadar anne sütü ile besleme oranının genel popülasyondaki annelerde %25 iken, kronik artritli annelerde ancak %4 olduğunu saptamıştır (Ince ve ark. 2019). Moffatt ve ark., Sparud-Lundin C ve ark, çalışmalarında kronik hastalığa sahip annelerin , olmayanlara göre 6. aya kadar herhangi bir emzirme oranının önemli ölçüde daha düşük olduğunu bulmuştur (Moffattve ark. 2009; Sparud ve ark. 2011).

Kronik hastalığı olan annelerde, laktasyon hormonlarında hastalık veya tedaviye bağlı bozulmalar nedeniyle laktogenezII fizyolojik olarak gecikebilir ve süt salınımındaki gecikmeler erken formül süt kullanımına sebep olabilir(De Bortoli ve Amir 2016; Hurst 2007; Brownell ve ark. 2012). Ayrıca annedeki kronik hastalık erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi emzirmeyi etkileyen olumsuz doğum sonuçlarına sebep olabilir (Norgard ve ark. 2007; Ahmad ve Samuelsen 2012; Gr ve ark. 2013). Emzirmenin kontrendike olduğu çok az ilaç olmasına rağmen kronik hastalığı olan annelerde ilaç kullanımıyla emzirme durumunun yönetiminde ciddi sorunlar devam etmektedir (Spencer 2015; Spiesser ve ark. 2017). Bütün bunlar göz önüne alındığında kronik hastalığı olan annelere verilecek emzirme desteğinin zamanlaması ve niteliği büyük önem taşımaktadır. Gerek hastanede sağlık çalışanları tarafından gerekse doğum sonrası çevresinden sağlanacak sosyal desteğin kronik hastalığı olan annelerin bebeklerini emzirme oranlarını arttıracaklarını düşünüyoruz. Çalışmamızda kronik hastalığı olan annelerin emzirme oranları hastalığı olmayanlara göre düşük saptansa da bu oranlar diğer çalışmalarda saptanan değerlerin çok üstündedir. Bebek Dostu Hastane politikaların uygulanmasının bunda etkili olduğu kanaatindeyiz.

Annelerimizin %25,5'i gebeliğe bağlı bir hastalığa maruz kalmıştı. Gebeliğe bağlı olarak en sık ortaya çıkan hastalık %15 oranla gestasyonel diyabet idi(GDM). Plesenta hastalıkları ve eklampsi ise diğer sık görülen hastalıklardı. Literatürde en çok GDM ile ilgili çalışmalar yer almıştır. Gestasyonel diyabetes mellitus (GDM), gebelik sırasında gelişen yaygın bir durumdur ve ortalama prevalansı %10,1 olup ülkeler arasında önemli farklılıklar gösterir (Nguyen ve ark. 2018). ABD'de GDM prevalansı %9,2 bulunmuştur (DeSisto ve ark. 2014). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise GDM prevalansını; Kaya ve ark,%8,1, Özyurt ve ark, % 9,2 , Akgöl ve ark, %22,3 olarak

saptamıştır (Kaya R. ve Karaçam Z. 2019; Özyurt ve ark. 2013; Akgöl ve ark. 2017). Bizim GDM'li anne oranlarımızın nisbeten yüksekliği hastanemizin ileri düzey bakım veren bir merkez olmasından kaynaklanıyor olabilir. GDM'li annelerde laktogenezin 2. evresinin gecikme olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Diğer taraftan GDM'li annelerin bebeklerinde hipoglisemi ve prematürite gibi komplikasyon oranları daha yüksektir ve bu durumlar doğumdan sonra anne ile bebeğin ayrılmasının uzamasına, bağlanmanın gecikmesine ve erken formül süt takviyesine ihtiyaç duyulma olasılığının artmasına neden olabilir. Tokat ve ark, GDM'li annelerin bebeklerinin uykuya daha çok meyilli olduğunu, annelerin emzirmede daha çok zorluk yaşadıklarını ve emzirme sonrasında bebeklerin daha huzursuz olduğunu bulmuşlardır. Tüm bu durumların annenin öz yeterliliğini azalttığını ve emzirme durumunu negatif yönde etkilediğini göstermişlerdir (Tokat ve ark. 2017). Almanya'da yürütülen prospektif bir çalışmada gestasyonel diyabetli annelerin, özellikle insüline bağımlı diyabetli annelerin , diyabeti olmayan annelere göre daha az ve daha kısa süre emzirdiği saptanmıştır (Hummel ve ark. 2008). Jirakittidul P ve ark, çalışmalarında GDM'li annelerin bebeklerinde 6. ayda SAS ile besleme oranının %23 olduğunu ve sağlıklı annelerden düşük olduğunu saptamışlardır (Jirakittidul ve ark. 2019). Preeklampsi, dünyadaki gebeliklerin yaklaşık %3-5'ini etkileyen, önemli maternal ve neonatal/bebek morbidite ve mortalitesine neden olan heterojen ve çok sistemli bir hipertansif gebelik bozukluğudur (Abalos ve ark. 2013). ABD'de bir vaka serisi çalışması preeklampsi ve diğer hipertansif gebelik bozuklukları ile laktogenez 2 gecikmesi ve hastanede formül süt kullanımı dahil olmak üzere erken emzirme sorunları arasındaki ilişki olduğunu göstermiştir (Demirci ve ark. 2018). Araştırmacılar hem hastalığın kendi seyrinin, hem de laktasyon sorunları başta olmak üzere ikincil nedenlerin bunda etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bir kohort çalışmasında da, emzirme niyeti ve doğumdan sonraki 1 ayda emzirmeye devam etme, preeklampsili anneler arasında hasta olmayanlara göre anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır (Leeners ve ark. 2005). Plasenta previa, üçüncü trimesterdeki gebeliklerin %0.3 ila %2'sini etkiler ve artan sezaryen oranlarına ikincil olarak daha belirgin hale gelmiştir (Martinelli ve ark. 2018). Plasenta hastalıkları; annenin sağlık sorunları, artmış erken doğum oranı ve yenidoğan morbiditesi nedeni ile emzirme durumunu olumsuz etkiler.

Çalışmamızda gebeliğe bağlı bir hastalık geçiren annelerimizin ilk 6 ay SAS ile emzirme oranları düşük bulunmuştur. Bu literatür ile benzer olmakla birlikte, gebeliğe

bağlı hastalığı olan annelerimizin emzirme oranları diğer çalışmalardaki oranların çok üstünde saptanmıştır. Diğer taraftan gebeliğe bağlı hastalığı olan annelerimizin, bebeklerini 24 ay ve üzeri ane sütü beslenme oranları hastalığı olmayan annelerle aynı bulunmuştur. Bu annelerde antenatal dönemde ve doğumu takiben yapılacak eğitim ve destek uygulamaları emzirmeye engel oluşturan etmenlerin azalmasına ve annelerin emzirme motivasyonunun artmasına katkı sağlayacaktır. Bebek Dostu Hastane politikalarının önemli bir bileşeni olan bilgili, becerili ve yetkin sağlık çalışanlarının varlığının bu durumların yönetiminde önemli rol oynadığını düşünüyoruz.

Çalışmamıza katılan annelerimizin büyük bölümü (%81,8) çocuklarının sağlık izlemine ASM’lerde yaptırmıştı. Annelerin %8,7’si hastanede, % 7,9’u İÜTÇSİP (İÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği) ve %1,6’sı da özel muayenehanelerde çocuk sağlığı izlemine yaptırmışlardı. İÜTÇSİP’de takibi yapılan çocuklarımızın hem ilk 6 ay SAS ile beslenme oranları hem de 24 ay ve üzeri anne sütü ile beslenme oranları diğer yerlerde takip edilen çocuklarımızın oranlarından çok yüksek saptandı. İÜTÇSİP, deki oranların yüksek olmasında Bebek Dostu Sağlık Kuruluşu Programı’ na uygun olarak faaliyetlerin yürütülmesinin ve emzirme danışmanlığı hizmetlerinin etkin olarak verilmesinin etkili olduğunu düşünüyoruz. Doğum öncesi ve sonrasında uygulanan emzirme danışmanlığı uygulamalarının bebeklerin emzirme sürelerini arttırdığı çalışmalarda gösterilmiştir (Perez ve ark. 2016; Thurman ve ark. 2008; Renfrew ve ark. 2012). Annelerin emzirmeye başlamalarını ve emzirmeye devam etmelerini sağlamak için danışmanlık müdahalelerini inceleyen ve 33.073 annenin dahil olduğu meta analiz doğum sonrası en az 4 kez verilen emzirme danışmanlığının, yalnızca doğum öncesi ve/veya 4 defadan az verilen danışmanlığa göre SAS ile beslenme ve genel olarak emzirme sürelerini artırmada çok daha etkili olduğunu bulmuştur (McFadden ve ark. 2019). Emzirmeyi korumanın, teşvik etmenin ve desteklemenin bir parçası olarak, anne babaların ve bebeklerinin sürekli desteğe erişebilmeleri ve uygun bakım alabilmeleri çok önemlidir. Taburculuğun planlaması ve sürekli desteğe erişimin sağlanması Bebek Dostu Hastane politikalarının önemli bir koşuludur. Çocuk sağlığı izlemi yapılan merkezlerde bu politikaların uygulanmasının emzirme oranlarının artmasına katkı sağlayacağı kanaatindeyiz.

