



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

İKİ YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA BESLENMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Nisa PEKCAN BÖLÜKBAŞI

TEZ DANIŞMANI

Prof.Dr. Emel GÜR

İSTANBUL, 2019

ÖNSÖZ

Araştırmam süresince gece gündüz demeksizin her türlü yardımını esirgemeyen, değerli katkılarını ve desteğini aldığım tez danışmanım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Emel GÜR'e,

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi birikimleri ile önümüzü aydınlatan, her türlü derdimizi dinleyen Anabilim Dalı Başkanımız sayın Prof. Dr. Ahmet ARVAS'a,

Uzmanlık tez istatistiklerimin hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen sayın Doç. Dr. Günay CAN'a,

Eğitimime büyük katkıları yanında her zaman desteğini hissettiğim, rol modelim sayın Prof. Dr. Mehmet VURAL'a,

Asistanlık eğitimim süresince birlikte çok şey paylaştığımız benim Cerrahpaşada'ki ailem olduğunuz için Dr. Dilara Ece TOPRAK, Dr. Nükhet PEHLİVANOĞLU ve Dr. Yusuf Can DOĞAN'a,

Tezin veri toplama aşaması dahil olan, Çocuk Sağlığı İzlemi Polikliniği çalışanları Ayşe ÇOBAN, Gülsüm ARAÇ, Gündüz DANYILDIZ, Lütfiye ÖNGEL'e,

Sınavlarım ve asistanlığım boyunca bizlere gerek güler yüzleriyle gerekse desteklerinden ötürü sevgili kürsü ekibi olan Cemil Ağabeyime, Türkan AKARÇAY'a ve Bircan NEMBRUT'a,

Hayatım boyunca her türlü desteklerini benden esirgemeyen sevgili babam Serdar PEKCAN, annem Zeynep PEKCAN ve kardeşim Mert PEKCAN'a,

Tez çalışmamın ve asistanlığımın her aşamasında yardımı ve manevi desteği ile gece gündüz, tatil demeden her zaman yanımda olan sevgili eşim, yol arkadaşım Zeki BÖLÜKBAŞI'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Nisa PEKCAN BÖLÜKBAŞI
İstanbul 2019

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	viii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. ANNE SÜTÜNÜN ÖNEMİ	2
2.2. ANNE SÜTÜNÜN ÖZELLİKLERİ.....	3
2.2.1. KOLOSTRUM	3
2.2.2. GEÇİŞ SÜTÜ	3
2.2.3. OLGUN SÜT.....	3
2.3. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ BEBEK BESLENMESİ TANIMLARI.....	4
2.4. ANNE SÜTÜNÜN İÇERİĞİ.....	4
2.4.1. PROTEİN	4
2.4.2. KARBONHİDRAT	5
2.4.3. YAĞLAR VE YAĞ ASİTLERİ.....	5
2.4.4. MİNERALLER	5
2.4.5. VİTAMİNLER	6
2.4.6. HORMONLAR VE ENZİMLER.....	6
2.4.7. ANTİMİKROBİYAL, ANTİİNFLAMATUAR VE BÜYÜME FAKTÖRLERİ, HÜCRELER, MİKROORGANİZMALAR.....	7
2.5. TÜRKİYE’DE EMZİRME VE BESLENMENİN DURUMU TNSA-2013	7

2.6.	ANNE SÜTÜ İLE BESLENMEYE ETKİ EDEN FAKTÖRLER	9
2.7.	BAŞARILI EMZİRME İÇİN 10 ADIM	10
2.8.	ZOR DURUMLARDA BESLENME İLE İLGİLİ DANIŞMANLIK.....	11
2.9.	TAMAMLAYICI BESLENME.....	12
2.11.	TAMAMLAYICI BESLENMEYE ERKEN VEYA GEÇ BAŞLAMANIN DEZAVANTAJLARI.....	13
2.12.	TAMAMLAYICI BESLENMEYE GEÇİŞ ZAMANINA ETKİ EDEN ETMENLER	14
2.12.1.	NÖROMUSKÜLER SİSTEM.....	14
2.12.2.	SİNDİRİM SİSTEMİ	16
2.12.3.	ÜROGENİTAL SİSTEM	16
2.12.4.	İMMUN SİSTEM.....	16
2.13.	TAMAMLAYICI BESLENMEYE GEÇİŞTE SIK RASTLANAN HATALI YAKLAŞIMLAR	16
2.14.	TAMAMLAYICI BESİNLERİN YETERLİLİĞİ VE UYGUNLUĞU	17
2.14.1.	ENERJİ.....	17
2.14.2.	KOMPLEKS KARBONHİDRATLAR VE ŞEKERLER.....	18
2.14.3.	PROTEİN VE AMİNOASİTLER.....	19
2.14.4.	BÖBREK SOLÜT YÜKÜ	19
2.14.5.	YAĞLAR VE YAĞ ASİTLERİ.....	19
2.14.6.	VİTAMİN VE MİNERALLER.....	20
2.15.	DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TAMAMLAYICI BESLENME BELİRTEÇLERİ	22
2.15.1.	DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNE GÖRE 6-23 AY BEBEKLER 7 TEMEL BESİN GRUBUNUN EN AZ 4 TANESİNDEN HER GÜN TÜKETMELİ.....	22
2.15.2.	DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNE GÖRE TAMAMLAYICI BESİNLERİN OLMASI GEREKEN MİNİMUM SIKLIĞI.....	23

2.15.3. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNE GÖRE KABUL EDİLEBİLİR BESLENME	23
2.16. BİR YAŞINDAN ÖNCE VERİLMESİ ÖNERİLMİYEN GIDALAR	24
2.17. SÜT ÇOCUKLARI İÇİN UYGUN TAMAMLAYICI BESİNLER	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. ÖRNEKLEM.....	30
3.2. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	30
3.3. BESLENME DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	30
3.4. BESİN TÜKETİM ÖYKÜSÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	31
3.5. VERİLERİN ANALİZİ	31
4. BULGULAR	33
4.1. DAĞILIMLAR VE ORTALAMA DEĞERLER.....	33
4.1.1. SOSYODEMOGRAFİK DAĞILIMLAR	33
4.1.1.1. BEBEKLERİN CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI.....	33
4.1.1.2. BEBEKLERİN YAŞ, DOĞUM HAFTASI VE KİLOSUNA GÖRE DAĞILIMI.....	33
4.1.1.3. HAMİLELİKTE SORUN, HAMİLELİK SAYISI, ÇOCUK SAYISI, ÖLÜ DOĞUM	33
4.1.1.4. DOĞUM ŞEKLİ.....	34
4.1.1.5. DOĞUM YERİ.....	34
4.1.1.6. BEBEKLERİN BOYU VE KİLOSU	35
4.1.1.7. AKRABA EVLİLİĞİ	35
4.1.1.8. ANNE VE BABA YAŞI	35
4.1.1.9. AİLE ŞEKLİ.....	35
4.1.1.10. BAKICI	35
4.1.1.11. ANNE ÖĞRENİM DURUMU.....	36

4.1.1.12.	BABA ÖĞRENİM DURUMU.....	36
4.1.1.13.	SOSYAL GÜVENCE	37
4.1.1.14.	ANNE MESLEĞİ.....	37
4.1.1.15.	BABA MESLEĞİ.....	37
4.1.2.	BESLENME UYGULAMALARI	37
4.1.2.1.	İLK ANNE SÜTÜ VERME ZAMANI.....	37
4.1.2.2.	ANNE SÜTÜNE DEVAM ORANI.....	37
4.1.2.3.	İKİ YAŞINA KADAR ANNE SÜTÜNE DEVAM ORANI.....	37
4.1.2.4.	BİBERON VERME ORANI.....	38
4.2.	İLK 6 AY SADECE ANNE SÜTÜYLE BESLENME (EXCLUSIVE BREASTFEEDING), ANNE SÜTÜ AĞIRLIKLIL BESLENME (PREDOMINANT BREASTFEADING), MAMA İLE BESLENME VE HİÇ ANNE SÜTÜ İLE BESLENMEME ORANLARI.....	38
4.3.	6-23 AYLIK BEBEKLERE VERİLEN KATI GIDALAR VE ORANLARI .	38
4.3.1.	YEDİ BESİN GRUBUNA GÖRE AYRILARAK.....	38
4.3.2.	YEDİ BESİN GRUBU DIŞINDAKİ BESİNLER	40
4.4.	ÇALIŞMAMIZA KATILAN 6-8 AYLIK 48 BEBEKTE EN SIK BAŞLANAN EK GIDALAR	40
4.5.	DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ; KATI GIDAYA ZAMANINDA BAŞLAMA, MİNİMUM BESİN ÇEŞİTLİLİĞİ, BESİN SIKLIĞI VE KABUL EDİLEBİLİR BESLENME BELİRTEÇLERİNE UYGUNLUK VE ORANLARI	41
4.6.	BODURLUK, KAVRUKLUK, DÜŞÜK KİLOLULUK, FAZLA KİLOLULUK, OBEZİTE ORANLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE VE BESLENME İLE İLŞKİLERİ	42
4.7.	BEBEĞİN DOĞUM TARTISI İLE BESLENME İLŞKİSİ.....	43
4.8.	DOĞUM ŞEKLİNE GÖRE BESLENME İLŞKİSİ.....	43
4.9.	HAMİLELİK SAYISINA GÖRE BESLENME İLŞKİSİ.....	44

4.10. BEBEĞİN KAÇINCI ÇOCUK OLDUĞU İLE BESLENME İLİŞKİSİ	45
4.11. BEBEĞİN CİNSİYETİ İLE BESLENME İLİŞKİSİ	46
4.12. ANNE YAŞI İLE BEBEĞİN BESLENME İLİŞKİSİ.....	46
4.13. BABA YAŞI İLE BEBEĞİN BESLENME İLİŞKİSİ.....	47
4.14. DOĞUM YERİ İLE BEBEĞİN BESLENME İLİŞKİSİ.....	47
4.15. BAKICI İLE BESLENME İLİŞKİSİ.....	48
4.16. BABA EĞİTİMİ DÜZEYİ İLE BESLENME İLİŞKİSİ.....	49
4.17. BABA MESLEĞİ İLE BESLENME İLİŞKİSİ.....	49
5. TARTIŞMA	51
5.1. EMZİRME ORANLARI.....	51
5.2. EMZİRMEYE ETKİ EDEN SOSYODEMOGRAFİK VERİLER.....	53
5.3. TAMAMLAYICI BESLENME ORANLARI	55
5.4. TAMAMLAYICI BESLENMEYE ETKİ EDEN SOSYODEMOGRAFİK VERİLER.....	58
5.5. BODURLUK, KAVRUKLUK, DÜŞÜK KİLOLULUK VE FAZLA KİLOLULUK ORANLARI.....	59
5.6. ANNE SÜTÜ, TAMAMLAYICI BESLENME VE SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLERİN BODURLUK, KAVRUKLUK, DÜŞÜK KİLOLULUK VE FAZLA KİLOLULUĞA ETKİSİ.....	59
6. SONUÇLAR	62
7. KAYNAKLAR	65

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.	İlk 18 ayda beslenme ve nöromotor gelişme.....	15
Tablo 2.	Anne sütüyle beslenen 6-24 ay çocuklar için tamamlayıcı beslenme konusunda öneriler	16
Tablo 3.	Bebek besinlerinin böbrek solüt yükü	19
Tablo 4.	Sosyodemografik verilerin oranları.....	35
Tablo 5.	Anne öğrenim durumu.....	36
Tablo 6.	Altı ay altında sadece anne sütü alma ve anne sütü ağırlıklı beslenme, mama ile beslenme ve hiç anne sütü almama oranları.....	38
Tablo 7.	6-23 aylık bebeklere verilen katı gıdalar ve oranları.....	41
Tablo 8.	Dünya Sağlık Örgütü; minimum besin çeşitliliği, besin sıklığı, katı gıdaya zamanında başlama ve kabul edilebilir beslenme belirteçlerine uygunluk ve oranları.....	42
Tablo 9.	Doğum tartısı ile beslenme ilişkisi	43
Tablo 10.	Doğum şekli ile beslenme ilişkisi.....	44
Tablo 11.	Hamilelik sayısı ile beslenme ilişkisi	45
Tablo 12.	Bebeğin kaçınıcı çocuk olduğu ile beslenme ilişkisi.....	45
Tablo 13.	İlk 6 Ay anne sütü alma.....	46
Tablo 14.	Anne yaşının bebeğin uygun beslenmesi ile ilişkisi.....	46
Tablo 15.	Baba yaşı ile bebeğin beslenme ilişkisi.....	47
Tablo 16.	Doğum yerine göre 2 yaşına kadar anne sütü alma.....	48
Tablo 17.	Bakıcı ile beslenme ilişkisi.....	48
Tablo 18.	Baba eğitimi düzeyi ile beslenme ilişkisi	49

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. TNSA 2013 Anne sütü ve ek gıda ile beslenme yüzdeleri.....	9
Grafik 2. Bebeklerin cinsiyete göre dağılımlı.....	33
Grafik 3. Bebeklerin doğum Şekline göre dağılımlı.....	34
Grafik 4. Bebeklerin doğduğu hastaneye göre dağılımlı	34
Grafik 5. Anne ğrenim durumu.....	36
Grafik 6. Baba ğrenim durumu	36
Grafik 7. İlk anne sütü verme zamanı.....	37

KISALTMALAR LİSTESİ

BUN	: Kan üre azotu
C°	: Santigrat
Cm	: Santimetre
dl	: Desilitre
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EQ	: Emotional Intelligence
FAO	: Besin ve Tarım Örgütü
g	: Gram
GH	: Gestasyonel Hafta
GnRH	: Gonodotropin Releasing Hormon
IQ	: Intelligence Quotient
IU	: İnternasyonal Ünite
Kg	: Kilogram
Kkcal	: Kilo kalori
L	: Litre
LHRH	: Luteinizing Hormone- Releasing Hormon
Maks.	: Maksimum
Mg	: Miligram
Min.	: Minimum
mOsm	: Miliosmol
M.Ö.	: Milattan Önce
n	: Sayı
ort.	: ortalama
pH	: Power of Hydrogen
ppm	: Parts per million
SDS.	: Standard Deviation Scores
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmaları
T3	: Triiyodotironin
T4	: Tiroksin
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TRH : Thyrotropin Releasing Hormon
TSH : Tiroid Stimulan Hormon
WHO- MGRS : Multicentre Growth Reference Study
Vb : ve benzeri



İKİ YAŞ ALTI BESLENMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda 0-2 yaş grubu bebeklerde; emzirme, tamamlayıcı beslenme uygulamaları ve bodurluk, kavrukluuk, düşük kiloluluk, fazla kiloluluk, obezite gibi beslenme sorunları ile sosyodemografik faktörler arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık. Aynı zamanda beslenme uygulamalarının yukarıda belirtmiş olduğumuz beslenme sorunları üzerindeki etkisini araştırmayı planladık.

Gereç ve yöntem: Araştırmaya 01/09/2018-01/01/2019 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlemi Polikliniğinin’de takibe alınmış; miadında, 2500 gram üzerinde doğmuş, herhangi bir hastalık tanısı olmayan 297 bebek dahil edildi. Çalışmada Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2007 yılında anne sütü alma ve tamamlayıcı beslenmeyi değerlendirmek amacıyla oluşturduğu belirteçler kullanılarak, ebeveynlere yüz yüze anket yöntemi uygulandı. Aynı görüşmede sosyodemografik veriler ile ilgili bilgiler de dosyalardan kaydedildi. Bebeklerin boy ve vücut ağırlıkları eğitimli poliklinik hemşiresi tarafından alınarak, DSÖ büyüme eğrilerine göre değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan bebeklerin %52,5’i kızdı. Yaşları 15 gün ile 24 ay arasındaydı. İlk 1 saatte anne sütü alma oranı %25,6, ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranı %62,1 ve 2 yaşına kadar anne sütü alma oranı %59 saptandı. Çalışmaya katılan bebeklerin %3,3’ü kavrukken, %2,02’si bodur, %1,68’i düşük kilolu, %2,36’sı ise fazla kilolu olarak bulundu. DSÖ belirteçlerine göre 6-23 aylık 231 bebeğin %62,3’ü yaşına uygun “minimum besin çeşitliliği”nde beslenirken, 216’sının “minimum beslenme sıklığı” yaşına uygundu (%72,7), 185’inin ise hem ‘minimum beslenme sıklığı’ hem de “minimum beslenme çeşitliliği” yeterli düzeydeydi; yani “minimum kabul edilebilir beslenme” kriterlerini doldurmaktaydı (%62,3). Bebeklerin %74’ü ek gıdaya 6-8. ay olarak uygun başlamıştı. Sosyodemografik verilerle beslenme uygulamaları ve beslenme sorunlarını karşılaştırdığımızda; babanın 30 yaşında ve daha genç olması, doğumdan sonra ilk 1 saatte emzirme düzeyini artırıyor (p=0,009). Normal doğan bebek ve erkek bebekte ilk 6 ay anne sütü alma oranı yüksekti (p=0,001; p=0,048). Doğumun devlet hastanesinde gerçekleşmesi 2 yaşına kadar anne sütü alma oranını artırmaktayken (p=0,049), bebeğin 3000gr altında doğması (p=0,036) ve bakıcı tarafından beslenmesi

anne sütüne devam oranını düşürmekteydi ($p=0,006$). Bebeğe “minimum beslenme çeşitliliği” ve “minimum kabul edilebilir beslenme” uygulanma oranı anne yaşının 30 ve üzerinde olduğu durumlarda anlamlı yüksekti ($p=0,04$). Cinsiyetin erkek olması, ailede çocuk sayısının 3’den fazla olması, babanın üniversite mezunu ve memur olması kavrukluk düzeyini azaltmaktaydı ($p=0,047$; $p=0,001$; $p=0,028$; $p=0,022$). Fazla kiloluluk ve obezite oranı bebeğin bakıcı tarafından beslenmesi durumunda artmaktaydı ($p=0,02$). Beslenme uygulamaları ile beslenme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptamadık.

Sonuç: Çalışmamızda emzirme, uygun tamamlayıcı beslenme oranlarımızın ülke genelinin üzerinde; beslenme sorunlarının ise düşük düzeyde olduğunu saptadık. Sosyodemografik faktörler, beslenme uygulamaları ve beslenme sorunları üzerine etkili olurken; beslenme uygulamaları ile beslenme sorunları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi. Bu durumun; beslenme sorunu olan bebek oranlarımızın çok düşük olması ve DSÖ’nün 2 yaş altı beslenmenin değerlendirilmesinde uyguladığı belirteçlerin besin kalitesi ve miktarı üzerindeki duyarlılığının yeterli olmamasından kaynaklandığı görüşünderiz.

Anahtar Kelimeler: Emzirme, Tamamlayıcı Beslenme, Bodurluk, Düşük Kiloluluk, Kavrukluk, Fazla Kiloluluk, Obezite, Sosyodemografik Faktörler

EVALUATING THE INFANT NUTRITION UNDER 2 YEARS OF AGE

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to evaluate the infant nutrition in the first 2 years of age, to determine the factors effecting nutrition, and reveal the relationship among nutrition with infant growth.

Material Method: The study was carried out between September-December in 2018 by Cerrahpasa Faculty of Medicine, Department of Pediatrics in Istanbul. 297 infants included who were not diagnosed with any disease born above 2500 gram. Face-to-face survey method was applied to parents using the indicators of infant and young child feeding (iycf) which was established by WHO in 2007 to evaluate breastfeeding and complementary feeding. Information about sociodemographic data was recorded in the same interview. Height and weight were taken by the trained outpatient clinic and according to the WHO growth curves.

Findings: In the study, %52,5 were female. Infants age were between 15 days and 2 years. Initiating breastfeeding in the first hour was %25,6. Exclusive breastfeeding rate was %62,1. Breastfeeding up to 2 years of age rate was %60. In the study, %3,3 infant were wasted, %2,02 were stunted, %1,68 were underweight and %2,36 were overweight. According to the IYCF “minimum meal diversity” rate was %62,3, “minimum meal frequency” rate was %72,7, “minimum acceptable diet” rate was %62,3. Starting solid food appropriate was %74. It was found that babies whose father were younger than 30 years of age were more likely to breastfed in the first hour ($p=0,009$). The rate of breastfeeding in the first 6 months were higher in the vaginal births and male infants ($p=0,001$; $p=0,048$). Breastfeeding babies up to 2 years of age were higher in whom born in a state hospital rather than private hospital ($p=0,049$). Breastfeeding in the first 6 months who’s weighting less than 3000g ratio were lower than others ($p=0,036$). If maternal age was 30 or above minimum acceptable diet rate was higher ($p=0,04$). If the gender was male, the number of children in the family more than 3, father being university graduate and father were civil servants decreased wasting ($p=0,047$; $p=0,001$; $p=0,028$; $p=0,022$). The ratio of overweight and obesity increased when the baby was fed by the caregiver ($p=0,02$). We found no significant relationship between nutritional practices and nutritional status.

Conclusion: In our study, breastfeeding, the appropriate complementary nutrition rates over the country; and nutritional problems were low. While sociodemographic factors were effective on nutritional practices and nutritional problems; there was no significant relationship between nutritional practices and nutritional problems. In this case; we believe that the rate of infants with nutritional problems is very low and the sensitivity of WHO's markers on nutritional quality and quantity is not sufficient.

