



TC  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**6 AY İÇERİSİNDE 3 KEZ HIŞILTILI SOLUNUM ATAĞI GEÇİREN  
ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ANNE SÜTÜ HAKKINDAKİ BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

SEVİL ABALIK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. FIRAT ERDOĞAN

İSTANBUL – 2016



TC

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**6 AY İÇERİSİNDE 3 KEZ HIŞILTILI SOLUNUM ATAĞI GEÇİREN  
ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ANNE SÜTÜ HAKKINDAKİ BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

SEVİL ABALIK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. FIRAT ERDOĞAN

İSTANBUL – 2016

## TEZ ONAYI FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi

Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )

Anabilim Dalı : Hemşirelik

Tez Sahibi : Sevil ABALIK

Tez Başlığı : 6 Ay İçerisinde 3 Kez Hışıltılı Solunum Atağı Geçiren Çocukların Annelerinin Anne Sütü Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi

Sınav Tarihi : 10.05.2016

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

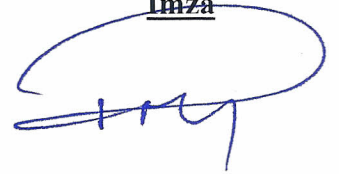
### Danışman

Yrd.Doç.Dr. Fırat ERDOĞAN

### Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

### İmza



### Sınav Jüri Üyeleri

Yrd.Doç.Dr. Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr. Özlem AVCI

İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..10../..05../ ..2016 tarih ve ..2016../..12... - .....04 sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



## BEYAN

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

SEVİL ABALIK

  
İmza

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmalarım süresince tez konumun belirlenmesi ve yürütülmesinde bilimsel katkı ve yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Sayın Fırat Erdoğan'a;

Yüksek lisans eğitimim boyunca öncelikle bilgi, katkılarından dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. Nihal Sunal'a;

Tez çalışmamın veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen Medipol Üniversitesi Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Doktorları Sayın Doç. Dr.Sedat Öktem'e ve Sayın Tuba Koçkar'a;

Maddi manevi desteklerini hiç esirgemeyen aileme, eşim Mehmet Emin Aydoğan'a ve sevgili kızım Azra Aydoğan'a sonsuz teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAYI .....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR .....	iii
KISALTMALAR .....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
1.ÖZET .....	1
2.ABSTRACT .....	2
3.GİRİŞ.....	3
4.GENEL BİLGİLER .....	5
4.1.Wheezing Tanımı.....	5
4.2.Prevelans.....	5
4.3.Etiyoloji.....	6
4.4.Wheezingli Çocuklarda Risk Faktörleri.....	9
4.4.1.Viral Enfeksiyonlar .....	9
4.4.2.Genetik Çevre Etkileşimi.....	10
4.4.3.Anne Sütü .....	10
4.4.4.Sigara .....	10
4.4.5.Diğer Faktörler.....	11
4.5.Klinik Tanı .....	12
4.6.Wheezing Fenotipleri .....	13
4.6.1.Geçici Erken Wheezing .....	13
4.6.2.Non Atopik Wheezing .....	14
4.6.3.Atopik Wheezing .....	15
4.7.Tedavi .....	15
4.8.Anne Sütü .....	17
4.9.Anne Sütünün İçeriği .....	18
4.9.1.Kolostrum.....	18
4.9.2.Geçiş Sütü .....	18
4.9.3.Olgun Süt .....	18

## KISALTMALAR

- ABD :Amerika Birleşik Devletleri  
DSÖ :Dünya Sağlık Örgütü  
ISAAC :Uluslararası Çocukluk Çağı Astım ve Alerji Çalışması  
RSV :Respiratuvar Sinsityal Virüs  
TNSA :Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmaları  
UNİCEF : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

4.9.4.Sıvı İçeriği.....	19
4.9.5.Karbonhidratlar.....	19
4.9.6.Protein.....	19
4.10.Anne Sütünün Enfeksiyonlara Karşı Koruyuculuk Özelliği.....	19
5.METOT VE MATERYAL .....	21
5.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	21
5.2.Araştırmada Cevapları Aranılan Sorular.....	21
5.3.Araştırmanın Yeri.....	21
5.4.Araştırmaya Kabul Edilmeyenler.....	21
5.6.Örneklem Verilerinin Değerlendirilmesi.....	22
6.BULGULAR .....	23
7.TARTIŞMA .....	38
8.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
9.KAYNAKLAR.....	50
10.EKLER .....	62
11.ETİK KURUL ONAYI.....	66
12.ÖZGEÇMİŞ.....	69



## TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.3.1. En sık wheezing nedenleri .....	7
Tablo 6.1. Tablo 6.1. Araştırmaya katılan annelerin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.....	23
Tablo 6.2. Annelerin emzirmeye ilişkin tanıtıcı özelliklerin dağılımı.....	27
Tablo 6.3. Bebeğe ait tanıtıcı bilgilerin dağılımı.....	30
Tablo 6.4. Anne sütü alma süresi ile anneye, emzirmeye, bebeğe ait özellikler arasındaki ilişki.....	32
Tablo 6.5. Bebeğin ek gıdaya başlama süresi ile anneye, emzirmeye ve bebeğe ait özellikler arasındaki ilişki.....	33
Tablo 6.6. Bebeğin ilk beslenme şekli ile anneye, emzirmeye, bebeğe ait özellikler arasındaki ilişkisi.....	35
Tablo 6. 7. Anne sütünün kaç ay verilmesi gerektiği bilgisi ile anneye, emzirmeye ait özellikleri arasındaki ilişkisi.....	37

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Çocukluk çağında wheezing prevalansının yaşlara göre seyri (Tucson Çalışması).....	13
Şekil 4. 2. Geçici erken hışıltının yaşa göre seyri.....	14
Şekil 6.1. Kızlar ve erkeklerin oranlarının dağılımı.....	23
Şekil 6.2. Annelerin yaş aralıklarının dağılımı.....	24
Şekil 6.3. Annelerin eğitim durumu dağılımı.....	24
Şekil 6.4. Anelerin emzirirken ve hamileyken sigara kullanım durumlarının dağılımları.....	25
Şekil 6.5. Araştırmaya katılan annelerin çocuk sayısı dağılımı.....	26
Şekil 6.6. Annelerin doğum şekline göre dağılımları .....	26
Şekil 6.7. Annelerin bebeğini ilk beslenmesine göre dağılımları .....	27
Şekil 6.8. Bebeğin şu an ki beslenme durumuna göre dağılımı.....	28
Şekil 6.9. Annelerin anne sütünün ne kadar verilmesi gerektiği ile ilgili düşünceleri .....	28
Şekil 6.10. Annelerin çocukların anne sütü alma sürelerinin dağılımı .....	29
Şekil 6.11. Annelerin ek gıdaya başlama zamanı dağılımı.....	29
Şekil 6.12. Emzirme eğitimi alan ve almayan annelerin dağılımı.....	30
Şekil 6.13. Bebeklerin 35. Gestasyonel haftaya göre doğumlarının dağılımları.....	31
Şekil 6.14. Bebeklerin doğum tartısına göre dağılımı.....	31
Şekil 6.15. Bebeğin doğum şekli ile ek gıdaya başlama süresi arasındaki ilişkinin dağılımı .....	34
Şekil 6.16. 35. Gestasyonel doğum haftasına göre doğumdan sonra ilk aldıkları besine göre dağılımı.....	36

## 1. ÖZET

### 6 AY İÇERİSİNDE 3 KEZ HİŞİLTİLİ SOLUNUM ATAĞI GEÇİREN ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ANNE SÜTÜ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Son yıllarda yapılan çalışmalarda anne sütü alan çocuklarda solunum yolu hastalıklarının daha az olduğu bildirilmiştir. Bu çalışma 6 ay içerisinde 3 kez hışıltılı solunum atağı geçiren çocukların annelerin anne sütü hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Medipol Mega Üniversite Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine 6 ay içerisinde 3 kez hışıltılı solunum atağı geçirmiş 100 çocuk annesine araştırmacı tarafından tek tek ve yüz yüze anket çalışması yapılmıştır. Annelere sosyo-ekonomik düzeyleri, sigara içme durumları, doğum şekilleri, çocuğuna anne sütü verme süresi, ek besine başlama zamanı gibi sorular sorulmuştur. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows programı kullanılarak veriler değerlendirilmiştir. Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p<0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada hışıltılı solunum şikayeti olan çocukların ilk 6 ay yalnızca anne sütü alanların almayanlara oranının 2 kat daha az olduğu saptanmıştır. Bebeğin doğum şekli ile ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Gebelik haftası ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Doğum haftası ile bebeğin ilk beslenme şekli arasında bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre doğumu 35 haftadan önce olan annelerin çoğunluğu (%58,8) çocuğunu formül süt ile; 35 haftadan sonra olanların çoğunluğu (%80,7); çocuğunu ilk anne sütü ile beslemiştir.

Anne sütü alamayan çocuklarda hışıltılı solunum şikayetinin daha fazla olduğu görülmüştür. Annelere anne sütü konusunda eğitimler verilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** anne sütü, atopi, ek gıda, emzirme, hışıltı

## 2. ABSTRACT

### EVALUATION OF THE KNOWLEDGE ABOUT BREASTFEEDING OF MOTHERS OF CHILDREN WITH THREE EPISODES OF WHEEZING WITHIN SIX MONTHS

Recent studies have reported that children who are breastfed are less likely to have respiratory diseases. This study was conducted to evaluate the knowledge about breastfeeding of mothers of children with three episodes of wheezing within six months.

100 mothers whose children had three episodes of wheezing within six months and presented to the Medipol Mega University Hospital Child Health and Diseases Outpatient Clinic were offered a face to face survey by the researcher. Data regarding the socioeconomic status, smoking status, route of delivery, duration of breastfeeding, time to start supplementary foods was collected. The data was analysed using the SPSS Windows software. The results were compared using the Chi-Square test. Results were presented within 95% confidence interval and  $p < 0.05$  was considered statistically significant.

In this study, we found that among children with wheezing, those who were exclusively breastfed were twice as many as those who were not. There was a significant relationship between the route of delivery and the time to start supplementary foods ( $p < 0.05$ ). There is also a relationship between the gestational age at birth and the time to start supplementary foods ( $p < 0.05$ ). Gestational age and the initial nutrient of the babies were related ( $p < 0.05$ ). Infants born before 35 weeks of gestation were mostly (58.8%) given infant formula as the initial nutrition whereas those born after 35 weeks were mostly (80.7%) given breast milk.

Symptoms of wheezing were more frequent in children who did not receive breast milk. Education and encouragement of mothers for breastfeeding is suggested.

**Keywords:** Breastfeeding, atopy, supplementary food, lactation, wheezing

### 3. GİRİŞ

Wheezing, erken çocukluk döneminde sık rastlanılan önemli ve yaygın bir çocuk sağlığı sorunudur Kurukulaaratchy et al(1), Wright et al(2) Martinez et al(3). Wheezing, alt havayollarında oluşan daralmaya bağlı olarak hızlı hava vibrasyonu ile meydana gelen yüksek titreşimli polifonik müzikal bir sestir Brand et al(4). 'Hışıltılı çocuk' tanımı heterojen fenotipleri içerisinde barındıran, süresinde ve seyrinde farklılıklar içeren, patofizyolojisi birbirinden ayrı bir grup hastalığı kapsayan kompleks bir durumdur Castro-Rodriguez and Garcia-Marcos(5).

Elli altı ülke ve 155 merkezde yapılan Uluslararası Çocukluk Çağı Astım ve Alerji Çalışması'nda (ISAAC) wheezing prevalansı farklı ülkelerde %4-32 arasında bulunmuştur Asher et al(6). Türkiye'de 46.813 çocuğu kapsayan bir çalışmada wheezing prevalansı %15,1 olarak bulunmuştur Türkteş ve ark(7). Yapılmış farklı çalışmalarda 1 yaşından küçük çocukların %10-15'inin, 5 yaşından küçüklerin ise %25'inin en az bir kez hışıltı ile birlikte seyreden bir solunum yolu hastalığı geçirdiğini göstermektedir. Okul çağındaki ve ergenlik dönemindeki astım tanısı konulan hastaların dörtte üçünde hışıltı atağı üç yaşından önce başlamakta ve oluşan hışıltılar astım gelişimini etkilemektedir Kurukulaaratchy et al(1), Martinez et al(3). Wheezingli çocukların %90'unda 1 yaşın altında hışıltı atakları olurken bunların %70'inde hışıltı 5 yaşında, %90'ında ise okul çağında geçmektedir Wilson(8).

Atopi varlığı, aile öyküsü, viral enfeksiyonlar ve sigaraya maruz kalma gibi çevresel nedenler risk faktörüdür ve en sık neden RSV (Respiratuvar Sinsityal Virüs)' dir Weiss(9). Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda, infantlarda anne sütünün tekrarlayan hışıltı ataklarından koruduğu gösterilmiştir Wright et al(10), Porro et al(11). Yine yapılmış bazı çalışmalarda solunum yolu hastalıklarının anne sütü alan çocuklarda anlamlı derecede daha az olduğu görülmüştür Brand et al(4), Castro-Rodriguez and Garcia-Marcos(5).

İmmunolojik durumları düzenleyen ajanlar, enzimler, hormonlar, büyüme faktörleri gibi anne sütündeki çok sayıda faktörün koruyucu olabileceği

bildirilmektedir Türk Toraks Derneği(12). Gelişmekte olan ülkelerde bebeklere anne sütüne başlama oranı yüksek olmasına rağmen ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenme oranı düşük olarak görülmüştür Aydoğdu(13), WHO Global Data Bank (14). Ülkemizde anne sütüyle beslenme konusunda yapılan çalışmalarda dördüncü ayda sadece anne sütü ile beslenme oranları %46,2–74,2; altıncı ayda sadece anne sütü ile beslenme oranları %8,7–46 arasında değiştii görülmektedir Kavuncuğolu ve ark(15), Ünsal ve ark(16).

Bu çalışmada 6 ay içerisinde 3 defa hışılıtlı solunum şikayeti olan çocukların annelerinin anne sütü kullanım bilincini değerlendirmeyi amaçladık. Bu çalışma ile annelerin emzirme davranış ve bilgilerini, emzirmenin hışılıtlı solunum şikayetlerine etkisi, fizyolojik yararlılığı olan anne sütünün verilmesi konusunda annelere sağlanacak hizmetlere katkıda bulunulacağı düşünölmektedir.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Wheezing Tanımı

Alt solunum yollarında obstrüksiyon sonucu gelişen, özellikle ekspirium esnasında duyulabilen, geniş bronşial duvarın hızlı vibrasyonu ile meydana gelen yüksek frekanslı, titreşimli müzikal sestir. Bu ses tekli veya çoklu hava yolu daralmasını gösterir Altıntaş(17), Karabel ve ark(18).

Havanın obstrüktif solunum yollarında yaptığı türbülans ve solunum yolları çeperlerinin oluşturduğu titreşime bağlı olarak gelişmektedir Karabel ve ark(18).

Hışiltı oskültasyonda özellikle solunumun ekspiryum safhasında duyulan yüksek perdeli müzikal karakterde bronşiyal sestir Çevik ve ark(19). Türkçede wheezingin tam karşılığı bir kelime olmadığı için, göğüsten gelen “hırıltı”, “hışiltı” ya da “ıslık sesi” olarak tanımlanmaktadır Razi ve ark(20).

### 4.2. Prevelans

Yapılan çalışmalarda, 3 yaşından önce yaklaşık olarak her üç çocuktan birinin en az bir kez wheezing atağı geçirdiği, 6 yaşındaki toplam wheezing prevalansının ise %50 civarında olduğu saptanmıştır Martinez et al(3). Hışiltı her yaşta görülebilir, fakat süt çocukluğu çağında en siktir. Elli altı ülke ve 155 merkezde yapılan Uluslararası Çocukluk Çağı Astım ve Alerji Çalışması'nda wheezing prevalansı farklı ülkelerde %4-32 arasında bulunmuştur Asher et al(6). Gelişmiş ülkelerde 5 yaşından küçük çocuklarda wheezing prevalansı %15-32 arasındadır Wilson(8). Daha çok süt çocukluğu döneminde rastlanmasına rağmen her yaşta duyulabilir. ABD'de yapılan ulusal bir araştırmada wheezing prevalansının 2-3 yaş çocuklarda %26, 9-11 yaş arasında %13 olduğu gösterilmiştir Eldeirawi and Persky(21).

Türkiye'de 46.813 çocuğu kapsayan bir çalışmada hışiltı prevalansı %15,1 olarak bulunmuştur Türктаş ve ark(7). Okul öncesi yaş grubundaki çocuklarda ağır hışiltı

atağı geçirmenin, okul çağına gelen hastalarda astım geliştirme açısından risk faktörü olduğu bildirilmiştir Kapelle and Brand(22).

**Wheezing Neden Çocuklarda Erişkinlerden Daha Sık Görülür:**

- Çocuklar yetişkinlere oranla hışıltıya daha yatkındırlar.
- Periferik hava yolu direncinin yüksek olması.
- Çocukların hava yolları daha dardır.
- İmmün sistemin yeterli olgunlaşmaması.
- Göğsün genişleyebilirliği daha azdır.
- Elastik doku ve kollateral ventilasyonun daha az olması.
- Diyaframın çabuk yorulması.

Havayolundaki direnç havayolu yarıçapının 4. kuveti ile orantılıdır. Bu yüzden çocuklarda minimal bir daralma çok ciddi havayolu direncine sebep olur. Aynı zamanda hava yollarının açık kalmasını sağlayan elastinin eksik olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle negatif basınçla birlikte bronşlar daha kolay kollabe olur. Bu da, solunum işini arttırarak hışıltıya neden olur Tuncer(23).

### **4.3. Etiyoloji**

Hışıltılı çocuk, hışıltısı bir aydan uzun süren veya yılda üç kezden fazla yineleyen çocuktur. Süt çocukluğu döneminde görülen wheezingin en başlıca nedeni viral enfeksiyonlardır. Respiratuvar sinsityal virüs (RSV) en sık nedendir. Daha sonra parainfluenza ve adenovirus hışıltıya neden olan virüslere dir.

Süt çocukluğunda daha sık görülmesinin nedeni hava yollarının anatomik ve fizyolojik özelliklerinden dolayı obstrüksiyon daha sık gelişmektedir. Etken olan virüsler küçük hava yollarının epitel hücrelerindedir inflamasyona yol açarak ödem, nekroz ve mukus artışına neden olmaktadır.