Çalışmamıza dahil olan çocukların %7,2’si ilk 2 yaşları içinde hastaneye yatarak tedavi almıştı. Hastaneye yatışlarda en sık sebep %35,6 oranla alt solunum yolları

enfeksiyonları idi. İlk 6 ay beslenme şekli ile bebeklerin ilk 2 yıl enfeksiyon nedeni ile hastaneye yatışı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken bebeklerin 24 ay ve üzerinde anne sütü alma durumu ile ilk 2 yaş içinde enfeksiyon nedeni ile hastaneye yatışı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. 24 ay ya da daha fazla süre anne sütü ile beslenen bebeklerin, 24 aydan daha az anne sütü ile beslenen bebeklere göre ilk 2 yaş içinde enfeksiyon nedeni ile hastaneye yatış oranları daha düşük bulunmuştur. Bulgularımız literatür ile uyumludur. Paricio ve ark, çalışmasında ilk iki yaş boyunca aktif olarak emzirilen bebeklerde 6 yaşına kadar olan dönemde akut otitismidia, ve pnömoni gelişme sıklığının daha az olduğu ve geçirdikleri enfeksiyonları daha hafif atlattıkları görülmüştür (Paricio ve ark. 2006). Sahra altı Afrika ülkelerindeki verilerle yapılan bir metaanalizde, DSÖ ve UNİCEF'in önerdiği şekilde anne sütü ile beslenmenin 2 yaşın altındaki çocuklarda hem hastaneye yatışı hem de ölümleri büyük oranda azalttığı gösterilmiştir (Zhao ve ark. 2020). Horta ve ark.'da emzirmenin tüm solunum yolu hastalıklarından kaynaklı yatışları %43 ve ölümleri ise %30 oranında azalttığını çalışmalarında göstermişler (Horta ve ark. 2013).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bebeklerin ideal biçimde ve sürede emzirilmesi, çocuk sağlığı sonuçlarını iyileştirmek ve çocuk sağlığı eşitsizliğini azaltmak için çok yüksek potansiyele sahiptir. Ancak, bunun sağlanabilmesi için özellikle SAS ile beslenme oranlarının yüksek olması ve daha uzun süreli emzirmenin sağlanması gereklidir. Başarılı bir emzirme sürecinin yaşanması için, anneler doğum öncesinde, doğumda ve doğum sonrasında aile üyeleri, toplum ve sağlık sistemi tarafından etkin şekilde desteklenmelidir.

Anne ve babanın emzirme konusunda doğumdan önce fizyolojik ve ruhsal açıdan hazırlanması gerekmektedir. Anne ve bebekler taburcu olmadan önce emzirme becerilerinin kazandırılmış olması önemlidir. Başarılı bir emzirme için sağlık hizmeti sağlayıcılarının rolü ve etkisi kritik öneme sahiptir.

BDHG'nin temelini oluşturan On Adım, tesis ve topluluk düzeyinde birbiriyle ilişkili spesifik eylemlere dayanan bir kalite güvence sistemi olarak hizmet eder. BDHG'nin On Adım'ına uymanın kısa vadeli, orta vadeli ve uzun vadeli emzirme sonuçları üzerinde olumlu bir etkisi vardır. Araştırmalar annelik ve yenidoğan hizmeti veren tesislerin, On Adım'ı uyguladığında, bunun emzirme oranlarında artışa yol açtığı sonucuna varmıştır (herhangi bir emzirme, doğumdan hemen sonra erken başlama, yalnızca emzirme ve emzirme süresi). Ayrıca anne ve yenidoğanların, adımlardan daha fazlasına maruz kaldıklarında, emzirme oranlarının artma olasılığının daha yüksek olduğu da gösterilmiştir.

Bir tesisin BDHG uygulamalarını ("On Adım") uygulama ile uyumluluğu ne kadar büyük olursa, emzirmeye başlama oranları ve daha uzun emzirme süreleri o kadar büyük olur. Personel eğitimi ve öğretimi emzirme uygulamalarının başarılı bir şekilde uygulanması için hayati önem taşır. Hizmet öncesi eğitimde BDHG veya emzirme desteği eğitimi nadirdir veya genellikle yoktur. Hizmet içi eğitim, BDHG için ana kapasite geliştirme stratejisidir. Bununla birlikte hastanelerdeki yoğun ortamların hizmet içi eğitime yeterince vakit ayrılmasına engel olması da gözlenen önemli bir sorundur. Çoğu tesiste, personelin standartlara uymaya devam etmesini sağlamak için dahili izleme sistemleri bulunmadığından, "Bebek Dostu" uygulamalar zamanla sürdürülmez.

BDH'lerde, yeni işe başlayan sağlık personelinin eğitimi, çalışanların hizmet içi eğitimi ve emzirme danışmanlığı eğitimlerinin periyodik olarak yenilenmesinin BDHG uygulamalarında daha yüksek bir gerçekleşmeye neden olduğu buna bağlı olarak da emzirme oranlarının arttığı gösterilmiştir.

Diğer taraftan doğum tesislerinde sağlanan iyileştirilmiş emzirme oranlarını sürdürmek için taburculuğun planlanması ve toplum desteğinin sağlanması (Adım 10) da çok önemlidir. Çocuk sağlığı izleminin yapıldığı tüm birimlerde emzirme danışmanlığı hizmetlerinin sürekli ve etkin olarak yürütülmesinin bu adımın gerçekleşmesindeki rolü çok yüksektir.

BDHG'ni ulusal politikalara, programlara entegre ederek, örneğin emzirme yönetimi ve BDHG'nin hizmet öncesi eğitime dahil edilmesi yoluyla, sağlık çalışanlarının kapasitesinin artacağı, diğer taraftan bakım kalitesinin sürekli olarak izlenmesi ve etkin denetimi yoluyla da ülke genelinde belirli bir düzeyin sağlanmasına önemli katkı yapacağı kanaatindeyiz. BDH sertifikalı kuruluşun, işbirliği içinde çeşitli seviyelerinde programı uygulamasının değerlendirilmesi, program sonuçlarının hedefe ulaşmasını sağlamak için önemli bir yöntem olacaktır .

Uluslararası Anne Sütü İkame Ürünlerinin Pazarlama Kurallarının(Kod) yetersiz uygulanmasının BDHG için büyük bir sorun olduğu da açıktır. Kod ihlallerinin, özel olarak işletilen sağlık tesislerinde özellikle yaygın olduğu çalışmalarda belirtilmiştir. Politika yapımcıların ulusal kanunların içerisine Kod'u entegre etmeleri, tesis düzeyinde Kod'a uyulmasını sağlayarak BDH uygulamalarının başarısını büyük oranda arttıracaktır.

Araştırmalarda emzirme uygulamalarına dezavantaj oluşturan nedenlerin çoğu, çalışmamızda da saptanmıştır. Emzirme ve özellikle SAS ile beslenmeye yönelik belirli sosyo-demografik, tıbbi ve sosyo-kültürel engelleri doğrudan etkilemek zor olsa da, bu engelleri ve kadınların SAS ile beslenmeyi uygulamamalarının diğer nedenlerini bilmek, sağlık hizmeti sağlayıcılarına doğum öncesi eğitimlerinde , doğumu takiben desteklerinde ve doğum sonrası ileriye dönük takip ziyaretlerinde rehberlik açısından yardımcı olacaktır. BDH uygulamalarının, bu dezavantajlı grupların emzirme oranlarında önemli iyileşmeler sağladığı araştırmalarla gösterilmiştir. Bununla birlikte,

erken doğum, düşük doğum ağırlığı gibi bebeğe bağlı nedenler ile yaş, eğitim, gebelik sayısı, kronik ya da gebeliğe bağlı hastalık varlığı gibi anneye ait nedenlerin emzirme başarısına olumsuz etkilerinin bilinmesi ve bu anne , bebek gruplarının risk grubu kabul edilerek ona göre öncelikli desteklenmeleri büyük önem taşımaktadır. Ayrıca sezaryen ile doğumun olumsuz sonuçları BDH politikaları ile azaltılabilse de , sezaryen doğum oranları hala çok yüksektir. Normal spontan doğum sayılarının arttırılması emzirme oranlarını da arttıracaktır.

Yeniden gebeliğe bağlı olarak anne sütü ile beslenmenin durdurulmasının emzirmenin erken sonlandırılmasında önemli bir yer tuttuğu da gözlenen bir durumdur . Aile planlaması uygulamalarının etkin olarak yürütülmesi ve optimal gebelik aralığı konusunda ailelerin eğitimi ve uygun emzirme danışmanlığı hizmetleri ile bu durumun emzirme üzerindeki olumsuz etkisi de azaltılabilir.