Keywords: Breastfeeding, Complementary Feeding, Wasting, Stunting, Overweight, Underweight, Obesity, Sociodemographic Factors



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesini, altıncı ayda ek gıdalara geçilmesini ve tamamlayıcı beslenme yanında emzirmenin de iki yaşa kadar devam etmesini önermektedir (1). İlk 2 yaş çocukların büyüme ve gelişmesinin hızlı olduğu kritik bir dönemdir ve bu nedenle de bu dönemde bebek beslenmesi önem arz etmektedir (2). İlk altı ay sadece anne sütü ile beslenme ve altıncı ayda ek gıdaya başlanması ile dünyada her yıl 1,3 milyon bebeğin ölümü engellenmektedir. Özellikle yaşamının ilk 2 yılında yetersiz beslenen çocuklarda büyüme ve gelişmenin aksadığı, bilişsel işlevlerin bozulduğu ve erişkin dönemde kronik hastalık risklerinin arttığı bildirilmektedir (3).

Her ne kadar ilk 2 yaşta bebek beslenmesinin önemli olduğu vurgulansa da şimdiye kadar, bebek ve küçük çocuk beslenme uygulamalarını ölçmek için nüfus temelli araştırmalarda kullanılacak göstergeler çoğunlukla emzirme uygulamalarına odaklanmıştır. Altı ile yirmi üç ay arası çocuklarda uygun beslenme uygulamalarının basit göstergeleri hakkındaki kanıt ve fikir birliği eksikliği, beslenme uygulamalarının ölçülmesinde ve iyileştirilmesinde ilerlemeyi engellemekte, böylece bebek ve küçük çocuklarda beslenme sorunlarındaki gelişmeleri sınırlamaktadır (4).

Dünya Sağlık Örgütü 6-23 aylık bebeklerin beslenmelerini değerlendirmek amacıyla 6-8 Kasım 2007 tarihleri arasında “DSÖ Küresel Konsensüs Toplantısı’nda” beslenme ile ilgili bir dizi belirteçler ortaya koymuştur (4).

Bu çalışmada İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı “Çocuk Sağlığı İzlemi Polikliniği’nde” takipli çocuğu olan 297 ebeveyne bebeklerinin beslenmesini saptayabilmek amacıyla anne sütü alma ve tamamlayıcı beslenme durumları, Dünya Sağlık Örgütü’nün 2007 yılında geliştirdiği bebek ve küçük çocukların beslenme uygulamalarını değerlendirme belirteçleri baz alınarak incelenmiştir.

Çalışmamızda 0-2 yaş grubu bebeklerde emzirme, tamamlayıcı beslenme uygulamaları ve bodurluk, kavrukluk, düşük kiloluluk, fazla kiloluluk, obezite gibi beslenme sorunları ile sosyodemografik faktörler arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık. Aynı zamanda beslenme uygulamalarının yukarıda belirtmiş olduğumuz beslenme sorunları üzerindeki etkisini araştırmayı planladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ANNE SÜTÜNÜN ÖNEMİ

İlk 2 yaş çocukların büyüme gelişmesinin hızlı olduğu kritik bir dönemdir ve bu nedenle de bu dönemde bebek beslenmesi önem arz etmektedir (2). Anne sütünün önemi M.Ö. 2500'lere dayanmaktadır. M.Ö. 2500 yıllarına ait Hammurabi Kanunlarında süt annelik ile ilgili maddeye rastlamak mümkündür. Mısır Uygarlığı'ndan günümüze ulaşan kaynaklarda da anne sütü ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Ebers papirüsünde bebek beslemesinde kullanılacak tek besinin anne sütü olduğu belirtilerek bebeğin üç yaşına kadar anne sütü ile beslenmesi gerektiği vurgulanmıştır (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bebeğin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesini, altıncı ayda ek gıdalara geçilmesini ve tamamlayıcı beslenme yanında emzirmenin de iki yaşa kadar devam etmesini önermektedir. İlk altı ay sadece anne sütü ile beslenme ve altıncı ayda tamamlayıcı beslenmeye başlanması ile dünyada her yıl 1,3 milyon bebek ölümden dönüp yaşama şansına sahip olmaktadır (1).

İlk 2 yaş büyümenin çok hızlı olduğu, beyin gelişiminin %90'ının tamamlandığı, bağırsak mikrobiyotasının erişkin halini aldığı ve çok önemli olan yeme davranışının oturduğu kritik derecede önemli bir dönemdir (6).

Yapılan meta-analiz sonucunda anne sütü ile beslenen çocukların ileri yaşlarda yapılan zekâ testlerinde ve okul hayatlarında daha başarılı oldukları, toplam anne sütü ile beslenme süresi arttıkça erişkin yaşta erişilen IQ ya da EQ'nun 3,44 puan daha yüksek olduğu gözlenmiştir (7).

Yapılan çalışmalarda anne sütüyle beslenen bebeklerin erişkin yaşlarında daha az allerji, obezite, tip 1 diabetes mellitus, kanser, multiple skleroz, inflamatuvar barsak hastalıkları ve ateroskleroz görüldüğü saptanmıştır (8) (9).

Anne sütüyle beslenme ile sadece bebeğin fiziksel gelişimine katkı sağlanmayıp, aynı zamanda hem anne hem de bebeğin psikososyal gelişimini de etkilemektedir. Anne sütü bebekte güven duygusu oluştururken, içeriğindeki endorfin ile aneljezik etki sağlayıp daha az ağlamasına sağlamaktadır. Emziren annelerin bebeğine şiddet uygulama, terketme gibi davranışları daha az görülmektedir (10). Emziren annelerde meme kanseri, over kanseri ve osteoporoz daha az görülmektedir (7) (11).

2.2.ANNE SÜTÜNÜN ÖZELLİKLERİ

Doğumdan sonra ortalama 5 günde salgılanan süte “kolostrum” denir. 6-15 günler arasında salgılanan süte “geçiş sütü”, 15. günden sonra salgılanan süte ise “olgun süt” denir (12) (13). Anne sütü bebeğin yaşına, durumuna bebeğin ihtiyacına uygun olarak değişen mucize bir bileşimdir (13). Hatta emzirme süresince bile değişen dinamik bir besindir. Emzirmenin başında karbonhidrattan zengin “ön süt”, emzirmenin sonlarında ise yağdan zengin “son süt” salgılanır. Son süt içeriğindeki yüksek yağ bebekte tokluk hissi sağlamaktadır. Anne sütü içerik olarak D ve K vitamini dışındaki bebeğin tüm ihtiyaçlarını karşılayacak bir besindir bu nedenle de ilk 6 ayda su da dahil olmak üzere anne sütü haricinde besin verilmesine gerek yoktur (7).

2.2.1. KOLOSTRUM

Doğumdan sonra salgılanan ilk süte “kolostrum” denir. Kişiden kişiye değişmekle birlikte her öğünde yaklaşık olarak 7-10 ml kolostrum üretilmektedir. Kolostrum 4-5 gün kadar salgılanır. Kolostrum olgun süte kıyasla daha az yağ ve karbonhidat, daha fazla protein ve elektolit içerir. Salgısal immunglobulin A, laktoferrin ve akyuvardan zengindir. Bu sayede bebeğin enfeksiyonlardan korunmasında etkin rol oynar. Preterm doğum yapan annelerin sütü term doğuran anne sütüne göre de farklılık gösterir. Preterm anne sütünde protein, yağ ve sodyum içeriği term anne sütüne göre daha yüksek oranda bulunur, fakat ilerleyen haftalarda bu fark kaybolur (13) (14).

2.2.2. GEÇİŞ SÜTÜ

“Geçiş sütü” doğum sonrası 5-15. günlerde salgılanan süt olup, kalori ve yağ içeriği kolostruma göre daha yüksek, protein miktarı ise daha düşüktür (15) (16).

2.2.3. OLGUN SÜT

Doğumdan sonraki 15. günden sonra salgılanan süte “olgun süt” denir. Olgun sütün %90’ı su olup geri kalan %10’luk kısım ise karbonhidrat, protein, yağ, vitamin, mineral, hormonlar, hücreler ve mikroorganizmalardan oluşmaktadır (13) (14).

2.3.DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ BEBEK BESLENMESİ TANIMLARI

Sadece anne sütü ile beslenme (Exclusive breastfeeding): İlk 6 ayda anne sütü, oral rehidratasyon sıvısı ve vitamin mineral gibi ilaç haricinde başka besin maddesi almamalı.

Anne sütü ağırlıklı beslenme (Predominant breastfeeding): İlk 6 ayda anne sütü, su ve su bazlı ürünler, oral rehidratasyon sıvısı ve vitamin mineral gibi ilaç haricinde başka besin maddesi tüketmemeli.

Tamamlayıcı Beslenme: Anne sütü yanında herhangi bir katı, yarı katı ya da sıvı gıda, formül mama dahil tüketebilir.

Biberonla Beslenme: Herhangi bir sıvıyı (anne sütü de dahil) biberonla tüketiyorsa bu biberonla beslenme olarak tanımlanmıştır (4).

2.4.ANNE SÜTÜNÜN İÇERİĞİ

2.4.1. PROTEİN

Anne sütünde whey proteini ve whey/kazein oranı yüksektir. Whey proteini büyük ölçüde α -laktalbumin, laktoferrin, lizozim, immunglobulinler, nükleotidler, büyüme faktörleri ve albumin içermektedir. Özellikle salgısal immunglobulin olmak üzere laktoferrin, lizozim, büyüme faktörleri bebeğin bakteri ve virüslere karşı korunmasında rol oynar. Anne sütünde whey/kazein protein oranı laktasyon sürecine göre değişim gösterir; laktasyonun erken döneminde bu oran 90/10 iken, matür sütte 60/40, geç dönemlerinde 50/50 olduğu gösterilmiştir (17). Anne sütünde toplam protein 1.1 g/dl iken inek sütünde 3,2 g/dl dir (7). Anne sütünde whey proteini hakimken formül mama ve inek sütünde ise allerjen olan B-laktoglobulin hakimdir. Anne sütündeki düşük kazein, inek sütüne veya formül mamaya göre sindirimin daha kolay olmasını sağlamaktadır (18) (19). Anne sütünün protein ve mineral içeriği inek sütüne göre düşüktür ve bu da böbreğe zarar veren böbrek solüt yükünün düşük olmasını sağlamaktadır. Büyüme için önem arz eden protein inek sütüne göre düşük olmasına rağmen biyoyararlanımı inek sütüne oranla daha yüksektir. Anne sütünde aminoasit olarak yüksek oranda glutamik asit ve taurin bulunur. Taurin aminoasiti retina harabiyetini önler ve hücre membran bütünlüğünü sağlar (15).

2.4.2. KARBONHİDRAT

Anne sütünün ana karbonhidratı laktozdur. Glukoz ve galaktozun bileşiminden oluşan bir disakkarittir. Anne sütünde 7,1 g/dl laktoz bulunurken bu oran inek sütünde 4,1 g/dl'dir. Anne sütünde bulunan karbonhidratlar, laktobasillus bifidusun büyümesini uyardığından "bifidus faktör" veya "büyüme faktörü" adı da verilir. Anne sütü alan bebeklerde bu faktör barsaklardaki bakteriyel florada yoğundur ve patojen mikroorganizmaların üremesini engeller. Laktoz sütteki kalsiyum emilimini arttırarak kemik mineralizasyonunu olumlu etkiler (6) (20) (21) (22).

2.4.3. YAĞLAR VE YAĞ ASİTLERİ

Anne sütünün ana lipidi %98 oranda triaçilgliseroldür. Anne sütünde 4,5 g/dl lipid bulunurken, inek sütünde ise 3.8 g/dl bulunur. Anne sütü kalorisinin büyük kısmı yağlardan sağlanır. Anne sütü doymamış yağlardan ve esansiyel yağ asitlerinden zengindir. Trigliseridlerde en fazla bulunan yağ asitleri palmitik asit ve oleik asitlerdir. Ayrıca anne sütü; bebeğin sinir ve retina hücrelerinin yapısına giren ve sinir sistemi ve görme işlevlerinin gelişiminde rol oynayan araşidonik asit, dokozahekzaenoik asit, linolenik asit ve alfa linoleik asit gibi çoklu doymamış yağ asitleri yönünden de zengindir. Anne sütü yağının sindirim ve emilimi inek sütüne oranla çok daha kolaydır. İçerdiği yağ asitleri bileşimi ve lipaz enzimi bebekte yağ emilimini kolaylaştıran etmenlerdendir (20) (10) (12).

2.4.4. MİNERALLER

Anne sütünün mineral içeriği inek sütüne oranla düşüktür. Anne sütünün potasyum içeriği sodyuma oranla yüksektir ve intrasellüler sıvılarla uyum göstermektedir. Sodyum komponentinin düşüklüğü yenidoğanın olgunlaşmamış böbrek işlevleri ile uyum gösterir.

Anne sütünün kalsiyum içeriği, inek sütüne oranla düşük olmasına (35 mg/dl ve 120 mg/dl) rağmen, kalsiyumun fosfora oranı 2/1 olup emilimi daha yüksektir (%55; %38). Bu özelliği ile anne sütü kemik mineralizasyonu için uygundur.

Anne sütündeki çinko daha fazla ve whey proteinlerine bağlı olarak bulunur. Anne sütündeki çinkonun emilimi inek sütüne göre daha fazladır (6) (12) (19).

Anne sütü ile beslenen çocukta bakır eksikliği görülmez.

Diş ve kemik dokusunun normal yapısının ve gelişiminin korunmasında gerekli olan florun anne sütündeki miktarı 0,02 ppm'dir. Bu miktarın süt çocuğu için yeterliliği tartışmalıdır. Lokal su kaynakları 0,3 ppm'den az flor içeren bölgelerde yaşayan süt çocuklarına altıncı aydan başlayarak günde 0,25 mg flor eklenmesi önerilmektedir (6) (12) (19).

Anne sütünde bulunan demir miktarı düşüktür (0,2-0,8 mg/dl) ancak biyolojik yararlılığı yüksektir. İnek sütü veya diğer gıdalarla alınan demirin %5-10'luk kısmı emilirken, anne sütünde emilim oranı %50'ye yakındır (23).

2.4.5. VİTAMİNLER

Anne sütünde K ve D vitaminleri dışındaki yağda ve suda eriyen vitaminler yeterli miktarda vardır. Yenidoğanda bağırsak mikrobiyotasının henüz tam olgunlaşmaması nedeniyle K vitamini eksikliği görüleceğinden dolayı hemorajik hastalığın önlenmesi için doğar doğmaz 1mg K vitamini parantral yolla uygulanır.

Anne sütündeki A ve C vitamini, ilk 6 ay bebeğın gereksinimini karşılar, dışarıdan verilmesi gerekmez.

Anne sütü, litresinde 2 IU E vitamini içerecek inek sütünden daha fazla E vitamini kaynağıdır.

Anne sütü D vitaminin 5 metabolitini içerir. 40-50 IU/I D vitamini ihtiva eder. Ancak ek D vitamini gereksinimi vardır. Vitamin D'nin vücutta birçok metabolik reaksiyonlarda özellikle kalsiyum ve fosfor emilimi, kalsiyum reabsorpsiyonu, parathormon baskılanması, immün sistem uyarılması, osteoblastların ve insülin üretiminin uyarılması, renin üretimini baskılanması, anjiyogenezis baskılanması, hücrel proliferasyon baskılanmasında önemli rol aldığı bilinmektedir. Anne sütü, inek sütü ya da formül mama ile beslenen bebeklere bir yaşına kadar D vitamini desteğı gerekir. İlk günden itibaren bir yaşına kadar günde 400 IU D vitamini ilavesi gereklidir (6) (12) (2).

2.4.6. HORMONLAR VE ENZİMLER

Anne sütünde çok sayıda enziminin olduğu bilinmektedir. Yağ sindirimi için gereken lipaz, meme bezlerinde süt lipitleri sentezi için gerekli olan lipoprotein lipaz, laktoz sentezinde rol oynayan galaktozil transferaz, antibakteriyel etkiye sahip laktoperoksidaz, tiyosiyanat, hidrojen peroksit başlıcalarıdır.

Enzimlerin yanı sıra, anne sütünde çok sayıda hormon GnRH, TRH, TSH, LHRH, T3, T4, parathormon, kalsitonin, prolaktin, östrojen, progesteron, kortikosteroidler bulunmaktadır.

Anne sütünde bulunan leptin anne sütü alan bebeklerde ideal enerji dengesi oluşturmakta ve daha sağlıklı büyümelerini sağlamaktadır (10) (20).

2.4.7. ANTİMİKROBİYAL, ANTIİNFLAMATUAR VE BÜYÜME FAKTÖRLERİ, HÜCRELER, MİKROORGANİZMALAR

Anne sütünde hücresel bileşen olarak makrofaj, nötrofil, lenfosit ve monositler içerir. Son çalışmalarda anne sütünün multipotent mezenkimal kök hücrelerini de içerdiği gösterilmiş ve bu hücrelerin anti-inflamatuar, anti-kanserojenik ve immunmodülatör etkileri araştırılmaktadır (24).

Anne sütünde başta sindirim sistemi, merkezi sinir sistemi, solunum sistemi olmak üzere pek çok sistemin gelişimini sağlayan büyüme faktörleri vardır. Büyüme faktörlerinin konsantrasyonu kolostrumda yüksektir. Epidermal büyüme faktörü, transforming büyüme faktörleri, sinir büyüme faktörü, insülin benzer büyüme faktörü, meme kaynaklı büyüme faktörü, eritropoetin, taurin, etanolamin, fosfoetanolamin, interferon başlıcalarıdır. Epidermal büyüme faktörü anne sütünde en yüksek konsantrasyonda bulunur. İnek sütü ve diğer formül mamalarda çok az, prematüre çocuğu olan annelerin sütlerinde ise daha yüksek miktarda bulunmuştur (6) (10) (19).

Anne sütünde antimikrobiyal faktör olarak laktoferrin, salgısal immunoglobulin A, lizozim, kompleman 3 ve fibronektin bulunur (25) (26) (27) (8). Ayrıca prostoglandin E1, E2, glutasyon peroksidaz, katalaz, alfa1-antitripsin, interlökin-10 gibi antiinflamatuvar faktörler, A, C, E vitaminleri, interlökin, interferron gamma gibi immunmodülatörler de bulunur (7) (28) (29).

2.5.TÜRKİYE'DE EMZİRME VE BESLENMENİN DURUMU TNSA-2013

Ülkemizde ve dünyada anne sütünü teşvik eden pek çok çalışma yapılıyor olmasına rağmen, çocukların emzirilme süreleri istenilen düzeyin altındadır. Ülkemizde annelerin emzirmeye başlama oranları yüksek, ancak emzirmeyi devam ettirme başarıları yetersizdir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçlarına göre de anne sütü ile bir süre emzirilme oranı oldukça yüksektir (%96,4). Yaşamlarının ilk iki ayında üç yaş altı çocukların %58'i sadece anne sütü ile beslenmiştir. Bu yüzde çocuğun yaşıyla birlikte hızla azalmakta, 4-5 aylık bebeklerde %10'a kadar gerilemektedir. Bu değer TNSA 2008'de %69'du. Aynı zamanda 2 aylıktan küçük çocukların %10'unun anne sütü ile beraber su aldıklarını göstermektedir (anne sütü ağırlıklı beslenme). İki aydan daha küçük çocukların dörtte biri anne sütü dışındaki süt ile beslenmiştir. Altıncı aydan on altıncı aya kadar bebeklerin yarısından fazlasına hem anne sütü hem de ek gıda verilmiştir. On altıncı aydan sonra bu yüzde düşmeye başlamakta ve 24-27 aylık çocuklarda %14'e düşmektedir. Tüm çocuklar için ortalama emzirme süresi 17 aydır. Emzirilen ve 6 aylıktan küçük olan çocukların %28'ine formül mama verilmiştir.

Yaşa göre boyu referans grubun ortalama değerinden -2 standart sapma gösteren çocuklar bodur olarak sınıflandırılmıştır. Tekrarlayan enfeksiyonlar ve kronik hastalıklardan da etkilenen bodurluk, çocuğun yeterli besinleri uzun bir dönemde alamamış olmasının sonucunu yansıtmaktadır. Bu nedenle yaşa göre boy endeksi bir nüfusta yetersiz beslenmenin uzun dönemdeki etkilerinin iyi bir göstergesidir ve verilerin toplandığı mevsime göre önemli değişiklikler göstermez.

Yaşa göre ağırlık endeksi hem akut hem de kronik yetersiz beslenmeyi değerlendirmekte olup genel olarak beslenmenin uzun dönemli değerlendirmesini yapmak için kullanılır. Klinik olarak çocuğun beslenmesindeki gelişmeleri ve büyümesinin sürekli değerlendirilmesini yapmak için yararlı bir ölçüttür. Yaşa göre ağırlığı referans grubun ortalama değerinden -2 standart sapma gösteren çocuklar düşük kilolu olarak sınıflandırılmıştır.