**Tablo 4.3.1. En sık wheezing nedenleri**

1. Astım
2. Bronşiolit
3. Bronşit
5. Enfeksiyonlar
6. Pnömoni
7. Aspirasyon nedenleri (gastroözofageal reflü, yutma disfonksiyonu)
8. Amfizem
9. Alerjik reaksiyona neden olan böcek sokmaları, polen, kimyasal maddeler, toz ve besinler
10. Kalp yetersizliği
11. Akciğere yabancı madde inhalasyonu
12. Anafilaksi
13. Ekstresek hava yolu anomalileri (mediastinal lenfadenopati, mediastinal tümör veya kitle)
14. İntrensek hava yolu anomalileri (bronşiyal kist, hemanjiom)
15. Bronkopulmoner displazi
16. Aspirasyon sendromları

Wheezingin en sık nedenlerinden olan astım, çocuklarda sıklıkla alerjik kökenli bir hastalıktır. Öksürük, nefes darlığı, egzersiz kısıtlılığı ve göğüste sıkışma hissi gibi semptomlar astımın en karakteristik semptomlarıdır ve semptomlar hava yollarındaki inflamasyon nedeniyle gelişen alt solunum yolu obstrüksiyonuna bağlıdır. Ancak astımın en önemli özelliği yakınmaların aralıklı olarak ortaya çıkması ve kendiliğinden veya tedavi ile düzelebilmesidir Global Strategy for Asthma Management and Prevention(24). Astım öksürük ve hışıltılı solunumun eşlik ettiği kronik bir hastalıktır. Erken yaşta geçirilen hışıltı atakları ve havayolu hiperraktivitesi daha sonra gelişebilecek astım açısından ilk bulgu olabilir Uysal ve Karaman(25).

"Her çocuğun astım tanısı almaksızın yaşamının herhangi bir döneminde bir veya iki kez hışıltılı bir hastalık geçirmeye hakkı vardır." Bununla birlikte yaşamın özellikle ilk 1-3 yaşlarında yineleyen hışıltı atakları olan çocuklarda tanı koymak çoğu kez zor olmaktadır Çokuğraş(26).

Tanı koymanın güç olmasının en önemli nedeni astımın tanısında yararlanılan deri testleri ve solunum fonksiyon testleri gibi yardımcı yöntemlerinin bu yaşlarda teknik olarak uygulanma zorluğu ve hastalığın doğal seyrinin önceden tam olarak bilinmemesindedir. Çocukluk döneminin ilk yıllarında geçirilen hışıltılı hastalık ile sonradan gelişecek astım arasındaki ilişki günümüzün en fazla araştırılan ama henüz tam olarak çözümlenememiş konularından birisidir Çokuğraş(26).

Bronşiolit, hışıltılı solunum ataklarının nedenlerinden biridir. Daha çok iki yaşından küçük çocuklarda görülen, bronşiyollerin viral etkenlerle oluşan, akut başlangıçlı solunum yolu semptomları ile karakterize klinik bir sendromdur. En sık nedeni RSV'dir. Hışıltılı solunum, burun akıntısı, hapsirik ve ateşle seyreden bir hastalıktır.

Gastroözafageal Reflü gastrik içeriğin istemsiz olarak özafagus içerisine doğru geriye hareketi anlamına gelir. En önemli belirtilerinden biri wheezingdir. Kronik öksürük, göğüs ağrısı eşlik eden semptomlardır.

Yine çocuklarda allerjik reaksiyona neden olan böcek sokmaları, polenler, kimyasal maddeler, toz, besinler ve kullanılan ilacın meydana getirdiği durum içerisinde, hava yollarının obstrüksiyonuna bağlı olarak solunum sıkıntısı ve hışıltılı solunum atakları görülmektedir.

Yabancı cisim aspirasyonu herhangi bir cismin trakeobronşial sisteme kaçması sonucu oluşan bir tablodur. Sıklıkla 6 ay ile 3 yaş arasında görülen bir durumdur. Wheezingin eşlik ettiği boğulma ve öksürük atakları görülür. Gelişme geriliği ve psikiyatrik sorunları olan çocuklar risk grubundadır.

Dıştan bası yapan nedenlerden olan mediastinal lenfadenopati, kitle veya mediastinal tümör de wheezing nedenlerinden sıralanır. Bronkopulmoner displazi mekanik ventilasyon ve oksijen desteği gereken bebeklerde akciğer hasarı sonucu oluşur. Genellikle 1000 gr altında doğan bu bebeklerin çoğunda doğumda akciğer problemi ya yoktur yada çok azdır. Ancak zamanla ilerleyici hastalık ortaya çıkmaya başlar. Pulmoner muayenede elde edilen fizik bulgular takipne, hışıltı ve kaba rallerden oluşur. Aşırı sıvı yüklenmesi varsa ince raller duyulabilir. Hastalar büyüme geriliği gelişimi açısından takip edilmelidir Behrman et al(27). Çocuklarda stenoz ve fistüllerden dolayı aspirasyon sendromu gelişebilmektedir. Buda wheezing ataklarını beraberinde getirmektedir.

#### **4.4. Wheezingli Çocuklarda Risk Faktörleri**

##### **4.4.1. Viral Enfeksiyonlar**

İki yaş altında hışıltı atağının en sık nedeni viral enfeksiyonlardır. Enfeksiyon bronş ağacında inflamasyona yol açarak hava yollarında obstrüksiyon, ödem ve mukus artışı yapar. Bir çalışmada akut ekspiratuar wheezing nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların %8'inde viral ajan saptanmıştır. Finlandiya'da yapılan bir çalışmada 12-35 ayda en sık etken RSV (%54) ve respiratuar picornavirüs (%42) iken 3 yaş üzeri en sık etken respiratuar picornavirüs (%82) olarak saptanmıştır Jartti et al(28).

Yapılmış araştırmalar, üç yaşından önce geçirilen RSV enfeksiyonlarının hayatın ilk 10 yılında tekrarlayan hışıltı riskini artırdığını ve akciğer fonksiyonlarında azalmaya neden olduğunu ancak 13 yaş civarında bu riskin kalmadığını ve atopi gelişimi ile ilişkisinin olmadığını bildirmiştir Taussig et al(29).

Bir yaşından küçük bebeklerde hışıltıya en sık neden olan hastalık bronşiolittir ve neden olan en sorumlu virüs RSV'dir. Bronşiolite yol açan diğer virüsler adenovirüs, influenza ve parainfluenza virüsdür. İki üç gün süren üst solunum yolu enfeksiyonunu izleyen solunum sıkıntısı, hışıltı bulguları bronşioliti işaret eder.

#### **4.4.2. Genetik Çevre Etkileşimi**

Ailede atopi (egzema, besin alerjisi, alerjik rinit, alerjik astım) varlığı çocuklarında wheezing gelişme riski yüksektir. Yapılan bir çalışmada ailesinde atopi öyküsü olan çocuklarda hışıltılı solunum oranı %58 olarak saptanmıştır Van et al(30).

Başka bir çalışmada ise ilk 3 yaşına kadar 2 veya daha fazla wheezing geçiren çocuklarda 7 yaşına kadar astım gelişme riskinin ailede atopi öyküsü varsa 4 kat arttığı; ilk 3 yaşına kadar yılda 2 veya daha fazla wheezing geçiren çocuklarda 7 yaşına kadar astım gelişme riskinin ise ailede atopi öyküsü varsa 12 kat arttığı gösterilmiştir Ly et al(31).

#### **4.4.3. Anne Sütü**

Yapılan çalışmalarda farklı ülkelerde anne sütü alan bebeklerin hışıltılı solunum ataklarının daha az olduğu gösterilmiştir. Anne sütü dışında uygulanan beslenmede besin alerjisine bağlı hışıltılı solunum atakları görülmüştür.

Anne sütü ile beslenmenin viral enfeksiyonların neden olduğu hışıltılı solunum ataklarının azalttığı bilinmektedir, atopik hastalıkların oluşmasında koruyucu özelliği hala tartışmalıdır. Anne sütü ile beslenen çocukların hışıltı üzerinde etkisini araştıran Martinez ve arkadaşları 6 yaşına gelen çocukların sürekli devam eden wheezing sıklığında azalma olduğunu bildirmişlerdir Martinez(32). Anne sütü, gastrointestinal florayı geliştirmesi ve immunmodulator faktörleri ortaya çıkarması ile atopiye karşı koruyuculuk sağlar Brandtzaeg(33).

#### **4.4.4. Sigara**

Sigara hışıltı için önemli risk faktörüdür. Doğum öncesi dönemde başlanarak daha sonra ev icinde aile bireylerin sigara içmesi özellikle sigara içen annelerin çocuklarında içilen sigara sayısı ile orantılı olmak üzere erken süt çocukluğu

döneminden başlayarak sık akciğer enfeksiyonları, hışıltı ataklarında önemli derecede artma olduğu görülmüştür. Solunum işlevlerinin bozulduğu bildirilmiştir. Bu bebeklerin yaşamlarının ilk yılında hışıltı şikayeti artmıştır.

Bununla ilgili yapılmış 15.712 çocuk üzerinde geniş katılımlı bir çalışmada, sigara içen annelerin çocuklarında ilk beş yaşta hışıltının içmeyenlere göre daha sık geliştiği bildirilmiştir Stick et al(34). Yapılan çalışmalarda, gebelikte annenin 10 adetten fazla sigara içmesi ile bebeklerin özellikle zorlu ekspiratuar akım hızlarında azalma olduğu bildirilmiştir. Bunların çok az kısmında bronkodilatatör ile düzelme görülmüştür Martinez(35).

Yine yapılan araştırmalarda gebelik boyunca sigara içimi intrauterin dönemde nikotine maruz kalmasından dolayı fetal distrese neden olmaktadır. Düşük doğum ağırlıklı bebekler ve bununla birlikte düşük akciğer fonksiyonları gelişmektedir. Pasif sigara içiciliğide hışıltılı solunum atak nedenlerindedir. Doktor tanılı astım ve hışıltı ile annenin gebelikte sigara içmesiyle ortaya çıkan intrauterin karşılaşmanın, postnatal dönemde karşılaşmadan daha fazla ilişkili olduğu gösterilmiştir Gilliland et al(36).

#### **4.4.5. Diğer Faktörler**

Erkek çocuklarda kız çocuklara oranla hışıltılı solunum atağı daha fazla görülmektedir. Bu adölesan döneme kadar böyledir. Çevresel faktörlerden hava kirliliği, ev tozu akarlarına, polenler gibi inhalen alerjenlere yoğun temas, ev ortamında nemlendiricilerin kullanımı tekrarlayan hışıltı atakları için risk faktörüdür. Yapılan araştırmalarda şehirlerde yaşayan çocuklarda, kırsal bölgelerde yaşayanlara göre hışıltı gelişme riski artmaktadır.

Prematüreler ve düşük doğum ağırlığı olan bebekler de hışıltılı solunum açısından risk faktörüdür. Bu bebeklerde akciğer gelişim bozukluğu ve bronş hiperreaktivitesi olduğu düşünülmektedir Rona et al(37). Prematürelerde tekrar hastaneye yatırılma ve hışıltı atak sayısı artmaktadır.

Yirmi yaşın altındaki annelerin çocuklarında hışıltılı solunum oluşma riski yüksektir. Sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde, fazla çocuk sayısı ve yetersiz hijyenik ortam nedeniyle, viral etkenlerle sık karşılaşma ve alt solunum yolu enfeksiyonu geçirme non atopik hışıltı riskini artırmakta fakat atopik hışıltıya karşı koruyucu olduğu bilinmektedir Sherrlff et al(38). Kreşe gitme, okula giden kardeş olması, yetersiz hijyenik ortam ve sık enfeksiyona maruz kalma hışıltılı solunum atağını artırmaktadır.

#### 4.5. Klinik Tanı

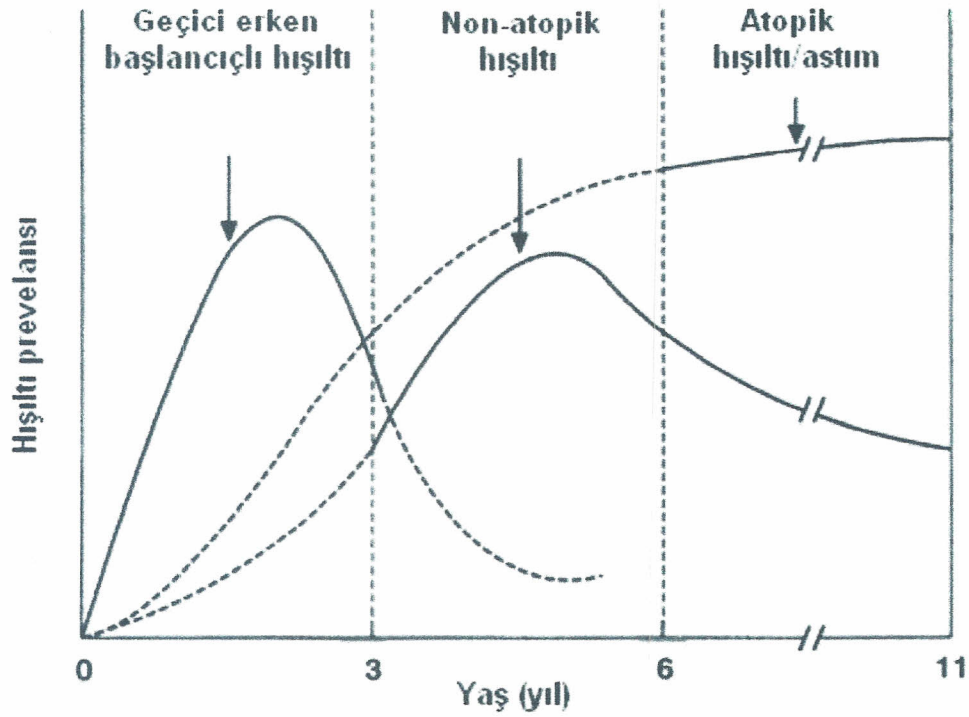
Hışıltı öyküsü almak önemlidir. Hışıltıya neden olan risk faktörleri değerlendirilmelidir. Ebeveyn bilgisi almak ve muayenede duyulan hışıltıyı doğrulamak önemlidir. Öksürük hışıltıyla birlikte değerlendirilmelidir.

Öksürük wheezingin bir semptomudur. Öksürüğün nedenini belirlemek wheezingin türü ve özelliğini belirlemeye yardımcı olabilir. Islak (yaş, balgamlı) öksürük tipik olarak enfeksiyon, inflamasyonda görülür. Aşırı mukus üretimi vardır. Buna karşılık kuru öksürük; solunum yollarının bronkokonstrüksiyonunda görülür Altın(39).

Fizik muayenede hışıltı ve atopi nedeni olabilecek diğer hastalıkların bulguları açısından incelenmelidir. Solunumda ekspiryumda duyulan hışıltı, distal havayollarındaki bir daralmayı gösterirken, inspiryumda duyulan hışıltı ekstratorasik (nazofarengial veya trakeal patolojilerden dolayı) daralmayı düşündürmelidir. Parmaklarda çomaklaşma, büyüme geriliği, üst solunum yollarına ait bulgular, asimetric hışıltı, kardiyak üfürüm, nörolojik gelişme geriliği, santral siyanoz önemli klinik bulgulardır. Muayenede yine kulak, burun, boğaz, gözlerin muayenesi dikkatle incelenmelidir. Atopiye ilişkin işaretler ve hışıltıya neden olacak diğer hastalıkların bulguları açısından değerlendirilmelidir.Devam eden solunum yolu semptomları olması veya bronşial astım düşünülerek tedavi başlanılan çocuklarda tedaviye cevap alınamaması durumunda ileri inceleme yapılması gerekmektedir Chipps(40).

#### 4.6. Wheezing Fenotipleri

Wheezingin klinik prezentasyonları farklı olabilir. Bu konuda yapılan bir çalışma olan ilk doğum kohortu, Tucson' da Martinez ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Mayıs 1980 ve Eylül 1984 yılları arasında doğan 1246 çocuk takibe alınmış ve prospektif olarak değerlendirilmiştir. Geçici erken wheezing, non-atopik wheezing, atopik wheezing olmak üzere 3 farklı fenotip ortaya çıkmıştır Martinez(3), Castro-Rodriguez and Garcia-Marcos(5), Wilson(8), Samatha(41). Çocuklardaki wheezingin seyri değişkenlik göstermektedir. Farklı yaşlarda başlayıp, bazılarında yaşla orantılı azalıp bitmekte, bazılarında devam etmektedir.

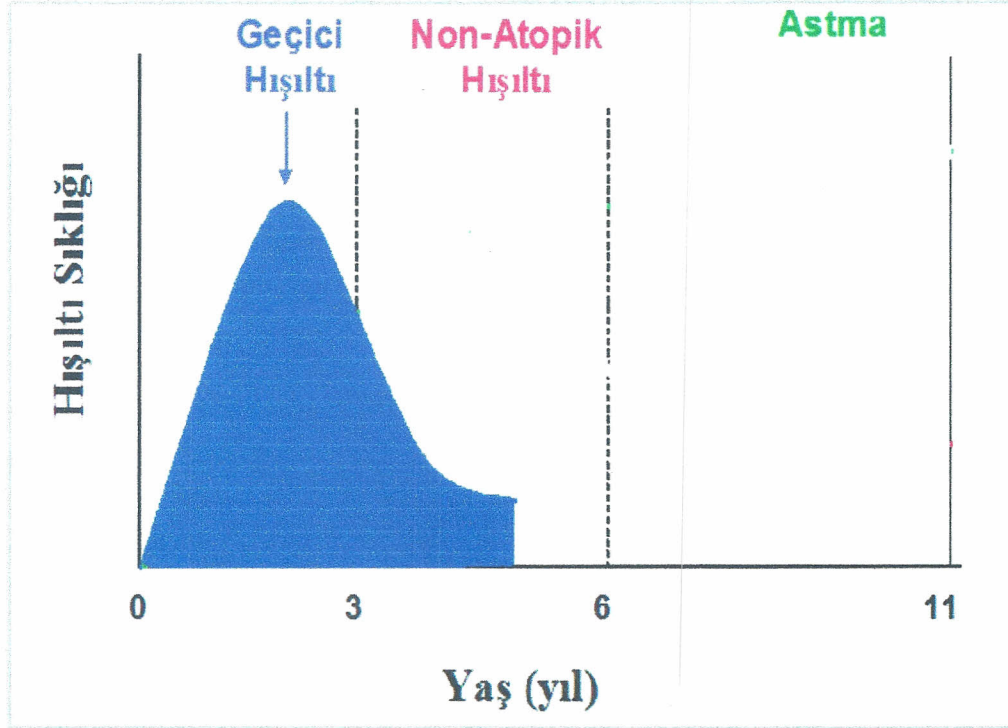


Şekil 4.1. Çocukluk çağında wheezing prevalansının yaşlara göre seyri (Tucson Çalışması) Altın(39).

##### 4.6.1. Geçici Erken Wheezing

İlk 3 yaş içinde en az bir wheezing atağı geçiren, 3 yaşından sonra azalarak 6 yaşında wheezing saptanmayan hastalar oluşturmaktadır. Ailede astım veya atopi öyküsü yoktur. İlk semptomda viral enfeksiyonlar etkilidir. Viral enfeksiyon

sırasında hışıltı olur geçer. Prematürelilik, düşük doğum ağırlığı, anne sütü almamış olma, annenin sigara içimi, kreşe erken gitme, evde kardeş varlığı, anne yaşının küçük olması, erkek cinsiyet risk faktörleri arasındadır. İntrauterin dönemde solunum yollarının tam olarak gelişmemesi, doğumda solunum yollarının dar olması olumsuz etkilemiştir.