Yıllar içerisinde doğum izinlerinde ve çalışma ortamındaki iyileştirmelere rağmen çalışan anneler de özellikle işe erken dönüşler emzirme başarısını olumsuz etkilemektedir. Çalışmamızda da gözlemlendiği gibi özellikle doğum sonrası 6 ay ve öncesinde işe dönüş emzirme oranlarını azaltmaktadır. Yasa yapıcıların doğum öncesi ve sonrası izin sürelerinde buna yönelik olarak iyileştirme yapmaları, annelerin optimal emzirme sürelerine ulaşmalarına katkı sağlayacağı kanaatindeyiz. Ayrıca resmi makamlar, işverenleri iş yerlerinde çocuk bakım tesisleri, emzirme için ücretli molalar, hemşirelik odalarının sağlanması, esnek çalışma programı ve emziren anneleri bebeklerinden uzun süre ayrılmasını gerektiren görevlerden muaf tutan uygulamalar gibi emzirmeyi destekleyen politikalar uygulama ihtiyacı konusunda eğitmeli ve teşvik etmelidir.

Bebek Dostu Hastane Girişimi'nin amacı, doğum tesislerinde doğan tüm bebeklerin ve annelerinin emzirme konusunda tam olarak desteklenmesini sağlamaktır. BDHG ,yaşamın başlangıcında emzirmeyi koruyarak, geliştirerek ve destekleyerek anne ve bebeklerin sağlığını önemli ölçüde iyileştirme potansiyeline sahiptir. On Adım'a uymayan tesisler, anneler ve bebekler için başarılı bir şekilde emzirmenin önünde engeller oluşturur. Tüm doğum tesislerinin diğer kalite güvence süreçleriyle de entegre

edilerek On Adım'a uyumlarının ve zaman içinde sürdürülebilirliklerinin sağlanması her ülke için hayati önem taşır.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın en büyük kısıtlılığı bebeklerin beslenmesine ait annelerden alınan bilgilerin annenin geriye dönük hatırlamasına dayalı olmasından dolayı yanlış hatırlama olabilme ihtimalidir.



KAYNAKLAR

- Abalos, E., Cuesta, C., Grosso, A. L., Chou, D., & Say, L. (2013). Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 170(1), 1-7.
- Abolyan L.V. (2006) The breastfeeding support and promotion in Baby-Friendly Maternity Hospitals and not-as-yet Baby-Friendly Hospitals in Russia. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine* 1 (2), 71–8
- Acevedo, M., Pretini, J., Micelli, M., Sequeira, G., & Kerzberg, E. (2017). Breastfeeding initiation, duration, and reasons for weaning in patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology international*, 37(7), 1183-1186.
- Ahi S., Borlu, A., Balcı, E., & Günay, O. (2019). Bebek Dostu Bir Hastanede Doğum Yapan Annelerin Doğumdan Sonra İlk Bir Saatte Emzirmeye Başlama Durumları ve İlişkili Faktörler. *Ahi Evran Medical Journal*, 3(2), 41-47.
- Ahmad, A. S., & Samuelsen, S. O. (2012). Hypertensive disorders in pregnancy and fetal death at different gestational lengths: a population study of 2 121 371 pregnancies. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(12), 1521-1528.
- Akgöl, E., Abuşoğlu, S., Gün, F. D., & Ünlü, A. (2017). Prevalence of gestational diabetes mellitus according to the different criterias. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, 14(1), 18.
- Akın Ö., & Erbil, N. Doğum Şekli ve Emzirme: Sistematik Derleme. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 302-318.
- Aktas, S., Kuroğlu, Z. Ö., Kazancı, E., & Korkmaz, A. (2020). Bebek dostu bir hastanede doğumu takiben formül süt desteği verilmesinde belirleyici faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 13(1), 81-90.
- Alamiri , Riesbeck K, Hakansson AP. HAMLET, a Protein Complex from Human Milk, Has Bactericidal Activity and Enhances the Activity of Antibiotics against Pathogenic Streptococci. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 2019; 63(7):1193-219.
- Alikasifoglu, M., Erginoz, E., Gur, E. T., Baltas, Z., Beker, B., & Arvas, A. (2001). Factors influencing the duration of exclusive breastfeeding in a group of Turkish women. *Journal of human lactation*, 17(3), 220-226.
- Alsaç, S. Y., & Polat, S. (2017). Annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecine ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(1), 11-20.
- Altuntaş N, Annelere Verilen Desteği Sorguladık, Bir Anket Çalışması We Questioned The Support Given To Mothers: A Survey Study, 1. Uluslararası “Emzirme Gerçeği” Kongresi, 30 Eylül-3 Ekim 2019 Ankara
- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-41. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-3552> PMID:22371471, .

- Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *The American journal of clinical nutrition*. 1999;70(4):525-35
- Araz, N. Ç. (2012). Yenidoğan döneminde anne sütü ile beslenmeye başlanması üzerinde etkili olan sosyodemografik faktörlerin değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 6(4), 215-220.
- Ayrim, A., Gunduz, S., Akcal, B., & Kafali, H. (2014). Breastfeeding throughout pregnancy in Turkish women. *Breastfeeding Medicine*, 9(3), 157-160.
- Baghurst, P., Pincombe, J., Peat, B., Henderson, A., Reddin, E., & Antoniou, G. (2007). Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery*, 23(4), 382-391.
- Bagul, A. S., & sahebrao Supare, M. (2012). The infant feeding practices in an urban slum of Nagpur, India. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 6(9), 1525.
- Bahorski, J. S., Childs, G. D., Loan, L. A., Azuero, A., Morrison, S. A., Chandler-Laney, P. C., ... & Rice, M. H. (2019). Self-efficacy, infant feeding practices, and infant weight gain: An integrative review. *Journal of Child Health Care*, 23(2), 286-310.
- Bai, D. L., Fong, D. Y. T., & Tarrant, M. (2015). Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum. *Maternal and child health journal*, 19(5), 990-999.
- Balcı, E., Kondolot, M., Horoz, D., Elmalı, F., Çiçek, B., & Demirtaş, T. (2012). The factors affecting the duration of breastfeeding: a cross-sectional study from Kayseri, Turkey. *Turkish Archives of Pediatrics*, 47(1), 101-5.
- Balogun, O. O., Dagvadorj, A., Anigo, K. M., Ota, E., & Sasaki, S. (2015). Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Maternal & child nutrition*, 11(4), 433-451.
- Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*. 2010;125(5):e1048-e56.
- Beşbenli, K., Avgen, B., İncioğlu, A., & Çetinkaya, F. (2013). İstanbul'da üç farklı sosyoekonomik grupta yer alan annelerin emzirme ve bebek beslenmesi konusundaki bilgi ve davranışları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 56(2), 76-81.
- Bettinelli, ME (2012). Anne işyerinde emzirme politikaları ve emzirme destek programları. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* , 25 (sup4), 73-74
- Bodur, S., YILDIZ, H., MERMER, M., & ORAN, B. (2002). Konya il merkezinde annenin çalışma durumuna göre emzirme süresi ve ek gıda ile ilgili tutumu. *Selçuk Tıp Dergisi*, 18(2), 97-101.
- Boyce C, Watson M, Lazidis G, Reeve S, Dods K, Simmer K ve ark. Preterm human milk composition: a systematic literature review. *Br j Nutr*. 2016; 116:1033- 1045.).

- Braun M.L., Giugliani E.R., Soares M.E., Giugliani C., de Oliveira A.P. & Danelon C.M. (2003) Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *American Journal of Public Health* 93 (8), 1277–9
- Brown, K. H., Stallings, R. Y., de Kanashiro, H. C., Lopez de Romana, G., & Black, R. E. (1990). Effects of common illnesses on infants' energy intakes from breast milk and other foods during longitudinal community-based studies in Huascar (Lima), Peru. *The American journal of clinical nutrition*, 52(6), 1005-1013.
- Brownell, E., Howard, C. R., Lawrence, R. A., & Dozier, A. M. (2012). Delayed onset lactogenesis II predicts the cessation of any or exclusive breastfeeding. *The Journal of pediatrics*, 161(4), 608-614.
- Buccini, G. D. S., Pérez-Escamilla, R., Paulino, L. M., Araujo, C. L., & Venancio, S. I. (2017). Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 13(3), e12384.
- Bülbül, L. G., Özcan, A. G., & Hatipoğlu, S. S. (2012). Sağlam çocuk polikliniğinden izlenen iki yaş üzerindeki çocuklarda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 46(3), 101-107.
- Cacho NT, Lawrence RM. Innate Immunity and Breast Milk. *front. Immunol.* 2017;8:584., Rudloff S, Kunz C. Milk oligosaccharides and metabolism in infants. *Adv Nutr.* 2012;3(3): 3985-4055).
- Cakmak, H., & Kuguoglu, S. (2007). Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: an observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *International journal of nursing studies*, 44(7), 1128-1137.
- Camurdan Duyan A., Özkan, S., Yüksel, D., Pasli, F., Şahin, F., & Beyazova, U. (2007). The effect of the baby-friendly hospital initiative on long-term breast feeding. *International journal of clinical practice*, 61(8), 1251-1255.
- Carothers C, Hare I. The business case for breastfeeding. *Breastfeed Med* 2010;5:229–231
- Casanovas C, Saadeh R. Scaling up protection, promotion, and support of breastfeeding at the community level. *Food and nutrition bulletin.* 2009;30(2_suppl2):S230-35
- Castilho, S. D., & Rocha, M. A. M. (2009). Pacifier habit: history and multidisciplinary view. *Jornal de pediatria*, 85, 480-489.
- Cattaneo, A., Williams, C., Pallás-Alonso, C. R., Hernández-Aguilar, M. T., Lasarte-Velillas, J. J., Landa-Rivera, L., ... & Oudesluys-Murphy, A. M. (2011). ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence?. *Maternal & child nutrition*, 7(4), 335-343.
- Chantry, C. J., Dewey, K. G., Pearson, J. M., Wagner, E. A., & Nommsen-Rivers, L. A. (2014). In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *The Journal of pediatrics*, 164(6), 1339-1345.