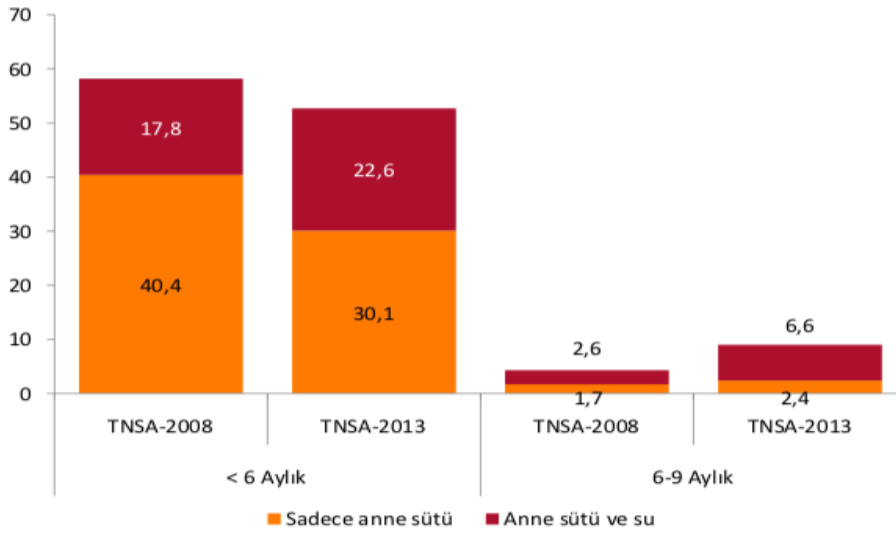
Boya göre ağırlık endeksi, vücut ağırlığını, vücut boyuna göre göstermektedir. Referans grubun ortalama değerinden -2 standart sapma gösteren çocuklar kavruk kabul edilmekte ve akut olarak yetersiz beslenmiş sayılmaktadır. Burada söz konusu olan zayıflık, araştırma tarihinden hemen önceki kısa dönemde yeterli ve dengeli beslenememeyi ifade etmektedir ve büyük olasılıkla yakın geçmişte geçirilen bir enfeksiyon hastalığı, özellikle ishal, ya da gıda arzındaki mevsimsel farklılıkların sonucudur.

Yetersiz beslenmeye ek olarak, gelişmekte olan ülkelerde çocuklukta fazla kiloluluk ve obezite sorunları ortaya çıkmıştır. Boya göre ağırlık ortalama değerinin +2

standart sapma üzerinde gösteren çocukların yüzdesi bu sorunun düzeyini göstermektedir.

İki yaşından küçük çocukların %15,5'i uluslararası referans nüfusla karşılaştırıldığında bodurdur (yaşına göre kısa). Zayıflık daha önemsiz bir sorundur. Çocukların %3,7'si yaşlarına göre düşük kilolu, %1,9'unun ise boya göre kilosu düşüktür (kavruk). Fazla kilolu çocuk oranı ise %8,8 saptanmıştır (30).

Emzirme ve Ek Gıda



Grafik 1. TNSA 2013 Anne sütü ve ek gıda ile beslenme yüzdeleri

2.6. ANNE SÜTÜ İLE BESLENMEYE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Bebeğin ağırlığı, sağlık durumu, akranlarının tutumu, varsa anneye doğum sonrası verilen izin ve işverenin işyerinde annenin çocuğunu kendi sütü ile beslemesine ve sütünü saklamasına elverişli olanakları hazırlaması annenin başlangıçtaki beslenme planlarını etkileyebilen faktörlerdir. Babanın da bu kararların alınmasında önemli etkisi vardır. Çocuklarını hiç emzirmeyen ya da ek gıdalara erken başlayan annelerin özellikleri incelendiğinde; annenin yaşı, eğitim düzeyi, ırk, gelir düzeyi, doğum sayısı ve çalışma durumu, doğum sonrasında eşinin ve çevrenin desteği, sigara içme alışkanlığı ve doğum sonrası depresif duygu durumunun ek gıdalara erken geçilmesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Hastanelerde hazır mama örneklerinin serbest olarak bulunması ve tanıtılmasının da ek gıdaya erken başlanmasında etkili olduğu gösterilmiştir (31) (32).

Yapılan çalışmalara göre emzirme süresi ve başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biri de annenin emzirme özyeterlilik algısıdır. Emzirme özyeterlilik algısı bebeğini emzirebilmek için annenin ne kadar çaba göstereceğini, duygusal olarak emzirmeye hazır olup olmadığını ve emzirme ile ilgili düşüncelerini yansıtır. Kısaca annenin emzirme sürecinde karşılaşacağı zorluklar ile baş edebilme yeteneğini gösterir. Ancak yeni anne olmanın yarattığı stres ve duygusal fırtına emzirmenin etkin olarak sürdürülmesini engelleyebilmektedir. Annenin sütünün yetersiz olduğunu düşünmesi onun bebeğini besleyebilmek için alternatif beslenme modellerine yönelmesine yol açarak, emzirme becerisini ve sonuç olarak yalnızca anne sütü ile beslenme süresini etkileyecektir. Bu konuda yapılan çalışmalar da özyeterlilik algısı yüksek olan annelerin emzirme süresinin daha uzun olduğu bulmuştur (33) (34) (35).

Verilen eğitimler ile annelerin emzirme konusunda kendilerine olan güvenlerinin arttığını ve bu durumun emzirmenin başarısını ve devamlılığını arttırdığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (36) .

2.7.BAŞARILI EMZİRME İÇİN 10 ADIM

1. Kurulda çalışan tüm sağlık görevlilerine düzenli olarak iletilen yazılı bir emzirme politikası oluşturmak
2. Bu politikayı yürütmek için gerekli becerileri tüm sağlık görevlilerine kazandırmak üzere eğitmek
3. Tüm hamile kadınları emzirmenin yararları ve uygulaması hakkında bilgilendirmek
4. Annelere doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için yardım etmek
5. Annelere nasıl emzireceklerini göstermek, bebeklerinden ayrı kalsalar da emzirmeyi nasıl sürdüreceklerini öğretmek
6. Tıbbi bir gereksinim olmadıkça yeni doğana anne sütü dışında herhangi bir yiyecek ya da içecek vermemek
7. Anne ve bebeğin 24 saat aynı odada kalmasını sağlamak
8. İsteğe bağlı emzirmeyi özendirmek
9. Anne sütü ile beslenen bebeklere biberon veya yalancı emzik vermemek

10. Anneleri, taburcu olduktan sonra da emzirmeye devam edebilmeleri, karşılaşılabilecekleri sorunları çözebilmeleri ve bebekleri ile kendilerinin kontrollerini yaptırabilmeleri için başvurabilecekleri sağlık kuruluşları hakkında bilgilendirmek (7) (37) (38).

2.8. ZOR DURUMLARDA BESLENME İLE İLGİLİ DANIŞMANLIK

Hastaneden taburcu olurken annelere; emzirme ile ilgili sorunlarda ya da emzirmeyi güçleştiren durumlarda mutlaka sağlık kurumuna başvurma ve emzirme konusunda danışmanlık hizmeti alma önerisi yapılmalıdır. Annenin ilaç kullanma durumu: Antimetabolitler ve radyoaktif maddeler emzirme için kontrendikasyon oluşturur. Amfetamin, kokain, eroin vs bağımlılık yapıcı maddeler kullanılmamalıdır.

Kloramfenikol, tetrasiklin, metronidazol yan etkileri yönünden zorunlu değilse kullanılmamalı, östrojen içeren preparatlar anne sütünü azaltıcı etkilerinden dolayı verilmemelidir. Antidepresan, antipsikotik ilaçlar uyku hali için bebekleri yakından izleyerek, dikkatli kullanılması gereken ilaçlardır. Anne ilaç kullanmak zorunda ise etkiyi en aza indirmek için emzirmeden sonra ve bebeğin en uzun süreli uyku döneminden önce ilacı almalıdır.

Çalışan anneler: Kırsal kesimde çalışan annenin bebeğini de yanında götürmesi en uygun yöntemdir. Kentte bu mümkün olamamaktadır. Annenin bebekle birlikte olduğu zamanlar ve mümkünse geceleri de emzirmesi önerilir. Çalışma saatlerinde üç saatte bir sütünü sağması (oda ısısında 6 saat, buzdolabında 24-48 saat, derin dondurucuda birkaç ay dayanabilir) ve bu sütün annenin olmadığı zamanlar bakıcı tarafından kaşıkla bebeğe verilmesi önerilir.

Çoğul gebelikler: İkiz, üçüz vs çoğul gebelik sonrasında annelerin süt miktarları tekiz doğuran annenin sütüne oranla iki ya da üç mislidir. Burada önemli olan sık ve uygun duruşla beslenmedir. Bebekler aynı anda ya da ayrı ayrı zamanlarda (bebeğin isteğine göre) emzirilebilir. Değişimli olarak her bir memeden emzirilmeleri her iki göğsünde aynı miktarda uyarılmasına neden olur.

Gebelik: Emzirme döneminde yeni bir gebelik prematür eylem dışında hemen anne sütüyle beslenmeye son verilmesini gerektirmez. Ancak gebelik hormonal dengeyi

değiştirerek süt yapımını azaltır. Bebek doğduğunda ise beslenmede öncelik yeni doğan bebeğindir (39).

2.9. TAMAMLAYICI BESLENME

Anne sütü ilk 6 aylık dönemde bebeğin ihtiyacının %100' ünü, 6-12 ayda %50'sini, 12. aydan itibaren %30'unu karşılar. İlk 6 aylık dönemde anne sütü tek başına yeterliyken sonraki dönemlerde artan ihtiyacı karşılamak için tamamlayıcı gıdalar gereklidir. 6. ayını doldurmuş bir bebek bu gıdalar için gelişimsel olarak hazırdır (40).

Dünya Sağlık Örgütü uygun tamamlayıcı beslenme için yol gösterici ilkeler yayınlamıştır (41).

- İki yaşına kadar bebek istedikçe emzirmeye devam edin.
- Yavaş bir şekilde ve sabırla besleyin.
- Onları yemeye teşvik edin, zorlamayın.
- Çocuklarla konuşun ve göz teması kurun.
- Uygun gıda kullanımına ve bu gıdaların hijyenine dikkat edin.
- Az miktar gıda ile başlayın, çocuk büyüdükçe kademeli olarak artırın.
- Tamamlayıcı besinlerin kıvamını ve çeşitliliğini yavaş yavaş artırın.

Tamamlayıcı besinler 2 gruba ayrılır:

- Süt çocukları için özel hazırlanmış geçiş besinleri
- Ailenin diğer fertlerinin tükettiği sofraya yemekleri olan aile yemekleri.

Geçiş besinleri anne sütü ile beslenmeden aile yemeklerine geçişte köprü görevi görür. Süt çocuğunun değişik tat, lezzet, kıvamda besinlere alışmasını sağlar. Yeme işlevi için nöromusküler gelişime yardımcı olur.

Tamamlayıcı besinlere zamanında başlanmalı, besinler yeterli, güvenilir ve uygun olmalıdır (42).

2.10.EK BESİNLER HAZIRLARKEN DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

- Eldeki tüm kesik ve yaralar kapatılmalıdır.
- Besinlerle temas etmeden önce eller iyice yıkanmalıdır.
- Meyve ve sebzeler hazırlanmadan önce iyice yıkanmalıdır.
- Besinlerin üzerine hapşırma veya öksürmekten kaçınılmalıdır.
- Hazırlanan besinler örtülüp, 10 C altında saklanmalıdır.
- Önceden pişirilmiş bir besin ikinci kez verilecekse duman çıkarak biçimde (82 C° de 2 dakika) ısıtılmasına özen gösterilmelidir.
- Yeşil yaprak içeren besinlerin bir kereden fazla ısıtılmamasına dikkat edilmelidir (43).

2.11. TAMAMLAYICI BESLENMEYE ERKEN VEYA GEÇ BAŞLAMANIN DEZAVANTAJLARI

- Tamamlayıcı besinlere erken başlama ile anne sütü verimi ve anne sütü verme süresi azalır.
- Tamamlayıcı besinler önemli bir bulaşma kaynağı olduğu için bu besinlere erken başlama ile anne sütündeki koruyucu etmenler daha az alınır. Bu nedenle bebeklerde hastalık görülme oranı ve bu hastalıklara bağlı ölüm riski artar.
- Tamamlayıcı besinlerin besin değerleri anne sütüne göre daha düşüktür ve anne sütünün yerine geçemezler.
- Tamamlayıcı besinlere erken başlama sonucunda anne sütü ile beslenme süresinin kısalması, bebeğin anne sütünden yararlanmamasına neden olur.
- Tamamlayıcı besinlere erken başlanması ve anne sütü ile birlikte aynı öğünde kullanılması anne sütündeki demir, çinko gibi birçok besin öğesinin emilimini azaltır.
- Tamamlayıcı besinlere erken başlanması sonucu atopik hastalıklar, astım, tip 1 diyabet, allerjik hastalıkların, enfeksiyon hastalıklarının ve özellikle barsak villus işlevlerinin bozulması riski artar.

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

- Tamamlayıcı besinlere geç başlanması ile demir ve çinko gibi mikro besin eksiklikleri oluşmaktadır. Çünkü 6. aya kadar bebeğe yeterli miktarda demir ve çinko sağlayan anne sütü, bu süreden sonra tek başına yetersiz kalmaktadır.

- Ayrıca tamamlayıcı besinlere geç başlama ile bebeğin çiğneme gibi yeme işlevlerinin gelişimi ile yeni tat ve yapıdaki besinlere alışması gecikir.

- Eğer ilk 6 aylık dönemde anne sütü azalıyorsa (yanlış emzirme tekniği sonucu veya göğüslerdeki sütün tamamen boşaltılmaması sonucu), önce anneye anne sütünün artırılmasına yönelik eğitim verilmeli, yanlışlar düzeltilmeli ve tamamlayıcı besinlere gereksiz yere erken başlanmamalıdır (21).

2.12. TAMAMLAYICI BESLENMEYE GEÇİŞ ZAMANINA ETKİ EDEN ETMENLER

KATI BESİNLERLE BESLENME YETENEĞİ

- Nöromuskuler sistem
- Sindirim sistemi
- Ürogenital sistem
- İmmun sistemin matürasyonu ile yakından ilişkilidir (33).

2.12.1. NÖROMÜSKÜLER SİSTEM

Bebeğin nöromuskuler gelişimi, onun belirli kıvamda yiyecekleri almaya hazır olduğu yaş sınırını belirler. Başlangıçta (6-7. aylarda) besinler yumuşak kıvamda ezme şeklinde verilmeli, 7-8. aylarda püre şeklinde çok pütürlü olmayan besinler ile devam edilmeli ve bebekteki çiğneme hareketleri ve sıvı içme becerileri izlenmelidir. Püre şeklindeki yiyeceklere bebeğin çiğneme yeteneğinin kazanıldığı döneme kadar devam edilmeli, daha sonra (8-12. aylarda) kıvam dereceli olarak (püre kıvamında çatalla ezilmiş besinler) artırılmalıdır. Bu aylarda bebeklerde verilen besini ağızda döndürme becerileri gelişir. Bebek bir yaşında aile yemeklerini yemeğe hazır duruma gelmeli ve aile sofrasında yerini almalıdır. Bebeklerin dişlerinin çıkması, çiğneme işleminin başlamasına

katkıda bulunmaktadır. Eğer, tamamlayıcı besinin kıvamı bebeğin gelişimine uygun değilse, bebek yeterli miktarda besini tüketemez ya da gereken miktarın çok üstünde alır. Bebeğin katı besinlere geçişi 10. aya kadar geciktirilirse, bu dönemde gelişen beslenme ile ilgili davranış bozuklukları, daha sonraki dönemlerde devam etmektedir. Bu nedenle, yaş ile birlikte besin kıvamının dereceli olarak arttırılması önerilmektedir (33) (44).

Süt çocukları 4. aydan önce besini lokma haline getirme, yutağa gönderme, yutma için gereken nöromuskuler uyuma sahip değildir. Emmek için dilin uzatma ve geri çekme hareketleri vardır. Emme ve arama refleksleri vardır. Katı gıdaları alabilme ve yutma için gereken oturma yeteneği henüz gelişmemiştir (45).

Süt çocukları 5.-6. ayda ellerine aldıkları cisimleri ağızlarına götürebilirler. Baş kontrolü vardır. Destekle oturur. Çene hareketi ile ezme, dişlerin çıkması ile de çiğneme yetenekleri gelişir (35).

Süt çocukları 7.-8. ayda desteksiz oturabilir, besinleri bir elinden diğerine aktarabilme, çiğneme hareketleri, katı gıdaları yutabilecek dil esnekliğine sahip olmaları nedeni ile parmak besinlerin tüketimi kolaylaşır (35).

Süt çocukları 8.-12. ayda dilin her iki yana doğru hareketleri ile lokmayı ağızında döndürür Baş ve işaret parmaklarını kullanabilir, baş-omuz kontrolü tamdır ve besinleri ağızına götürebilir (35).

Bir yaş civarında ise el becerileri de gelişen çocuklar aile sofrasına hazırlanmış olurlar.

Tablo 1. İlk 18 ayda beslenme ve nöromotor gelişme

Yaş (ay)	Besin türü	Oral Gelişme	Nöromotor Gelişme
0 – 6	Anne sütü	Dilin uzatma-geri çekme hareketleri (anne memesine uyum)	Emme ve arama refleksleri var Baş kontrolü gelişiyor
6 – 7	Yumuşak ezme kıvamında besinler Sıvı besinler	Kaşıktan pasif alabilir, besini dilin ön tarafından farinkse aktarır	İki elle eşya yakalar Baş kontrolü var Destekle oturur
7 – 8	Püre kıvamında besinler (pütürlü)	Çiğneme hareketleri başlar, fındandan içebilir	Eşyayı bir elden diğerine aktarır Desteksiz oturur
8 – 12	Püre kıvamında çatala ezilmiş besinler	Dilin her iki yana doğru hareketleri ile lokmayı ağızında döndürür	Baş ve işaret parmaklarını kullanabilir Baş-omuz kontrolü tamdır Besini ağızına götürebilir
12 – 18	Kolay çiğnenebilen tüm yiyecekler	Çiğneme ve dil hareketleri	Yürür Kendi kendini besleyebilir

2.12.2. SİNDİRİM SİSTEMİ

Süt çocuklarında mide, barsak ve pankreas enzimleri erişkin düzeye ulaşmamıştır. Dördüncü aydan itibaren mide asidinin yeterli düzeye ulaşması ile protein sindirimi kolaylaşır. Altıncı ayda sindirim sistemi yağ, protein, nişastanın etkin sindirimi ve emilimi için yeterli matürasyona ulaşmıştır (33).

2.12.3. ÜROGENİTAL SİSTEM

Yenidoğanın sınırlı böbrek işlevi yüksek solüt yükü için uygun değildir. Dördüncü ay civarında böbrek işlevleri yüksek solüt yükünü tolere edecek düzeye ulaşmıştır. Böbrek gelişim düzeyi dikkate alınarak öneri verilmelidir (33).

2.12.4. İMMUN SİSTEM

Yenidoğanda bağırsak mukozası, enteropatik mikroorganizmalara karşı savunmasız, bağzı antijenik besin proteinlerine karşı duyarlıdır. Anne sütü içinde bulunan çok sayıda etken, bağırsak mukozasının olgunlaştırmasını hızlandırır ve sindirim sistemi geçiş besinlerinin sindirimine hazırlar (33).

Tablo 2. Anne sütüyle beslenen 6-24 ay çocuklar için tamamlayıcı beslenme konusunda öneriler

Yaş	Kıvam	Sıklık	Öğündeki miktar
6. aydan sonra	Püre sebze, et, meyve püresi	2 ana öğün + sık emzirme	2-3 yemek kaşığı dolusu
7-8 ay	Pütürlü besin (çatalla ezilmiş)	3 ana öğün +sık emzirme	Giderek artırarak 2/3 kase dolusu
9-11 ay	Küçük parçalara kesilmiş ve bebeğin elle kolay yakalayacağı besinler	3 ana öğün +1 ara öğün +anne sütü	¾ kase
12-24 ay	Aile besinleri, gerekirse küçük parçaya kesilmiş ya da ezilmiş besin	3 ana öğün +2 ara öğün +anne sütü	Tam kase

2.13. TAMAMLAYICI BESLENMEYE GEÇİŞTE SIK RASTLANAN HATALI YAKLAŞIMLAR

Bağzı aileler bebekleri bir an önce farklı tatlara alışsın diye 6. aydan önce ek besin vermek istemektedir. Oysa emzirilen bebekler anne sütü yolu ile farklı tatlara alışmaktadır çünkü anne sütünün tadı annenin yediklerine göre değişmektedir. Havuç

yiyan bir annenin sütünde havuç aroması olmaktadır (46). Sarımsak yiyan annelerin sütü sarımsak kokmaktadır. Sonuçta anneleri çeşitli beslenen bebekler anne sütü sayesinde farklı tatlarla karşılaşmaktadırlar. Emziren annenin çeşitli beslenmesi bebeğin farklı tatlara alışmasını sağlamaktadır.

Gece sık uyanan bebeklere ya da 4. ayda emdikten sonra hemen uykuya geçmeyen bebeklere anne sütünün yetmediği düşüncesi ile 6. aydan önce tamamlayıcı besinler verilmektedir. Oysa bu durumda bebeğin kilo alımı, uykuya geçişteki uygulamalar değerlendirilmelidir. Annenin dinlenmesi, bebeğin doğru teknik ve sık aralarla emzirilmesi ile süt yapımının artırılacağı göz önünde tutulmalı ve erken tamamlayıcı besinlere geçilerek bebeğin hastalık riski artırılmamalıdır.

Bağzı bebekler tek başına anne sütü ile beslenirken ayda 1-1,5 kg alabilmektedir. Böyle hızlı kilo alan bebeklerde de şişmanlığı önlemek amacı ile tamamlayıcı besinlere erken geçilmektedir. Oysa bilimsel araştırma sonuçlarına göre obezitenin etiolojisinde erken tamamlayıcı besine geçmek, formül mama ile beslenmek önemli bir faktörken anne sütü ile beslenmek koruyucu bir etken olarak ortaya çıkmaktadır (47) (48) (49). Anne sütü ile beslenirken gözlenen bu hızlı kilo alma daha sonra tartı artışında belirgin bir yavaşlama biçiminde seyretmektedir.