Şekil 4. 2. Geçici erken hışıltının yaşa göre seyri Altın(39).

#### 4.6.2. Non Atopik Wheezing

İlk 3 yaşta wheezing yokken 3-6 yaş arasında başlar. Non atopik wheezingin geçici erken wheezingden ayıran özelliği, solunum yolu enfeksiyonları geçirildikten sonra akciğer fonksiyonlarında bozulmanın ortaya çıkmasıdır. Kışın virüslerin tetiklediği hışıltılı ataklar vardır. Pasif sigara içiciliği, annede astım öyküsü risk faktörüdür. Wheezing ataklara viral enfeksiyonlar nedendir.



#### 4.6.3. Atopik Wheezing

Atopik wheezing veya astım %50 vakada üç yaşından önce, %80 vakada ise altı yaşından önce başlamaktadır. Bu hastalarda erken allerjik duyarlanma mevcuttur. Çoğunluğu ileride astım tanısı alır Castro-Rodriguez and Garcia-Marcos(5). Atopik wheezingli çocukların yaklaşık yarısında semptomların 3 yaşından önce, büyük bir çoğunluğunda ise 6 yaşından önce başladığı bildirilmektedir. Bu hastalarda atopik dermatit gibi allerjik hastalıklar sık vardır. Ailede sıklıkla atopik hastalık ve astım hikayesi mevcuttur Atalay(42).

Annede astım, annenin sigara içmesi, erkek cinsiyet risk faktörleri arasındadır. Çocuğun kendisinde allerjik hastalıklar özellikle atopik dermatit tespit edilmesinin de, tekrarlayan hışıltı (atopik wheezing) ortaya çıkma olasılığını anlamlı bir biçimde artırdığı birçok çalışmada bildirilmiştir.

#### 4.7. Tedavi

Çocuklardaki wheezing tekrarlama özelliğindedir. Bunların bir kısmı viral enfeksiyonlara bağlı bir kısmı atopik zemine bağlıdır. Tekrarlayan wheezingli olan çocuklara tanının doğru konulması önemlidir. Wheezingin farklı tipleri olduğu unutulmamalıdır. Wheezingin risk faktörleri viral enfeksiyonlar, allerjen maruziyeti gibi faktörler değerlendirilmelidir.

Tedaviye başlarken önceki atakların sıklığı, ağırlığı, daha önceki hastaneye yatışlar, sistemik steroid kullanım sıklığı, daha önceki tedaviler, eşzamanlı hastalıklar (örneğin rinit) ve tedaviye yanıt değerlendirilmelidir Türe(43).

##### Tedavinin amaçları:

- Semptomların kontrolü
- Akut alevlenmelerin önlenmesi veya azaltılması,
- Çocuğun günlük aktivitelerinin önlenmesi

- Akciğer fonksiyonlarının iyileştirilmesi,
- Normal büyüme ve gelişmenin sağlanması,
- Tedavinin yan etkilerinden kaçınılması,
- Ailenin eğitimi,
- Semptomları arttıran faktörlerden kaçınma,
- Bronkodilatör ve antiinflamatuvar tedaviler,
- Eğer varsa altta yatan hastalığın tedavisidir Arslan(44).

Çocuklardaki hışıltının tedavisinde en önemli problem, semptomları sürece ve gelecekte astım tanısıyla izlenecek çocuk ile tekrarlayan viral kökenli hışıltıları olup, semptomları geçici olan çocuğu ayırt etmenin zorluğudur. Tedavideki bu güçlüğün en aza indirilmesi gerekmektedir. Daha önce geçirdiği viral enfeksiyon nedeniyle tekrarlayan hışıltısı olan çocukların ilerleyen yıllarda şikayetleri sıklıkla son bulurken, bu çocuklar gereğinden fazla tedavi edilme riski taşır. Erken başlangıçlı astımda çocuklar bu durumun aksine gerekli tedaviyi almadıklarında akciğer fonksiyonları ve hayat kalitesi üzerine olumsuz etkiler ortaya çıkabilmektedir Dizdar(45).

İlk olarak destekleyici tedavi uygulanmalıdır. Oksijenizasyonu ve hidrasyonu sağlanmalıdır. Komplikasyonlar açısından yakın izlem yapılmalıdır. Genellikle, ilk basamak kontrol edici tedavi sürekli inhale kortikosteroid kullanımıdır Bacharier et al(46).

Yapılan çalışmalar atopik fenotipli wheezingi olan çocuklar sistemik ve inhale steroid tedavilerine olumlu yanıt vermişlerdir. Hışıltı insidansı %30 ile 2-6 ay arasında en yüksektir. İlk olarak üst solunum yolu enfeksiyonu semptomları olarak başlar. İlerleyen öksürük, hışıltı ve hemen 3-5 gün içinde solunum sıkıntısı olur. Yaklaşık olarak iki hafta içinde iyileşme olur. Bu süreçte hastanın kliniğine uygun olarak bronkodilatatör ve sistemik glukokortikoidler kullanılır Uysal ve Karaman(47), Dizdar(48), Kayani and Shannon(49).

#### 4.8. Anne Sütü

Anne sütü ilk 6 ay boyunca bebeğin fizyolojik ve psiko-sosyal gereksinimlerini tek başına karşılayan, besin öğelerini uygun miktarlarda ve biyolojik yararlığı yüksek nitelikte içeren tek fizyolojik bebek besinidir Oran ve Yurdakök(50). Anne sütünün enfeksiyonlara karşı koruyucu özellikleri vardır.

DSÖ ve UNİCEF bebeklerin ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü almalarını bu sürede su ve ek gıda verilmemesini ve yedinci aydan itibaren ek besinlere başlanılmasını önermektedir. İlk 6 aydan sonra uygun ek gıdalarla birlikte anne sütüne 24 aya kadar devam edilmelidir Gün ve ark(51), Tatar ve Günay(52).

##### Anne sütünün bebek için yararları :

- Anne sütünün içerisindeki besin öğesi bileşimi bebeğin ihtiyaçlarına göreler.
- Anne sütü her zaman sterildir.
- Solunum yolu ve gastrointestinal sistem enfeksiyonları daha az görülür.
- Çocuklarda orta kulak iltihabı riskini azaltmaktadır. Yine çocuklarda çok sık görülen kronik hastalıklardan olan Tip I diabet ve çölyak hastalığı oluşma riskini azaltır.
- Anne sütünün sindirimi kolaydır.
- Atopiye karşı koruyucudur. Çocuğun ruhsal, bedensel ve zekâ gelişimine yardımcıdır.
- Anne sütü alan bebeklerde kansızlık oranı düşüktür. Anne sütünde demir bağlayan laktoferrin vardır. Laksatif ve diüretik özelliği vardır.
- Anne sütünün içerdiği bifidus faktör ile bebeğin bağırsaklarında gelişen Lactobacillus bifidus, bağırsaklarda başka zararlı bakterilerin oluşmasını engeller ve dolayısıyla ishal oluşmasını önlemektedir..
- Emziren anne hasta, gebe veya adet görüyor olsa bile sütü her zaman en iyi besindir. Bu dönemlerde dahi kalitesi bozulmamaktadır.
- Çocuklarda malnütrisyonu önlemektedir.
- Bebeğin sağlıklı gelişimini artırmaktadır.
- Çocuklarda pişik, karın ağrısı ve kabızlık daha az görülür.

- Anne sütü içerisindeki hormonlar, vitaminler, enzimler ve immünoglobulinler bebekleri hastalıklara karşı koruyup, bebek ölüm sayısını azaltmaktadır Unicef.org(53), Bilgel(54), Sauth-Paul(55).

## **4.9. Anne Sütünün İçeriği**

### **4.9.1. Kolostrum**

Kolostrum, doğumdan sonra salgılanan ilk süt olup, 5–7 gün devam eder. Miktarı az olmasına karşın içeriğindeki fazla protein, enerji ve aktif immünolojik maddeler sayesinde süt miktarı artana kadar bebeğin tüm gereksinimlerini karşılar Onbaı(56).

Kolostrum IgA ve IgM içerir. Günlük salgılanan yaklaşık kolostrum miktarı 10-40 mL dir. Koyu sarı renge sahiptir. Yağ ve karbonhidratlardan fakirdir. Bundan dolayı kolostrumun kolay sindirilmesini sağlar. Barsak florasını geliştirir ve laksatif etkisiyle mekonyumun atılımını hızlandırır. Böylece sarılığın önlenmesini sağlar.

### **4.9.2. Geçiş Sütü**

Kolostrumdan sonraki 5-15. Günler arası salgılanır. Laktoz, yağ, kalori yönünden zengindir.Kolostruma göre immünglobulin ve proteinler daha azdır.

### **4.9.3. Olgun Süt**

Doğumdan 2 hafta sonra anne sütü olgun süt özelliği kazanır. Olgun süt kolostruma göre daha sıvıdır. Anne sütünün içeriği biyokimyasal farklılıklardan dolayı bireysel olarak değişmektedir, Annenin diyetinin özellikleri, laktasyon dönemi ve emzirme süresinin uzun olmasına bağlı olarak değişkenlik gösterir. Anne sütü suda ve yağda znebilir çok sayıda bileşenden oluşan kompleks bir yapıya sahiptir. Bileşiminin yaklaşık % 80'ini su oluşturur Reynolds(57).

#### **4.9.4. Sıvı İçeriği**

Anne sütünün %87'sinin sıvıdan oluşması nedeniyle, ilk altı ay bebeğin anne sütü dışında su ya da benzeri sıvı gıdalara ihtiyacı yoktur Gökçay ve Garibağaoğlu(58).

#### **4.9.5. Karbonhidratlar**

Laktoz süt şekeridir. Anne sütündeki laktoz miktarı %7 civarındadır. Anne sütünün laktoz içeriği annenin beslenmesinden etkilenmemektedir. Laktozun sindirilemeyen kısmı barsak florasının gelişimini sağlayarak patojen mikroorganizmaların barsakta çoğalmasını engeller Gür(59).

#### **4.9.6. Protein**

Anne sütünün protein içeriğinin biyolojik değeri yüksek ve önemlidir. Yaşamın ilk altı ayında tek başına bebeğin protein ihtiyacını karşılamaktadır. Protein içeriğinin %60'ını whey proteini oluşturur. Sindirimi kolay ve biyolojik değeri yüksektir. Whey proteinlerinin çoğu bebeği enfeksiyonlara karşı koruyan antienfektif proteinlerdir. Bebeklerde sindirimi daha güç olan kazein içeriği anne sütünde inek sütüne oranla daha azdır Gökçay ve Garibağaoğlu(58), Yurdakök(60).

#### **4.10. Anne Sütünün Enfeksiyonlara Karşı Koruyuculuk Özelliği**

Anne sütü ile beslenen bebeklerde antikor yapımı oldukça yüksektir. Anne sütünden alınan immünglobulinler, ilk 6 ayda daha etkili olmak üzere 18 aya kadar bebeği hastalıklardan koruyucu etkinliği vardır. Yenidoğanın vücut savunmasında herhangi bir gecikme ya da yetersizlik , anne sütünde bulunan koruyucu faktörlerle dengelenmiş olur Guyton and Hall(61), Levent ve ark(62), Unicef(63).

Anne sütü içerdiği antikor, sitokinler, antimikrobiyal maddeler ve özgün bağışıklık hücreleri nedeniyle, kendi bağışıklık sistemi oluşana dek, bebeği korur Paramasium et al(64). Araştırmalar emzirmenin enfeksiyon hastalıklarına karşı koruyucu etkisini

tekrar tekrar göstermiştir. Anne sütü enterik ve diğer patojen bakterilere karşı koruyucudur. Bu özellikle gelişmekte olan ülkelerde ya da güvenli bir içilebilir su kaynağı olmayan ve insani atıklarının etkili bir şekilde yok edilemediği hijyenik koşulların yetersiz olduğu bölgelerde önemlidir. Anne sütündeki prebiyotikler barsakta laktobasillus vebifidobakter gibi faydalı bakterilerin üremesini sağlamakta ve barsak pH değerini düşürerek pek çok patojen bakterinin üremesini engellemektedir Yurdakök(60).

Anne sütü ile beslenme gastrointestinal, solunum ve immün sistemlerini güçlendirir; otitis media, ishal, solunum sistemi enfeksiyonları, menenjit, apandisit ve idrar yolu enfeksiyonları riskini azaltır. Dört ay veya daha fazla tek başına anne sütüyle beslenme otitis media sıklığını %40, bir yıl anne sütüyle beslenme ise ishal sıklığını %50 oranında azaltır Coşkun(65).

Anne sütünün içeriği bebeği pek çok farklı mekanizma ile enfeksiyonlardan korumaktadır. Anne sütünün antiviral özellikleri (laktoferrin, yağ sindirim ürünleri), bakterisidal aktivitesi (laktoferrin, lizozim), antiprotozoal aktivitesi (anne sütü yağının mide ve barsaklarda sindirimi) ve bağlanmayı engelleme özelliği (kappa kazein yardımı ile helicobakter pylorinin mide mukozasına yapışmasının engelleme) sayılabilmektedir. Anne sütündeki IgA, IgG ve IgM gibi antikorlar bebeği enfeksiyon ajanlarından korur. Mikroorganizmalar yapısını korumak için demire ihtiyaç duyarlar. Anne sütü içeriğindeki laktoferrin ise demir kullanımının baskılayarak bakterilerin büyümesini engellemektedir. Anne sütünde bulunan çeşitli enzimler de bakterileri yok etme özelliği gösteren bileşikler oluşturarak (safra tuzu bağımlı lipaz, peroksidaz), inflamatuvar yanıtları engelleyerek (trombosit aktive edici asetil hidrolaz) veya süt proteinlerinin yapısını koruyarak (antiproteaz) bağışıklık sistemini güçlendirir Coşkun(65), Hamosh(66), Oğuzöncül(67), Browyn et al(68), Oddy et al(69), Emek ve ark(70), Muratoğlu(71), Keskin(72).

## **5. METOT VE MATERYAL**

### **5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu çalışma 6 ay içerisinde 3 kez hışıltılı solunum atağı geçiren çocukların annelerinin anne sütü hakkındaki bilgi düzeylerini saptamak amacıyla tanımlayıcı nitelikte planlanmış bir araştırmadır.

### **5.2. Araştırmada Cevapları Aranılan Sorular**

1. Hışıltılı şikayeti olan çocukların annelerinin anne sütü hakkındaki bilgi düzeyleri
2. Hışıltılı şikayeti olan çocukların annelerinin anne sütü ile beslenmedeki tutumları
3. Hışıltılı çocukların anne sütü alma durumları

### **5.3. Araştırmanın Yeri**

Çalışma ağustos-ekim 2015 tarihleri arasında İstanbul Medipol Üniversite Hastanesinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerinde yapılmıştır.

### **5.4. Araştırma Grubunun Özellikleri**

Yaşları 6-78 ay arasında değişmekte olan 6 ay içerisinde 3 kez hışıltılı solunum atağı geçirmiş 100 çocuğun annesi üzerinde yapılmıştır.

### **5.5. Araştırmaya Kabul Edilmeyenler**

Çalışmaya kronik akciğer hastalığı, gastroözefajial reflü, yabancı cisim aspirasyonu, tüberküloz, kistik fibrozis hastalığı olan ve doğduğunda ventilatör ihtiyacı olan bebeklerin anneleri çalışmaya alınmamıştır.

### **5.6. Örneklem Verilerinin Değerlendirilmesi**

Araştırmaya katılan annelere anket çalışması yapılmıştır. Anket çalışması araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Ankette annelerin eğitim durumu, sosyoekonomik durumu, emzirme hakkında eğitim alıp almadıkları, doğum şekli, çocuklarına ne kadar süre anne sütü verdikleri, ek gıdaya başlama süreleri gibi konularda sorular sorulmuştur.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows programı kullanılmıştır. Anket çalışmamızda elde edilen veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metod, verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

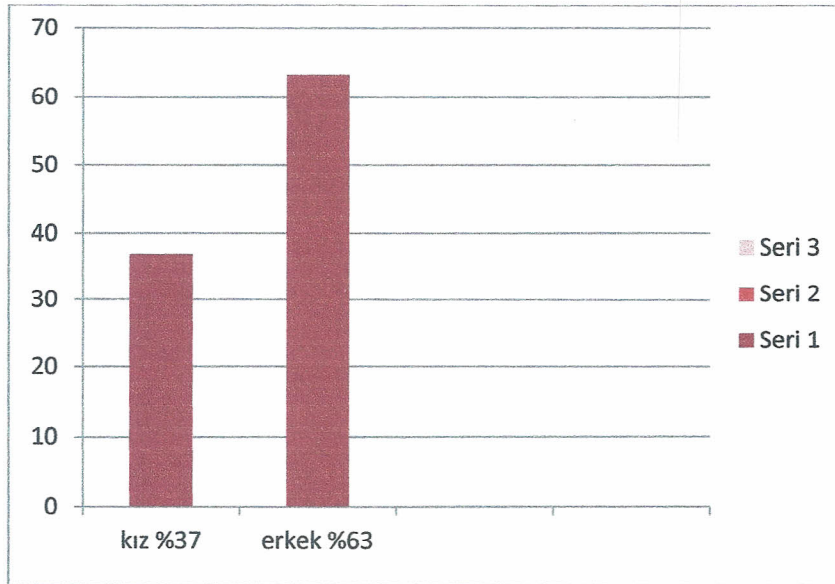


## 6. BULGULAR

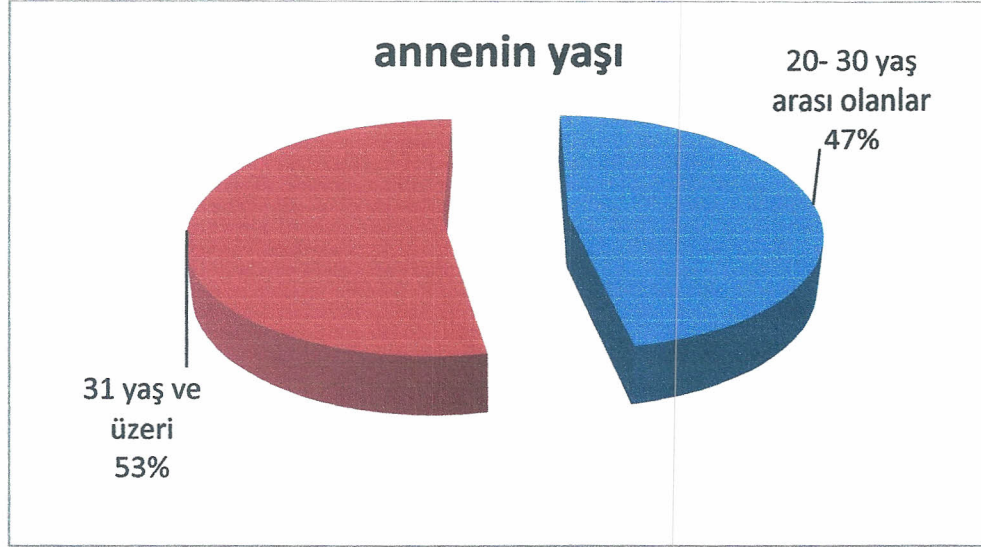
Tablo 6.1. Araştırmaya katılan annelerin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

		n	%
Bebeğinizin cinsiyeti	Kız	37	37,0
	Erkek	63	63,0
Annenin yaş aralığı	20-30 yaş arası	47	47,0
	31 yaş ve üstü	53	53,0
Eğitim durumunuz	İlköğretim ve altı	22	22,0
	Lise	38	38,0
	Üniversite	40	40,0
Ailenin aylık geliri	2000 TL den az	34	34,0
	2001 TL ve üzeri	66	66,0
Emzirirken sigara kullanıyor muydunuz?	Evet	9	9,0
	Hayır	91	91,0
Anne hamileyken sigara kullanıyor muydu?	Evet	7	7,0
	Hayır	93	93,0
Toplam yaşayan çocuk sayısı	Tek çocuk	41	41,0
	İki çocuk	37	37,0
	Üç çocuk ve üzeri	22	22,0
En son ki gebeliğinizin doğum şekli?	Sezaryen	78	78,0
	Vajinal doğum	22	22,0

Ankete cevap veren annelerden bebeğinin cinsiyeti kız olanların oranı n:37 (%37,0); erkek olanların oranı n:63 (%63,0)'tır (Tablo 6.1, Şekil 6.1). Annelerin yaşı 20-30 arası olanların oranı n:47 (%47,0); 31 ve üstü olanların oranı n:53 (%53,0) (Tablo 6.1, Şekil 6.2).