Chatterjee, S., Kotelchuck, M., & Sambamoorthi, U. (2008). Prevalence of chronic illness in pregnancy, access to care, and health care costs: implications for interconception care. *Women's Health Issues*, 18(6), S107-S116.

Chen DC, Nommsen-Rivers L, Dewey KG, Lönnerdal B. Stress during labor and delivery and early lactation performance. *Am J Clin Nutr*. 1998 Aug;68(2):335-44.

Chen, Y. C., Wu, Y. C., & Chie, W. C. (2006). Effects of work-related factors on the breastfeeding behavior of working mothers in a Taiwanese semiconductor manufacturer: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 6(1), 1-8.

Chien, L. Y., Tai, C. J., Chu, K. H., Ko, Y. L., & Chiu, Y. C. (2007). The number of Baby Friendly hospital practices experienced by mothers is positively associated with breastfeeding: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44(7), 1138-1146.

Ching, C., Zambrano, P., Nguyen, T. T., Tharaney, M., Zafimanjaka, M. G., & Mathisen, R. (2021). Old tricks, new opportunities: how companies violate the international code of Marketing of Breast-Milk Substitutes and Undermine Maternal and child health during the COVID-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2381.

Chowdhury, R. et al., Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015 Dec; 104(Suppl 467) 96–113

Chuang, C. H., Chang, P. J., Chen, Y. C., Hsieh, W. S., Hurng, B. S., Lin, S. J., & Chen, P. C. (2010). Maternal return to work and breastfeeding: a population-based cohort study. *International journal of nursing studies*, 47(4), 461-474.

Cinar, N., Kose, D., Alvur, M., & Dogu, O. (2016). Mothers' attitudes toward feeding twin babies in the first six months of life: a sample from Sakarya, Turkey. *Iranian journal of pediatrics*, 26(5).

Coutinho, S. B., de Lira, P. I. C., de Carvalho Lima, M., & Ashworth, A. (2005). Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *The Lancet*, 366(9491), 1094-1100

Çaylan N, Yalçın SS. Bebek dostu hastane girişimi ve mama kodu. Karabayır N, editör. Her Hekimin Anne Sütü ile Beslenme Konusunda Bilmesi Gerekenler. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.7-15.

Çeçe, Ö., & Yenal, K. (2012). Çalışan annelerin emzirme sürelerini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 10-17.

Çiçek Ş And YalçınS. S., "Relationship between duration of breastfeeding and emotional and behavioral problems of children," I. International Congress of Breastfeeding Reality , 2019

Dabritz, H. A., Hinton, B. G., & Babb, J. (2009). Evaluation of lactation support in the workplace or school environment on 6-month breastfeeding outcomes in Yolo County, California. *Journal of Human Lactation*, 25(2), 182-193.

- Damato, E. G., Dowling, D. A., Madigan, E. A., & Thanattharakul, C. (2005). Duration of breastfeeding for mothers of twins. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(2), 201-209.
- Das, U. N. (2007). Breastfeeding prevents type 2 diabetes mellitus: but, how and why?. *The American journal of clinical nutrition*, 85(5), 1436-1437.
- De Bortoli, J., & Amir, L. H. (2016). Is onset of lactation delayed in women with diabetes in pregnancy? A systematic review. *Diabetic Medicine*, 33(1), 17-24.
- Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. *BMC public health*. 2013;13(3):1.57
- Demirci, J., Schmella, M., Glasser, M., Bodnar, L., & Himes, K. P. (2018). Delayed Lactogenesis II and potential utility of antenatal milk expression in women developing late-onset preeclampsia: a case series. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-10.
- DeSisto, C. L., Kim, S. Y., & Sharma, A. J. (2014). Peer reviewed: Prevalence estimates of gestational diabetes mellitus in the United States, pregnancy risk assessment monitoring system (prams), 2007–2010. *Preventing chronic disease*, 11.
- Devecioglu, E., Kurkcu, D., Kural, B., Eren, T., & Gokcay, E. (2014). Breastfeeding during pregnancy and tandem nursing. Gebelik döneminde ve iki farklı yaşta kardeş emzirme: olgu sunumları. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 77(4), 60-63.
- Devecioğlu, E., & Gökçay, G. (2012). Tamamlayıcı beslenme. *Çocuk Dergisi*, 12(4), 159-163
- DiGirolamo, A. M., Grummer-Strawn, L. M., & Fein, S. (2001). Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth*, 28(2), 94-100.
- DiGirolamo, A. M., Grummer-Strawn, L. M., & Fein, S. B. (2008). Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*, 122(Supplement 2), S43-S49.
- Doğan Demir A, Sapmaz S. Meme anatomisi ve laktasyon fizyolojisi. Karabayır N, editör. Her Hekimin Anne Sütü ile Beslenme Konusunda Bilmesi Gerekenler. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.16-23.).
- Doğramacı EJ, Rossi-fede G, Dreyer cW. Malocclusions in young children: Does breastfeeding really reduce the risk? A systematic review and meta-analysis. *The Journal of the American Dental Association* 2017;148(8): 566- 74. e6.
- Donath, S. M., & Amir, L. H. (2008). Effect of gestation on initiation and duration of breastfeeding. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 93(6), F448-F450.
- Dooks, E., Owens, D., & Stacey, T. (2020). The establishment of breastfeeding in the small-for-gestational-age baby. *British Journal of Midwifery*, 28(2), 90-95.
- Duijts L, Jaddoe VW, Hofman A, Moll HA. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*. 2010;126(1):e18-e25.

- Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A. S., Welles-Nyström, B., & Widström, A. M. (2013). Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother–infant interaction: a randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, 22(3), 310-336.
- Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006;117(3):e380-e6.
- Ergin A. Anne sütü ile beslenmenin korunması. Gökçay G, Beyazova u editör. İlk beş yaşta çocuk sağlığı izlemi. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic.ltd.Şti; 2017. p.263-72
- Ericson, J., Eriksson, M., Hoddinott, P., Hellström-Westas, L., & Flacking, R. (2018). Breastfeeding and risk for ceasing in mothers of preterm infants—Long-term follow-up. *Maternal & child nutrition*, 14(4), e12618.
- Fan, H. S. L., Wong, J. Y. H., Fong, D. Y. T., Lok, K. Y. W., & Tarrant, M. (2019). Breastfeeding outcomes among early-term and full-term infants. *Midwifery*, 71, 71-76.
- Fildes, V. A., & Breasts, B. (1986). *Babies: A history of infant feeding.*
- Finkelstein, S. A., Keely, E., Feig, D. S., Tu, X., Yasseen III, A. S., & Walker, M. (2013). Breastfeeding in women with diabetes: lower rates despite greater rewards. A population-based study. *Diabetic Medicine*, 30(9), 1094-1101.
- Flacking R, Dykes F, Ewald U. The influence of fathers' socioeconomic status and paternity leave on breastfeeding duration: a population-based cohort study. *Scand J Public Health* 2010;38:337–343
- Flaherman, V. J., McKean, M., & Cabana, M. D. (2013). Higher birth weight improves rates of exclusive breastfeeding through 3 months. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 5(4), 200-203.
- Flidel-Rimon, O., & Shinwell, E. S. (2006). Breast feeding twins and high multiples. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 91(5), F377-F380.
- Flint, A., New, K., & Davies, M. W. (2016). Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane database of systematic reviews*, (8).
- Gau M.L. (2004) Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies* 41 (4), 425– 35.
- Gavine, A., MacGillivray, S., Renfrew, M. J., Siebelt, L., Haggi, H., & McFadden, A. (2016). Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *International breastfeeding journal*, 12(1), 1-10.
- Geraghty, S. R., Khoury, J. C., & Kalkwarf, H. J. (2004). Comparison of feeding among multiple birth infants. *Twin Research and Human Genetics*, 7(6), 542-547.
- Ghozy S, Tran L, Naveed S, et al. Association of breastfeeding status with risk of autism spectrum disorder: A systematic review, dose-response analysis and meta-analysis. *Asian J Psych*. 2020;48:101916).