Sonuç olarak, anne sütü ile beslenen sağlıklı bebeklerde büyüme eğrilerinde önemli bir değişme yaşanmıyorsa tamamlayıcı beslenme 6. ayda başlanmalıdır. Bebeğin sindirim sistemi en erken 4. ayda ek besinleri sindirebilir duruma geldiğinden bu dönemden sonra ancak beslenmenin yetersiz olduğu durumlarda ek beslenme başlanabilir (50).

2.14. TAMAMLAYICI BESİNLERİN YETERLİLİĞİ VE UYGUNLUĞU

Yaşamın ilk iki yılında hızlı büyüme ve gelişmeden dolayı, süt çocuğunun kilogramı başına düşen enerji gereksinmesi çok yüksektir. Günde 500 mL anne sütü alan süt çocuklarda, anne sütü 6 aydan sonra günlük enerjinin %31'ini, proteininin %38'ini, A vitamininin %45'ini ve C vitamininin %95'ini karşılamaktadır (20).

2.14.1. ENERJİ

Anne sütü ile beslenen bebeklerin enerji alımları 6-8 aylık bebekler için 413 kkal, 9-11 aylık bebekler için 379 kkal ve 12-24 aylık bebekler için 346 kkal/gün ve 12-24

aylık bebekler için 346 kkal/gün düzeyindedir ancak enerji gereksinimleri 6-8 aylık bebekler için 682 kkal/gün, 9-11 aylık bebekler için 830 kkal/gün ve 12-24 aylık bebekler için 1092 kkal/gün olarak belirlenmiştir. Böylece bu yaş grubu bebekler için tamamlayıcı besinlerden alınması gereken enerji miktarları sırasıyla 275 kkal/gün, 450 kkal/gün ve 750 kkal/gün'dür. Eksik olan enerji gereksinimini tamamlayıcı besinlerden sağlayabilmek için, bu besinler yeterli enerji içeriğine sahip olmalı ve her gün belirlenen sıklıkla bebeklere verilmelidir. Tamamlayıcı beslenmeye geçen bebeklerde farklı beslenme sıklıkları ve farklı öğün bileşimlerinin toplam günlük enerji alımına etkisini inceleyen klinik çalışmalarda hem öğünün enerji içeriğinin hem de öğün sayısının bebeklerin toplam enerji alımlarına etkisi olduğu gösterilmiştir (20).

2.14.2. KOMPLEKS KARBONHİDRATLAR VE ŞEKERLER

Bebekler için hazırlanan tamamlayıcı besinlerin büyük bir çoğunluğunu tahıllar oluşturmaktadır ve bu besinlerdeki nişasta temel karbonhidrat ve enerji kaynağıdır. Kompleks karbonhidratlar ise insan beslenmesinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Bitkisel besinler nişastanın yanında posa (nişasta olmayan polisakkaritler) ve lignin de içermektedir. Bu besinler ince barsakta tamamen sindirilmeden kolona ulaşırlar ve kolondaki mikroflora (anaerobik bakteriler) tarafından fermentasyona uğrarlar. Kolondaki bakteri florası ve fermentasyon sonucu oluşan kısa zincirli yağ asitleri modeli bebeklik dönemi süresince değişmektedir. Yapılan çalışmalarda bu besinlerin sağlık için gerekli olduğu gösterilse de çocukların ince barsaklarında ne tür bir etkilerinin olduğunun tam olarak bilinmediği saptanmıştır.

Prebiyotik olarak adlandırılan oligosakkaritler (özellikle frukto ve galakto-oligosakkaritler) bifidobakterilerin üremesini arttırırlar. Anne sütünde doğal olarak oligosakkaritler bulunmaktadır ve bu oligosakkaritler ve diğer kompleks karbonhidratlar, kolonik mikroflorayı düzenlerler ve fermentasyon ürünlerinin yararlı biyolojik etkilerinden dolayı prebiyotik etki gösterirler.

Hem in vivo hem de in vitro olarak tamamlayıcı besinlerin içerdiği nişasta ve diğer kompleks karbonhidratların sindirim fizyolojilerini anlamak için daha fazla çalışma yapılmasına gerek duyulmaktadır (20).

2.14.3. PROTEİN VE AMİNOASİTLER

Tamamlayıcı beslenme esnasında protein gereksinmesini karşılamak oldukça zordur. Protein gereksinmesi (toplam protein ve g/kg vücut ağırlığı) erken bebeklik döneminde, 6-12 aylar arasındaki bebeklere göre daha yüksektir. Güvenilir alım düzeyi 6-9 aylık bebekler için 1.09 g/kg, 9-12 aylık bebekler için 1.02 g/kg ve yetişkinler için 0.8 g/kg'dır. Enerji gereksinmesi ise 9-12 aylık bebekler için 89 kkal/ kg düzeyindedir. Buna göre 9-12 aylık bir bebek için enerjinin proteinden gelen oranı %5 civarındadır. Bu düzey anne sütündeki proteinin enerjiye oranına karşılık gelmektedir. Altı ay boyunca sadece anne sütü alan bebeklerde protein gereksinmesi karşılanmaktadır (20).

2.14.4. BÖBREK SOLÜT YÜKÜ

Osmolalite 1 kg çözücü içerisinde dağılmış hal- de bulunan osmotik yönden aktif partiküllerin miktarını (mOsm/kg) gösterir. Serumdaki osmotik yönden aktif moleküller, glikoz, kan üre azotu (BUN), katyonlar ve anyonlardır. Serum osmolaritesi 275-295 mOsm/l'dir. Endojen veya diyet kaynaklı olan ve böbrekler tarafından atılan solütlerin toplamı "Böbrek Solüt Yükü" olarak adlandırılmaktadır. Yüksek enerjili diyetlerde düşük sıvı alımı, ateşte olduğu gibi anormal derecede su kaybı, çevre ısısının yüksek olması, diyare, böbrek hastalıkları, protein enerji malnütrisyonu ve bağız hastalıklarda böbrek solüt yükü artmaktadır. Tablo 3'de çeşitli besinlerin böbrek solüt yükleri verilmiştir (20).

Tablo 3. Bebek besinlerinin böbrek solüt yükü

	mosm/L	mosm/100 kkal
Anne sütü	93	14
Süt bazlı mama	135-260	20-39
İnek sütü	308	46
6 aylık bebek için hazırlanmış tamamlayıcı besinler	153	23

2.14.5. YAĞLAR VE YAĞ ASİTLERİ

Yağlar küçük çocuklarda temel enerji kaynağıdır. Anne sütündeki yağ oranı enerjinin %40-55'i kadardır, oysa tamamlayıcı besinler karbonhidratlardan zengin oldukları için yağ miktarları düşüktür. Tamamlayıcı besinlere başlanması ile enerjinin yağdan gelen oranı önemli düzeyde azalmaktadır. Bebeklerde düşük yağlı diyetlerin uygulanması ile yağda eriyen vitaminlerde, çoklu doymamış yağ asitlerinde ve enerji

metabolizmasını düzenleyen diğer antioksidantlarda yetersizlik görülebilmektedir. Küçük çocuklarda toplam yağ alımının daha sonraki yaşlarda kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi için önemli olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte, diğer bazı çalışmalarda da sadece toplam yağ alımının değil doymuş ve trans yağ asitleri alımının azaltılmasının lipoprotein metabolizması üzerine olumlu etkilerinin olacağı gösterilmiştir. Toplam yağ alımı yağda eriyen antioksidant vitaminlerden E vitamini alımı ile de ilişkilidir. E vitamini dolaşımdaki kolesterol ve düşük dansiteli lipoproteinlerin oksidasyonunu önlemekte, uzun dönemde kardiyovasküler hastalık riskini düşürmektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda 1920'li yıllarda doğan ve yaşamın ilk yılı süresince düşük yağ ve enerji alımından dolayı büyüme ve gelişme geriliği gözlenen bireylerin daha sonraki yaşamlarında, kardiyovasküler mortalite riskinin arttığı gösterilmiştir. Ancak yağ alımının artırılması daha sonraki yıllarda obezitenin gelişmesine katkıda bulunmaktadır (21).

2.14.6. VİTAMİN VE MİNERALLER

Tamamlayıcı besinlerde bulunan vitamin ve minerallerin yeterli olup olmadığı tüketilen miktarına ve biyoyararlılığına bağlıdır. Gelişmekte olan birçok ülkede tahıllar ve nişasta içeren kök ve yumru sebzeler tamamlayıcı besin olarak kullanılmaktadır. Bu besinler genellikle çorba olarak kullanılmakta ve kullanılan miktarları az olduğu için enerji, vitamin ve mineral içerikleri düşük olmaktadır. Ayrıca bu besinlerin fitik asit, polifenol ve/veya diyet posası içerikleri yüksek olduğu için vitamin ve minerallerin emilimi engellenmektedir. Demir ve çinkonun biyoyararlılığını etkileyen bazı diyet bileşenleri vardır. Bu nedenle Besin ve Tarım Örgütü (FAO) ve Dünya Sağlık Örgütü önerileri doğrultusunda tamamlayıcı besinler demir ve çinko içeriklerine göre yüksek, orta ve düşük biyoyararlılıkta olmak üzere 3 grupta incelenmektedir. Demir ve çinko biyoyararlılığı öğünün hayvansal ve balık protein miktarının, bitkisel protein miktarına oranlanmasına bağlıdır. Ayrıca demirin biyoyararlılığı öğünün C vitamini içeriğine ve ayrıca bazı bireylerde aynı anda tüketilen çay ve kahve oranına bağlı olarak değişmektedir. Çinko için günlük kalsiyum alımı (1 g/gün) ve günlük fitat/çinko oranı (5-15) önemlidir (bu oranın 15'in üzerinde olması çinko biyoyararlılığını etkiler). Rafine olmamış tahıllardan ve kuru baklagillerden oluşan tamamlayıcı besinlerin birçoğunda bu oran 15-36 arasında değişmekte ve pirince dayalı tamamlayıcı besinlerde ise bu oranın daha düşük olduğu yaklaşık olarak bilinmektedir (20).

Bakır, manganez, selenyum ve iyot gibi elementlerin biyoyararlılığını etkileyen diyet bileşenlerine ilişkin çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Hayvansal proteinden zengin tamamlayıcı besinlerde demir, çinko, bakır, selenyum ve iyot gibi bazı eser elementlerin biyoyararlılıkları ve/veya miktarları artmakta, fitat/çinko oranları ise azalmaktadır (51).

Düşük yağ içerikli tamamlayıcı beslenmede, anne sütü ile beslenmeye de son verildiyse, yağda eriyen vitaminlerin (A, D, E, K) ve karotenoidlerin biyoyararlılığı düşmektedir. Posa özellikle de pektinler gastrik boşalmayı geciktirerek ve misel oluşumunu engelleyerek β -karoten emilimini azaltmaktadır.

Yapılan bir çalışmada 9-12 aylık bebeklerde anne sütü ile birlikte tamamlayıcı besinlerin kullanılması ile C vitamini, folat, B₁₂ vitamini ve iyot gereksinmelerinin karşılandığı gösterilmiştir. Ancak anne sütünün yanında bu besinlerin kullanılması ile A vitamini gereksinmesinin %12'sinin, bakır ve riboflavin gereksinmesinin %25-50'sinin, tiamin, mangan gereksinmelerinin %50-75'inin, niasin, çinko ve demir gereksinmelerinin %75-100'ünün karşılandığı bulunmuştur. Bu çalışmada tamamlayıcı beslenmenin eser elementleri yeterli miktarda sağladığı gösterilmiştir.

Özellikle bitkisel kaynaklı besinlerin demir, çinko, kalsiyum gibi mineral içerikleri 6-24 aylık dönemde süt çocuğunun gereksinimlerini karşılayamamaktadır. Bazı bebeklerde hayvansal besinlerin diyeteye eklenmesi yeterli olmakla birlikte, pahalı olması nedeniyle gelişmekte olan ülkeler için pratik bir çözüm değildir. Altı ile 12 aylık bebeklerin tüketebileceği hayvansal besin miktarı, genellikle demir, kalsiyum, bazen de çinko gereksinimini karşılayamaz. Gelişmiş ülkelerde özellikle demir ile zenginleştirilmiş besinlerin tüketilmediği durumlarda anne sütü ile beslenen bebeklerin ortalama demir alımları yetersiz olabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde tamamlayıcı besinlerdeki çinko miktarının da yetersiz olduğu görülmüştür. Gelişmekte olan ülkelere süt çocuklarına ek olarak vitamin ve mineral verilmesi veya tamamlayıcı besinlerin içerisine eklenmesi önerilmektedir.

2.15. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TAMAMLAYICI BESLENME BELİRTEÇLERİ

Dünya Sağlık Örgütü 2007 yılında 6-23 aylık bebeklerde tamamlayıcı beslenmenin doğru uygulanabilmesi ve uygulamaların ölçülebilmesi için birtakım belirteçler geliştirmiştir.

Bu belirteçlerde üzerinde durulan nokta;

- 1) Yumuşak, yarı-katı, katı kıvamlı besinlere 6-8 ayda başlanması,
- 2) Beslenmede çeşitliliğe yer verilmesi,
- 3) Uygun beslenme sıklığının sağlanması,

Eğer bir bebek DSÖ belirteçlerine göre hem uygun sıklıkta hem de uygun çeşitlilikte besleniyorsa, o bebek kabul edilebilir besleniyor demektir (4).

2.15.1. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNE GÖRE 6-23 AY BEBEKLER 7 TEMEL BESİN GRUBUNUN EN AZ 4 TANESİNDEN HER GÜN TÜKETMELİ

1. Hububat, tahıl, yumru kök (soğan gibi), kök ürünler
2. Baklagiller, fındık-ceviz vb.
3. Süt ürünleri (süt, yoğurt, peynir)
4. Etler (kırmızı et, balık, kümes hayvanları ve karaciğer/organ etleri)
5. Yumurtalar
6. A vitamininden zengin meyve ve sebzeler
7. Diğer meyve ve sebzeler

Besin çeşitliliğinden kasıt ise; 6-23 aylık bebeklerde 7 besin grubundan 4 veya daha fazlasını tüketmesi gerekmektedir. En az 4 besin grubunun alt sınır belirlenmesinin nedeni ise bu sıklığın daha uygun bir diyet çeşitliliğini yansıttığından ötürüdür. Eğer 4 ve daha fazla bu besin gruplarından tüketiyorsa büyük olasılıkla en az 1 kere hayvan kaynaklı ürünler tükettiği ve günde en az 1 kere meyve-sebze ve tahıl tükettiği anlamını göstermektedir. Anne sütü almayanlarda ise 6 besin grubundan 4'ünü ve süt ve süt ürünlerinden en az iki kez almalıdır. 7 yerine 6 besin grubu verilmesinin nedeni zaten 2 kez süt ürünü alması koşulu ayrıca belirtildiği için 2 kez sayılmaması amacıyla (4).

2.15.2. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNE GÖRE TAMAMLAYICI BESİNLERİN OLMASI GEREKEN MİNİMUM SIKLIĞI

Tamamlayıcı beslenmede öğün sayısı, bebeğin yaşına ve anne sütünden yararlanma miktarına göre ayarlanmalıdır.

- 6-8 aylık anne sütü alan bebekler için 2-3 kez
- 9-23 aylık anne sütü alan bebekler için 3-4 kez
- 6-23 aylık anne sütü almayan bebekler için ise 4 olarak tanımlanmıştır.

Öğün sıklığının gerekenden fazla olması anne sütünün daha az alınmasına yol açar. Tamamlayıcı besine öğle ve akşam öğününde emzirme sonrası 1-2 tatlı kaşığı püre kıvamında başlanır, en az 3 gün aynı besinle devam edilir, beslenme toleransı ve allerji değerlendirilir.

Anne sütü alanlarda bu belirtilen katı gıda sıklığı içerisinde sıvı gıdalar olmamalı ve anne sütü almayanlarda ise katı-sıvı her türlü ek gıda dahil edilmiştir (4).

2.15.3. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNE GÖRE KABUL EDİLEBİLİR BESLENME

Bir bebeğe uygun ya da kabul edilebilir besleniyor diyebilmek için hem çeşitliliğin hem de beslenme sayısının uygun olması ve ayrıca anne sütü almayan çocuklarda en az 2 süt ve süt ürünü tüketmesi gerekmektedir.

Asgari 2 süt ürünü ile beslemesi koşulu, aşağıdakilere dayanarak seçilmiştir:

Gelişmekte olan ülkelerde anne sütünden ortalama enerji alımı, 6 ila 11 ay arasında yaklaşık 400 kcal / gün ve 12 ila 23 ay arasında yaklaşık 350 kcal / gündür. Emzirilmeyen çocuklar için diyet analiz sonuçlarına göre günde 3 kere süt ürünü ile beslenmenin genellikle bu aralığa benzer bir ortalama süt alımına izin vereceğini belirtmiştir. (300–400 kcal). Çoğu çocuk, her beslenmede 180-240 mL'den fazla süt tüketmez, bu da tam inek sütü olarak tüketilirse, ~ 100-150 kcal /her beslenme'ye eşdeğer olacaktır. Bu aralığın üst ucunu (150 kcal/beslenme) ve süttten enerji alımı için emzirilen çocuklar (300 kcal/gün) tarafından tüketilenden biraz daha düşük bir "hedef" olarak, günde en az 2 süt ürünü ile beslenmesi gerekir (4).

2.16. BİR YAŞINDAN ÖNCE VERİLMESİ ÖNERİLMEMEYEN GIDALAR

Çay, bitki çayları, bal, bakla gibi besinlerin süt çocukluğu döneminde verilmesi uygun değildir.

Çay: Çay, süt çocukları ve küçük çocuklara önerilmez. İçeriğinde tanin olması, demir ve diğer mineralleri bağlayıcı özelliğinden dolayı demir eksikliğine, içine eklenen şeker ise iştahsızlığa ve diş çürümelerine neden olur.

Bitki Çayları: Papatya çayı, yeşil çay v.s bitki çaylarının da demir emilimini azaltıcı etkisi vardır. Aynı zamanda bağızı farmakolojik ajanlar içeren bitki çaylarının, süt çocukları ve küçük çocuklar için güvenilirliği konusunda yeterli bilimsel araştırma yoktur.

Bal: Bal fruktoz (%41), glukoz (%41) ve suyun (%18) bileşiminden oluşmaktadır. Clostridium botulinum sporlarını içerebilmesi nedeni ile botulizm riski taşır. Süt çocuklarının mide asidi düzeyi düşük olduğundan bu sporları öldüremez, bu nedenle bir yaşından küçük çocuklara bal önerilmez.

Şeker: Şeker pancarından elde edilen bir besindir. Şeker pancarı % 16-20 arasında sukroz (glukoz ve fruktoz) içermektedir. Şeker vücuda enerji sağlar, başka bir besin değeri bulunmamaktadır. Boş enerji kaynağı olduğu için bebek beslenmesinde şeker yerine pekmez veya süt şekeri laktozun kullanılması daha doğru bir yaklaşımdır. Ayrıca çocuklarda fazla tüketilmesi iştahsızlığa ve diş çürüklerine, ileriye dönük hatalı beslenme davranışlarının gelişmesine ve dolayısıyla şişmanlığa neden olmaktadır.

Bakla: Toksinli baklanın neden olduğu zehirlenme anemi, hemoglobinüri ve yüksek ateşle karakterizedir. Toksinli bakla yenildikten 24-48 saat sonra etkisi görülür. Zehirlenme taze çiğ baklanın yenmesi ile olur. Bakla pişirildiği zaman toksinin etkisi kalmaz. Favizme neden olabileceği düşünüldüğünden süt çocukluğu döneminde bakla önerilmez (35) (20).

2.17. SÜT ÇOCUKLARI İÇİN UYGUN TAMAMLAYICI BESİNLER

Bitkisel ve hayvansal kaynaklı çok sayıda besin, tamamlayıcı beslenmede yer almaktadır. Tahıllar, kök bitkiler, sebze ve meyveler, baklagiller bitkisel kaynaklı

besinleri oluştururken; et, karaciğer, balık, deniz ürünleri, yumurta, süt ve süt ürünleri başlıca hayvansal kaynaklı besinleri oluşturur.

Süt: Taze inek sütü büyümekte ve gelişmekte olan çocuklar için önemli bir besin kaynağıdır. Ancak, altıncı aydan önce sindirim sisteminde mikro düzeyde kanamalara yol açması, düşük demir içeriğine, yüksek protein ve sodyum içeriğine sahip olması (anne sütüne göre 2-3 kat daha fazla), anne sütünün yerini almaması gibi özellikleri nedeniyle inek sütü bazı ülkelerde dokuzuncu aydan önce önerilmemektedir. Ancak inek sütünün demir yetersizliği anemisine neden olmaması için diyetin geri kalanının demir içeriği ve günlük verilen süt miktarı da önem taşımaktadır. İnek sütü Amerika ve İngiltere’de yaşamın ilk 1 yılından sonra, Kanada ve Danimarka’da 9. aydan sonra, İsveç’te ise 10. aydan sonra önerilmektedir.