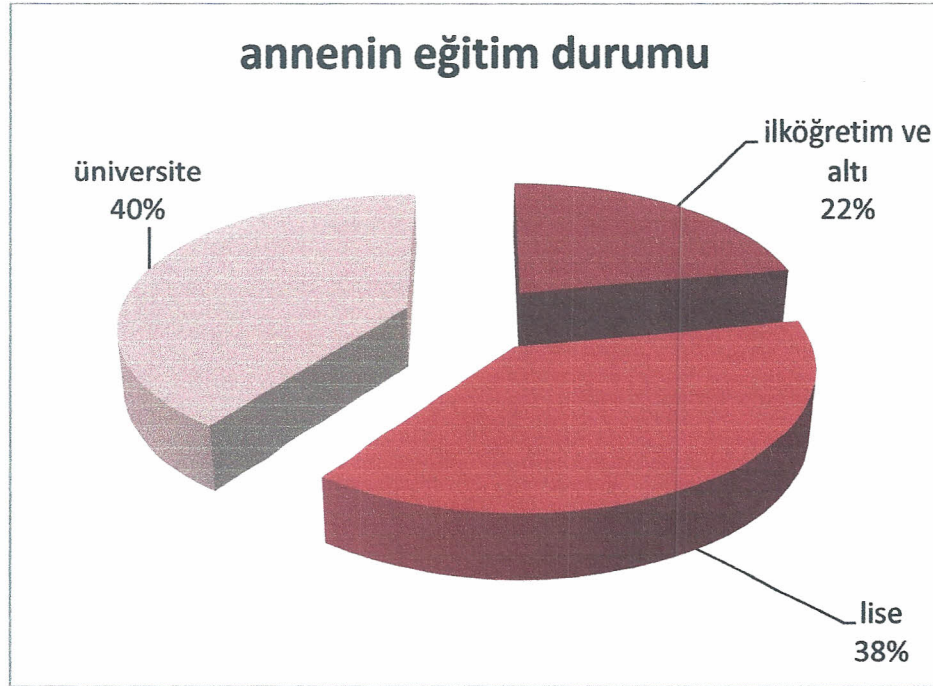


Şekil 6.1. Kızlar ve erkeklerin oranlarının dağılımı



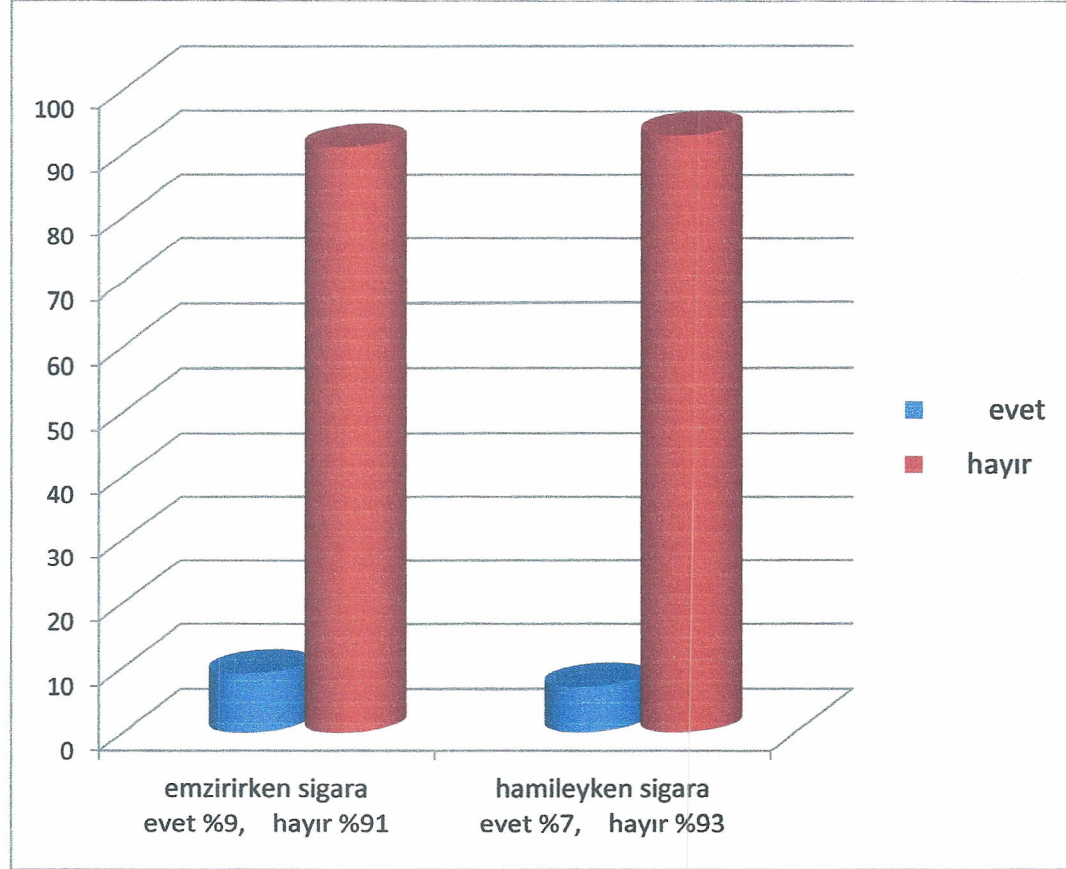
**Şekil 6.2. Annelerin yaş aralıklarının dağılımı**

Annelerin eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların oranı n:22 (%22,0); lise olanların oranı n:38 (%38,0); üniversite olanların oranı n:40 (%40,0)'tır (Tablo 6.1, Şekil 6.3). Ailesinin aylık geliri 2000 TL den az olanların oranı n:34 (%34,0); 2001 TL ve üzeri olanların oranı n:66 (%66,0)'dır (Tablo 6.1).



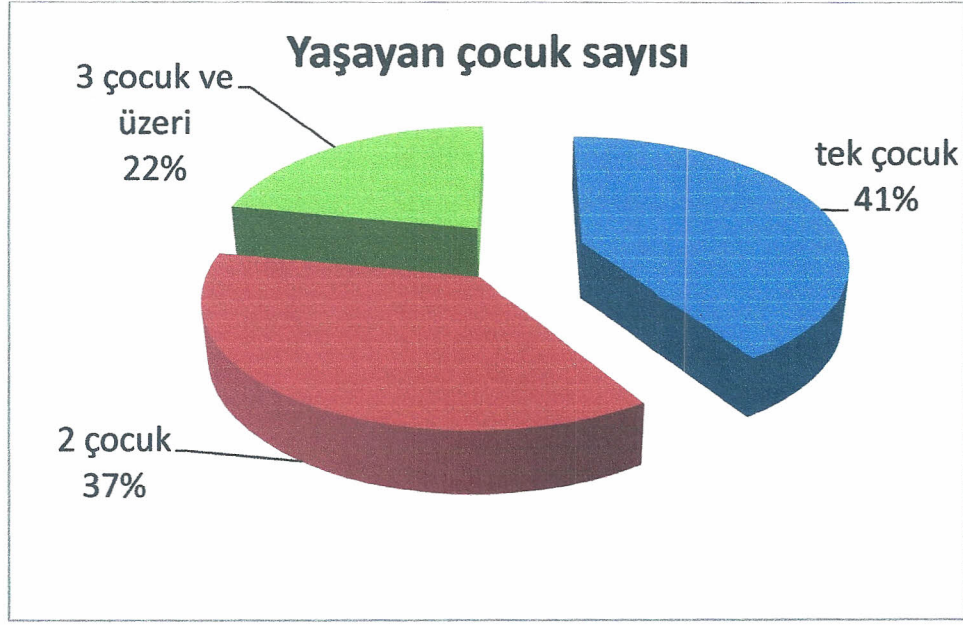
**Şekil 6.3. Annelerin eğitim durumu dağılımı**

Katılımcılardan bebeğini emzirirken sigara kullanan annelerin oranı n:9 (%9,0); sigara kullanmayanların oranı n:91 (%91,0)'dir. Bebeğine hamileyken sigara kullanmış olanların oranı n:7 (%7,0); sigara kullanmamış olanların oranı n:93 (%93,0)'tür (Tablo 6.1, Şekil 6.4).

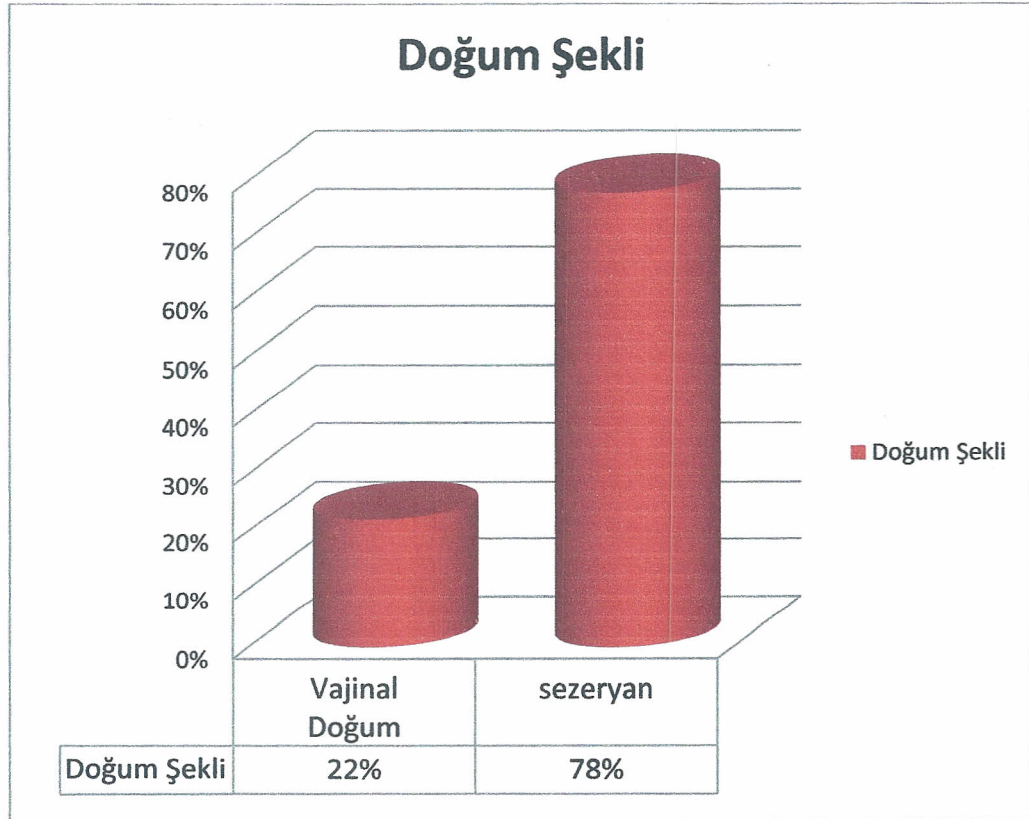


Şekil 6.4. Anelerin emzirirken ve hamileyken sigara kullanım durumlarının dağılımları

Katılımcılardan toplam yaşayan tek çocuğu olan annelerin oranı n:41 (%41,0); iki çocuğu olanların oranı n:37 (%37,0); üç ve üzeri çocuğu olanların oranı n:22 (%22,0)'dir (Tablo 6.1, Şekil 6.5). Katılımcılardan en son ki gebeliğinin doğum şekli sezaryen olan annelerin oranı n:78 (%78,0); vajinal doğum olanların oranı n:22 (%22,0)'dir (Tablo 6.1, Şekil 6.6).



Şekil 6.5. Araştırmaya katılan annelerin çocuk sayısı dağılımı

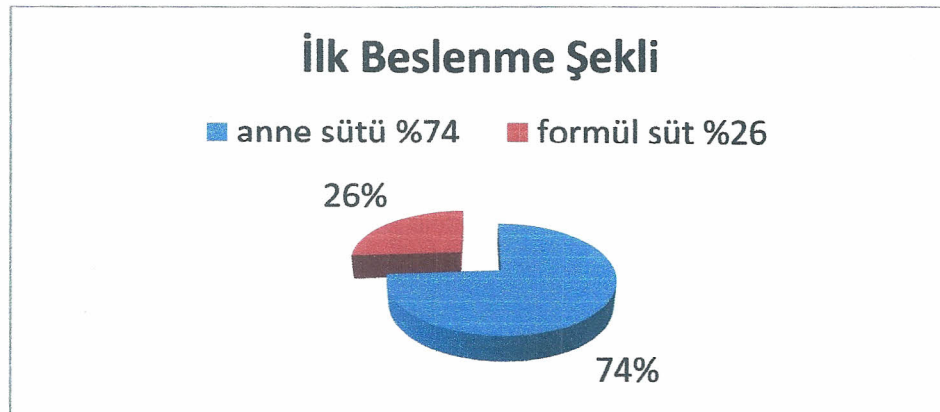


Şekil 6.6. Annelerin doğum şekline göre dağılımları

**Tablo 6.2. Annelerin emzirmeye ilişkin tanıtıcı özelliklerin dağılımı**

		n	%
Bebeğinizi ilk olarak neyle beslediniz?	Anne sütü	74	74,0
	Formül süt	26	26,0
Bebeğin şuan beslenme durumu nedir?	Anne sütü+karışık beslenme	19	19,0
	Yalnız formül süt	8	8,0
	Anne sütü olmadan karışık beslenmedir	73	73,0
Anne sütünü kaç ay vermek gerekir?	6 ay	7	7,0
	12 ay	7	7,0
	2 yaş	86	86,0
Bebeğinizi anne sütü ile beslemeye hangi aya kadar devam ettiniz?	Hiç emzirmedim	7	7,0
	0-4 ay	34	34,0
	4-6 ay	26	26,0
	6-12 ay	22	22,0
	Halen devam ediyorum	11	11,0
Ne zaman ek gıdaya başladınız?	0-4 ay	12	12,0
	4-6 ay	46	46,0
	6-12 ay	39	39,0
	Hentüz başlamadı	3	3,0
Emzirme hakkında eğitim aldınız mı?	Evet	42	42,0
	Hayır	58	58,0

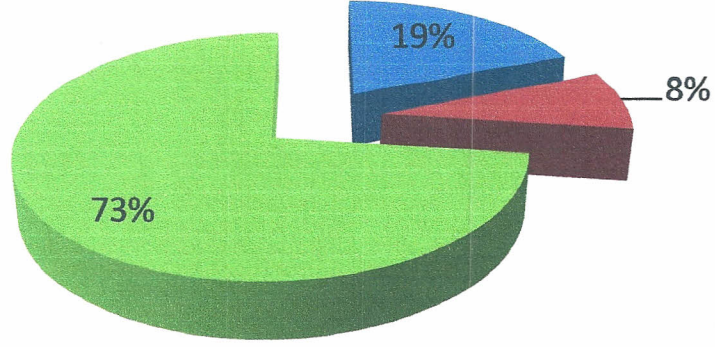
Bebeğini ilk olarak anne sütü ile besleyenlerin oranı n:74 (%74,0); formül süt ile besleyenlerin oranı n:26 (%26,0)'dır (Tablo 6.2, Şekil 6.7). Bebeğini şu an anne sütü+karışık beslenme ile besleyenlerin oranı n:19 (%19,0); yalnız formül süt ile besleyenlerin oranı n:8 (%8,0); anne sütü olmadan karışık beslenme ile besleyenlerin oranı n:73 (%73,0)'tür (Tablo 6.2, Şekil 6.8).