Glassman, M. E., McKearney, K., Saslaw, M., & Sirota, D. R. (2014). Impact of breastfeeding self-efficacy and sociocultural factors on early breastfeeding in an urban, predominantly Dominican community. *Breastfeeding Medicine*, 9(6), 301-307.

Global Breastfeeding Collective, Global Breastfeeding Scorecard. UNICEF/WHO. En Son Erişim Tarihi 25.04.2022

Global breastfeeding scorecard 2021: protecting breastfeeding through bold national actions during the COVID-19 pandemic and beyond,

González, M. D. R., Marrón, H. O., Cañedo-Argüelles, C. A., Olcina, M. J. E., Rico, O. C., Claramonte, M. T., & Gavín, M. O. (2018). Prevalence of breastfeeding and factors associated with the start and duration of exclusive breastfeeding in the Community of Madrid among participants in the ELOIN. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 89(1), 32-43.

Goyal, N. K., Attanasio, L. B., & Kozhimannil, K. B. (2014). Hospital care and early breastfeeding outcomes among late preterm, early-term, and term infants. *Birth*, 41(4), 330-338.

Gökçay, G. (2002). Baslo G. Anne sütü ile beslenmede kanıta dayalı uygulamalar: Yetersiz anne sütü, çalışan anne, ilaçlar ve hastalıklar. *Çocuk Dergisi*, 2, 139-43.

Gökçay, G. (2009). Breastfeeding: for the sake of the Europe and the world: European Society for Social Pediatrics and Child Health (ESSOP) Position Statement. *Child: care, health and development*, 35(3), 293-297

Gökçay, G. (2012). Evaluation of the activities of a breastfeeding counselling clinic. *Journal of Child*, 12(4), 164-168.

Gökdemirel, S., Bozkurt, G., Gökçay, G., & Bulut, A. (2008). Çalışan annelerin emzirme sürecinde yaşadıkları: Niteliksel bir çalışma. *Çocuk Dergisi*, 8(4), 221-234.

Gr R., Lidegaard, Ø., Pedersen, L. H., Andersen, P. K., & Kessing, L. V. (2013). Maternal depression, antidepressant use in pregnancy and Apgar scores in infants. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 347-351.

Guendelman, S., Kosa, J. L., Pearl, M., Graham, S., Goodman, J., & Kharrazi, M. (2009). Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics*, 123(1), e38-e46.

Gümüştakım, R. Ş., Aksoy, H. D., Cebeci, S. E., Kanuncu, S., Çakır, L., & Yavuz, E. (2017). 0-2 yaş çocuklarda beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi: Çok merkezli çalışma. *Fam Pract Palliat Care*, 2(1), 1-8.

Güner, Ö., & Koruk, F. (2019). Şanlıurfa'da 0-6 aylık bebeklerin sadece anne sütü alma durumları ve etkileyen faktörler. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(1), 111-116.

Güngör D, Nadaud P, et al. infant milk-feeding practices and childhood leukemia: a systematic review. *The American journal of clinical nutrition*. 2019 Mar 1;109(Suppl_7):757S-771S

Gür E. Bebek Beslenmesinde Anne Sütünün Önemi ve Emzirme Tekniği. Klinik Tıp Pediatri Dergisi Cilt: 11 Sayı: 5 Eylül - Ekim 2019.Sf No:225 – 232

Habibi, M., Laamiri, F. Z., Aguenou, H., Doukkali, L., Mrabet, M., & Barkat, A. (2018). The impact of maternal socio-demographic characteristics on breastfeeding knowledge and practices: An experience from Casablanca, Morocco. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 5(2), 39-48.

Hartmann, P. E., Owens, R. A., Cox, D. B., & Kent, J. C. (1996). Breast development and control of milk synthesis. *Food and nutrition bulletin*, 17(4), 1-12.

Hauck, F. R., Thompson, J., Tanabe, K. O., Moon, R. Y., & Vennemann, M. M. (2011). Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*, 128(1), 103-110.

Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., & Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1-9.

Horta BL, Victoria CG. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva: World Health Organization; 2013

Horta, B. L., Bahl, R., Martinés, J. C., Victora, C. G., & World Health Organization. (2007). Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses.

Howard, C. R., Howard, F. M., Lanphear, B., deBlieck, E. A., Eberly, S., & Lawrence, R. A. (1999). The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics*, 103(3), e33-e33.

Howard, C. R., Howard, F. M., Lanphear, B., Eberly, S., deBlieck, E. A., Oakes, D., & Lawrence, R. A. (2003). Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*, 111(3), 511-518.

Howe-Heyman, A., & Lutenbacher, M. (2016). The Baby-Friendly Hospital Initiative as an intervention to improve breastfeeding rates: A review of the literature. *Journal of midwifery & women's health*, 61(1), 77-102.

Hummel, S., Hummel, M., Knopff, A., Bonifacio, E., & Ziegler, A. G. (2008). Stillverhalten bei frauen mit gestationsdiabetes. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 133(05), 180-184.

Hurst, N. M. (2007). Recognizing and treating delayed or failed lactogenesis II. *Journal of midwifery & women's health*, 52(6), 588-594.

Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health organization; 2018.)

Ince-Askan, H., Hazes, J. M., & Dolhain, R. J. (2019). Breastfeeding among women with rheumatoid arthritis compared with the general population: results from a nationwide prospective cohort study. *The Journal of rheumatology*, 46(9), 1067-1074.

- Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(8):CD006641. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006641.pub3>
- Jaafar, S. H., Jahanfar, S., Angolkar, M., & Ho, J. J. (2011). Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Jirakittidul, P., Panichyawat, N., Chotrungrate, B., & Mala, A. (2019). Prevalence and associated factors of breastfeeding in women with gestational diabetes in a University Hospital in Thailand. *International breastfeeding journal*, 14(1), 1-8.
- Johar, N., Mohamad, N., Saddki, N., Ismail, T. A. T., & Sulaiman, Z. (2021). Factors Associated with Early Breastfeeding Initiation among Women Who Underwent Cesarean Delivery at Tertiary Hospitals in Kelantan, Malaysia. *Korean journal of family medicine*, 42(2), 140.
- Jølving, L. R., Nielsen, J., Kesmodel, U. S., Nielsen, R. G., Beck-Nielsen, S. S., & Nørgård, B. M. (2016). Prevalence of maternal chronic diseases during pregnancy—a nationwide population based study from 1989 to 2013. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 95(11), 1295-1304.
- Jones, G., Steketee, R. W., Black, R. E., Bhutta, Z. A., Morris, S. S., & Bellagio Child Survival Study Group. (2003). How many child deaths can we prevent this year?. *The lancet*, 362(9377), 65-71
- Jonsdottir, R. B., Jonsdottir, H., Orlygsdottir, B., & Flacking, R. (2021). A shorter breastfeeding duration in late preterm infants than term infants during the first year. *Acta Paediatrica*, 110(4), 1209-1217.
- Jordan SJ, Na R, Johnatty SE, et al. Breastfeeding and endometrial cancer risk: an analysis from the epidemiology of endometrial cancer consortium. *obstet Gynecol.* 2017; 129(6):1059-67.
- Joseph, K. S., Allen, A. C., Dodds, L., Turner, L. A., Scott, H., & Liston, R. (2005). The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstetrics & Gynecology*, 105(6), 1410-1418.
- Kamran, A., Shrifirad, G., Mirkarimi, S. K., & Farahani, A. (2012). Effectiveness of breastfeeding education on the weight of child and self-efficacy of mothers–2011. *Journal of education and health promotion*, 1.
- Karabulut, E., Yalcin, S. S., Özdemir-Geyik, P., & Karaağaoğlu, E. (2009). Effect of pacifier use on exclusive and any breastfeeding: a meta-analysis. *Turkish Journal of Pediatrics*, 51(1).
- Karaçam, Z. (2008). Factors affecting exclusive breastfeeding of healthy babies aged zero to four months: a community-based study of Turkish women. *Journal of Clinical Nursing*, 17(3), 341-349.
- Kaya R.,& Karaçam, Z. (2019). Gestasyonel Diyabet Görülme Sıklığı ve Anne-Bebek Sağlığı ile İlişkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 10-18.
- Keenan-Devlin, L. S., Awosemusi, Y. F., Grobman, W., Simhan, H., Adam, E., Culhane, J., ... & Borders, A. E. (2019). Early term delivery and breastfeeding outcomes. *Maternal and child health journal*, 23(10), 1339-1347.

- Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeed Med.* 2017;12(1):188–98. doi:10.1089/bfm.2017.29038.aj
- Kersten, I., Lange, A. E., Haas, J. P., Fusch, C., Lode, H., Hoffmann, W., & Thyrian, J. R. (2014). Chronic diseases in pregnant women: prevalence and birth outcomes based on the SNIp-study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 1-13.
- Kondolot, M., Songül Yalçın, S., & Yurdakök, K. (2009). Sadece anne sütü alım durumuna etki eden faktörler. *Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Dergisi*, 52(3).
- Korğalı EÜ, Orhon FŞ. Anne sütü ile beslenme. Gökçay G, Beyazova u editör. İlk beş yaşta çocuk sağlığı izlemi. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic.ltd.Şti; 2017. p.241-84
- Kök H, Şenol E. Anne sütünün içeriği. Karabayır N, editör. Her Hekimin Anne Sütü ile Beslenme Konusunda Bilmesi Gerekenler. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.24- 30
- Kök, H., Şenol, E., Keskindemirci, G., Selver, M. B., & Gökçay, E. G. (2020). Bir Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde 4. ve 6. Ay Sadece Anne Sütü ile Beslenme Oranları ve Anne Eğitim Düzeyi-Ön Çalışma Sonuçları. *Journal of the Child/Cocuk Dergisi*, 20(2).
- Kömürlüoğlu A , Yalçın S.S., Breastfeeding status of 2-6 years old children in sıvas, mothers' practices weaning from breastfeeding and evaluating their parental attitudes: a preliminary report 1. Uluslararası “Emzirme Gerçeği” Kongresi, 30 Eylül-3 Ekim 2019 Ankara
- Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;8:CD003517.
- Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S., ... & PROBIT Study Group. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *Jama*, 285(4), 413-420.
- Labbok MH. Global Baby-Friendly Hospital Initiative monitoring veri: update and discussion. *Breastfeed Med.* 2012;7(4):210-22
- Laksono, A. D., Wulandari, R. D., Ibad, M., & Kusrini, I. (2021). The effects of mother’s education on achieving exclusive breastfeeding in Indonesia. *BMC Public Health*, 21(1), 1-6
- Lamberti LM, Walker CLF, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC public health.* 2011;11(Suppl 3):S15
- Lande, B., Andersen, L. F., Baerug, A., Trygg, K. U., Lund-Larsen, K., Veierød, M. B., & Bjørneboe, G. E. A. (2003). Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta pædiatrica*, 92(2), 152-161.

- Lawrence, R. M., & Lawrence, R. A. (2011). Breastfeeding: more than just good nutrition. *Pediatrics in review*, 32(7), 267-280.
- Leeners, B., Rath, W., Kuse, S., & Neumaier-Wagner, P. (2005). Breast-feeding in women with hypertensive disorders in pregnancy.
- Li C-M, Li R, Ashley CG, et al. . Associations of hospital staff training and policies with early breastfeeding practices. *J Hum Lact* 2014;30:88–96
- Li R., Fein, S. B., Chen, J., & Grummer-Strawn, L. M. (2008). Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*, 122(Supplement 2), S69-S76.
- Liu, J., Shi, Z., Spatz, D., Loh, R., Sun, G., & Grisso, J. (2013). Social and demographic determinants for breastfeeding in a rural, suburban and city area of South East China. *Contemporary nurse*, 45(2), 234-243.
- Liu, S., Heaman, M., Kramer, M. S., Demissie, K., Wen, S. W., Marcoux, S., & Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. (2002). Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: a population-based cohort study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 187(3), 681-687.
- Lund-Blix NA, Sander SD, et al. infant feeding and risk of type 1 diabetes in two large Scandinavian birth cohorts. *Diabetes care*. 2017; 40(7): 920-7
- Lydon-Rochelle, M., Holt, V. L., Mart'in, D. P., & Easterling, T. R. (2000). Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *Jama*, 283(18), 2411-2416.
- Maastrup, R., Hansen, B. M., Kronborg, H., Bojesen, S. N., Hallum, K., Frandsen, A., ... & Hallström, I. (2014). Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: the results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. *PloS one*, 9(9), e108208.
- Martens, P. J. (2000). Does breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative compliance? The experience of a small, rural Canadian hospital. *Journal of Human Lactation*, 16(4), 309-318.
- Martinelli, K. G., Garcia, É. M., Santos Neto, E. T. D., & Gama, S. G. N. D. (2018). Advanced maternal age and its association with placenta praevia and placental abruption: a meta-analysis. *Cadernos de saude publica*, 34, e00206116.
- Martines, J. C., Ashworth, A., & Kirkwood, B. (1989). Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 67(2), 151.
- Martines, J. C., Rea, M., & De Zoysa, I. (1992). Breast feeding in the first six months. *BMJ: British Medical Journal*, 304(6834), 1068.

- Maycock, B., Binns, C. W., Dhaliwal, S., Tohotoa, J., Hauck, Y., Burns, S., & Howat, P. (2013). Education and support for fathers improves breastfeeding rates: a randomized controlled trial. *Journal of Human Lactation*, 29(4), 484-490.
- Mc Fadden, A., Siebelt, L., Marshall, J. L., Gavine, A., Girard, L. C., Symon, A., & MacGillivray, S. (2019). Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *International breastfeeding journal*, 14(1), 1-19.
- McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD001141. doi:10.1002/14651858. CD001141.pub5
- McManaman JL, Neville MC. Mammary physiology and milk secretion. *Adv Drug Deliv Rev* 2003; 55: 629-641
- Meier, P. P., Furman, L. M., & Degenhardt, M. (2007). Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: evidence and management strategies to protect breastfeeding. *Journal of midwifery & women's health*, 52(6), 579-587.
- Merewood ve ark., 2005 Merewood A., Mehta S.D., Chamberlain L.B., Philipp B.L. & Bauchner H. (2005) Breastfeeding rates in US Baby-Friendly hospitals: results of a national survey. *Pediatrics* 116 (3), 628– 634., UNICEF / WHO 2009 UNICEF/WHO. (2009) Baby-Friendly Hospital Initiative: revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf, Wright ve diğerleri, 1996 Wright A., Rice S. & Wells S. (1996) Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics* 97 (5), 669– 75.).
- Merten, S., Dratva, J., & Ackermann-Liebrich, U. (2005). Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*, 116(5), e702-e708.
- Moffatt, D. C., Ilnyckyj, A., & Bernstein, C. N. (2009). A population-based study of breastfeeding in inflammatory bowel disease: initiation, duration, and effect on disease in the postpartum period. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*, 104(10), 2517-2523.
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(11):CD003519
- Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatry SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. *The Journal of nutrition*. 2008;138(3):599-603.).
- NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled veri from three randomised trials. *Lancet Glob Health*. 2016;4(4):e266–75. doi:10.1016/S2214- 109X(16)00040-1

- Newby, R. M., & Davies, P. S. (2016). Why do women stop breast-feeding? Results from a contemporary prospective study in a cohort of Australian women. *European Journal of Clinical Nutrition*, 70(12), 1428-1432.
- Newman, J. (2009). The importance of skin to skin contact. International Breastfeeding Centre. http://www.nbci.ca/index.php?option=com_content&id=82:the-importance-of-skin-to-skin-contact&Itemid=17).
- Nguyen, C. L., Pham, N. M., Binns, C. W., Duong, D. V., & Lee, A. H. (2018). Prevalence of gestational diabetes mellitus in eastern and southeastern Asia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of diabetes research*, 2018.
- Nickel, N. C., Labbok, M. H., Hudgens, M. G., & Daniels, J. L. (2013). The extent that noncompliance with the ten steps to successful breastfeeding influences breastfeeding duration. *Journal of Human Lactation*, 29(1), 59-70.
- Nørgård, B., Hundborg, H. H., Jacobsen, B. A., Nielsen, G. L., & Fonager, K. (2007). Disease activity in pregnant women with Crohn's disease and birth outcomes: a regional Danish cohort study. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*, 102(9), 1947-1954.
- Odijk Jv, Kull I, Borres M, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson L, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966–2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*. 2003;58(9):833-43
- Ogbuanu C, Glover S, Probst J, Liu J, Hussey J. The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. *Pediatrics* 2011;127:e1414–e1427
- Ortiz, J., McGilligan, K., & Kelly, P. (2004). Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program. *Pediatric nursing*, 30(2), 111-119.
- Östlund, Å., Nordström, M., Dykes, F., & Flacking, R. (2010). Breastfeeding in preterm and term twins—Maternal factors associated with early cessation: A population-based study. *Journal of Human lactation*, 26(3), 235-241.
- Özdoğan, T., Aldemir, E. Y., & Kavuncuoğlu, S. (2014). Orta derece ve geç prematüre bebekler ve sorunları. *İKSST Derg*, 6(2), 57-64.
- Özyurt, R., Aşıcioğlu, O., Gültekin, T., Güngördük, K., & Boran, B. (2013). İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı. *Jopp Derg*, 5(1), 7-12.
- Palmer, G., 2009. The politics of breastfeeding: when breasts are bad for business. 3rd ed. London: Pandora press
- Paricio Talayero, J. M. (2006). Liz án-García M, Otero Puime A, Benlloch Muncharaz MJ, Beseler Soto B, Sánchez-Palomares M, Santos Serrano L, Rivera LL. Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life. *Pediatrics*, 118, e92-e99.