Bununla birlikte inek sütü ülkemizde altıncı aydan sonra tamamlayıcı besinlerin hazırlanmasında, küçük miktarlarda kullanılmaktadır. Anne sütü miktarı yeterli düzeyde ise 6. aydan sonra (>500 ml/gün), bebeklere ayrıca inek sütü vermeye gerek yoktur. Anne sütünün azaldığı durumlarda veya ticari mamaların alınmadığı durumlarda ailenin ekonomik durumu göz önüne alınarak 6. aydan itibaren diğer besinlerle birlikte inek sütü verilebilir. Ancak, inek sütü tek başına, başka hiçbir tamamlayıcı besin verilmediğinde, kansızlık yapabilir. İnek sütünün geç süt çocukluğu döneminde aşırı tüketimi, bebeklerin yeni tat ve lezzetlere alışmasını ve besinlerin çeşitlenmesini engeller, yeme işlevlerinin gelişimini geciktirir. Ayrıca, inek sütü demir içeriği ve biyoyararlılığı düşük olması nedeniyle tek başına aşırı tüketilmesi durumunda demir eksikliğine neden olabilir. Bir yaşında bir bebek günde 1 lt süt tüketiyorsa enerji gereksinmesinin 2/3’si süttten karşılanmaktadır. Bu miktarda süt tüketen bebek tek taraflı beslenmiş olacaktır.

İnek sütünde esansiyel yağ asitleri, C vitamini, çinko ve niasin düzeyleri düşüktür. Düşük yağ içerikli sütler (1.5-1.8 g/1000 ml), bir yaş öncesi (bazı ülkelerde 2-3 yaş öncesi), yağsız sütler (<0.3 g/1000 ml) ise 5 yaş öncesi önerilmez. Yağı azaltılmış inek sütünün enerji, yağ asitleri ve yağda eriyen vitaminlerden A ve D vitaminleri içeriklerinin düşük olması nedeniyle bebeklerde kullanılması uygun değildir.

Yoğurt: *Laktobasillus bulgaricus*, *laktobasillus asidofilus* ve *streptokokus termofilus* karışımı kültürlerin 40-45 °C’de sütü fermentasyona uğratması sonucu oluşan bir besindir. Yoğurt ile sütün bileşimi arasında fermentasyon sonucu bazı değişiklikler oluşmaktadır. Temel farklılık ise laktoz yoğunluğundadır. Fermentasyon ile süttteki

laktozun %20'si parçalanarak yoğurtta laktik aside dönüşmektedir. Bu nedenle yoğurttaki laktoz miktarı süte kıyasla daha düşüktür. Fermantasyon, sıvı şekildeki sütün raf ömrünü uzatmakta ve düşük pH oluşturarak mikroorganizmaların üremesini engellemektedir. Laktik asit üretiminin artması ile pH: 3,7-4,3'e çıkar. Yoğurt, kefir, peynir fermente süt ürünüdür. Fermente sütlerin, sıvı süt ile besin içeriği aynıdır. Protein, kalsiyum, fosfor, riboflavin yönünden zengindir. Fermentasyon yoluyla laktoz, glukoz ve galaktoza parçalanır. Düşük pH, "hem" olmayan demirin emilimini kolaylaştırır. Laktobasillus bulgaricus'un barsak mukozasını koruyucu işlevi vardır. Laktobasillus bulgaricus doğal bağışıklamada etkili ve antiviral özelliğe sahip sitokinlerden interferon- α ve β üretimini uyatarak hücrel bağışıklığı artırır.

Peynir: Peynir yapımından sonra laktoz ilk 10 gün içerisinde laktik aside dönüşmektedir. Taze tüketilen, yani nem oranı yüksek peynirlerin laktik asit içeriği fazladır (%2-3 civarında). Sert peynirlerin laktik asit içeriğinin bir bölümü kalsiyum laktat halinde kalır. Yumuşak peynirlerin laktik asit içeriği de özellikle yüzeysel küfler tarafından tüketilmekte ve ileri olgunlaşmada tümüyle yok olmaktadır. Bebek beslenmesinde peynir pastörize sütten yapılmış ve tuzsuz olması koşuluyla, 9. ayda küçük miktarlarda kullanılabilir.

Et: Et, önemli miktarda biyolojik değeri yüksek protein ve biyoyararlılığı yüksek demir ve çinko gibi mineralleri, B₆ ve B₁₂ vitaminlerini içerir. Etin yağ oranı enerji değerini artırırken, besin değerini düşürür. Et daha çok palmitik ve stearik asit gibi doymuş yağ asitlerinden zengindir. Tavuk, hindi gibi kanatlı kümes hayvanlarının etleri ise koyun ve sığır etine göre daha az yağ, doymuş yağ, kolesterol ve demir ile kırmızı ete göre daha fazla protein, riboflavin, niasin, B₆ ve B₁₂ vitamini içermektedir. Etin lifli yapısı, bebekler tarafından tüketilmesini güçleştirdiğinden diğer tamamlayıcı besinlerin (sebze püreleri v.s) içinde, kıyılmış ya da küçük parçalara ayrılmış şekilde kullanılmalıdır.

Karaciğer: Çok zengin protein ve mikro besin öğeleri kaynağıdır. Yağ oranının düşük olması, kolay pişmesi, püre haline gelebilmesi dolayısıyla kullanılması nadir önerilen tamamlayıcı besinlerdendir. B12 vitamininin iyi bir kaynağı olan karaciğer, 1 yaşından sonra ve sağlıklı hayvanlardan elde edilmesi koşuluyla az miktarlarda kullanılabilir.

Balık ve Deniz Ürünleri: Balık, biyolojik değeri yüksek protein ve esansiyel aminoasit kaynağıdır. A, K ve B grubu vitaminleri, fosfor ve çinko kaynağıdır. Kılçık kısımları ile yenilebilen balıklar iyi bir kalsiyum kaynağıdır. Somon, tuna, sardalya, uskumru, ringa balığı gibi yağlı balıklar yüksek oranda omega-3 çoklu doymamış yağ asitleri içerir ve bu yağ asitleri nöromotor gelişim için önemlidir. Tuzlu su balıkları iyi bir iyot kaynağıdır.

Yumurta: Biyolojik değeri yüksek protein ve esansiyel aminoasitleri içerir. Büyümekte olan laboratuvar hayvanları üzerinde yapılan çalışmalarda yumurta proteinlerinin %100 oranında vücut proteinlerine dönüşebildiği gösterilmiştir. Yumurtada önemsiz miktarda karbonhidrat vardır. Yumurta yağının 1/3'ünü doymuş, %10 kadarını çoklu doymamış, kalanı da tekli doymamış yağ asitlerinden oluşur. Yağlar yumurtanın sarısında bulunur. Yumurtanın sarısı demir, A vitamini ve B grubu vitaminlerden zengindir. Alerjik olması nedeni ile altıncı aydan önce önerilmez. Salmonella besin entoksikasyonu riski olduğundan iyi pişirilmeli veya ayarı katı kıvamda tüketilmelidir. Yumurtanın proteinleri ısı etkisi ile katılaştır. Yumurtanın akı 60⁰C'de, sarısı ise 70⁰C'de katılaştır. Normal katılaşmış fakat fazla pişirilmemiş yumurtanın sindirimi kolaylaşır. Besin değerinin yüksek olması ile ucuz ve kaliteli protein kaynağı olması en önemli üstünlüğüdür. Altıncı aydan itibaren yumurta sarısı az miktarlarda başlanmalı ve her gün verilmelidir. Yumurta beyazı alerjen etki gösterebileceği için 8.-9. aylarda başlanabilir.

Tahıllar: Tüm toplumlarda ana besin ögesidir. Buğday, arpa, pirinç, çavdar, yulaf ve mısır başlıcalarıdır. Büyük oranda karbonhidrat (%65-70) içerirler. Karbonhidrat içeriğinin büyük kısmı nişastadan oluşur ve iyi bir enerji kaynağıdır. Başlıca tahıl proteinleri, prolamin (zein), glutelin, globülin ve albümindir. Bu proteinlerin elzem aminoasit örüntüleri değişiktir. Elzem aminoasit yönünden en dengesiz olan prolamindir. Prolamin en az pirinçte ve en fazla mısırdadır bulunur. Tahıllar içerisinde kalitesi en yüksek olan pirinç, en düşük olanı mısır proteindir. Bu nedenle bebek beslenmesinde tahıl kaynağı olarak hem protein kalitesinin yüksek hem de sindirimini kolay olmasından dolayı pirinç kullanılması önerilmektedir. Tahılların yağının çoğunluğu embriyo kısmındadır. Tahıllar A ve C vitaminleri yönünden fakirdir. B₁₂ dışındaki B grubu vitaminlerinden (özellikle tiaminden) zengindir. Tam buğday ununda daha fazla miktarda

mikro besin ve daha çok fitat bulunmasına karşılık, rafine unda daha az mikro besin ve daha az fitat bulunur.

Nişasta içerisinde vitaminler, mineraller ve protein bulunmadığı saf karbonhidrat kaynağı olduğu için bebek beslenmesinde kullanılması önerilmez.

Kuru baklagiller: Kuru baklagiller (kuru fasulye, nohut, mercimek, barbunya, soya fasülyesi vb) çoğu toplumlarda tüketilen ana besinlerdendir ve tahıllarla birlikte tüketildiğinde önemli bir besin kaynağıdır. Kuru baklagiller olgunlaşmış tohumlar olduklarından protein, “kompleks” karbonhidratlar ve lif içerir. Yağlarının önemli bir kısmı çoklu doymamış yağ asitleridir. En yağlısı soya fasülyesidir. Kuru baklagillerin protein kalitesi düşüktür. Protein kalitesi, %40-60 arasında değişmektedir. Kuru baklagillerin protein kalitelerinin düşük olmasının nedeni kükürtlü aminoasitlerin sınırlı miktarda oluşu ve sindirilme güçlüğüdür. Kuru baklagiller belirli oranlarda tahıllarla karıştırılır ve iyi pişirilirse karışımın biyolojik değeri %70'e kadar yükselir. Kuru baklagiller aynı zamanda demir, çinko, kalsiyum ve magnezyum bakımından da zengindir. Kuru baklagillerde fitatların fazla olması nedeniyle demir ve kalsiyumun kullanılma oranlarının düşük olduğu bilinmektedir. Kuru baklagiller B₁₂ vitamini dışındaki B grubu vitaminlerden ve E vitamini yönünden de zengindir. Bağzı kuru baklagiller (kuru fasulye v.s), tripsin inhibitörü olan lektin içerir, bu nedenle suda bekletildikten sonra pişirilmesi ve kabuğu ayrıldıktan sonra kullanılmaları önerilir. Kuru baklagil yemekleri C vitamini kaynakları ile tüketildiğinde demirin biyoyararlılığı yükselir. Kuru baklagillerden soya fasülyesi isoflavon içerdiğinden kalp damar hastalıkları ve kanser oluşumuna karşı koruyucudur.

Sebze ve Meyveler: Meyve ve sebzeler, çok sayıda vitamin, mineral, antioksidan ve lif içerir. Önemli bir C vitamini kaynağıdır ve bu özelliği nedeniyle, tahıllar ve baklagiller gibi bitkisel kaynaklı besinlerle birlikte verildiğinde HEM olmayan demirinin emilimini artırır.

Koyu yeşil yapraklı sebzelerde klorofil pigmenti bulunur. Bunlar karotenoidler ve flavonoidler açısından, kırmızı renkli sebzeler (kırmızı pancar ve lahanası) flavonoidlerden antosyanin pigmentinden, sarı renkli sebzeler (havuç, turunçgiller gibi) karotenoidlerden, beyaz renkli sebzeler (patates, soğan, patlıcan, karnıbahar, elma, armut gibi) ise flavonoidlerden zengindir.

Sebze ve meyveler B grubu vitaminleri açısından da zengindir. Koyu yeşil yapraklı sebzeler; A vitamini, folat, magnezyum, potasyumdan zengindir. Turuncu renkli sebze ve meyveler A vitamini yönünden zengindir. Sebzelere vitamin kayıplarını en aza indirmek için, yeneceği veya pişirilceği zaman kesilmesi, az suda kısa sürede pişirilmesi, pişirme suyunun dökülmemesi, pişerken soda eklenmemesi ve pişirildikten sonra hemen tüketilmesi gerekmektedir. Sebze ve meyvelerin satın alınırken mevsimine göre seçilmesi uygundur.

Patates: Patates de temel besinlerdendir. Nişastadan zengin olması dolayısıyla enerji sağlar. Proteinden fakirdir. Önemli oranda C vitamini ve tiamin içermektedir.

Meyve Suyu: Taze sıkılmış meyve suları iyi bir C vitamini kaynağıdır. Bitki kaynaklı besinlerdeki HEM olmayan demirin emilimini artırır. Ancak fazla miktarda tüketilmesi anne sütünün yerini almasına ve besin değeri yüksek diğer besinlere karşı iştahsızlığa neden olabilmektedir. Sukroz ile birlikte tüketilmesi diş çürüklerine yol açmaktadır. Bu nedenle, meyve suyunun günde 250 ml'den daha fazla tüketilmesi önerilmemektedir, C vitamini kaybını önlemek için taze olarak sıkıldıktan hemen sonra tüketilmesi, sıkıldıktan sonra bekletilmemesi gerekmektedir. Bebeklere ana öğünler- den sonra verilmesi besin biyoyararlılığı açısından önemlidir. Öğünlerde 50-100 ml arasında kullanılması diğer besinlerin biyoyararlılığını artırır. Bebeklerde ilk başlanacak meyve suyu kış mevsimi için elma, yaz mevsimi için ise şeftali suyudur. Turunçgillerin suyu bebekte gaza neden olabileceği düşüncesiyle 6-9. aylardan sonra verilmelidir.

Pekmez: Pekmez meyvelerin genellikle üzüm sularının kaynatılarak yoğunlaştırılması ile elde edilir. Pekmez karbonhidrat (glukoz ve fruktoz), demir, potasyum ve kalsiyumdan zengindir. İki yemek kaşığı pekmezde (20 g) 2 mg demir ve 80 mg kalsiyum bulunmaktadır. Az miktarlarda karotenoidler, flavonoidler ve B grubu vitaminleri içerir (20).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ÖRNEKLEM

Araştırmaya Ekim 2018-Ocak 2019 ayları arasında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlemi Polikliniği'nden düzenli olarak takip edilen, miadında, 2500 g üzerinde doğan, sağlıklı 300 vaka dahil edildi. Üç vaka bu kriterlere uymadığı için çalışmadan çıkarıldı, böylece 297 vaka çalışmaya alındı.

3.2.SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bebeklerin ad, soyad, cinsiyet, gestasyon haftası, doğum tarihi, doğum tartısı, doğum şekli, doğum yeri, doğum sırası, tek başına anne sütü ile beslenme süresi, ilk emzirme zamanı, emzirmeye devam durumu, suya ve tamamlayıcı besinlere başlama zamanı ve biberon alıp almadığı kaydedildi. Ebeveyne bağlı sosyodemografik faktörler olan anne-baba eğitim durumu, mesleği ve yaşı, gebelik sayısı, çocuk sayısı, ölü doğum, gebelik sorunu, aile şekli, sosyal güvence, akraba evliliği ve bakıcı olup olmadığı ile ilgili veriler “bebek izlem dosyası” kayıtlarından da yararlanılarak sorgulama yöntemi ile elde edilip kaydedildi.

3.3.BESLENME DURUMUNUN DEĞERLENİRİLMESİ

Tüm ölçümler Dünya Sağlık Örgütü büyüme eğrileri baz alınarak değerlendirildi, z skoru değerleri hesaplandı. Vücut ağırlığı ve boy z skoru değerlerine göre “yaşa göre boy”, “yaşa göre ağırlık” ve “boya göre ağırlık” endeksleri hesaplandı.

Ölçümlerinin değerlendirilmesinde; 0-5 yaş grubu çocuklar için geliştirilen “WHO- MGRS (Multicentre Growth Reference Study) 2006 Büyüme Eğrileri” kullanıldı.

Yaşa göre boy endeksine göre, referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart (-2 SDS) sapma gösteren çocuklar, yaşlarına göre kısa (bodur) olarak değerlendirildi.

Yaşa göre ağırlık endeksine göre, referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart sapma (-2SDS) gösteren çocuklar, yaşlarına göre düşük kilolu olarak değerlendirildi.

Boya göre ağırlık endeksine göre, referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart sapma (-2SDS) gösteren çocuklar kavruk olarak değerlendirildi.

Yine Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 5 yaş altı çocuklarda boya göre ağırlık endeksine göre, referans grubun 2 standart sapma üzerinde olanlar (+2SDS) fazla kilolu, 3 standart sapma (+3SDS) üzerinde olanlar ise obez olarak değerlendirildi (52).

3.4.BESİN TÜKETİM ÖYKÜSÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada Dünya Sağlık Örgütünün 2007 yılında bebek beslenmesini değerlendirmek amacıyla oluşturduğu, “anımsama metodunu” baz alan 34 soruluk yüz yüze anket uygulandı.

Ayrıca bir önceki gün aldığı tüm katı, yarı-katı ve sıvı gıdalar ayrıntılı olarak sorgulanarak besin tüketim kayıtları kaydedildi. Besin tüketim kayıtları DSÖ'nün 2007 yılında 6-23 aylık bebeklerde tamamlayıcı beslenmenin doğru uygulanabilmesi ve uygulamaların ölçülebilmesi için amacıyla oluşturduğu belirteçler doğrultusunda değerlendirilmiştir. Bu belirteçlerde üzerinde durulan nokta;

- 1) Yumuşak, yarı-katı, katı kıvamlı besinlere 6-8 ayda başlanması,
- 2) Beslenmede çeşitliliğe yer verilmesi; DSÖ'ye göre 6-23 aylık bebekler 7 temel besin grubundan en az 4 tanesini her gün tüketmesi (tahıllı gıdalar, baklagil, süt ürünü, et, yumurta, A vitamininden zengin sebze veya meyve, diğer sebze ve meyve)
- 3) Uygun beslenme sıklığının sağlanması; 6-8 aylık anne sütü alan bebekler için 2-3 kez/gün, 9-23 aylık anne sütü alan bebekler için 3-4 kez/gün, 6-23 aylık anne sütü almayan bebekler için ise 4 kez/gün olarak tanımlanmıştır.

DSÖ belirteçlerine göre hem uygun sıklıkta hem de uygun çeşitlilikte beslenme uygulaması ‘Mimum kabul edilebilir beslenme’ olarak değerlendirildi (4).

3.5.VERİLERİN ANALİZİ

Bebeklerin ilk emzirilme zamanı, ilk 6 ay tek başına anne sütü ile beslenme, ilk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme, ortalama anne sütü alma, 2 yaşına kadar anne sütü alımına devam, hala anne sütü alma, biberon alımı, “minimum beslenme sıklığı”, “minimum beslenme çeşitliliği” ve “mimum kabul edilebilir beslenme” kriterleri ile bodurluk, kavruklu, düşük ağırlıklı, fazla kiloluluk, obezite ile ilişkisi incelendi.

Bebeęe ve ebeveyne ait olan sosyodemografik veriler ile yukarıda belirttięimiz beslenme uygulamaları ve bebeklerin beslenme durumu (bodurluk, kavrukluđ, dűşűk kiloluluk, kavrukluđ, fazla kiloluluk, obezite) arasındaki iliřki deęerlendirildi.

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verildi. Bağımsız iki grupta sayısal değişken normal dağılım koşulunu sağlamadığından Mann Whitney u testi ile karşılaştırıldı. Bağımsız gruplarda oranlar Ki Kare Analizi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.



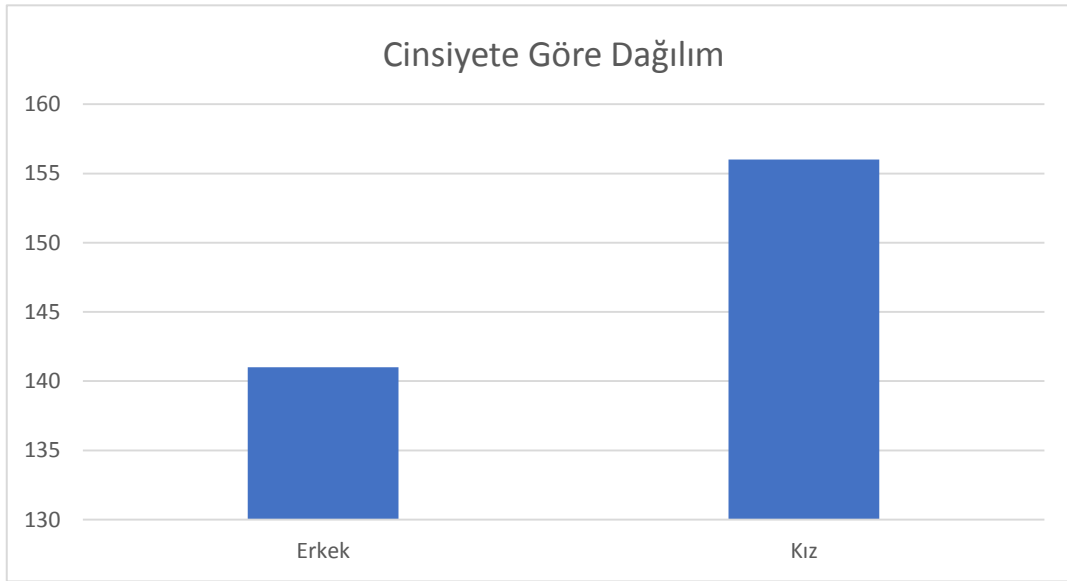
4. BULGULAR

4.1.DAĞILIMLAR VE ORTALAMA DEĞERLER

4.1.1. SOSYODEMOGRAFİK DAĞILIMLAR

4.1.1.1. BEBEKLERİN CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI

Çalışmaya katılan bebeklerin 156'sı kız iken (%52,5), geri kalan 141'i erkekti (%47,5).