**Şekil 6.7. Annelerin bebeğini ilk beslenmesine göre dağılımları**

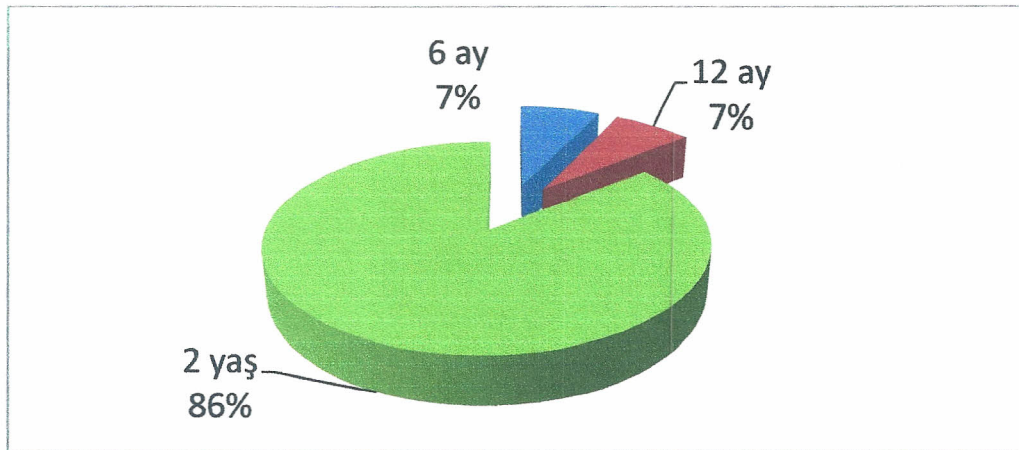
## Bebeğin Şuan ki beslenme Şekli

■ anne sũtũ ve karışık besleme ■ formũl sũt ■ Anne Sũtũ Olmadan Karışık Beslemedir

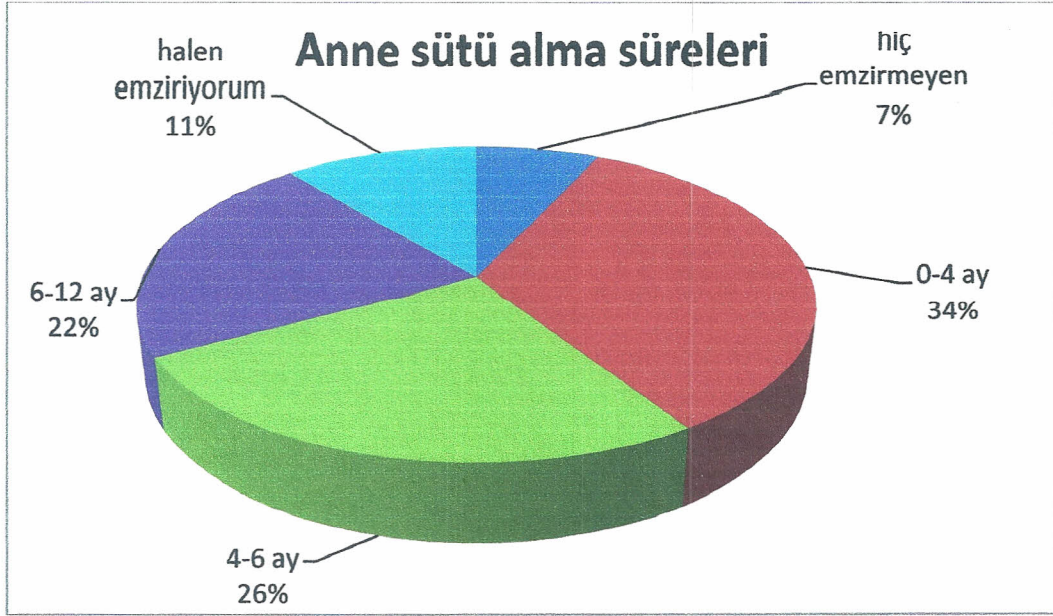


Şekil 6.8. Bebeğin Şu an ki beslenme durumuna göre daŐılımı

Katılımcılardan anne sũtũnũn 6 ay verilmesi gerektiğini dũŐũnen annelerin oranı n:7 (%7,0); 12 ay verilmesi gerektiğini dũŐũnenlerin oranı n:7 (%7,0); 2 yaşına kadar verilmesi gerektiğini dũŐũnenlerin oranı n:86 (%86,0) (Tablo 6.2, Şekil 6.9). Bebeğini anne sũtũ ile hiÇ emzirmeyen annelerin oranı n:7 (%7,0); 0-4 ay emzirenlerin oranı n:34 (%34,0); 4-6 ay emzirenlerin oranı n:26 (%26,0); 6-12 ay emzirenlerin oranı n:22 (%22,0); halen emzirenlerin oranı n:11 (%11,0)'dir (Tablo 6 2, Şekil 6.10).

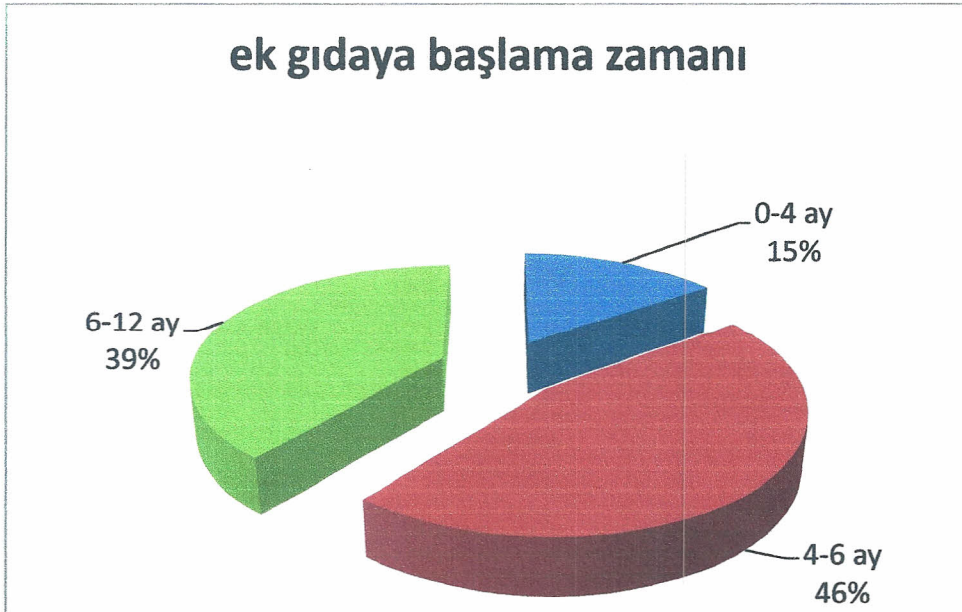


Şekil 6.9. Annelerin anne sũtũnũn ne kadar verilmesi gerektiği ile ilgili dũŐũnceleri

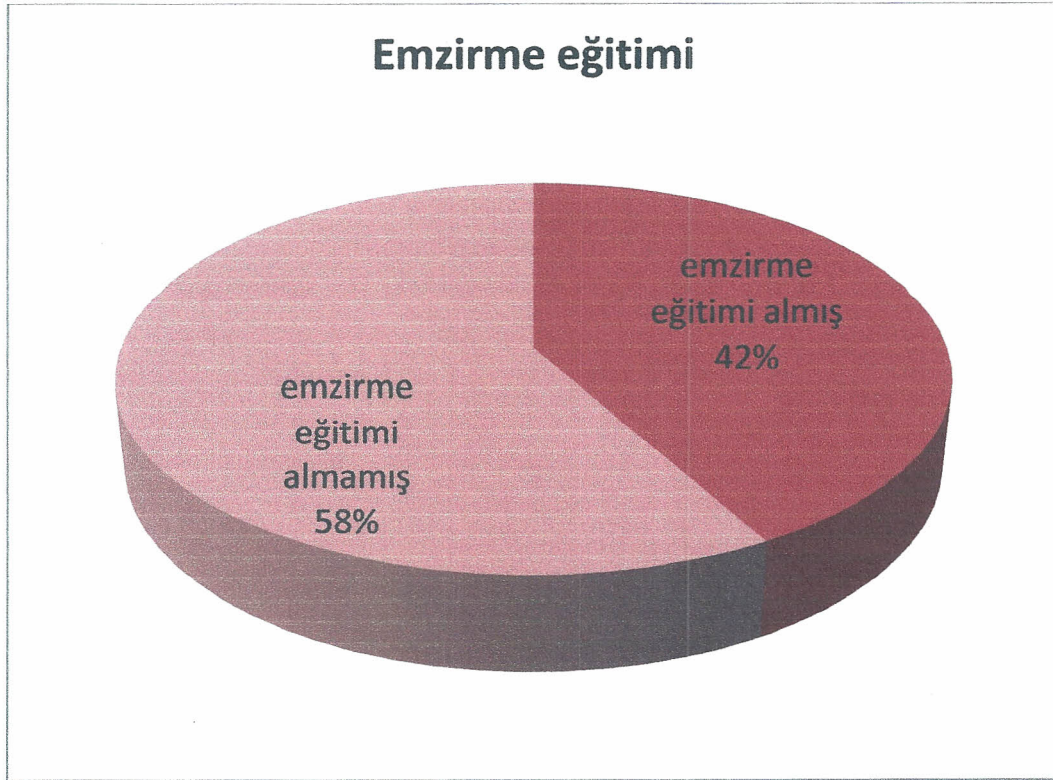


**Şekil 6.10. Annelerin ocukların anne sütü alma sürelerinin dağılımları**

Katılımcılardan ek gıdaya 0-4. ayında başlamış olan annelerin oranı n:15 (%15,0); 4-6. ayında başlamış olanların oranı n:46 (%46,0); 6-12. ayında başlamış olanların oranı n:39 (%39,0)'dur (Tablo 6.2, ekil 6.11). Katılımcılardan emzirme hakkında eğitim almış annelerin oranı n:42 (%42,0); eğitim almamış olanların oranı n:58 (%58,0)'dir (Tablo 6.2, ekil 6.12).



**Şekil 6.11. Annelerin ek gıdaya başlama zamanı dağılımları**



Şekil 6.12. Emzirme eğitimi alan ve almayan annelerin dağılımı

Tablo 6.3. Bebeğe ait tanıtıcı bilgilerin dağılımı

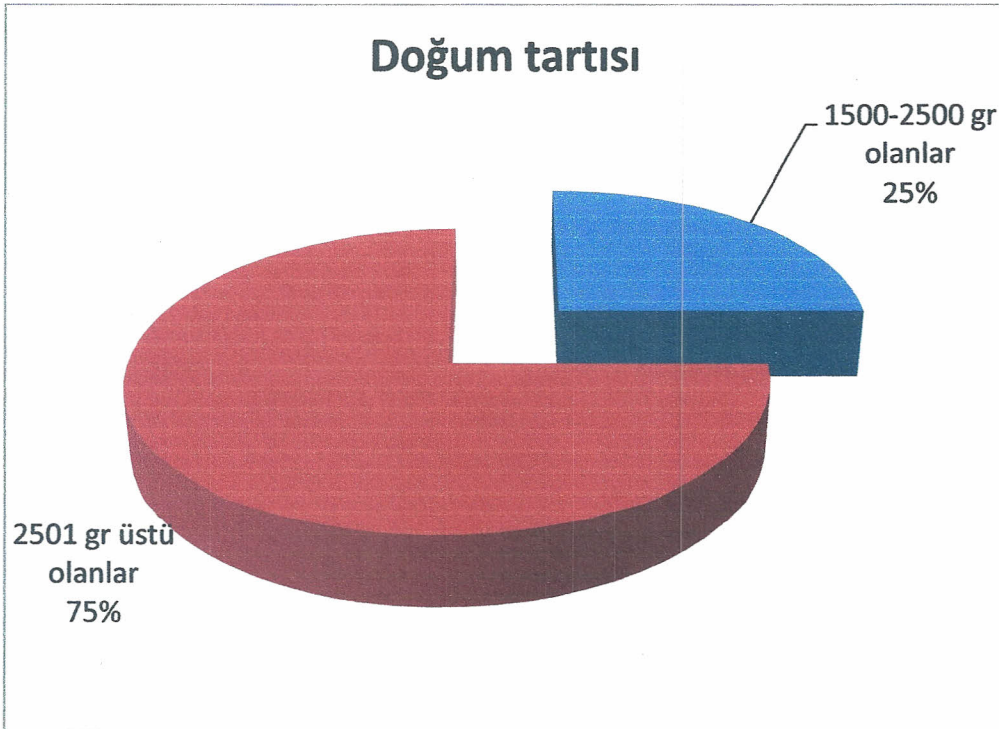
		n	%
En son doğan bebek	Evet	17	17.0
35.gestasyonel gebelik haftasından önce mi doğdu	Hayır	83	83.0
Bebeğin doğum tartısı nedir?	1500-2500 gr arası	25	25.0
	2501 gr ve üzeri	75	75.0

Bebeğinin doğumu 35 haftadan önce olanların oranı n:17 (%17,0); 35 haftadan sonrası olanların oranı n:83 (%83,0)'tür (Tablo 6.3, Şekil 6.13). Doğum tartısı 1500-2500 gr arası olanların oranı n:25 (%25,0); 2501 gr ve üzeri olanların oranı n:75 (%75,0) (Tablo 6.3, Şekil 6.14).





Şekil 6.13. Bebeklerin 35. Gestasyonel haftaya göre doğumlarının dağılımları



Şekil 6.14. Bebeklerin doğum tartısına göre dağılımı

**Tablo 6.4. Anne sütü alma süresi ile anneye, emzirmeye, bebeğe ait özellikler arasındaki ilişki**

		Bebeğinizi anne sütü ile beslemeye hangi ayına kadar devam ettiniz?										Ki-kare	P
		Hiç emzirmedim		0-4 ay		4-6 ay		6-12 ay		Halen devam ediyorum			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Annenin yaş aralığı	20-30 yaş arası	5	10,6%	16	34,0%	8	17,0%	11	23,4%	7	14,9%	5,728(a)	0,220
	31 yaş ve üstü	2	3,8%	18	34,0%	18	34,0%	11	20,8%	4	7,5%		
Ailenin aylık geliri	2000 TL den az	3	8,8%	10	29,4%	9	26,5%	7	20,6%	5	14,7%	1,258(a)	0,868
	2001 TL ve üzeri	4	6,1%	24	36,4%	17	25,8%	15	22,7%	6	9,1%		
Emzirirken sigara kullanıyor muydunuz?	Evet	0	0,0%	3	33,3%	1	11,1%	3	33,3%	2	22,2%	3,247(a)	0,517
	Hayır	7	7,7%	31	34,1%	25	27,5%	19	20,9%	9	9,9%		
Anne hamileyken sigara kullanıyor muydu?	Evet	0	0,0%	3	42,9%	1	14,3%	1	14,3%	2	28,6%	3,414(a)	0,491
	Hayır	7	7,5%	31	33,3%	25	26,9%	21	22,6%	9	9,7%		
Toplam yaşayan çocuk sayısı	Tek çocuk	3	7,3%	15	36,6%	9	22,0%	9	22,0%	5	12,2%	1,617(a)	0,991
	İki çocuk	2	5,4%	13	35,1%	11	29,7%	8	21,6%	3	8,1%		
	Üç çocuk ve üzeri	2	9,1%	6	27,3%	6	27,3%	5	22,7%	3	13,6%		
Emzirme hakkında eğitim aldınız mı?	Evet	2	4,8%	13	31,0%	11	26,2%	11	26,2%	5	11,9%	1,349(a)	0,853
	Hayır	5	8,6%	21	36,2%	15	25,9%	11	19,0%	6	10,3%		
En son ki gebeliğinizin doğum şekli?	Sezaryen	6	7,7%	25	32,1%	19	24,4%	19	24,4%	9	11,5%	1,996(a)	0,736
	Vajinal doğum	1	4,5%	9	40,9%	7	31,8%	3	13,6%	2	9,1%		
En son doğan bebek 35 Gestasyonel Gebelik Haftasından önce mi doğdu?	Evet	3	17,6%	7	41,2%	2	11,8%	4	23,5%	1	5,9%	5,733(a)	0,220
	Hayır	4	4,8%	27	32,5%	24	28,9%	18	21,7%	10	12,0%		
Bebeğin doğum tartısı nedir?	1500-2500 gr arası	3	12,0%	10	40,0%	6	24,0%	4	16,0%	2	8,0%	2,413(a)	0,660
	2501 gr ve üzeri	4	5,3%	24	32,0%	20	26,7%	18	24,0%	9	12,0%		

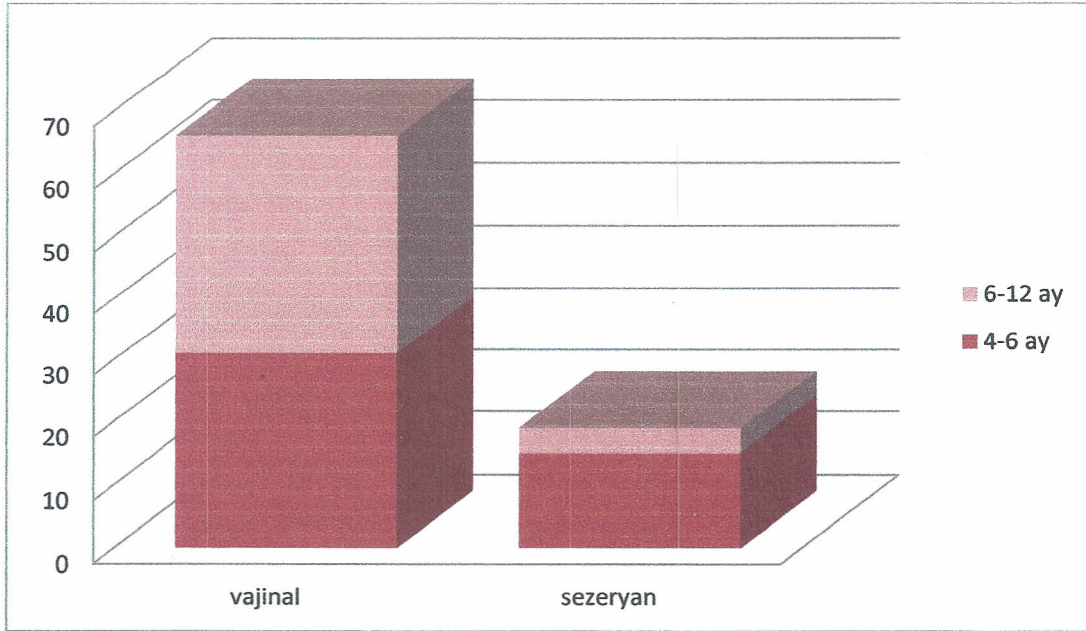
Annenin yaşı ile bebeğini anne sütü ile beslenme süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ailenin aylık geliri, emzirirken sigara kullanma durumu, annenin hamileyken sigara kullanma durumu, toplam çocuk sayısı, emzirme hakkında eğitim alma durumu, doğum tartısı, en son ki gebeliğin doğum şekli, gebelik haftası ile bebeğini anne sütü ile beslenme süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.5. Bebeğin ek gıdaya başlama süresi ile anneye, emzirmeye ve bebeğe ait özellikler arasındaki ilişki**

		Ne zaman ek gıdaya başladınız?						Ki-kare P	
		0-4 ay ya da henüz başlamadı		4-6 ay		6-12 ay			
		n	%	n	%	n	%		
Annenin yaş aralığı	20-30 yaş arası	6	12,8%	22	46,8%	19	40,4%	,354(a)	0,838
	31 yaş ve üstü	9	17,0%	24	45,3%	20	37,7%		
Ailenin aylık geliri	2000 TL den az	3	8,8%	17	50,0%	14	41,2%	1,552(a)	0,460
	2001 TL ve üzeri	12	18,2%	29	43,9%	25	37,9%		
Emzirirken sigara kullanıyor muydunuz?	Evet	2	22,2%	1	11,1%	6	66,7%	4,902(a)	0,086
	Hayır	13	14,3%	45	49,5%	33	36,3%		
Toplam yaşayan çocuk sayısı	Tek çocuk	2	4,9%	18	43,9%	21	51,2%	8,160(a)	0,086
	İki çocuk	9	24,3%	18	48,6%	10	27,0%		
	Üç çocuk ve üzeri	4	18,2%	10	45,5%	8	36,4%		
Emzirme hakkında eğitim aldınız mı?	Evet	4	9,5%	19	45,2%	19	45,2%	2,179(a)	0,336
	Hayır	11	19,0%	27	46,6%	20	34,5%		
En son ki gebeliğinizin doğum şekli?	Sezaryen	12	15,4%	31	39,7%	35	44,9%	6,186(a)	0,045
	Vajinal doğum	3	13,6%	15	68,2%	4	18,2%		
En son doğan bebek 35 Gestasyonel Gebelik Haftasından önce mi doğdu?	Evet	6	35,3%	5	29,4%	6	35,3%	6,921(a)	0,031
	Hayır	9	10,8%	41	49,4%	33	39,8%		
Bebeğin doğum tartısı nedir?	1500-2500 gr arası	6	24,0%	10	40,0%	9	36,0%	2,138(a)	0,343
	2501 gr ve üzeri	9	12,0%	36	48,0%	30	40,0%		

Annenin yaşı ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ailenin aylık geliri ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Toplam yaşayan çocuk sayısı ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Emzirme hakkında eğitim alma durumu ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Annenin yaşı ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Bebeğin doğum şekli ile ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre doğum şekli sezaryen olan annelerin çoğunluğu (%44,9) 6. aydan sonra; vajinal doğum olanların çoğunluğu (%68,2) ek gıdaya 6.aydan önce başlamıştır (Tablo 6.5, şekil 6.15).