- Patil, C. L., Turab, A., Ambikapathi, R., Nesamvuni, C., Chandyo, R. K., Bose, A., ... & Caulfield, L. E. (2015). Early interruption of exclusive breastfeeding: results from the eight-country MAL-ED study. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 34(1), 1-10.
- Perera, P. J., Ranathunga, N., Fernando, M. P., Sampath, W., & Samaranayake, G. B. (2012). Actual exclusive breastfeeding rates and determinants among a cohort of children living in Gampaha district Sri Lanka: A prospective observational study. *International breastfeeding journal*, 7(1), 1-6.
- Pérez-Escamilla, R., Martinez, J. L., & Segura-Pérez, S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal & child nutrition*, 12(3), 402-417.
- Phillips, R. (2013). The sacred hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(2), 67-72.
- Pillay, J., & Davis, T. J. (2020). Physiology, lactation. StatPearls [Internet].
- Poorolajal J, Sahraei f, Mohamdadi Y, Doostiirani A, Moradi L. Behavioral factors influencing childhood obesity: a systematic review and metaanalysis. *obesity Research & clinical Practice*. 2020;14(2):109-18
- Popkin, B. M., Adair, L., Akin, J. S., Black, R., Briscoe, J., & Flieger, W. (1990). Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*, 86(6), 874-882.
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *The American journal of clinical nutrition*, 95(5), 1113-1135.
- Rayfield, S., Oakley, L., & Quigley, M. A. (2015). Association between breastfeeding support and breastfeeding rates in the UK: a comparison of late preterm and term infants. *BMJ open*, 5(11), e009144.
- Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies (Review). The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library 2012, Issue5.
- 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? *The Lancet*. 2016;387(10017):491-504
- Saadeh, R., & Akre, J. (1996). Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth*, 23(3), 154-160.
- Saarela T, Kokkonen j, Koivisto M. Macronutrient and energy contents of human milk fractions during the first six months of lactation. *Acta Paediatrica*. 2005; 94: 1176-81.).
- Sağlık, M. (2019). Emziren Annelerin Süt Yetersizliği Algısının Yönetiminde Yapılandırılmış Eğitim ve İzlemin Etkinliği (Master's thesis).
- Salvatori G, Guaraldi F. Effect of breast and formula feeding on gut microbiota shaping in newborns. *Front Cell Infect Microbiol*. 2012;2:94. doi:10.3389/fcimb.2012.0009

- Sanches, M. T., Gimeno, S. G., Rosa, T. E., & Bonamigo, A. W. (2011). Factors associated with interruption of exclusive breastfeeding in low birth weight infants receiving primary care. *Cadernos de saude publica*, 27(5), 953-965.
- Santiago, A. C. T., Cunha, L. P. M. D., Vieira, N. S. A., Moreira, L. M. O., Oliveira, P. R. D., Lyra, P. P. R., & Alves, C. D. A. D. (2019). Breastfeeding in children born small for gestational age and future nutritional and metabolic outcomes: a systematic review *Jornal de pediatria*, 95, 264-274.
- Schoen, S., Sichert-Hellert, W., Hummel, S., Ziegler, A. G., & Kersting, M. (2008). Breastfeeding duration in families with type 1 diabetes compared to non-affected families: results from Babydiab and Donald studies in Germany. *Breastfeeding Medicine*, 3(3), 171-175.
- Scime, N. V., Patten, S. B., Tough, S. C., & Chaput, K. H. (2022). Maternal chronic disease and breastfeeding outcomes: a Canadian population-based study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(6), 1148-1155.
- Smith E, Hurt L, Chowdhury R, Sihna B, Fawzi W, Edmond K. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017
- Smith HA, Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *CochraneDatabase Syst Rev*. 2016;(8):CD006462. doi:10.1002/14651858.CD006462.pub4
- Sobhy Si, Mohame NA. The effect of early initiation of breast feeding on the amount of vaginal blood loss during the fourth stage of labor. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2004;79(1 - 2):1-12
- Sokol, E., Aguayo, V. and Clark, D., 2007. Protecting breastfeeding in West and Central Africa: 25 years implementing the international code of marketing breast milk substitutes. Unicef Publication
- Sparud-Lundin, C., Wennergren, M., Elfvin, A., & Berg, M. (2011). Breastfeeding in women with type 1 diabetes: exploration of predictive factors. *Diabetes Care*, 34(2), 296-301.
- Spencer, B. (2015). Medications and breastfeeding for mothers with chronic illness. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(4), 543-552.
- Spiesser-Robelet, L., Brunie, V., de Andrade, V., & Gagnayre, R. (2017). Knowledge, representations, attitudes, and behaviors of women faced with taking medications while breastfeeding: A scoping review. *Journal of Human Lactation*, 33(1), 98-114.
- Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr*. 2014;10:456–73. doi:10.1111/mcn.12128.
- Şahin, B. B., & Özyurt, B. C. (2017). Manisa’da yarı-kentsel bir bölgede 0-24 ay çocuklarda anne sütü alma durumu ve beslenme alışkanlıkları. *Turkish Journal of Public Health*, 15(3), 164.
- Tallese, D. J. (2008). Maternity Leave and Employment Patterns of First-Time Mothers: 1961-2003. *Current Population Reports US Census Bureau*, 70-113.

Tarrant, M., Wu, K. M., Fong, D. Y., Lee, I. L., Wong, E. M., Sham, A., ... & Dodgson, J. E. (2011). Impact of baby-friendly hospital practices on breastfeeding in Hong Kong. *Birth*, 38(3), 238-245.

Tham R, Bowatte G, et al. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*. 2015; 104:62- 84

Thurman SE, Allen PJ. Integrating lactation consultants into primary health care services: are lactation consultants affecting breastfeeding success? *Pediatr Nurs* 2008;34:419-25. PMID:19051846

Tla, T. A., WMb, W. M., & Bb, M. I. (2013). Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding among women in Kelantan, Malaysia. *Health and the Environment Journal*, 4(1), 42-54.

Tita, A. T., Landon, M. B., Spong, C. Y., Lai, Y., Leveno, K. J., Varner, M. W., ... & Mercer, B. M. (2009). Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *New England Journal of Medicine*, 360(2), 111-120.

TNSA, 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Kasım 2014, Ankara, Türkiye.

TNSA, 2018, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). “2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye

Tokat, M. A., Elmas, S., & Yeygel, Ç. (2017). Gestasyonel Diyabetin Emzirme Sonuçlarına ve Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına Etkisinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(4), 193-200.

Tromp I, Kieft-De Jong J, Raat H, et al. Breastfeeding and the risk of respiratory tract infections after infancy: The Generation R Study. *PLoS ONE*. 2017;12(2): e0172763

Tully, K. P., & Ball, H. L. (2014). Maternal accounts of their breast-feeding intent and early challenges after caesarean childbirth. *Midwifery*, 30(6), 712-719.

Tunçel, E. K., DüNDAR, C., & Pekşen, Y. (2005). Ebelerin anne sütü ile ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 6(1), 43-48.

Tunçel, E. K., DüNDAR, C., Canbaz, S., & Pekşen, Y. (2006). Bir üniversite hastanesine başvuran 0-24 aylık çocukların anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (1).

UN/SDG17; United Nations. Sustainable Development Goals: 17 goals to transform our world <https://www.globalgoals.org/> Erişim tarihi: 16.03.2022.

UNICEF 1990; Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. New York:United Nations Children's Fund;1991(http://www.who.int/about/agenda/health_development/events/innocenti_declaration_1990.pdf. Erişim tarihi: 25.04.2022.

UNICEF 2006; Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. Past Achievements, Present Challenges and Priority Actions for Infant and Young Child Feeding, 1990-2005. UNICEF; 2006 November 2005. Erişim tarihi: 25.04.2022.

UNICEF 2018. BREASTFEEDING, A Mother's Gift, for Every Child, © United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018

Uvnas-Moberg, K., (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*. 23(8), 819-835

Uzunhan, TA, Işık, E., Karabayır, N., Gökçay, G., & Baysal, Su (2007). Bir çocuk sağlığı izlem polikliniğinde ilk ürünün yıllara göre değerlendirilmesi. *Çocuk dergisi* , 7 (3), 166-172.

Ünsal, H., Atlıhan, F., Özkan, H., Targan, Ş., & Hassoy, H. (2005). Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48(3), 226-233.

Venancio SI, Saldiva SR, Escuder MM, Giugliani ER. The BabyFriendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(10):914- 918.)

Venancio, S. I., Escuder, M. M. L., Kitoko, P., Rea, M. F., & Monteiro, C. A. (2002). Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36, 313-318.

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., ... & Group, T. L. B. S. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The lancet*, 387(10017), 475-490.

Victora, C. G., Behague, D. P., Barros, F. C., Olinto, M. T. A., & Weiderpass, E. (1997). Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, 99(3), 445-453.

WABA; Launch of Golden Bow Initiative, The World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) is a global network of individuals & organisations concerned with the protection, promotion & support of breastfeeding worldwide.). waba@waba.org.my. Erişim tarihi: 01.05.2022.