Grafik 2. Bebeklerin cinsiyete göre dağılımı

4.1.1.2. BEBEKLERİN YAŞ, DOĞUM HAFTASI VE KİLOSUNA GÖRE DAĞILIMI

Çalışmaya katılan bebeklerin yaşları $10,6 \pm 6,0$ ay arasında değişmekteydi (15 gün-24 ay), bebeklerin doğum haftası ortalama $38,6 \pm 1,1$ haftaydı (38-42 gebelik haftası. Doğum tartıları ise ortalama $3292,6 \pm 452,7$ gramdı (2180-4410 g). 3000 gram altında 77 bebek (%25,9), 3000 g ve üzeri 220 bebek vardı (%74,1). 231 bebek 6-23 ay arasındaydı (%77,7).

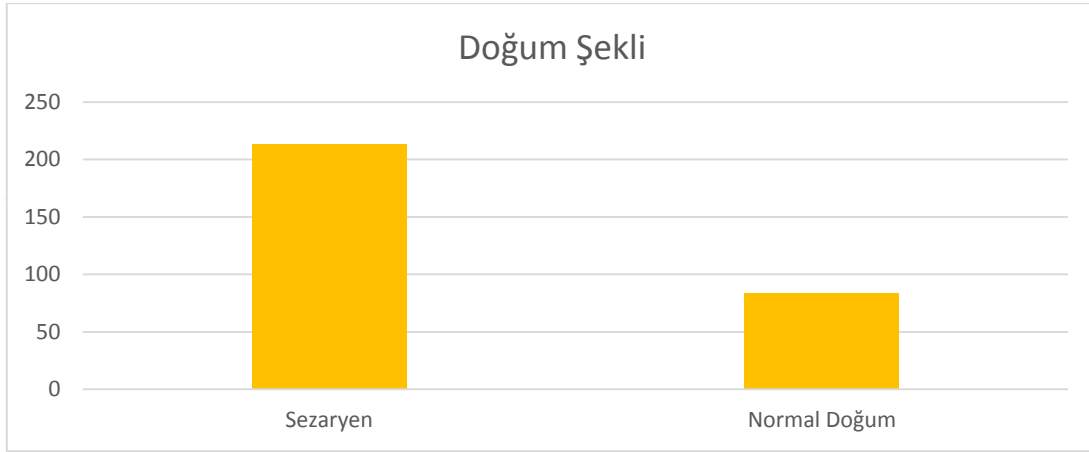
4.1.1.3. HAMİLELİKTE SORUN, HAMİLELİK SAYISI, ÇOCUK SAYISI, ÖLÜ DOĞUM

Çalışmaya alınan ebeveynlerin 122'si hamileliğinde preeklampsi, gestasyonel diyabet, hipertansiyon gibi sorunlarla karşılaşmışken (%41,1), 175 ebeveyn ise

hamileliğinde herhangi bir sorunla karşılaşmamıştır (%58,9). Ortalama hamilelik sayısı $2,3 \pm 1,5$ (1-9), çocuk sayısının $1,8 \pm 1,0$ (0-6) olduğu bulundu. Çalışmaya katılan annelerin 15'inde ölü doğum vardı (%5,1).

4.1.1.4. DOĞUM ŞEKLİ

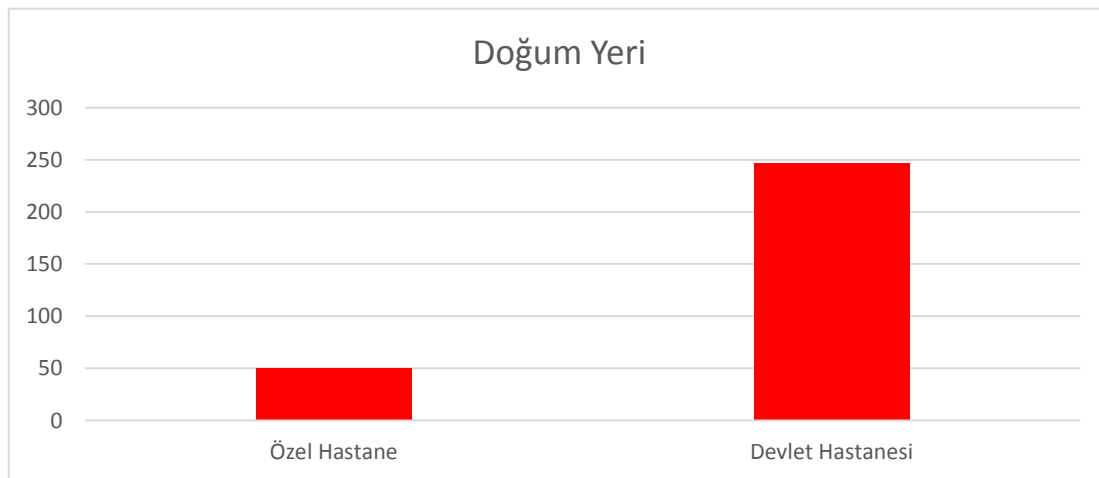
Bebeklerin 213'ü sezaryen ile doğmuşken (%71,7), 84'ü vaginal yolla doğmuştu (%28,3).



Grafik 3. Bebeklerin doğum şekline göre dağılımı

4.1.1.5. DOĞUM YERİ

Bebeklerin 50'si özel hastanede doğmuşken (%16,8), 247'si devlet hastanesinde doğmuştu (%83,2).



Grafik 4. Bebeklerin doğduğu hastaneye göre dağılımı

4.1.1.6. BEBEKLERİN BOYU VE KİLOSU

Çalışmaya katılan bebeklerin boyu ortalama 73,8±8,6 cm (47-96cm), kilosu ise ortalama 8933,4±2291,8 gramdı (3,265-18,650 g).

4.1.1.7. AKRABA EVLİLİĞİ

Çalışmamızda akraba evliliği 38 çiftte varken (%12,8), 259 çiftte yoktu (%87,2).

4.1.1.8. ANNE VE BABA YAŞI

Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması 31,4±5,5 yaş (18-45 yaş), babaların yaş ortalaması ise 35,2±6,0 yaş idi (23-52 yaş).

4.1.1.9. AİLE ŞEKLİ

Çalışmamıza katılan ailelerin 44'ü geniş aileyken (%14,8), 253'ü çekirdek aileydi (%85,2).

4.1.1.10. BAKICI

Çalışmaya katılan bebeklerin bakımını 73'ünde bakıcı tarafından verilirken (%24,5), 224 bebeğe annesi bakmaktaydı (%75,4).

Tablo 4. Sosyodemografik verilerin oranları

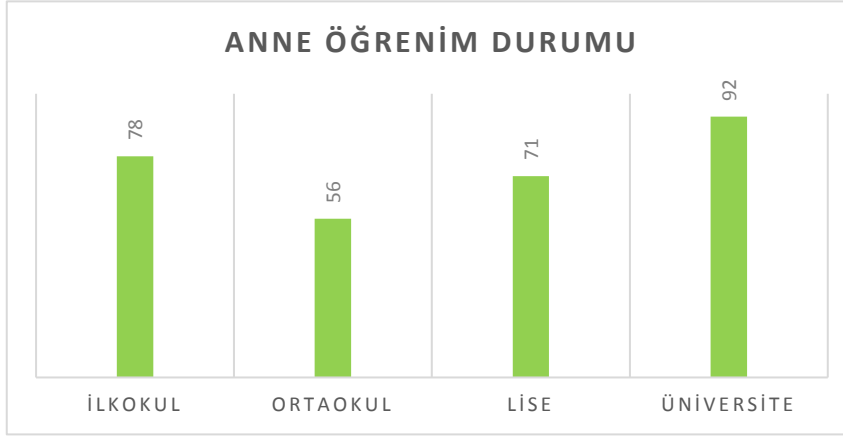
		n	%
Hamilelikte sorun yaşayan anne		122	41,1
Doğum haftası	<38 hafta	49	16,5
	38 hafta ve üzeri	248	83,5
Doğum tartısı	<3000 gr	77	25,9
	3000 gr ve üzeri	220	74,1
Doğum şekli	Sezaryen	213	71,7
	Normal	84	28,3
Doğum yeri	Özel	50	16,8
	Devlet	247	83,2
Ölü doğum		15	5,1
Cinsiyet	Kız	156	52,5
	Erkek	141	47,5
Akraba evliliği		38	12,8
Aile şekli	Geniş	44	14,8
	Çekirdek	253	85,2
Bakıcı	Var	73	24,5

4.1.1.11. ANNE ÖĞRENİM DURUMU

Çalışmaya katılan annelerin 78'i ilkokul mezunuyken (%26,2), 56 anne ortaokul mezunu (%18,9), 71 anne lise mezunu (%23,9) ve 92 anne ise üniversite mezunuydu (%31).

Tablo 5. Anne öğrenim durumu

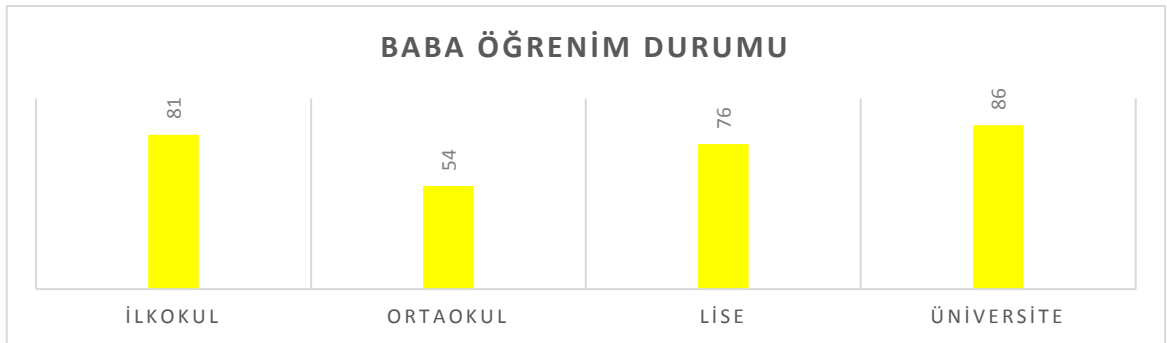
	N	Yüzde (%)	
Anne Eğitim	İlkokul	78	26,2
	Ortaokul	56	18,9
	Lise	71	23,9
	Üniversite	92	31
	Toplam	297	100



Grafik 5. Anne öğrenim durumu

4.1.1.12. BABA ÖĞRENİM DURUMU

Çalışmaya katılan babaların 81'i ilkokul mezunu (27,3), 54'ü ortaokul mezunu (%18,2), 76'sı lise mezunuyken (%25,6), geri kalan 86 baba ise üniversite mezunuydu (%29).



Grafik 6. Baba öğrenim durumu

4.1.1.13.SOSYAL GÜVENCE

Çalışmaya katılan hastaların 7'sinde sosyal güvence yokken (%2,4), 290'ında sosyal güvence vardı (%97,6).

4.1.1.14.ANNE MESLEĞİ

Çalışmaya katılan annelerin 196'sı ev hanımı (%66), 44'ü memur (%14,8), 57'ü ise serbest meslekte çalışmaktaydı (%19,2).

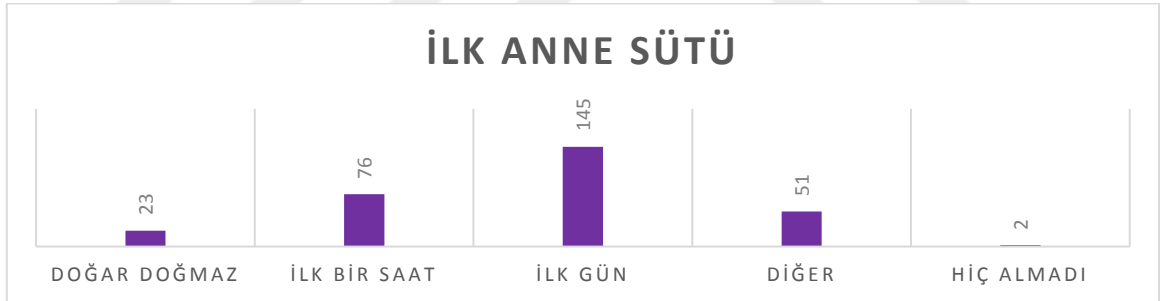
4.1.1.15.BABA MESLEĞİ

Çalışmaya katılan babaların 4'ü işsiz (%1,3), 58'i memur (%19,5), 235'i ise serbest meslekte çalışmaktaydı (%79,1).

4.1.2. BESLENME UYGULAMALARI

4.1.2.1. İLK ANNE SÜTÜ VERME ZAMANI

Çalışmaya katılan 297 bebeğin 23'ü ilk 30 dakikada (%7,7), 76'sı ilk 1 saatte (%25,6), 145'i ilk gün (%48,8), 51'i ise ilk günden sonra ilk defa anne sütü almışlardı. Çalışmaya katılan 2 bebek ise %0,67 hiç anne sütü almamıştı.



Grafik 7. İlk anne sütü verme zamanı

4.1.2.2. ANNE SÜTÜNE DEVAM ORANI

Çalışmaya katılan bebeklerin 240'ı anne sütüne devam ediyordu (%80,8), 57 bebek ise anket uygulaması esnasında anne sütüyle beslenmemekteydi (%19,2).

4.1.2.3. İKİ YAŞINA KADAR ANNE SÜTÜNE DEVAM ORANI

Çalışmaya katılan bebeklerin 2 yaşına kadar anne sütü alma oranı %59 olduğu elde edildi.

4.1.2.4. BİBERON VERME ORANI

Çalışmaya katılan 297 annenin 138'i bebeklerine biberon vermişken (%46,5), 159'u biberon vermemişti (%53,5).

4.2.İLK 6 AY SADECE ANNE SÜTÜYLE BESLENME (EXCLUSIVE BREASTFEEDING), ANNE SÜTÜ AĞIRLIKLIL BESLENME (PREDOMINANT BREASTFEADING), MAMA İLE BESLENME VE HİÇ ANNE SÜTÜ İLE BESLENMEME ORANLARI

6 ay altında olan 66 bebeğin 41'i (%62,1) ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslendiği saptandı (1- 6,1 ay). İlk 6 ayda 9 bebeğin anne sütü ağırlıklı (anne sütü yanında su dahil) beslendiği (%13,6), 14 bebeğin mama ile beslendiği (%21,2), 2 bebeğin ise hiç anne sütü almadığı bulundu (%0,67).

Tablo 6. Altı ay altında sadece anne sütü alma ve anne sütü ağırlıklı beslenme, mama ile beslenme ve hiç anne sütü almama oranları

	n	%
Sadece anne sütü alma	41	62,1
Anne sütü ağırlıklı beslenme	9	13,6
Mama ile beslenme	14	21,2
Hiç anne sütü almama	2	0,67

4.3.6-23 AYLIL BEBEKLERE VERİLEN KATIL GIDALAR VE ORANLARI

4.3.1. YEDİ BESİN GRUBUNA GÖRE AYRILARAK

Çalışmaya katılan 6-23 aylık toplamda 231 bebek bulunmaktaydı. Bunlardan 224'ü bir önceki gün katı gıda almıştı (%96,9), 7 bebek ise katı gıda almamıştı (%3,03).

1. GRUP: HUBUBAT, TAHIL YUMRU KÖK GİBİ BESİNLER

• YULAF, EKMEK, PİRİNÇ GİBİ TAHILLI GIDA VERME ORANI

Çalışmamıza katılan 6-23 aylık bebeklerin 195'i bir önceki gün yulaf, ekmeK, pirinç gibi tahıllı gıda almıştı (%84,5), 36 bebek ise tahıllı gıda almamıştı (%15,5).

- **PATATES, YER ELMASI**

Çalışmamıza katılan 6-23 aylık bebeklerin 84'ü patates veya yer elmasını bir önceki gün tüketmişken (%36,3), 147 bebek bu besinleri tüketmemiştir (%63,6).

2. GRUP: BAKLAGİL, FINDIK, CEVİZ GİBİ BESİNLER

- **FASULYE, BEZELYE, YEŞİL MERCİMEK, FINDIK, TOHURLU BİTKİLER**

Çalışmamıza katılan bebeklerin 78'i fasulye, bezelye, yeşil mercimek, fındık veya tohumlu bitkiler tüketmişken (%33,8), 153'ü bunlardan birini tüketmemiştir (%66,2).

3. GRUP: SÜT VE SÜT ÜRÜNLERİ

- **PEYNİR, YOĞURT VEYA DİĞER SÜT ÜRÜNLERİ**

Çalışmamıza katılan bebeklerin 201'i peynir, yoğurt veya diğer süt ürünlerini tüketmişken (%87), 30'u bu ürünlerden birini tüketmemiştir (%13).

- **FORMÜL MAMA**

Çalışmamıza katılan annelerin 60'ı bebeklerine formül mama vermekteydi (%20,2), 237 bebek ise formül mama almamaktaydı (%79,8).

4. GRUP: ET ÜRÜNLERİ

- **DANA, KUZU, DOMUZ, TAVUK, ÖRDEK GİBİ HAYVAN ETİ**

Çalışmamıza katılan bebeklerin bebeklerin 101'i dana, kuzu, domuz, tavuk, ördek gibi hayvan eti tüketmişken (%43,7), 130'u bunlardan birini tüketmemiştir (%56,3).

- **KARACİĞER, BÖBREK, SAKATAT**

Çalışmamıza katılan bebeklerin bebeklerden sadece 1'i karaciğer böbrek gibi sakatat tüketmişken (%0,4), 230'u bunlardan birini tüketmemiştir (%99,6).

- **BALIK VEYA KABUKLU DENİZ ÜRÜNÜ**

Çalışmamıza katılan bebeklerin 10'u bir önceki gün balık veya kabuklu deniz ürünü tüketmişken (%4,3), 221'i bunlardan birini tüketmemiştir (%95,7).

5. GRUP: YUMURTA

• YUMURTA

Çalışmamıza katılan bebeklerin 137'si bir önceki gün yumurta tüketmişken (%59,3), 94'ü tüketmemiştir (%40,7).

6. GRUP: A VİTAMİNİNDEN ZENGİN BESİNLER

• BALKABAĞI, HAVUÇ, KABAK, TATLI PATATES

Çalışmamıza katılan 6-23 aylık bebeklerin 87'si balkabağı, havuç, kabak, tatlı patates gibi A vitamininden zengin besinlerle beslenmekteyken (%37,66), 144'ü bunlardan biriyle beslenmemekteydi (%62,34).

• KOYU YEŞİL YAPRAKLI BİTKİLER

Çalışmamıza katılan 6-23 aylık bebeklerin 33'ü koyu yeşil yapraklı besinlerle beslenmişken (%14,3), 199'u bu besinleri tüketmemiştir (%85,7).

7. DİĞER MEYVE SEBZELER

• MEYVE VE SEBZE

Çalışmaya katılan bebeklerin 198'i bir önceki gün meyve veya sebze tüketmişken (%85,7), 33 bebek bunlardan birini tüketmemiştir (%14,3).

4.3.2. YEDİ BESİN GRUBU DIŞINDAKİ BESİNLER

• ÇİKOLATA, TATLI, ŞEKER, BİSKÜVİ GİBİ YIYECEKLER

Çalışmaya katılan bebeklerin 129'u çikolata, tatlı, şeker, bisküvi gibi yiyeceklerden birini tüketmişken (%55,8), 108'u bu ürünlerden birini tüketmemiştir (%44,2).

4.4.ÇALIŞMAMIZA KATILAN 6-8 AYLIK 48 BEBEKTE EN SIK BAŞLANAN EK GIDALAR

1) %75,7 yoğurt

2) %67,6 meyve sebze

3) %59,5 yulaf, ekmek pirinç gibi tahıllı gıdalar olarak bulundu.

Tablo 7. 6-23 aylık bebeklere verilen katı gıdalar ve oranları

	n	%	
Bebeğinize bir önceki gün gün boyunca hangi gıdaları verdiniz?	Yulaf, ekme,	195	84,5
	Patates	84	36,3
	Fasulye, bezelye,	78	33,8
	Peynir, yoğurt	201	87
	Dana, kuzu	101	43,7
	Karaciğer, sakatat	1	0,4
	Balık, deniz ürünü	10	4,3
	Yumurta	137	59,3
	Balkabağı, havuç	87	37,6
	Koyu yeşil yapraklı	33	14,3
	Diğer meyve, sebze	198	85,7
	Tereyağı,	62	26,8
	Çikolata	129	55,8
	Sos	5	2,2

4.5.DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ; KATI GIDAYA ZAMANINDA BAŞLAMA, MİNİMUM BESİN ÇEŞİTLİLİĞİ, BESİN SIKLIĞI VE KABUL EDİLEBİLİR BESLENME BELİRTEÇLERİNE UYGUNLUK VE ORANLARI

6-23 aylık bebeklerin beslenmesini belirlemek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen belirteçlerden;

- 1) 6-8 aylık 48 bebeğin 35'inin katı gıdaya zamanında başlamıştı (%74), 13'ü ise zamanında başlamamıştı (%26). (ort.3 – 12 ay)
- 2) 6-23 aylık 231 bebeğin 185'i yaşına uygun “minimum besin çeşitliliğinde” beslenirken (%62,3), 46'sı DSÖ belirteçlerine göre uygun “minimum besin çeşitliliğinde” beslenmiyordu (%37,7).
- 3) 6-23 aylık 231 bebeğin 216'sının “minimum beslenme sıklığı” DSÖ'ye göre uygun iken (%72,7), 15'inin “minimum beslenme sıklığı” yaşına uygun değildi (%5,1).