Şekil 6.15. Bebeğin doğum şekli ile ek gıdaya başlama süresi arasındaki ilişkinin dağılımı

Gebelik haftası ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre gebeliği 35 haftadan az olan annelerin çoğunluğu (%35,3) 0-4.ayda; 35 haftadan fazla olanların çoğunluğu (%68,2) ek gıdaya 4-6.ayında başlamıştır. Bebeğin doğum tartısı ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.6. Bebeğin ilk beslenme şekli ile anneye, emzirmeye, bebeğe ait özellikler arasındaki ilişkisi**

			Bebeğinizi ilk olarak neyle beslediniz?				Ki-kare	P
			Anne sütü		Formül süt			
			n	%	n	%		
<b>Annenin aralığı</b>	<b>yaş</b>	20-30 yaş arası	34	72,3%	13	27,7%	0,016	0,898
		31 yaş ve üstü	40	75,5%	13	24,5%		
<b>Ailenin geliri</b>	<b>aylık</b>	2000 TL den az	25	73,5%	9	26,5%	0,000	1,000
		2001 TL ve üzeri	49	74,2%	17	25,8%		
<b>Anne hamileyken sigara kullanıyor muydu?</b>	Evet		4	57,1%	3	42,9%	0,372	
	Hayır		70	75,3%	23	24,7%		
<b>Emzirme hakkında eğitim aldınız mı?</b>	Evet		34	81,0%	8	19,0%	1,250	0,264
	Hayır		40	69,0%	18	31,0%		
<b>En son ki gebeliğinizin doğum şekli?</b>	Sezaryen		57	73,1%	21	26,9%	0,015	0,904
	Vajinal doğum		17	77,3%	5	22,7%		
<b>.En son doğan bebek 35 Gestasyonel Gebelik Haftasından önce mi doğdu?</b>	Evet		7	41,2%	10	58,8%	0,002	
	Hayır		67	80,7%	16	19,3%		
<b>Bebeğin doğum tartısı nedir?</b>		1500-2500 gr arası	16	64,0%	9	36,0%	1,109	0,292
		2501 ge ve üzeri	58	77,3%	17	22,7%		

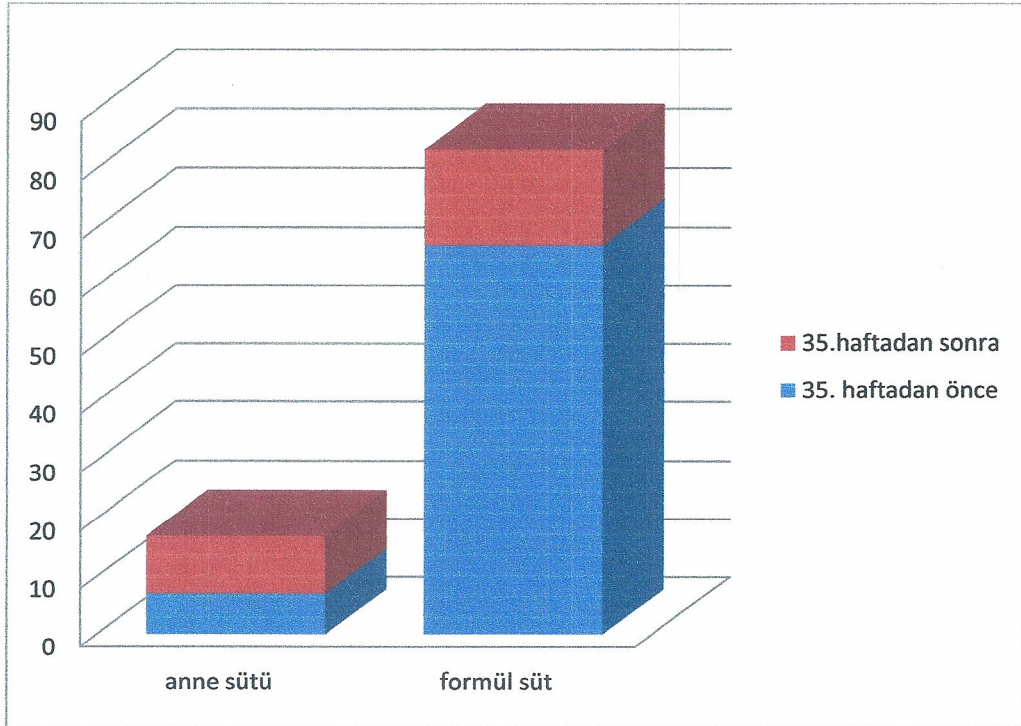
Annenin yaşı ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ailenin aylık geliri ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Toplam yaşayan çocuk sayısı ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Emzirme hakkında eğitim alma durumu ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Annenin yaşı ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bebeğin doğum tartısı ile bebeğin ilk beslenme şekli arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Doğum haftası ile bebeğin ilk beslenme şekli arasında bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre doğumu 35 haftadan önce olan annelerin çoğunluğu (%58,8) çocuğunu formül süt ile; 35 haftadan sonra olanların çoğunluğu (%80,7); çocuğunu ilk anne sütü ile beslemiştir (Tablo 6.6, şekil 6.16).

35 haftadan önceki haftalarda doğmuş bebeklerde sadece anne sütü verme oranı %41,2, 35 haftadan sonraki haftalarda doğmuş bebeklerde sadece anne sütü verme oranı %80,7'dir. 35 haftadan önce doğmuş olmak sadece anne sütü ile beslenme ihtimalini azaltmıştır.



Şekil 6.16. 35. Gestasyonel doğum haftasına göre doğumdan sonra ilk aldıkları besine göre dağılımı

**Tablo 6. 7. Anne sütünün kaç ay verilmesi gerektiği bilgisi ile anneye, emzirmeye ait özellikleri arasındaki ilişkisi**

		Anne sütünü kaç ay vermek gerekir?						Ki-kare	P
		6 ay		12 ay		2 yaş			
		n	%	n	%	n	%		
Annenin yaş aralığı	20-30 yaş arası	1	2,1%	2	4,3%	44	93,6%	4,560(a)	0,102
	31 yaş ve üstü	6	11,3%	5	9,4%	42	79,2%		
Eğitim durumunuz	İlköğretim ve altı	3	13,6%	1	4,5%	18	81,8%	3,003(a)	0,557
	Lise	2	5,3%	4	10,5%	32	84,2%		
	Üniversite	2	5,0%	2	5,0%	36	90,0%		
Emzirme hakkında eğitim aldınız mı?	Evet	1	2,4%	3	7,1%	38	90,5%	2,378(a)	0,305
	Hayır	6	10,3%	4	6,9%	48	82,8%		

Annenin yaşı ile anne sütünü vermesi gereken ay arasında bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Eğitim durumu, emzirme hakkında eğitim alma durumları ile anne sütünü vermesi gereken ay arasında bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

## 7. TARTIŞMA

Bebek ve küçük çocuklarda hışıltı prevalansı 56 ülkede yapılan Uluslararası Çocukluk Çağı Astım ve Alerji Çalışması'nda (ISAAC) %4-32 arasında olduğu bildirilmiştir Asher et al(6). Türkiye'de 46.813 çocuğu kapsayan bir araştırmada hışıltı prevalansı %15.1 olarak bulunmuştur Türkteş ve ark(7).

Yapılan çalışmalar anne sütü ile beslenmenin yaşamın ilk yıllarında yineleyen hışıltı ataklarından koruduğunu göstermiştir Oddy et al(73), Wright et al(74). Amerikan Pediatri Akademisi'nin 2008 yılında yayımladığı klinik raporda, yalnızca anne sütü ile beslenmenin ilk dört yaşta görülen yineleyen hışıltı ataklarını azalttığını, ancak altı yaşından sonra atopik hastalık geliştirme riskine karşı koruyucu olup olmadığı konusunda kanıt düzeyinde yeterli verinin olmadığını bildirmiştir. Nutrition(75), Nwaru et al(76).

İmmunolojik durumları düzenleyen ajanlar, enzimler, hormonlar, büyüme faktörleri gibi anne sütündeki çok sayıda faktörün koruyucu olabileceği bildirilmiştir. Literatürde yer alan bazı çalışmalar anne sütünün atopik hastalıklar üzerinde azalma olduğunu gösterirken bazı çalışmalar ise koruyucu olmadığını bildirmiştir. Anne sütü ile beslenen bebeklerdeki olumlu sonuçların inek sütü ve ek besinlerle geç karşılaşmaya ve anne sütünün immunopatolojik durumları istenilen düzeye getirme etkisine bağlı olabileceğini savunulmuştur Aydoğdu(13).

Hışıltı için, aile öyküsü gibi genetik nedenler, atopi varlığı, sık viral enfeksiyon geçirme ve sigaraya maruz kalma gibi çevresel nedenler risk faktörüdür. Hışıltılı çocuklarda hışıltıya neden olan hastalıkların başında alerjiler, astım, alt solunum yolu enfeksiyonları (bronşiyolit, bronşit) gelmektedir Uğraş ve ark(77).

Bebeklerin anne sütünün üstün yararlarından faydalanabilmeleri için ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesi gereklidir. DSÖ ve UNICEF tarafından emzirmenin benimsenmesi ve sürenin uzatılması açısından sağlık eğitimi ve uygulamalarının önemli olduğu üzerinde durulmakta, bebeklerin doğumdan itibaren ilk altı ay



boyunca sadece anne sütü almaları, ek gıdaya yedinci aydan itibaren başlanması ve emzirmeye iki yaşına kadar devam edilmesi önerilmiştir Unicef(78).

Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmaları (TNSA) 2003 yılı sonuçlarına göre, Türkiye'de emzirme yaygın olmasına karşın altı aydan kek ve emzirilen çocukların % 18'ine formül mama verildiği, her beş çocuktan birinin sadece anne sütü ile beslendiği, doğum sonrası ilk iki ayda çocukların yalnız %43'tnn anne sütü ile beslendikleri saptanmıştır Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmaları(79).

Yapılan çalışmalarda hışıltılı solunum ataklarının erkek çocuklarda daha sık olduğu gösterilmiştir Muratoğlu(71), Berz et al(80). Bizim alışmamızda da kız çocuklarına oranla erkek çocuklarında hışıltılı solunum atakları n:63 (%63,0) daha fazla görülmüştür. İnal ve arkadaşlarının 170 hışıltılı çocuklar üzerinde yaptığı çalışmasında da erkek/kız oranı 103/67 (%60.6/%39.4) olarak erkek hasta lehine bulunmuştur. Bu oranda bizim hasta grubumuza yakın erkek/kız oranını göstermiştir İnal ve ark(81).

Yapılan alışmalar anne yaşı kek olan annelerin çocuklarında hışıltılı solunum ataklarının daha fazla olduğu görülmüştür. Yine yapılan bazı çalışmalarda kek anne yaşının hayatın ilk bir yılındaki wheezingli alt solunum yolu hastalıkları için risk faktörü olduğu gösterilmiştir Martinez et al(35), Muratoğlu(71). Bizim çalışmamıza katılan annelerin yaşı 20-30 arası olanların oranı n:47 (%47,0); 31 ve üstü olanların oranı n:53 (%53,0)' tür. Bazı alışmalar yine annelerin yaşı yükseldikçe bebeğini emzirme sürelerinin daha uzun olduğunu bildirilmiştir Keskin(72), Jahangeeret al(82). Ogonna ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada annenin yaşı arttıkça sadece anne sütü verme oranlarında artış olduğu belirlenmiştir (p<0,05) Ogonna et al(83).

Bizim çalışmamızda ise annenin yaşı ile emzirme süresi arasındaki ilişkiye baktığımızda anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Bulunmamakla birlikte anne yaşı arttıkça emzirme sürelerindeki yüksek oran dikkatimizi çekmiştir.

Vaaler ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi düşük annelerin diğer annelere göre emzirme istek ve eğilimlerinin daha az olduğu belirlenmiştir Vaaler(84). Bizim çalışmamızda annelerin eğitim durumunu incelediğimizde ilköğretim ve altı olanların oranı n:22 (%22,0); lise olanların oranı n:38 (%38,0); üniversite olanların oranı n:40 (%40,0) olarak bulunmuştur.

Albargish ve Hasony'nin yapmış olduğu bir çalışmada 5 yaşın altında alt solunum yolu enfeksiyonu olan 516 çocuk üzerinde yapılan araştırmada kalabalık aile ortamı ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonlarının daha çok görüldüğü bildirilmiştir. Albargish and Hasony(85). Yine bu konuda Benicio ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada düşük sosyoekonomik durumun hışıltı atakları için risk faktörü olduğu gösterilmiştir Benicio et al(86). Bizim çalışmamızda ailesinin aylık geliri 2000 TL den az olanların oranı n:34 (%34,0); 2001 TL ve üzeri olanların oranı n:66 (%66,0)'dır. Ailenin aylık geliri ile anne sütü alma süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak ülkemizde 300-1000 tl arası düşük sosyo ekonomik sınıfı gösterdiğine göre çalışmamıza katılanların büyük bir kısmının gelirinin iyi olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi arttıkça emzirme sürelerinin artmış olmasına karşın gelir düzeyi ile emzirme süresi arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Gebelik ve postnatal dönemde annenin sigara içmesi hışıltıya neden olduğu bilinmektedir. Stick ve arkadaşlarının bu konuda yapmış olduğu geniş katılımlı prospektif bir çalışmada, sigara içen annelerin çocuklarında ilk beş yaşta hışıltının, içmeyenlere göre daha sık geliştiği gösterilmiştir Stick et al(87). Sigara dumanına maruz kalma ve astım ilişkisinin 0-5 yaşları arasındaki 4331 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada, günde yarım paket sigara içen annelerin çocuklarda

2.1 kat daha fazla astım görülme riskinin olduğu bildirilmiştir Modified(88). Çalışmamıza katılan annelerden bebeğini emzirirken sigara kullanan annelerin oranı n:9 (%9,0); sigara kullanmayanların oranı n:91 (%91,0); bebeğine hamileyken sigara kullanmış olanların oranı n:7 (%7,0); sigara kullanmamış olanların oranı n:93 (%93,0)'tür. Bizim çalışmamızda gebelik ve sonrasında sigara kullanımının düşük oranlarda olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan annelerin çocuk sayısına baktığımızda tek çocuğu olan annelerin oranı n:41 (%41,0); iki çocuğu olanların oranı n:37 (%37,0); üç ve üzeri çocuğu olanların oranı n:22 (%22,0)'dir. İki ve üzeri çocuğu olan anne sayısı yüksek çıkmıştır. Simon ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada bizim gibi evde büyük kardeşin olmasında hışıltılı solunum oluşmasında risk faktörleri arasında olduğu sayılmıştır Simon et al(89). Bu durumun kardeşlerin dışardan enfeksiyon taşıma ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz. Ailenin kalabalık olması hışıltının, atopinin ve bronş hiperreaktivasyonunun daha az görülmesi hijyen hipotezi ile ilişkilendirilmiştir. Ailenin çok çocuklu olması, erken yaşta daha fazla enfeksiyon geçiren çocuklarda, astım gelişme olasılığının daha düşük olabileceği savunulmuştur Erdem(90). Bizim düşüncemizin aksini idda eden Rusconi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kardeşlerle temas ile enfeksiyon riskinin arttığı ve bunun da erken hışıltı riskini artırırken, tekrarlayan geç başlangıçlı hışıltı riskini azalttığı bildirilmiştir. Rusconi et al(91).

Literatürdeki birçok çalışma emzirme ile ilgili verilen eğitimin sadece anne sütü alma sıklığını, süresini ve toplam emzirme süresini olumlu etkilediğini göstermiştir. Bayram'ın yapmış olduğu bir çalışmada annelerin emzirme konusunda eğitim almış olması emzirme puanının arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir ( $p<0,05$ ) Bayram(92). Araştırmamıza katılan annelerden emzirme hakkında eğitim almış annelerin oranı n:42 (%42,0); eğitim almamış olanların oranı n:58 (%58,0)'dir. Bizim çalışmamızda emzirme eğitimi ile anne sütü alma süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bulunmamakla birlikte emzirme eğitimi alan anne sayısının az olduğu görülmüştür. Buda bize ebe/hemşirenin bu konuyu tam benimseyemediğini düşündürmüştür.

Şahan'ın yapmış olduğu araştırmada anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim alma durumu ve ek gıdaya başlama zamanı karşılaştırıldığında eğitim aldığını belirten anneler ile almadığını belirten annelerin ek gıdaya başlama zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) Şahan(93). Bu durum verilen eğitimin yeterli olmadığını düşündürmüştür. Ayrıca bu eğitimi veren sağlık personelinin de anne sütü ve emzirme ile ilgili ne bildiği ve bilgilerini güncelleyip güncellemedikleri de önemli olabilir. Yapılan çalışmalarda emzirme eğitimi verilen ve hemşirelik bakımı ile desteklenen kadınların bebeklerini sadece anne sütü ile besleme davranışının daha fazla olduğu belirlenmiştir Üstüner ve Bodur(94), Erenel ve Eroğlu(95), Akan(96).

Çalışmaya katılan annelerin en son ki gebeliğinin doğum şekli sorulduğunda sezaryen olan annelerin oranı  $n:78$  (%78,0); vajinal doğum olanların oranının  $n:22$  (%22,0) olduğu görülmüştür. Buda sezeryan doğum yapan annelerin sayıca fazla olduğunu göstermiştir. Annenin doğum şekli ile emzirme süresi arasında fark bulunmamıştır. Ancak sezeryan olan annelerin 6. aydan sonra da anne sütü verme eğilimlerinin vajinal doğum yapmış annelere oranla fazla olduğu gözlenmesine rağmen anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Düşük doğum ağırlığı olan bebeklerde hışıltılı solunum daha sıktır. Bu bebeklerde akciğer gelişim bozukluğu ve bronş hiperreaktivitesi olduğu düşünülmüştür Rona et al(97). Bar-Oz ve Netzer'in yapmış olduğu bir vaka-kontrol çalışmasında, düşük doğum ağırlıklı olan 86 preterm bebek ile 120 term normal kiloda doğmuş akut bronşiolitli çocuklar ele alınmıştır. Rehospitalizasyonda iki grup karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p<0.001$ ). Düşük doğum ağırlığıyla (2500 g'ın altında) doğan çocukların, özellikle akut bronşiolit nedeniyle hastaneye daha çok yatırıldıkları görülmüştür Bar-Oz and Netzer(98). Bizim çalışmamızda doğum tartısı 1500-2500 gr arası olanların oranı  $n:25$  (%25,0); 2501 gr ve üzeri olanların oranı  $n:75$  (%75,0)'tir. Doğum tartısının 2501 gr ve üzeri olanların sayıca fazla olduğu görülmüştür.