Wallby, T., & Hjern, A. (2009). Region of birth, income and breastfeeding in a Swedish county. *Acta Paediatrica*, 98(11), 1799-1804.

Wang, Y., Briere, C. E., Xu, W., & Cong, X. (2019). Factors affecting breastfeeding outcomes at six months in preterm infants. *Journal of human lactation*, 35(1), 80-89.

WHA 1981; World Health Assembly, 34. (1981). Thirty-fourth World Health Assembly, Geneva, 4-22 May 1981: resolutions and decisions, annexes. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155679>. Erişim tarihi: 05.03.2022.

WHA 2012 ; Resolution WHA65.6. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. In: Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 21–26 May 2012. Resolutions and decisions, annexes. Erişim tarihi: 05.03.2022.

WHO 1999; World Health Organization. (1999). The baby-friendly hospital initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress/prepared by the World Health Organization and Wellstart International. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65380>. Erişim tarihi: 13.03.2022.

WHO 2001; World Health Organization. Report of the expert consultation of the optimal duration of exclusive breastfeeding, Geneva, Switzerland, 28-30 March 2001

WHO 2003. Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. WHO: Geneva, 2003 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42739/924154614X.pdf?sequence=1>. Erişim tarihi: 13.03.2022.

WHO 2009; World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2009). Baby-friendly hospital initiative : revised, updated and expanded for integrated care. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43593>. Erişim tarihi: 13.03.2022.

WHO 2013; World Health Organization and The United Nations Children's Fund. Ending Preventable Child Deaths from Pneumonia and Diarrhoea by 2025. The integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD). Geneva: World Health Organization; 2013

WHO 2015; WHO /UNICEF Breastfeeding Advocacy Initiative, Advocacy Strategy; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152891/WHO_NMH_NHD_15.1_eng.pdf?sequence=1.

WHO 2017; World Health Organization. (2017). Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. ISBN 978-92-4-155008-6 © World Health Organization 2017).

WHO 2018; World Health Organization. (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative.

WHO/ BFHI 2017; National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative. Erişim tarihi: 16.03.2022.

WHO/CODE 2017; The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: Frequently Asked Questions (2017 Update), Geneva, Switzerland, World Health Organization; 2017

WHO/CODE 2020; Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code, status report 2020. Geneva: World Health organization; 2020

WHO/IYCF 2003; World Health organization, united Nations Children's Fund. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health organization; 2003

Yang J, zhang Y, Li H, et al. The possible effects of breastfeeding on infant development at 3 months: a case-control study. *Breastfeeding Medicine*. 2020;15(10): 662-70).

Yılmaz, E., Öcal, F. D., Yılmaz, Z. V., Ceyhan, M., Kara, O. F., & Küçüközkan, T. (2017). Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, 14(1), 1.

Yılmazbaş, P., Kural, B., Uslu A., Sezer, G., & Gökçay, G. (2015). Annelerin gözünden ek besinlere başlama nedenleri ve annelerin mamalar hakkındaki düşünceleri. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 78(3), 76-82.

Yılmaz, G., Gürakan, B., Akgün, S., & Ozbek, N. (2002). Factors influencing breastfeeding for working mothers. *The Turkish journal of pediatrics*, 44(1), 30-34.

Yokoyama, Y., Wada, S., Sugimoto, M., Katayama, M., Saito, M., & Sono, J. (2006). Breastfeeding rates among singletons, twins and triplets in Japan: a population-based study. *Twin Research and Human Genetics*, 9(2), 298-302.

Yokoyama, Y., & Ooki, S. (2004). Breast-feeding and bottle-feeding of twins, triplets and higher order multiple births. *Nihon Koshu Eisei Zasshi* (Japanese Journal Of Public Health), 51(11), 969-974.

Yüzügüllü, D. A., Aytaç, N., & Akbaba, M. (2018). Annelerin ilk altı ay sadece anne sütü verme durumlarına etki eden etmenlerin incelenmesi. *Turkish Archives of Pediatrics*, 53(2).

Zanardo, V., Gabrieli, C., Straface, G., Savio, F., & Soldera, G. (2017). The interaction of personality profile and lactation differs between mothers of late preterm and term neonates. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(8), 927-932.

Zanardo, V., Savona, V., Cavallin, F., D'Antona, D., Giustardi, A., & Trevisanuto, D. (2012). Impaired lactation performance following elective delivery at term: role of maternal levels of cortisol and prolactin. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(9), 1595-1598.

Zhao M, Wu H, et al. Breastfeeding and mortality under 2 years of age in Sub-Saharan Africa. *Pediatrics* 2020;145(5) e20192209; Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2209>

DOĞUM SONU SERVİSLERDE BEBEK DOSTU HASTANE POLİTİKALARININ UYGULANMASININ İLK 2 YAŞTA ANNE SÜTÜ İLE BESLENME ÜZERİNE ETKİSİ

ORIJİNALLIK RAPORU

%9

BENZERLİK ENDEKSİ

%9

İNTERNET KAYNAKLARI

%3

YAYINLAR

%3

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%2

2

acikerisim.kirklareli.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

%1

3

acikerisim.sakarya.edu.tr

İnternet Kaynağı

%1

4

sakaryaeah.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

%1

5

nek.istanbul.edu.tr:4444

İnternet Kaynağı

%1

6

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

<%1

7

egitim.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

<%1

8

docs.neu.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%1

hdl.handle.net

EK

- ✓ Ad-soyad
- ✓ Tel-Adres
- ✓ Gestasyonel yaş
- ✓ Gestasyonel grup: geç preterm erken term term postterm
- ✓ Cinsiyet : Kız Erkek
- ✓ Prezantasyon : baş makat oksiput yan diğer
- ✓ Doğum şekli: nsd c/s (elektif) c/s (eylemli) vakum forseps
- ✓ Doğum tartısı Doğum boyu Doğum baş çevresi
- ✓ Gestasyonel haftaya göre ağırlık: AGA SGA LGA
- ✓ Kordon ph Kordon p CO2 Kordon BE Apgar 1/5
- ✓ Doğum sonrası yatış gerektiren bir durum oldu mu?
- ✓ Sarılık Minimal respiratuvar hast Hafif TTN Polisitemi Hipoglisemi EMR diğer
- ✓ Yatış süresi
- ✓ Taburcu olurken tartısı
- ✓ Taburcu olurken beslenme şekli : Sadece anne sütü karışık sadece formül süt
- ✓ İlk 6 ayda beslenme: Sadece anne sütü karışık sadece formül süt anne sütü ve su vs
- ✓ Tek başına anne sütü alma süresi
- ✓ Formül süt başladı ise ne zaman
- ✓ Neden; Anne Sütü Yetmiyor Düşüncesi Yetersiz Tartı Alımı Düşüncesi
Bebeğin Doymadığını Düşünme Annenin İşe Başlaması
İkiz Eşi Olması Annenin Gebe Olması Diğer
- ✓ kim başladı?(Anne sütü dışında bir gıdayı başlamayı kim önerdi;
kendisi sağlık çalışanı ailesi diğer

- ✓ Tamamlayıcı beslenmeye(yada ek gıdaya) başlama zamanı

 - ✓ Tamamlayıcı beslenmeye ilk altı ayda başladı ise başlama nedeni (doğal beslenmeye uymama nedeni)

Bebeğin doymaması düşüncesi Tarti Alımında Yetersizlik Annenin İşe Başlaması Annenin Sütünün Kesilmesi Annenin Hastalığı	Formül Mama İle Beslenmesi Ağırtmak için Annenin Sütünün Yetersizliği Annenin Gebe Olması Diğer
--	---

 - ✓ İlk 1 ay emzik/biberon kullandı mı,kullanmaya ne zaman başladı

 - ✓ Toplam anne sütü alma süresi

 - ✓ 2 yaşından önce anne sütü kesildiyse nedeni

 - ✓ 6.ay boyu 6.ay kilosu

 - ✓ 12.ay boyu 12.ay kilosu

 - ✓ 2 yaş boyu 2 yaş kilosu

 - ✓ İzlem yeri : Muayenehane Hastane ASM

 - ✓ İlk 2 yılda hastaneye yatış oldu mu, nedeni?

ANNE VE AİLE İLE İLGİLİ SORULAR

- ✓ Anne yaşı
- ✓ Gravida/parite
- ✓ Anne eğitim düzeyi ; okur yazar değil ilkokul ortaokul lise üniversite YL-doktora
- ✓ Baba eğitim düzeyi; okur yazar değil ilkokul ortaokul lise üniversite YL-doktora
- ✓ Anne mesleği
- ✓ Baba mesleği
- ✓ Aile gelir düzeyi ; düşük orta yüksek
- ✓ Annede kronik hastalık ; yok var;
- ✓ Gebelikte ortaya çıkan hastalık; yok var;
- ✓ Daha önce emzirme deneyimi ; var yok
- ✓ Daha önce doğal beslenme deneyimi; var yok
- ✓ Anne çalışıyor ise çalışmaya ne zaman başladı?