- 4) 6-23 aylık 231 bebeğin 185'i "minimum kabul edilebilir" yani hem çeşitliliği hem de sıklığı yaşına uygun beslenmekteydi (%62,3), bu bebeklerin 46'sı ise DSÖ belirteçlerine göre "minimum kabul edilebilir" beslenmemekteydi (%15,5).

Tablo 8. Dünya Sağlık Örgütü; minimum besin çeşitliliği, besin sıklığı, katı gıdaya zamanında başlama ve kabul edilebilir beslenme belirteçlerine uygunluk ve oranları

		n	%
Minimum beslenme çeşitliliği	Evet	185	62,3
	Hayır	46	37,7
Minimum beslenme sıklığı	Evet	216	72,7
	Hayır	15	5,1
Minimum kabul edilebilir beslenme	Evet	185	62,3
	Hayır	46	15,5
Katı gıdaya başlama 6-8 ay	Evet	35	74
	Hayır	13	26

4.6.BODURLUK, KAVRUKLUK, DÜŞÜK KİLOLULUK, FAZLA KİLOLULUK, OBEZİTE ORANLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE VE BESLENME İLE İLİŞKİLERİ

Çalışmaya katılan 297 bebekten 5'inin yaşa göre kilosu -2SDS ve altında yani düşük kilolu iken (%1,68), 292'inin yaşa göre kilosu -2SDS üzerinde yani normaldi (%98,32).

Çalışmaya katılan 297 bebekten 10'unun boya göre kilosu -2SDS ve altında yani kavrukken (%3,3), 287'sinin boya göre kilosu -2SDS üzerinde yani normaldi (%96,7).

Çalışmaya katılan 297 bebekten 6'sının yaşa göre boyu -2SDS ve altında yani bodurken (%2,02), 291'inin yaşa göre boyu normaldi (%97,98).

Çalışmaya katılan 297 bebekten 5'inin boya göre kilosu +2SDS ve üzerinde yani fazla kilolu saptandı (%1,68). İkisinin ise boya göre kilosu +3SDS ve üzerinde obezdi (%0,67). Toplamda 7 bebek fazla kilolu ve/veya obezdi (%2,36).

Çalışmamızda cinsiyetin erkek olması, ailede çocuk sayısının 3'den fazla olması, babanın üniversite mezunu ve memur olması kavrukluğun düzeyini anlamlı düşürmekteydi. (p=0,047; p=0,001; p=0,028; p=0,022).

Çalışmamızda eğer bebeğin bakımı bakıcı tarafından veriliyorsa, fazla kilolu olma durumu istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p=0,02$).

Bodurluk, kavrukluuk, düşük kiloluluk ve fazla kiloluluk ile beslenme parametreleri olan ilk 1 saatte anne sütü alma, ilk 6 ay sadece anne sütü alma, anne sütüne devam, katı gıdaya 6-8. ayda başlama, 2 yaşına kadar anne sütüne devam, “minimum kabul edilebilir beslenme”, “minimum besin çeşitliliği” ve “minimum beslenme sıklığı” arasında ilişki bulunmamıştır.

4.7.BEBEĞİN DOĞUM TARTISI İLE BESLENME İLİŞKİSİ

Doğum tartısı <3000 gr olan bebeklerin anne sütüne devam oranı 3000 gr ve üzeri bebeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü ($p=0,036$).

Doğum tartısı <3000 gr ve 3000 gr ve üzeri olan bebeklerin ilk 1 saatte anne sütü alma, ilk 6 ay sadece anne sütü alma, ilk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme oranlarında, “minimum besin çeşitliliği”, “minimum beslenme sıklığı”, “minimum kabul edilebilir beslenme”, 6-8 ayda katı gıdaya başlama, biberon kullanımı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 9. Doğum tartısı ile beslenme ilişkisi

	Doğum Tartısı				p
	<3000 gr		3000 gr ve üzeri		
	n	%	n	%	
İlk 1 saatte Anne Sütü alma	24	31,2	75	34,1	0,64
İlk 6 ay sadece anne sütü alma	12	66,7	29	60,4	0,641
İlk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme	3	16,7	6	12,5	0,696
Anne sütüne devam	56	72,7	184	83,6	0,036
Minimum besin çeşitliliği	46	78	139	80,8	0,636
Minimum besin sıklığı	55	93,2	161	93,6	1
Minimum kabul edilebilir beslenme	46	78	139	80,8	0,636
Katı gıdaya 6-8 ayda başlama	11	22,92	30	62,5	0,328
2 Yaşına kadar anne sütüne devam	2	9,09	11	50	0,45
Biberon kullanımı	39	50,6	99	45	0,392

4.8.DOĞUM ŞEKLİNE GÖRE BESLENME İLİŞKİSİ

Normal doğan bebeklerde ilk 6 ay ortalama anne sütü alma oranı, sezaryenle doğan bebeklere oranla anlamlı yüksekti ($p=0,001$).

Sezaryen ile doğan bebeklerin biberon kullanım oranı normal doğan bebeklere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,002$).

Doğum şekli sezaryen ve normal olan bebeklerin ilk 1 saatte anne sütü alma, ilk 6 ay sadece anne sütü alma, ilk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme oranlarında, “minimum besin çeşitliliği”, “minimum beslenme sıklığı”, “minimum kabul edilebilir beslenme”, 6-8. ayda katı gıdaya başlama, biberon kullanımı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 10. Doğum şekli ile beslenme ilişkisi

	Doğum Şekli				p
	Sezaryan		Normal		
	n	%	n	%	
İlk 1 saatte Anne Sütü alma	65	30,5	34	40,5	0,101
İlk 6 ay sadece anne sütü alma	25	65,8	16	57,1	0,474
İlk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme	3	7,9	6	21,4	0,153
Anne sütüne devam	167	78,4	73	86,9	0,094
Minimum besin çeşitliliği	143	81,7	42	75	0,273
Minimum besin sıklığı	166	94,9	50	89,3	0,208
Minimum kabul edilebilir beslenme	143	81,7	42	75	0,273
Katı gıdaya 6-8 ayda başlama	30	62,5	11	22,92	0,127
2 yaşına kadar anne sütüne devam	12	54,5	1	4,55	0,761
Biberon kullanımı	111	52,1	27	32,1	0,002

4.9.HAMİLELİK SAYISINA GÖRE BESLENME İLİŞKİSİ

Hamilelik sayısı 1-2 olan anne bebeklerinin bebeklerin biberon kullanım oranı 3 ve üzeri hamilelik olan anne bebeklerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,026$).

Hamilelik sayısı 1-2 olan ve 3 ve üzeri olan anne bebeklerinin ilk 1 saatte anne sütü alma, ilk 6 ay sadece anne sütü alma, ilk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme oranlarında, “minimum besin çeşitliliği”, “minimum beslenme sıklığı”, “minimum kabul edilebilir beslenme”, 6-8 ayda katı gıdaya başlama, 2 yaşına kadar anne sütü alma, biberon kullanımı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 11.Hamilelik sayısı ile beslenme ilişkisi

	Hamilelik Sayı				p
	1 ve 2		3 ve üzeri		
	n	%	n	%	
İlk 1 saatte Anne Sütü alma	68	36	31	28,7	0,201
İlk 6 ay sadece anne sütü alma	23	62,2	18	62,1	0,994
İlk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme	7	18,9	2	6,9	0,279
Anne sütüne devam	152	80,4	88	81,5	0,824
Minimum besin çeşitliliği	118	77,6	67	84,8	0,195
Minimum besin sıklığı	140	92,1	76	96,2	0,231
Minimum kabul edilebilir beslenme	118	77,6	67	84,8	0,195
Katı gıdaya 6-8 ayda başlama	30	62,5	11	22,9	0,379
2 yaşına kadar anne sütüne devam	9	40,91	4	18,2	0,227
Biberon kullanımı	97	51,3	41	38	0,026

4.10. BEBEĞİN KAÇINCI ÇOCUK OLDUĞU İLE BESLENME İLİŞKİSİ

Bebek 1.çocuk ve 2.çocuk olan bebeklerin biberon kullanım oranı 3 ve üzeri olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p=0,002$).

Bebeğin kaçınıcı çocuk olması gruplarında bebeklerinin ilk 1 saatte anne sütü alma, ilk 6 ay sadece anne sütü alma, ilk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme oranlarında, “minimum besin çeşitliliği”, “minimum beslenme sıklığı”, “minimum kabul edilebilir beslenme”, 6-8 ayda katı gıdaya başlama, 2 yaşına kadar anne sütü alma, biberon kullanımı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 12.Bebeğin kaçınıcı çocuk olduğu ile beslenme ilişkisi

	Kaçınıcı Çocuk						p
	1.çocuk		2.çocuk		3 ve üzeri		
	n	%	n	%	n	%	
İlk 1 saatte Anne Sütü alma	51	34,7	25	32,5	23	31,5	0,879
İlk 6 ay sadece anne sütü alma	16	59,3	13	65	12	63,2	0,917
İlk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme	6	22,2	2	10	1	5,3	0,285
Anne sütüne devam	112	76,2	64	83,1	64	87,7	0,105
Minimum besin çeşitliliği	92	76,7	49	86	44	81,5	0,336
Minimum besin sıklığı	112	93,3	53	93	51	94,4	1
Minimum kabul edilebilir beslenme	92	76,7	49	86	44	81,5	0,336
Katı gıdaya 6-8 ayda başlama	24	50	7	14,6	10	20,8	0,816
2 yaşına kadar anne sütüne devam	4	18,18	5	22,7	4	18,2	0,199
Biberon kullanımı	81	55,1	35	45,5	22	30,1	0,002

4.11. BEBEĞİN CİNSİYETİ İLE BESLENME İLİŞKİSİ

Çalışmaya katılan 6-23 aylık 231 bebeğin erkeklerin 82'si (%35,5), kız bebeklerin ise 74'ü ilk 6 ay anne sütü almaktaydı (%32,0).

Çalışmamızda cinsiyeti erkek olan bebeklerin ilk 6 ay anne sütü alma durumu kız bebeklere orana istatistiksel olarak yüksek saptandı ($p=0,048$).

Tablo 13. İlk 6 Ay anne sütü alma

	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Hayır	46	29	75
Evet	74	82	156
Toplam	120	111	231

4.12. ANNE YAŞI İLE BEBEĞİN BESLENME İLİŞKİSİ

Anne yaşı 30 ve üzeri olan bebeklerin “minimum besin çeşitliliği” ve “minimum kabul edilebilir beslenme” oranları, anne yaşı 25 ve altı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (her ikisi için de $p=0,04$).

Anne yaşı gruplarında bebeklerinin ilk 1 saatte anne sütü alma, ilk 6 ay sadece anne sütü alma, ilk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme oranlarında, ortalama anne sütü alma, “minimum beslenme sıklığı”, 6-8 ayda katı gıdaya başlama, 2 yaşına kadar anne sütü alma, biberon kullanımı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 14. Anne yaşının bebeğin uygun beslenmesi ile ilişkisi

	Anne Yaşı						
	25 yaş altı		25-30 yaş		30 yaş ve üzeri		p
	n	%	n	%	n	%	
İlk 1 saatte Anne Sütü alma	16	47,1	28	35	55	30,1	0,145
İlk 6 ay sadece anne sütü alma	5	71,4	16	64	20	58,8	0,818
İlk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme	0	0	6	24	3	8,8	0,198
Anne sütüne devam	31	91,2	64	80	145	79,2	0,262
Minimum besin çeşitliliği	17	63	43	78,2	125	83,9	0,040
Minimum besin sıklığı	24	88,9	52	94,5	140	94	0,524
Minimum kabul edilebilir beslenme	17	63	43	78,2	125	83,9	0,040
Katı gıdaya 6-8 ayda başlama	7	14,58	10	20,8	24	50	0,685
2 yaşına kadar anne sütüne devam	0	0	5	22,7	8	36,4	0,216
Biberon kullanımı	18	52,9	37	46,3	83	45,4	0,717

4.13. BABA YAŞI İLE BEBEĞİN BESLENME İLİŞKİSİ

Baba yaşı <30 yaş olan bebeklerin ilk 1 saatte anne sütü alma oranları baba yaşı 30 ve üzeri olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p=0,009).

Baba yaşı <30 yaş ve 30 yaş ve üzeri olanların ilk 6 ay sadece anne sütü alma, ilk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme oranlarında, “minimum besin çeşitliliği”, “minimum beslenme sıklığı”, “minimum kabul edilebilir beslenme”, 6-8 ayda katı gıdaya başlama, 2 yaşına kadar anne sütü alma, biberon kullanımı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 15. Baba yaşı ile bebeğin beslenme ilişkisi

	Baba Yaş				
	<30 yaş		30 yaş ve üzeri		p
	n	%	n	%	
İlk 1 saatte Anne Sütü alma	27	48,2	72	29,9	0,009
İlk 6 ay sadece anne sütü alma	11	78,6	30	57,7	0,153
İlk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme	2	14,3	7	13,5	1
Anne sütüne devam	49	87,5	191	79,3	0,158
Minimum besin çeşitliliği	32	76,2	153	81	0,485
Minimum besin sıklığı	40	95,2	176	93,1	1
Minimum kabul edilebilir beslenme	32	76,2	153	81	0,485
Katı gıdaya 6-8 ayda başlama	8	16,67	33	68,8	1,00
2 yaşına kadar anne sütüne devam	2	9,09	11	50	0,798
Biberon kullanımı	26	46,4	112	46,5	0,995

4.14. DOĞUM YERİ İLE BEBEĞİN BESLENME İLİŞKİSİ

Doğum yeri devlet hastanesi olan bebeklerin 2 yaşına kadar anne sütüne devam oranı özel hastanede doğanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p=0,049)

Doğum yeri özel ve devlet hastanesi olan bebeklerin ilk 1 saatte anne sütü alma, ilk 6 ay sadece anne sütü alma, ilk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme oranlarında, anne sütüne devam, “minimum besin çeşitliliği”, “minimum beslenme sıklığı”, “minimum

kabul edilebilir beslenme”, 6-8 ayda katı gıdaya başlama, biberon kullanımı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 16. Doğum yerine göre 2 yaşına kadar anne sütü alma

Hastane Türü	2 Yaş Anne Sütü Alma		Toplam
	Hayır	Evet	
Devlet	6	13	19
Özel	3	0	3
Toplam	9	13	22

4.15. BAKICI İLE BESLENME İLİŞKİSİ

Çalışmamızda bakıcısı olan bebeklerin anne sütüne devam oranı diğer bebeklere göre istatistiksel olarak düşüktü ($p=0,006$).

Bakıcısı olan olmayan bebeklerinin ilk 1 saatte anne sütü alma, ilk 6 ay sadece anne sütü alma, ilk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme, ortalama anne sütü alma, “minimum besin çeşitliliği”, “minimum beslenme sıklığı”, “minimum kabul edilebilir beslenme”, 6-8 ayda katı gıdaya başlama, biberon kullanımı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 17. Bakıcı ile beslenme ilişkisi

	Bakıcı				
	Yok		Var		p
	n	%	n	%	
İlk 1 saatte Anne Sütü alma	71	31,7	28	38,4	0,295
İlk 6 ay sadece anne sütü alma	33	62,3	8	61,5	1
İlk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme	6	11,3	3	23,1	0,364
Anne sütüne devam	189	84,4	51	69,9	0,006
Minimum besin çeşitliliği	134	78,4	51	85	0,268
Minimum besin sıklığı	159	93	57	95	0,765
Minimum kabul edilebilir beslenme	134	78,4	51	85	0,268
Katı gıdaya 6-8 ayda başlama	34	70,8	7	14,58	0,605
2 yaşına kadar anne sütüne devam	11	50	2	9,09	0,109
Biberon kullanımı	101	45,1	37	50,7	0,405

4.16. BABA EĞİTİMİ DÜZEYİ İLE BESLENME İLİŞKİSİ

Baba eğitim düzeyi üniversite olan bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranı diğer eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,016$).

Baba eğitim düzeylerinde bebeklerinin ilk 1 saatte anne sütü alma, ilk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme oranlarında, “minimum besin çeşitliliği”, “minimum beslenme sıklığı”, “minimum kabul edilebilir beslenme”, 6-8 ayda katı gıdaya başlama, 2 yaşına kadar anne sütü alma, biberon kullanımı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 18. Baba eğitimi düzeyi ile beslenme ilişkisi

	Baba Eğitim Düzeyi				p
	Üniversite		Diğer		
	n	%	n	%	
İlk 1 saatte Anne Sütü alma	33	38,4	66	31,3	0,24
İlk 6 ay sadece anne sütü alma	14	87,5	27	54	0,016
İlk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme	0	0	9	18	0,1
Anne sütüne devam	68	79,1	172	81,5	0,627
Minimum besin çeşitliliği	56	80	129	80,1	0,983
Minimum besin sıklığı	66	94,3	150	93,2	1
Minimum kabul edilebilir beslenme	56	80	129	80,1	0,983
Katı gıdaya 6-8 ayda başlama	13	27,08	28	58,3	0,166
2 yaşına kadar anne sütüne devam	2	9,09	11	50	0,141
Biberon kullanımı	39	45,3	99	46,9	0,806

4.17. BABA MESLEĞİ İLE BESLENME İLİŞKİSİ

Baba mesleği memur olan bebeklerin ilk 6 ay daha fazla anne sütü aldığı bulundu ($P=0,036$).

Baba mesleğiyle; bebeklerinin ilk 1 saatte anne sütü alma, ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenme, ilk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme oranlarında, “minimum besin çeşitliliği”, “minimum beslenme sıklığı”, “minimum kabul edilebilir beslenme”, 6-8 ayda katı gıdaya başlama, 2 yaşına kadar anne sütü alma, biberon kullanımı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Annenin ölü doğum yapmış olması, hamilelikte sorun olması, evdeki çocuk sayısı, akraba evliliği olması, gestasyon haftasının, aile şekli, anne eğitimi, anne mesleği ile bebeğinin beslenmesi arasında ilişki bulunmadı.



5. TARTIŞMA

5.1.EMZİRME ORANLARI

Sadece ilk 6 ay anne sütü almakla bile morbite ve mortalitedeki azalma yadsınamaz bir gerçekken hala dünya genelinde sadece anne sütü alma oranı %38'dir (53).

TNSA 2013 verilerine göre; ilk 1 saat içinde anne sütü alma oranı %50, ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranı %4,7, ilk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme oranı %9,7 saptanmıştır. Altı aydan küçük çocuklarda formül mama kullanma oranı %28 saptanmıştır. Yirmi ile yirmi üç aylar arasında anne sütü ile beslenme oranı %33,9 saptanmıştır (30).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010'un raporuna göre; ilk 1 saat içinde anne sütü alma oranı %59,1 ve tek başına anne sütü alma süresi 5,3 ay olduğu saptanmıştır. Türkiye genelinde 4-6 ay süre ile tek başına emzirme oranı %62,5 bulunmuştur. Türkiye genelinde toplam anne sütü alma süresi 14,5 ay olarak belirtilmiştir. Türkiye genelinde büyük çoğunluğun (%84,5) formül mama kullandığı saptanmıştır. İki yaşına kadar anne sütü alma oranı ise %24,5 saptanmıştır (54).

Gür E. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; 4 ay ve daha fazla anne sütü alma oranı %51,9 saptanmıştır (11).

Özenç Ö. ve arkadaşlarının çalışmasında; ilk 1 saat içinde emzirme oranı %55,4, Taş F. ve arkadaşlarının çalışmasında %44; Yiğitbaş Ç. ve arkadaşlarını çalışmasında ise %58,4 saptanmıştır (55).

Gümüştakım R. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; bebeklerin %84,3'ü ilk 1 saat içinde anne sütü almış, 3-6 ay arasında anne sütü alma oranı %41,3, altı aydan önce anne sütünü kesme oranı ise %16,5 saptanmıştır. Bebeklerin %50,8' i mama ile beslenmiştir (56).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2007 yılında bebek beslenmesini değerlendirmek amacıyla 46 gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkede yaptığı çalışmada; ilk 1 saatte içinde anne sütü alım yüzdesi en düşük olan ülke %22,2 ile Hindistan iken, bu oranın en yüksek olduğu ülke %68,1 ile Zimbabwe olarak saptanmıştır. İlk 6 ay sadece anne sütüyle beslenme yüzdesi en düşük olan ülke %2 ile Chad iken, bu oranın en yüksek olduğu ülke

%88,4 ile Rwanda olduğu görülmüştür. İlk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenme yüzdesi en düşük olan ülke %4,8 ile Rwanda iken, bu oranın en yüksek olduğu ülke %95,8 ile Chad olarak bulunmuştur. İki yaşına kadar anne sütü alma yüzdesi en düşük olan ülke %2,4 ile Moldova Cumhuriyeti iken, bu oranın en yüksek olduğu ülke %95 ile Nepal olarak belirlenmiştir (4).

Çalışmamızda doğumdan sonraki ilk yarım saatte emzirme oranı %7,7, ilk 1 saatte anne sütü alma oranı %25,6 bulundu. TNSA 2013 (%50), TBSA (%59,1) ve diğer çalışmalarla kıyaslandığında ilk 1 saat içinde emzirme oranı çok düşük saptandı. DSÖ (2007) çalışmasına göre; dünya sıralamasında 46 ülke arasında sondan 3. sırada olduğumuzu belirledik. Bu durumun; çalışmaya katılan annelerdeki sezaryen oranının (%71) yüksek düzeyde olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Sezaryen doğumların %30'unun ilk 1 saatte anne sütü almış olması, bu oranın normal vaginal doğumda %40 saptanması bu savımızı destekler niteliktedir (4).