Dunn ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada bebeğine erken dönemde formül mama veren annelerin 6. haftada emzirmeden kesme oranının, bebeğine formül mama vermeyen annelerin 2 katı olduğunu göstermiştir Dunn et al(99). Kamboçya'da 2008 yılında yapılan bir araştırmada doğum sonrası bebeklere mama verilmesinin emzirme süresini kısalttığı belirtilmiştir. Bebeklere doğum sonrası mama verilmesi ile annelerin emzirme süreleri arasındaki ilişkiye bakılmış ve mama verilmeyen bebeklerin, mama verilen gruba göre daha fazla emdikleri (sırasıyla  $12.3 \pm 7.4$  ve  $10.9 \pm 7.1$  ay) belirlenmiştir Straub(100). Bizim çalışmamızda bebeğini ilk olarak anne sütü ile besleyenlerin oranı n:74 (%74,0); formül mama ile besleyenlerin oranı n:26 (%26,0) olmuştur.

Araştırmamıza katılan annelere anne sütünün kaç ay verilmesi gerektiğini sorduk. Annelerin anne sütünü 6 ay verilmesi gerektiğini düşünen annelerin oranı n:7 (%7,0); 12 ay verilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı n:7 (%7,0); 24 aya kadar verilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı n:86 (%86,0)'dır. Atmaca'nın 2008 yılında yapmış olduğu bir çalışmada ise annelerin (n:286) %12,9'u anne sütünün 0-6 ay verilmesi gerektiğini, %42'si 6-12 ay, %41'i 12-24 ay ve %3'ü 24 aydan fazla verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir Atmaca(101). Bizim çalışmamıza katılan annelerin yüksek bir oranı anne sütünün 24 aya kadar verilmesi gerektiği bilgisini bildikleri görülmüştür.

Yapılan çalışmalar bebeklere 6. aydan sonra ek besin başlanması önerilmiştir. Ek gıdaya erken başlayan annelerin bebeklerini daha kısa süre emzirdikleri ülkemizde yapılan çalışmalarda da gösterilmiştir Altıntaş(17). Gustafsson ve arkadaşların yapmış olduğu bir çalışmada erken ek besin başlanması ve katı gıdalara erken başlanması ile allerjik semptom gelişimi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) Gustafsson et al(102). Bizim çalışmamızda ek gıdaya 0-4. ayında başlamış olan annelerin oranı n:15 (%15,0); 4-6. ayında başlamış olanların oranı n:46 (%46,0); 6-12. ayında başlamış olanların oranı n:39 (%39,0)'dur. Araştırmada ek gıdaya erken başlayan annelerin oranı oldukça yüksek bulunmuştur. Burda da yine emzirme eğitiminin yeterli ve etkili olmadığı düşünülmüştür

Annenin yaşı ile, ailenin aylık geliri, emzirirken sigara kullanma durumu; annenin hamileyken sigara kullanma durumu; emzirme hakkında eğitim alma durumu; en son ki gebeliğin doğum şekli; gebelik haftası ile bebeğini anne sütü ile beslenme süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Ünsal ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada çocuk sayısı ile anne sütü ile beslenme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ancak bizim çalışmamızda annenin çocuk sayısı ile emzirme süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Yapılmış bazı çalışmalar çocuk sayısı ile anne sütü verme arasında anlamlı ilişki bulamazken, bazı çalışmalarda da tek çocuğu olan annelerin anne sütü verme sıklığı ve süresinin daha düşük olduğunu bildirmiştir Kurugöl ve ark(103), Ryan et al(104). Çocuk sayısının emzirmeye ilgili bilgi tutum ve uygulamaları etkilediği düşünülmüştür.

Annenin yaşı ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ailenin aylık geliri, yaşayan çocuk sayısı, emzirme eğitim alma durumu ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Dünyada ve ülkemizde yapılmış araştırmalarda sezaryenle doğum yapmış annelerin sağlık çalışanları tarafından doğumdan sonra dinlendirilmesi amacı düşünülerek emzirilmenin geciktirildiği görülmüştür. Bebeklerin emzirme öncesi anne sütü dışında besinler verildiği ve bunların sonucunda da sezaryenle doğum yapan annelerin bebeklerine ilk altı ay ek besin vermeye daha eğilimli oldukları gösterilmiştir Altıntaş(17). Karaçam ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada vajinal doğum yapmış annelerin bebeklerini emzirme sürelerinin uzun olduğu görülmüştür. Al-Sahab ve arkadaşlarının normal doğum yapan annelerin ilk 6 ay yalnız anne sütü verme oranlarının daha fazla olduğunu bildirmiştir Al-Sahab et al(105).

Ünsal ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada bebeğin doğum şeklinin sezaryen olması ilk altı ay sadece anne sütü verilmesini anlamlı derecede olumsuz etkilediğini bildirmiştir ( $p=0.000$ ) Ünsal ve ark(16). Vajinal yolla doğum yapan annelerin tek başına emzirme süreleri 1.3 kat daha uzun olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda bebeğin doğum şekli ile ek gıdaya başlama süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre doğum şekli sezaryen olan annelerin çoğunluğu (%44,9) 6. aydan sonra; vajinal doğum olanların çoğunluğu (%68,2) ek gıdaya 6.aydan önce başlamıştır. Buna göre sezaryen olan annelerin 6.aydan sonra ek gıdaya başlama oranları daha yüksek bulunmuştur. Sezaryen doğum yapan annelerin vajinal yolla doğum yapan anneler gibi emzirebileceği fakat sezaryen doğum yapmış annelerin emzirme konusunda daha çok problem yaşamaları nedeniyle daha fazla desteğe ihtiyaç duymaktadır. Sezaryen doğum yapan annelerin anne sütü verme eğilimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür.

Gebelik haftası ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre gebeliği 35 haftadan az olan annelerin çoğunluğu (%35,3) 0-4.ayında; 35 haftadan fazla olanların çoğunluğu (%68,2) ek gıdaya 4-6.ayında başlamıştır. Varigny ve arkadaşlarının sorunsuz preterm bebeklerde bile doğumdan sonra anne sütü ile beslenme oranını % 69, taburcu edilirken % 57, 3. ayda % 33 olarak bildirmiştir Varigny et al(106).

Balcı ve arkadaşlarının 2855 çocuk üzerinde yapmış olduğu çalışmada preterm bebeklere ilk olarak formül mama verildiğini, bu bebeklerin altıncı ayda beslenme durumlarını incelediklerinde altıncı ayda sadece anne sütü ile beslenme oranları açısından istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ( $p<0,08$ ) Balcı ve ark(107). Bizim çalışmamızda doğum haftası ile bebeğin ilk beslenme şekli arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre doğumu 35 haftadan önce olan annelerin çoğunluğu (%58,8) çocuğunu formül süt ile; 35 haftadan sonra olanların çoğunluğu (%80,7); çocuğunu ilk anne sütü ile beslemiştir. 35 haftadan önceki haftalarda doğmuş bebeklerde sadece anne sütü verme oranı %41,2, 35 haftadan sonraki

haftalarda doğmuş bebeklerde sadece anne sütü verme oranı %80,7'dir. 35 haftadan önce doğmuş olmak sadece anne sütü ile beslenme ihtimalini azaltmıştır. Vaktinden önce doğan bebeklerin emme gücü ve becerisi de az olacağı için anne sütünün yapımı ve salınımını azaltacağını düşündürmüştür.



## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Anne sütünün solunum yolu hastalıklarına karşı koruyuculuğu olduğu bilinmektedir. Bu çalışmamızda 6 ay içerisinde 3 kez hışıltılı solunum atağı geçiren çocukların annelerin anne sütü hakkındaki bilgileri ve uygulamaları değerlendirilmiştir. Bu çalışmamızda 6 ay sadece anne sütü alanlarda hışıltılı solunum sıklığı almayanlara göre 2 kat daha az olduğu bulunmuştur. Araştırmada elde ettiğimiz diğer sonuçlara bakarsak;

Çalışmaya dahil edilen hastalarda erkek/kız oranı:63/37 'dir. Erkekler belirgin olarak fazla bulunmuştur. Erkeklerin kızlara oranla daha fazla hışıltılı solunum şikayetinin olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan annelerin yaşlarına baktığımızda 20-30 arası olanların oranı n:47 (%47,0); 31 ve üstü olanların oranı n:53 (%53,0)' tür. Annelerin yaşları yüksek bulunmuştur. Hışıltılı solunumu olan çocukların annelerinin yaş ortalaması değerlendirildiğinde, anne yaşı ile hışıltılı solunum sıklığı artmıştır. Bizim çalışmamızda anne yaşı ile emzirme süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Eğitim durumlarına baktığımızda yalnızca n:22 (%22)' si ilköğretim ve altı eğitim aldığı görülmüştür. Eğitim durumları oldukça iyi olduğu saptanmıştır. Ancak çocuklarında hışıltılı solunum şikayeti fazlaca bulunmuştur. Eğitim arttıkça emzirme istek ve eğilimlerin azaldığı düşünülmüştür.

Ailesinin aylık geliri 2000 TL den az olanların oranı n:34 (%34,0); 2001 TL ve üzeri olanların oranı n:66 (%66,0)'dır. Ailenin aylık geliri ile anne sütü alma süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bulunmamakla birlikte gelir düzeyi arttıkça emzirme sürelerinin artmış olduğu görülmüştür.

Annelerin en son ki gebeliğinin doğum şekli sorulduğunda sezaryen olan annelerin oranı n:78 (%78,0) 'dir. Sezaryen olan annelerin 6. aydan sonra dahi anne sütü verme

eğilimlerinin vajinal doğum yapmış annelere oranla fazla olduğu gözlenmiştir. Ancak doğum şekli ile emzirme süresi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Annelerin anne sütünün 24 aya kadar verilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı n.86 (%86,0)'dır. Bu annelerin anne sütünün 24 aya kadar verilmesi gerekliliği hakkında yeterli bilgi ve farkındalığın olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda ilk 6 ay anne sütü ile besleyenlerin oranı çok düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza katılan annelerin yarısından fazlasının ilk 6 ay yalnızca anne sütü veremedikleri görülmüştür.

Gebelik haftası ile bebeğin ek gıdaya başlama süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre gebeliği 35 haftadan önce doğum yapan annelerin çoğunluğu (%35,3) 0-4.ayında; 35 haftadan fazla olanların çoğunluğu (%68,2) ek gıdaya 4-6. ayında başlamıştır. 35 haftadan önce doğmuş olmak anne sütü alma süresini azalttığı için ek gıdaya erken başlandığını düşündürmüştür.

Doğum haftası ile bebeğin ilk beslenme şekli arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre doğumu 35 haftadan önce olan annelerin çoğunluğu (%58,8) çocuğunu formül süt ile; 35 haftadan sonra olanların çoğunluğu (%80,7); çocuğunu ilk anne sütü ile beslemiştir. Bebeğin 35 haftadan önce doğması emme gücünün daha az olacağı için ve anne sütünün yapımı ve salınımını azaltacağını düşündürmüştür. Bebeklerin anne sütü alınımasını olumsuz etkilemiştir. Preterm doğumun anne sütü ile beslenmeye başlamada önemli bir engel olduğunu düşündürmüştür. Mamayla beslenen bebeklerin anne sütü alma süresinde azalma olduğu yapılmış araştırmalarda gösterilmiştir.

Bebeğin doğum şekli ile ek gıdaya başlama süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre doğum şekli sezaryen olan annelerin çoğunluğu (%44,9) 6. aydan sonra; vajinal doğum olanların çoğunluğu (%68,2) ek gıdaya

6.aydan önce başlamıştır. Buna göre sezeryan olan annelerin 6.aydan sonra ek gıdaya başlama oranları daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızın sonucuna göre bebeğin doğum şeklinin vajinal olması ilk altı ay sadece anne sütü verilmesini büyük oranda olumsuz etkilemiştir. Vajinal yolla doğum yapanların bebeklerine ilk altı ay ek besin vermeye daha eğilimli oldukları görülmüştür.

Annelerden çoğu emzirme hakkında eğitim almamıştır. Emzirme eğitimi alanların oranı n.42 (%42,0); eğitim almamış olanların oranı n.58 (%58,0)'dir. Bizim çalışmamızda emzirme eğitimi ile anne sütü alma süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bulunmamakla birlikte emzirme eğitimi alan anne sayısının az olduğu görülmüştür. Buda ebe/hemşirenin bu konuyu tam benimseyemediğini ve uygulamadığını göstermiştir.

Annenin eğitimi ve desteklenmesiyle başarılı bir emzirme sağlanabileceği düşüncesindeyiz. Anne sütünün hışıltılı solunum şikayetlerinin önüne geçeceğini vurgulamaya çalıştık. Bebek beslenmesi açısından altın standart olan yalnız anne sütü ile beslenmenin en az altı ay süreye tamamlanması hışıltılı solunum şikayetlerini azaltılması açısından yararlı olacaktır. Gelişmiş ülkelerde de görüldüğü üzere ilk 6 ay yalnızca anne sütünün solunum sistemi bulgularının şiddeti ve süresinde önemli oranda azalttığı görülmüştür.

Preterm bebek annelerine anne sütü ile beslenmenin önemi çok iyi anlatılmalıdır. Doğumdan sonra ve poliklinik izlemlerinde bu annelere özenle ilgi gösterilmelidir. Gebeliklerin vaktinden önce erkenden sonlandırılmasının emzirme üzerine olumsuz etkisi olacağı unutulmamalıdır. Anne sütüyle beslenmede başarılı olunması için gerçekleştirilecek programlara, emzirmenin desteklenmesinde önemli rolleri ve sorumlulukları olan hemşire ve ebelerinde de katılması sağlanmalıdır. Anne sütü ve emzirmenin önemine ilişkin hizmet içi eğitimler ebe ve hemşirelere verilmelidir.

Annenin emzirmesi konusunda anneler desteklendiği takdirde çocukların anne sütü alma süresi artacaktır. Çocuklarda hışıltılı solunum şikayeti azalacaktır.

## 9. KAYNAKLAR

1. Kurukulaaratchy RJ, Fenn MH, Waterhouse LM, Matthevs SM, Holgets SG, Arshad SH. Characterization of wheezing phenotypes in the first 10 years of life. *Clin Exp Allergy*. 33:573-8, 2003.
2. Wright AL, Holberg CJ, Taussig LM, Martinez FD. Relationship of infant feeding to recurrent wheezing at age 6 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 149:758-763,1995.
3. Martinez FD, Wright AL, Taussig JM, Holberg CJ, HalonenM, Morgan WJ. Asthma and wheezing in the first six years of life. *N Engl J Med*. 332: 133-138, 1995.
4. Brand PL, Baraldi E, Bisgaard H, Boner AL, Castro-Rodriguez JA, Custovic A, et al. Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: An evidence-based approach. *Eur Respir J*. 32:1096–110, 2008.
5. Castro-Rodriguez JA, Garcia-Marcos L. Wheezing and Asthma in childhood: An epidemiology approach. *Allergol Immunopathol*. 36:280-90, 2008.
6. Asher MI, Anderson HR, Stewart AW, et al. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Eur Respir J*. 12:315-35, 1998.
7. Türkteş I, Selçuk ZT, Kalyoncu AF. Prevalance of asthma and wheezing in Turkish children. World asthma meeting. *Eur Respir J*. 29: 52-3, 1998.
8. Wilson NM. The significance of early wheezing. *Clin Exp Allergy*. 24: 522-529,1994.
- 9-Weiss ST, Tager IB, Munoz A. The relationship of respiratory infections in early childhood to the occurrence of increased levels of bronchial responsiveness and atopy *AmRev Respir Dis*.131: 573-4, 1985.

10. Wright AL, Holberg CJ, Martinez FD, Morgan LM. Breastfeeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *BMJ*.299:946-9, 1989.
11. Porro E, \_ndinnimeo M, Antognino G, Midulla F, Criscione S. Early wheezing and breast feeding. *J Astma*. 30:23-8, 1993.
12. Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi Rehberi.11(1), 2011.
13. Aydoğdu S. Bebek beslenmesinde anne s¼t¼, formula ve inek s¼t¼. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*. 13; 63:71, 2003.
14. WHO Global Data Bank.[www.who.int/nutrition/db.bfd.html](http://www.who.int/nutrition/db.bfd.html)
15. Kavuncuğolu S, Akın MA, Aldemir H. Bebek dostu hastanede emzirme eğitimi ve anne s¼t¼ ile beslenmeye etkisi. *Ege Pediatri B¼lteni*. 12(3):147-50, 2005.
16. Ünsal H, Altıhan F, Özkan H, Targan S, Hassoy H. Toplumda anne s¼t¼ verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 48:226-33, 2005.
17. Altıntaş DU.Hışılıtlı bebek. *Klinik Pediatri*. 1(2):73-78, 2002.
18. Karabel M, Kelekçi S, Tucel T, şen V, Karabel D, Uluca Ü ve ark. Hışılıtlı infantlarda risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 4 (3): 347-351, 2013.
19. Çevik D, Ecevit Ç, Altınöz S, Kocabaş Ö, Kavaklı T, Öztürk A. Hışılıtlı çocuklarda risk faktörleri ve etiyoloji. *Toraks Dergisi*. 8:149-155, 2007.
20. Razi CH,Harmancı K, Yılmaz G, Renda R, Akın O.Tekrarlayan hırıtlılı solunumu olan çocuklarda atopi sıklığı.*Türkiye Çocuk Hastalıklar Dergisi*.3(4):10-15, 2009.

21. Eldeirawi K, Persky VW. History of ear infections and prevalence of asthma in a national sample of children aged 2 to 11 years: the Third National Health and Nutrition Examination Survey Chest.125: 1685-6, 2004.
22. Kappelle L, Brand PL. Severe episodic viral wheeze in preschool children: High risk of asthma at age 5-10 years. Eur J Pediatr. 171:947-954, 2012.
23. Tuncer A. Çocukluk çağında bronşial astma. Katkı Pediatri Dergisi.18: 712-23, 1997.
24. Global Strategy for Asthma Management and Prevention.  
<http://www.ginasthma.com/Guidelineitem>
25. Uysal P, Karaman Ö. Okul öncesi çocuk tedavisine izlemine güncel yaklaşım. J Curr Pediatr. 10;98-102, 2012.
26. Çokuğraş H. Hışıltılı (wheezy) çocukta etyoloji, tanı, ayırıcı tanı ve yardımcı laboratuvar yöntemleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 61-71, 2001.
27. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Solunum yolu Hastalıkları: Nelson Textbook of pediatrics 17th edition. Nobel Tıp Kitabevi. 1357-1472, 2008.
28. Jariti T, et al. Respiratory picornaviruses and Respiratory syncytial virus as causative agents of acute expiratory wheezing in children. Emerging Infectious Diseases. 10(6):1095-1101, 2004.
29. Taussig LM, Wright AL, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ, Martinez FD. Tucson Children's Respiratory Study:1980 to present. J Allergy Clin Immun. 111:661-75, 2003.

30. Van A, Kemp AS, Mukhi A. Atopy in infancy predicts the severity of bronchial hyperresponsiveness in later childhood. *J Allergy Clin Immunol.* 85:790-795, 1990.
31. Ly NP, Gold DR, Weiss ST, Celedon JC. Recurrent wheeze in early childhood and asthma among children at risk for atopy. *Pediatrics.* 117:1132-8, 2006.
32. Martinez FD, Wright AL, Holberg CJ, Morgan WJ, Taussig LM. Maternal age as a risk factor for wheezing lower respiratory illnesses in the first year of life. *Am J Epidemiol.* 136:1258-68, 1992.
33. Brandtzaeg P. Mucosal immunity: integration between mother and the breast-fed infant. *Vaccine.* 21(24):3382-8, 2003.
34. Stick SM, Burton PR, Gurrin L, Sly PD, LeSouëf PN. Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants. *Lancet.* 348, 1999.
35. Martinez FD, Cline M, Burrows B. Increased incidence of asthma in children of smoking mothers. *Pediatrics.* 89(1):21-6, 1992.
36. Gilliland FD, Li YF, Peters JM. Effects of maternal smoking during pregnancy and environmental tobacco smoke on asthma and wheezing in children. *Am J Respir Crit Care Med.* 163(2):429-36, 2001.
37. Rona RJ, Gulliford MC, Chinn S. Effects of prematurity and intrauterine growth on respiratory health and lung function in childhood. *BMJ.* 306(6881):817-20, 1993.
38. Sherrliff A, Peters TM, Henderson J, Strachan D. Risk factor associations with wheezing patterns in children followed longitudinally from birth to 3(1/2) years. *International Journal of Epidemiology.* 30:1473-1484, 2001.

39. Altın RK. Hışılıtlı çocuklarda surfaktan A ve surfaktan D düzeyinin değeriendirilmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa, 2015.
40. Chipps BE. Evaluation of infants and children with refractory lower respiratory tract symptoms. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 104(4):279-83, 2010.
41. Samatha S. Preschool wheeze: Phenotypes and Beyond. *Pediatric Health.* 4(3):267-75, 2010.
42. Atalay ÖÖ. Erken çocukluk döneminde görülen vizingin daha sonraki yıllarda alerjik rinit gelişmesi üzerine etkisi. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2012.
43. Türe M. Hışılıtlı çocuklarda serum-D vitamini, folikasit, B12 düzeyi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Çocuk Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa, 2013.
44. Arslan H. Hışılıtlı Çocuklarda demografik özellikler ve atakları etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2011.
45. Dizdar EA, Saçkesen E. Hışılıtlı çocuklarda inhale steroid kullanımı. *Astım Allerji İmmunoloji.* 5(1):22-25, 2007.
46. Bacharier LB, Phillips BR, Zeiger RS, Szeffler SJ, Martinez FD, Lemanske RF Jr. Episodic use of an inhaled corticosteroid or leukotriene receptor antagonist in preschool children with moderate-to- severe intermittent wheezing. *J Allergy Clin Immunol.* 122: 1127-35, 2008.
47. Uysal P, Karaman Ö. Hışılıtlı çocuğa yaklaşım. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi.* 2: 99-105, 2013.



48. Dizdar EA, Saçkesen E. Hışıltılı çocuklarda inhale steroid kullanımı. Astım Allerji İmmunoloji. 5(1):22-25, 2007.
49. Kayani S, Shannon DC. Adverse Behavioral effects of treatment for acute exacerbation of asthma in children: a comparison of two doses of oral steroids. Chest. 122:624-8, 2002.
50. Oran O, Yurdakök M. Yenidoğan bebeklerin beslenmesi, s.32-9, Ankara: Güneş Yayınları, 1996.
51. Gün İ, Yılmaz M, Şahin H, İnanç N, Aykut M, Günay O, ve arkadaşları. Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 0-36 aylık çocuklarda anne sütü alma durumu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 52:176-182, 2009.
52. Tatar GM, Günay O. Kahramanmaraş il merkezindeki gebelerin emzirme konusundaki bilgi ve tutumları. Sağlık Bilimleri Dergisi. 18(3):175-186, 2009.
53. Anne sütü ile ilgili gerçekler. Anne sütünün faydaları; [http://www.unicef.org/turkey/ir/\\_mc29.html](http://www.unicef.org/turkey/ir/_mc29.html) (02.09.2015 tarihinde erişilmiştir.)
54. Bilgel N. Anne sütü ve önemi. Aile Hekimliği Kitabı, s.348-354, Medikal Tıp Kitabevi, 2006.
55. South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL. Anne sütü ve bebek beslenmesi. Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi, s.33-41, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007.
56. Onbaşı S. Doğum öncesinde anne adaylarına verilen anne sütü ve emzirme eğitiminin emzirme oranına ve süresine etkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2009.
57. Reynolds A. Breastfeeding and brain development. Pediatric Clinic of North Amer.73:417-21, 2001.

58. Gökçay G, Garibağaoğlu M. Sağlıklı çocuğun beslenmesi. Neyzi O, Ertuğrul T (Editörler). *Pediatrici*'de, s.183–203, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2002.
59. Gür E. Anne sütü ile beslenme. *Türk Pediatrici Arşivi*. 42: 11-5, 2007.
60. Yurdakök K. Anne sütü ile beslenme. Yurdakök M, Erdem G (Editörler). *Neonatoloji*'de, s.166–74, Ankara: Alp Ofset, 2004.
61. Guyton AC, Hall JE. *Tıbbi Fizyoloji*, s.954-956, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001.
62. Levent E, Özyürek AR, Ülger Z, Gürses D. Anne sütü ve formula ile beslenen bebeklerde sol ventrikül yüklenmesinin ve koroner arter akımlarının noninvaziv değerlendirilmesi. *Türk Pediatrici Arşivi*. 38:226-236, 2003.
63. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yeni doğmuş bebekleri emzirme. Unicef, 1994
64. Paramasium K, Michie C, Opara E, Jewell AP. Human breast milk immunology: A review. *Int J Fertil Womens Med*. 51:208–17, 2006.
65. Coşkun T. Anne sütü ile beslenmenin yararları. *Katkı Pediatrici Dergisi*. 25(2):199–202, 2003.
66. Hamosh M. Protective functions of proteins and lipids in humanmilk. *Biol Neonate*. 74:163-176, 1998.
67. Oğuzöncül AF. Elazığ il merkezinde bulunan hastanelerde doğum yapan annelerde anne sütü ve emzirme konusunda hastane sağlık personelin yaklaşımı. Fırat Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Elazığ, 1996.
68. Browyn K, Allen CW, Toelle BG, Marks GB. Systematic review and meta-analysis investigating breast feding and childhood wheezing illness. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 25:507–518, 2011.

69. Oddy WH, et al. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch Dis Child*. 88:224–228., 2003.
70. Emek B, Bülbül L, Altinel N, Hatipoğlu S, Bülbül A. Astım tanısı alan beş-on beş yaş arası çocuklarda anne sütü ile beslenme süresi ve inek sütüne başlama zamanının astım gelişimi üzerine etkisi. *Çocuk Dergisi*. 11(1):19-25, 2011.
71. Muratoğlu N. Anne sütündeki sitokinlerle (TGF-  $\beta$ 1 ve IL-10) wheezy infant arasındaki ilişki. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2007.
72. Keskin H. Bronşiolitle başvuran 0-12 aylık bebeklerin annelerinin anne sütü kullanım bilincinin değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul, 2007.
73. Oddy WH, et al. Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. *BMJ*. 319:815–9, 1999.
74. Wright AL, Holberg C J, Taussig LM, Martinez FD. Factors influencing the relation of infant feeding to asthma and recurrent wheeze in childhood. *Thorax*. 56:192–197, 2001.
75. Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics*. 121: 183-91, 2008.
76. Nwaru BI, et al. Breastfeeding and introduction of complementary foods during infancy in relation to the risk of asthma and atopic diseases up to 10 years. *Clinical & Experimental Allergy*. 43:1263–73, 2013.

77. Uğraş M, Öper M, Seren OT, Yakut N, Şen T, Alpay F. Hışılıtlı çocuklaraa predispozan faktörlerin incelenmesi. Kocatepe Tıp Dergisi. 14: 87-92, 2012.
78. WHO/UNICEF:2000'li Yıllarda Bebeklerin Anne Sütü İle Beslenmesi. UNICEF Türkiye Temsilciliği.
79. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 SB/AÇS/AP Genel Müdürlüğü, H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara:2003.
80. Berz JB, Carter AS, Wagmiller RL, Horwitz SM, Murdock KK, Briggs-Gowan M. Prevalence and correlates of early onset asthma and wheezing in a healty birth cohort of 2 to 3 years o Skoner D. The wheezing infant. Ped Clin North Am. 35:1011-27,1998.
81. İnal A, Kendirli S, Altıntaş D, Yılmaz M, Karakoç G. Hışılıtlı çocuklarda etiyojoloji:dört yıllık verilerimiz. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 3(1):24-30, 2009.
82. Jahangeer C, Mamode, Khan, N. ve Mamode, Khan, H.M. Analyzing the factors influcing exulusive breastfeeding using the generalized poisson regression model. International journal of mathematical and statistical sciences. 3 (6), 535-537, 2009.
83. Ogbonna, C. ve Daboer, J.C. Current knowledge and practice of exclusive breastfeeding among mothers in Jos, Nigeria. Niger J. Med. 16 (3), 2007.
84. Vaaler ML, Parks SE., Erickson T, ve Castrucci BC. Breastfeeding attitudes and behavior among WIC mothers in Texas. J Nutr. Educ. Behav. 42 (3), 30-38, 2010.
85. Albargish KA, Hasony HJ. Respiratory syncytial virus infection among children with acute respiratory tract infection in Iraq.East Mediterr Health J. 5(5):941-8, 1999.

86. Benicio MH, Ferreira MU, Cardoso MR. Wheezing conditions in early childhood: prevalence and risk factors in the city of Sao Paulo, Brazil. *Bull World Health Organ.* 82:516-522, 2004.
87. Stick SM, Burton PR, Gurrin L, Sly PD, LeSouëf PN. Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants. *Lancet.* 348:1060-1064, 1999.
88. Modified Keresmar CM. The respiratory system. In Behrman RE, Kleigman RM (eds): *Nelson Essentials of pediatrics*, 2nd ed. Philadelphia, WB Saunders, p 445, 1994.
89. Simon MR, Havstad SL, Wegienka GR, Ownby DR, Johnson CC. Risk factors associated with transient wheezing in young children. *Allergy Asthma Proc.* 29: 161-168, 2008.
90. Erdem G, Ergin H, Saraçel M, Yurdakök M, Tekinalp G. Anne sütü ile beslenme izlem çalışması. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 38:305-19, 1995.
91. Rusconi F, Galassi C, Bellasio M, Piffer S, Lombardi E, Bonci E, et al. Risk factors in the pre-, perinatal and early life (first year) for wheezing in young children. *Epidemiol Prev.* 29:47-51, 2005.
92. Bayram F. Postpartum dönemindeki annelerin anne sütünün önemi hakkında bilgi düzeylerinin incelenmesi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2006.
93. Şahan H. 0-24 aylık bebeği olan annelerin anne sütü ve emzirme konusunda bilgi, tutum ve davranışları. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2008.

94. Üstüner F, Bodur S. Bebeklerde aylık izlem ve hemşire tarafından annenin pekiştirici emzirme eğitimi ile ilk altı ay yalnızca anne sütü verme arasındaki ilişki. Genel Tıp Derg. 19 (1), 25-32, 2009.
95. Erenel ŞA, Eroğlu K. Doğum sonrası ilk altı ayda ev ziyareti yoluyla desteklenen emzirme eğitimi modelinin etkili emzirme davranışı üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 43-54, 2005.
96. Akan N. İlk 4 ayda sadece anne sütü ile beslenmede hemşire etkinliğinin incelenmesi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1995.
97. Rona RJ, Gulliford MC, Chinn S. Effects of prematurity and intrauterine growth on respiratory health and lung function in children. BMJ. 306:817-820, 1993.
98. Bar-Oz B, Netzer D, Arad I. Rehospitalization of very-low-birth-weight bebeks after discharge from neonatal intensive care units. Harefuah. 687-9,743, 1995.
99. Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. JOGNN Clinical Research. 35(1):87-97, 2006.
100. Straub B, Cathy M, Labbok M. Descriptive study of cambodian refugee infant feeding practices in the united states. Int Breastfeed J. 24 (3), 2-6, 2008.
101. Atmaca B. 15-49 yaş kadınların anne sütü ile ilgili bilgileri ve davranışları. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Van, 2008.
102. Gustafsson D, Sjoberg O, Foucard T. Development of allergies and asthma in infants and young children with atopic dermatitis--a prospective follow-up to 7 years of age. Allergy. 55(3):240-5, 2000.

103. Kurugöl Z, Kusin N, Yenigün A, Özgür T. İzmir’de anne sütü epidemiyolojisi. İstanbul Çocuk Kliniği Dergisi. 29: 30-36, 1994.
104. Ryan AS, Wenjun Z, Acosta A. Breastfeeding continues to increase into the new millennium. Pediatrics. 110: 1103-1109, 2002.
105. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women:a national survey. BMC Pediatr. 10:20, 2010.
106. Vessiere-Varigny M, Garlantezec R, Gremmo-Feger G, Collet M, Sizun J. Breastfeeding in a population of preterm infants: A prospective study in a university-affiliated hospital. Arch Pediatr. 17:1416-24, 2010.
107. Balcı E, Kondolot M, Horoz D, Elmeli F, Çiçek B, Demirtaş T. Anne sütü ile beslenme süresini etkileyen etmenler: Türkiye’de Kayseri ilinden kesitsel bir araştırma. Türk Pediatri Arşivi Dergisi. 47: 99-103, 2012.

## 10. EKLER

### Ek 1. İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 31034136 - 302.08.01 / 369  
Konu : Sevil ABALIK  
Anket Çalışması

07.08.2015

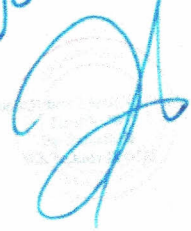
#### MEDİPOL MEGA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sevil ABALIK'ın, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "6 Ay İçerisinde 3 Kez Hırıltılı Solunum Atığı Geçiren Çocukların Annelerinin Anne Sütü Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Hastanemiz Çocuk Polikliniği'nde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.

  
Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ  
Müdür V.

#### DAĞITIM:

Medipol Mega Hastanesi Başhekimliğine  
Koşuyolu Medipol Hastanesi Başhekimliğine

*uygundur.*  




## Ek 2. Veri Toplama Formu

### 6 AY İÇERİSİNDE 3 KEZ HIŞILTI SOLUNUM ATAĞI GEÇİREN ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ANNE SÜTÜ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

Bu anket anne sütü alan çocukların solunum sistemi üzerine etkilerini belirlemek için yapılmaktadır. Alınan bilgiler araştırma için kullanılacaktır, paylaşılmayacaktır.

1)Adınız Soyadınız:

Bebeğinizin adı soyadı:

Telefon numaranız:

2)Bebeğinizin cinsiyeti?

A) Kız B)Erkek

3)Doğum Tarihi:

4)Anket Tarihi:

5) Annenin yaş aralığı ?

A)20 yaşından küçük B) 20 -30 yaş arası C) 30 -40 yaş arası D)40 Yaş Üzeri

6)Eğitim Durumunuz ?

A)Eğitimi Yok /İlkokul Terk B)İlköğretim C) Lise D)Üniversite

7)Ailenin Aylık Geliri ?

A)1000 tl ' den az B)1001- 2000 tl arası C) 2001 tl üzerinde

8)Emzirirken Sigara Kullanıyor Muydunuz?

A)Evet B)Hayır

9)Anne Hamileyken Sigara Kullanıyor Muydu?

A)Evet B)Hayır

10)Toplam Yaşayan Çocuk Sayısı ?

A) Tek Çocuk B) iki Çocuk C)Üç Çocuk ve üzeri

11)Emzirme Hakkında Eğitim Aldınız mı?

A)Evet B)Hayır

12) En Son ki Gebeliğinizin Doğum Şekli ?

A)Sezaryan B) Vajinal Doğum

13) En Son Doğan Bebek 35 Gestasyonel Gebelik Haftasından önce mi doğdu?

A ) Evet B) Hayır

14) Bebeğin Doğum Tartısı Nedir?

A) 1500gr -2500gr arası B)2501-4000gr arası C)4000 gr üzeri

15) Bebeğinizi İlk Olarak Neyle Beslediniz?

A)Anne Sütü B)Formül Süt C)Su ve Şekerli Su D)İnek Sütü

16)Bebeğin Şu An Beslenme Durumu Nedir?

A)Sadece Anne Sütü

B)Anne Sütü +Su

C)Anne Sütü+Süt(İneksütü Yada Formül Süt)

D)Anne Sütü +Karışık Besleme

E)Yalnız Formül Süt

F)Anne Sütü Olmadan Karışık Beslemedir

17)Anne Sütünü Kaç Ay Vermek Gerekir ?

A)0-4 ay B)6 ay C)12 ay D)2 yaş

18)Bebeğinizi Anne Sütü İle Beslemeye Hangi Ayına Kadar Devam Ettiniz?

A) Hiç Emzirmedim      B)0-4 ay      C) 4-6 ay      D) 6-12 ay

E)Halen Devam Ediyorum

19) Ne Zaman Ek Gıdaya Başladınız?

A)0 – 4ay      B) 4-6 ay      C) 6-12 ay      D)Henüz Başlamadım

20)Doğumsal bir hastalığı var mı?

A)Evet, hangi hastalık ?.....      B)Hayır

21)Doğumdan sonra bebekte sıkıntılar yaşandı mı

A)Oksijen verildi      B)Küvözde kaldı      C)Ventilatöre bağlandı

D)Sıkıntı Yaşanmadı

## 11. ETİK KURUL ONAYI

T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı : 108400987-365  
Konu: Etik Kurulu Kararı

25/06/2015

Sayın Sevil Abalık Aydoğan

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Altı ay içerisinde üç kez hırıltılı solunum atağı geçiren çocukların annelerin anne sütü hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

EK:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37  
Faks: (0212)531 75 55  
E-mail: [ilknurfil@medipol.edu.tr](mailto:ilknurfil@medipol.edu.tr)

Adres: Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No: 19,34810  
Kavacık/BEYKOZ

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	08.06.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	08.06.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 320	Tarih: 25.06.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

\* Toplantıda Bulunma

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Altı ay içerisinde üç kez hırıltılı solunum atağı geçiren çocukların annelerin anne sütü hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Sevil Abalık Aydoğan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

## 12. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı	Sevil	Soyadı	Aydoğan
Doğum Yeri	Adıyaman	Doğum Tarihi	01.09.1989
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	16327297108
E-mail	sevil.abalik@gmail.com	Tel	05544296301

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Kocaeli Üniversitesi	2011
Lise	Adıyaman Lisesi	2006

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Medipol Üniversitesi Hastanesi	2012-2014
2.	Hemşire	Bezmialem Vakıf Üni. Hastanesi	2011-2012
3.			-