Çalışmamızda ilk 6 ayda sadece anne sütü alma oranı %62,1, ilk 6 ayda anne sütü ağırlıklı beslenme oranı (predominant breastfeeding) %13,6 idi. Tüm yaş gruplarında anne sütüne devam oranı %80,8 bulundu. TNSA 2013'e göre ilk 6 ay anne sütü alma oranımız yüksekken (%4,7), TBSA (2010) ile benzer sonuçlar bulunmuştur (%62,5). Anne sütü ağırlıklı beslenme oranları ise TNSA 2013'e göre yüksek bulundu. DSÖ (2007) çalışmasına göre dünya sıralamasında 46 ülke arasında ilk 6 ay tek başına anne sütü ile beslenme oranımız yüksek olup, 5. sıradayız. Anne sütü ağırlıklı beslenmede ise 45. sırada olduğumuzu belirledik. Çalışmamızda 6 aydan küçük olup emzirilen çocukların %21,2'si, 2 yaş altı bebeklerin %60'ı formül mama almaktaydı. Çalışmamızda ilk 6 ayda formül mama kullanımı ülke geneline göre düşüktü.

2 yaşın sonuna kadar anne sütü ile beslenme oranı %59 saptandı. Bu oran TNSA 2013 (%33,9) ve TBSA 2010'a (%24,5) göre yüksek bulunmuştur. DSÖ (2007) çalışmasına göre dünya sıralamasında 46 ülke arasında 2 yaşına kadar anne sütüne devam oranı yönünden 15. sırada olduğumuzu belirledik (4).

Çocuk Sağlığı izlemi polikliniğimizde “emzirme danışmanlığı” konusunda uzman hemşire tarafından tüm bebeklerin emzirmeleri gözlenmekte ve danışmanlık hizmeti verilmektedir. Bu durum ilk 1 saat içinde anne sütü alma, ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme, anne sütü ağırlıklı beslenme, 2 yaşına kadar anne sütüne devam

oranlarında yüksek düzeylere ulaşmamıza yol açmaktadır. İlk 6 ay tek başına emzirme oranımız, anne sütü ağırlıklı beslenme oranından yüksektir (4).

5.2.EMZİRMEYE ETKİ EDEN SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

TNSA 2013'e göre; erken emzirilme ve eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki bulunmuş ve hiç eğitimi olmayan ve/veya ilkokulu tamamlamamış annelerin doğurdukları çocukların %40'ı, en az lise eğitimi gören annelerin doğurdukları çocukların ise %54'ü doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirilmiştir (30).

Gür E. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; anne yaşı ile anne sütü verme oranı karşılaştırıldığında 34 yaş ve daha genç annelerin çocuklarında en az 4 ay sadece anne sütü verme oranı, 34 yaşından büyük olan annelere göre yüksek, hiç anne sütü almama vaka oranı ise daha düşük saptanmıştır. Yine aynı çalışmada vaginal yolla doğan bebeklerin en az 4 ay anne sütü alma durumu, sezaryen ile doğan bebeklere kıyasla daha yüksek saptanmıştır ($p<0,005$). Primipar anne çocuklarında en az 4 ay sadece anne sütü alma oranı yüksek saptanmıştır ($p<0,005$). Cinsiyeti kız olan bebeklerin en az 4 ay anne sütü alma oranı daha yüksek fakat hiç anne sütü almamış olma durumu da kız çocuklarda yüksek saptanmıştır. Aile şekli ve ebeveyn öğrenim durumu ile anne sütü verme oranı arasında anlamlı fark saptanmamıştır (57).

Alikaşifoğlu M. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; gebelikte sorun yaşayan annelerin %76'sı sadece anne sütü verirken, sorun olmayanların %85'i anne sütü verdiği ve gebelikte sorun ile sadece ane sütü verme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$). Gebelik haftası 38 ve üzeri olan anneler bebeklerine sadece anne sütü verme oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$). Vaginal yolla doğum yapan annelerin bebekleri sezaryenle doğuran annelere göre sadece anne sütü verme oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$). Doğum yeri Cerrahpaşa olanlar ve baba eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan bebeklerin sadece anne sütü alma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmışken ($p=0,002$; $p=0,01$), aile şekli, çocuk sayısı, akrabalık, anne yaşı, baba yaşı ve anne eğitimiyle anne sütü verme arasında anlamlı fark saptanmamıştır (58).

Çalışmamızda diğer çalışmalarda da olduğu gibi; normal doğan bebeklerde ilk 6 ay anne sütü alma oranı, sezaryenle doğan bebeklere oranla anlamlı yüksekti ($p=0,001$). Sezaryenle doğum ilk 6 ay anne sütü alımını anlamlı düşürmekteydi. Sezaryen ile doğan

bebeklerin biberon kullanım oranı normal doğan bebeklere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,002$). Bu sonuç sezaryen ile doğumun süt yapımını olumsuz yönde etkilemesinden kaynaklanmış olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda cinsiyeti erkek olan bebeklerin ilk 6 ay anne sütü alma durumu kız bebeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p=0,048$). Bu sonuç; gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerin geleneksel cinsiyetçi yaklaşımı ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda doğum tartısı <3000 gr olan bebeklerin anne sütüne devam oranı 3000 gr ve üzeri olan bebeklere göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşüktü ($p=0,036$). Annelerin olumsuz düşünceleri ve kaygıları onları anne sütü haricindeki beslemeye yöneltebilir.

Çalışmamızda doğum sırasına göre 1. ve 2. çocuk olan bebeklerin biberon kullanım oranı 3 ve üzeri olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,002$). Aynı zamanda hamilelik sayısı 1-2 olan anne bebeklerinin biberon kullanım oranı 3 ve üzeri hamilelik olan anne bebeklerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,026$). Bu durum; annenin doğum sayısı arttıkça emzirme konusunda tecrübelenmesi nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda devlet hastanesinde doğan bebeklerin 2 yaşına kadar anne sütüne devam etme durumu, özel hastanede doğan bebeklere oranla istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p=0,049$). Bu durum devlet hastanelerinde ‘‘Bebek Dostu Hastane’’ prensiplerine daha fazla uyulması nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda bakıcısı olan bebeklerin anne sütüne devam oranı bakıcısı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü ($p=0,006$). Bebeğin bakımının daha fazla bakıcı tarafından yapılması anne ve bebeğin bir arada daha az zaman geçirmesi bu duruma yol açabilir.

Çalışmamızda baba eğitim düzeyi üniversite olan bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranı diğer eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,016$). Babası memur olan bebeklerin ilk 6 ayda anne sütüyle beslenme oranı daha yüksek düzeyde bulundu ($p=0,036$). Baba yaşı 30’dan küçük olan bebeklerin ilk 1 saatte anne sütü alma oranlarının, baba yaşı 30 ve üzeri olanlara göre istatistiksel olarak olarak daha yüksek düzeyde olduğu görüldü ($p=0,009$). Çalışmamızda babanın genç olması ile ilk 1 saatte anne sütü alımı, babanın memur olması ve eğitim düzeyinin üniversite olması

ile ilk 6 ay sadece anne sütü alımı süresinin olumlu bir şekilde artması babanın postpartum dönemdeki anneye desteğinin önemini vurgulamaktadır.

Bu çalışmada ilk 6 ay sadece anne sütü alma durumunu hamilelikte sorun, gebelik haftası, bebeğin cinsiyeti hastane tipi, gebelik sayısı, akraba evliliği, anne mesleği, baba mesleği, evde bakıcı olması ya da olmaması durumu etkilemedi.

5.3.TAMAMLAYICI BESLENME ORANLARI

Dünya Sağlık Örgütü ilk 6 ayda su dahil hiçbir ek verilmeksizin anne sütü verilmesini ve 6. ayda da uygun tamamlayıcı besine geçilerek, emzirmenin 2 yaşına kadar devam edilmesini önermektedir (1). Buna rağmen dünyada olduğu gibi ülkemizde de tamamlayıcı beslenmeye erken ya da geç başlanabilmektedir.

Büyüyen ve giderek hareket yeteneği artan bir süt çocuğunda, altı aydan sonra anne sütü tek başına yeterli değildir. Bebeğin besin, enerji, vitamin ve mineral açığı bu dönemde, emzirmenin yanısıra başlanan tamamlayıcı besinlerden karşılanmaktadır. Altıncı aydan sonra başlanan tamamlayıcı besinler; anne sütü ile beslenmeden aile yemeklerine geçişte köprü görevi görür. Tamamlayıcı besinler süt çocuğunun değişik tat, lezzet, kıvamda besinlere alışmasını sağlarken, aynı zamanda yeme işlevi için gerekli olan, nöromusküler işbirliğinin gelişimine yardımcı olur. Uygun zamanda başlatılan ve kurallara uygun şekilde sürdürülen tamamlayıcı beslenme, bebeğin bir yaş civarında aile sofrasındaki yiyecekleri tüketebilecek olgunluğa ulaşmasını sağlar (42).

TNSA 2013 verilerine göre; Türkiye genelinde uygun zamanlı tamamlayıcı beslenmeye başlama oranı %69'dur. Altı ile dokuz aylık bebekler için en çok peynir, yoğurt ve diğer süt ürünleri verilmektedir (%57). Altı ile yirmi dört aylık bebeklerde inek sütü verme oranı %34,9; peynir, yoğurt vb. gibi süt ve süt ürünü verme oranı %66; meyve/sebze verme oranı %68,4; baklagil verme oranı %19,7; kırmızı et, balık, tavuk gibi et verme oranı %34,5; yumurta verme oranının ise %66 olduğu görülmüştür (30).

TBSA 2010 raporuna göre; Türkiye genelinde 2 yaşından küçük bebeklere en sık başlanan tamamlayıcı besinin yoğurt olduğu görülmüştür. Tamamlayıcı besin olarak yoğurt verme oranı %89; peynir verme oranı %70,1; sebze püresi verme oranı %34,1; meyve püresi verme oranı %67,6; kuru baklagil verme oranı %60,6; kırmızı et verme oranı %50,9; et ürünleri (salam, sosis, sucuk) verme oranı %21,6; sakatat verme oranı %8; tavuk-hindi verme oranı %71,8; balık verme oranı %49,6; yumurta verme oranı

%75,8 ve gofret, reçel, çikolata gibi şekerli yiyecek verme oranı ise %52,6 saptanmıştır (54).

Gümüştakım R. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; bebeklerin %25,6'sında ek gıdaya 6 aydan önce başladığı saptanmış. %41,3 bebek ek gıdaya yoğurt ile, %14,9'u çorba ile, %12,8 si meyve püresi ile başladığı bulunmuştur (56).

Küçük Ö. ve Göçmen A. tarafından yapılan çalışmada; ek gıdaya başlama zamanı ortalama $5.8 \pm 0,85$ ay olarak saptanmıştır (59).

Çatak B. ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; 4-5 aylık bebeklerin %52,3'üne anne sütüne ilaveten ek gıdaya başlandığı bulunmuştur (60).

Kaya Z. ve Yiğit Ö. arkadaşların yaptığı çalışmada; annelerin tamamlayıcı beslenmeye besin grubu olarak; %36,4'ü yoğurt, %30,4'ü çorba, %10'u meyve, %8,8'nin hazır kaşık/kavanoz maması, %7,6 sı kahvaltılık benzeri (çay bisküvi karışımı, peynir, ekmek içi), %6,8'inin muhallebi ile başladığı saptanmıştır (61).

DSÖ (2007) çalışmasına göre; katı gıdaya 6-8. ayda başlama yüzdesi en düşük olan ülke %36,1 ile Burkino Faso iken, bu oranın en yüksek olduğu ülke %91,5 ile Zimbabwe idi. Altı ile yirmi dört aylık bebeklerde “minimum besin çeşitliliği” belirtecine uygunluk yüzdesi en düşük olan ülke %3,9 ile Etiyopya iken, en yüksek ülke %81,4 ile Peru bulundu. “Minimum besin sıklığı” belirtecine uygunluk yüzdesi en düşük olan ülke %25,1 ile Mali iken, en yüksek yüzde %82,4 ile Nepal idi. “Minimum kabul edilebilir beslenme” belirtecine uygunluk yüzdesi en düşük olan ülke %2,9 ile Etiyopya iken, en yüksek olan ülke %65,7 ile Peru olduğu saptandı (4).

Yüksek gelirli ülkelerde yaşayan Kuzey Asyalı çocukların beslenme düzeyini saptayabilmek için yapılan 2 yaş altı 1559 bebeğin katıldığı ,13 kohort çalışmasının (10 çalışma İngiltere- 1 Amerika-1 Singapur- 1 Kanada) tamamında tamamlayıcı beslenmeye 6. aydan önce başladığı saptanmıştır. DSÖ tamamlayıcı beslenme belirteçlerine göre 9 çalışmanın 6'sında en çok verilen tamamlayıcı besin meyve-sebze, et ve süt ürünleri iken, 5 çalışmada tahıl, 3 çalışma ise yumurta, 2 çalışma da ise bakliyat olduğu elde edilmiştir (62).

Pakistanda 2 yaş altında 45.712 bebeğin yer aldığı 17 çalışmanın dahil edildiği meta-analiz çalışmasının 4'ünde “minimum besin çeşitliliği” araştırılmış ve besin çeşitliliğinin %35,7-%55,8 arasında değişen bir aralıkta olduğu saptanmıştır. Tamamlayıcı beslenmeye en sık 3-6. Aylar arasında başladığı da belirtilmiştir (63).

Nepal’de 6-23 aylık 155 bebek ile yapılan çalışmada; %35’i DSÖ’ye göre “minimum kabul edilebilir” beslendiği saptanmış, %57,6’sı tamamlayıcı beslenmeye 6. ayda başlamış, %60’ının DSÖ’ye göre “minimum besin çeşitliliği” uygun bulunmuştur (64).

Çalışmamızda bebeklerin %77,4’ü ek gıda almaktaydı. Bebeklerin %74’ü ek gıdaya 6-8. ayda başlamıştı. Ek gıdaya 6. aydan önce başlama oranı %4,55 bulundu. Ek gıdaya başlama zamanı $6,0 \pm 0,9$ ay olarak saptandı. Çalışmamızda TNSA 2013 ortalamasına göre uygun zamanlı tamamlayıcı beslenme uygulaması daha yüksek orandadır (%69). DSÖ (2007) çalışmasına göre; katı gıdaya 6-8 aylar arasında başlama açısından dünya sıralamasında 46 ülke arasında 23. sırada olduğumuzu belirledik.

Çalışmamızda 6-8. aylar arasında tamamlayıcı beslenmeye başlamada en çok tercih edilen besinler sırasıyla %75,7 yoğurt; %67,6 meyve sebze ve %59,5 yulaf, ekmek pirinç gibi tahıllı gıdalar olduğu elde edildi. Altı ile yirmi dört ay arası bebeklere en çok verilen tamamlayıcı besinler sırasıyla: peynir, yoğurt gibi süt ve süt ürünleri %87; meyve sebze %85,7; yulaf ekmek gibi tahıllı besinler %84,5; yumurta %59,3 olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda 6-23 aylık 231 bebeğin %62,3’ü “minimum beslenme çeşitliliği”, %72,7’si “minimum beslenme sıklığı” yönünden DSÖ’nün önerilerine uygundu. Bebeklerin %62,3’ünün hem uygun çeşitlilik hem de uygun sıklıkta beslendiği yani “minimum kabul edilebilir beslenme” kriterlerine uyduğu saptandı. DSÖ (2007) çalışmasına göre “minimum beslenme çeşitliliği” açısından 11. sırada, “minimum beslenme sıklığı” yönünden 8. sırada, “minimum kabul edilebilir beslenme” yönünden ise 2. sırada olduğumuzu belirledik. Bu sonuç; Çocuk Sağlığı İzlemi Polikliniğimizde eğitim hemşiresi tarafından annelere her vizitte beslenme eğitiminin düzenli olarak verilmesi nedeniyle olabilir (4).

TBSA 2010 verilerinin bizim verilerimizden daha yüksek saptanmasının sebebi TBSA’da 2 yaşından küçük bebeği olan annelere “tamamlayıcı besin olarak hangilerinin başlandığı” sorulmasıdır, oysa ki biz “24 saatlik zaman diliminde bebeklerin hangi yiyecekleri tükettiklerini” sorguladık. TNSA 2013’de ise bizim çalışmamızda olduğu gibi bir gün önceki veriler sorgulanmıştır. (30) (54).

5.4.TAMAMLAYICI BESLENMEYE ETKİ EDEN SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Gümüştakım R. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; mama kullanımı, biberon kullanımı, anne görüşü, ek gıda başlama şekli, ek gıda zamanı ile anne eğitimi arasında fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (56).

Kaya Z. ve Yiğit Ö. arkadaşların yaptığı çalışmada; annelerin eğitim düzeyi ile tamamlayıcı beslenmeye uygun başlama zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,01$), annelerin eğitim düzeyi ile başlanılan ek gıdaya başladığı besin de değişmekte ve ev yapımı yoğurt ile başlayanların eğitim durumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Anne yaşı 25 ve altında olanlar ile 35 ve üzeri olanlarda tamamlayıcı gıdaya erken başladıkları tesbit edilmiştir. Babaların eğitim durumu ile tamamlayıcı gıdaya başlama zamanı arasında bilginin arttığı belirtilmiştir ($p=0,005$) (61).

Nepal’de 6-23 aylık 155 bebek ile yapılan çalışmada; anne eğitim düzeyi arttıkça ek gıdaya 6. ayda başlama oranının arttığı görülmüştür. Doğum sırası 1’den fazla olanlarda ve cinsiyeti erkek olan bebeklerde ek gıdaya 6. Ayda önerilene uygun şekilde başladığı tesbit edilmiştir (64).

Etiyopya’da bebekleri 6-23 ay arası olan 639 anne ile yapılan çalışmada; ortalama tamamlayıcı beslenmeye başlama yaşı 6 ay olarak saptanmıştır. Annesi memur olan ($OR=1,67$) ve baba eğitim düzeyi ($OR=2,08$) yüksek olan bebeklerin tamamlayıcı beslenmeye 6. ayda başladıkları bulunmuştur (65).

Pakistanlı annelerde yapılan çalışmada; anne eğer 18 yaşına kadar eğitim aldıysa almayanlara oranla (%5,3’e-%11,8) bebeklerine daha az şekerli gıda verdikleri saptanmıştır (63).

Çalışmamızda anne yaşı 30 ve üzeri olan 6-23 aylık bebeklerin “minimum besin çeşitliliği” ve “minimum kabul edilebilir beslenme” oranları, anne yaşı 25 ve altı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (her ikisi için $p=0,04$). Bu durum annenin tecrübenmesiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda ek gıdaya 6-8. ayda başlama ile doğum haftası, doğum kilosu, anne yaşı, baba yaşı, anne ve baba eğitimi, evde bakıcı olması, anne ve baba mesleği, doğum yeri, bebeğin cinsiyeti ya da toplam çocuk sayısı ile ilgili bir ilişki yoktu. Anne eğitim durumu ile 6-23 aylık bebeğine şekerli, çikolatalı gıda verimi arasında ilişki yoktu.

5.5.BODURLUK, KAVRUKLUK, DÜŞÜK KİLOLULUK VE FAZLA KİLOLULUK ORANLARI

TNSA 2013'e göre 2 yaş altı bebeklerin %1,8'i düşük kilolu, %3,2 kavruk, %8,5'i bodur, %13,4'ü fazla kilolu saptanmıştır (30).

Dünya Sağlık Örgütü 2017 verilerine göre; hala 462 milyon çocuk düşük kilolu, 52 milyon çocuk kavruk, 155 milyon çocuk ise bodurdur (66).

Çalışmamıza katılan 2 yaş altı bebeklerin %1,68'i düşük kilolu, %3,3'ü kavruk, %2,02'si bodur, %2,36'sı ise fazla kiloluydu.

5.6.ANNE SÜTÜ, TAMAMLAYICI BESLENME VE SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLERİN BODURLUK, KAVRUKLUK, DÜŞÜK KİLOLULUK VE FAZLA KİLOLULUĞA ETKİSİ

TNSA 2013'e göre; bodurluk oranı erkek çocuklarda kızlara göre daha fazla bulunmuştur (sırasıyla %11-%8). Düşük kilolu ve kavruk çocuklar arasında cinsiyet açısından fark saptanmamıştır. Doğum sayısı arttıkça bodurluğun arttığı görülmüştür. Fazla kilolu ve obez çocuklar arasında cinsiyetine göre fark görülmemiştir. Erken doğum sıralarındaki çocuklarda daha yüksektir (ikinci ve üçüncü doğum sırası için %13 ve altıncı ve daha büyük doğum sırası için %9) (30).

Hindistan'da 2 yaş altı 2561 bebek ile yapılan çalışmada DSÖ standart deviasyonlarına göre %22,7'si bodur, %7,4'ü ise ciddi bodur saptanmıştır. Bebeklerin %99,4 'ü emzirilmiştir. İlk bir saat içinde anne sütü alma oranı %59,4, ilk 6 ayda sadece anne sütüyle beslenme %59,8, 2 yaşına kadar anne sütüne devam etme oranı %74,9, 6-8 ayda katı gıdaya zamanında başlama oranı %58,6, "minimum beslenme sıklığına" uygunluk oranı %77 ve minimum besin çeşitliliği oranı ise %6 saptanmıştır. "Minimum beslenme sıklığını" karşılamayanlarda bodurluk %63 daha fazla görülmüş (OR:1,63) ve yumurta tüketmeyenlerde bodurluk 2,07 kat daha yüksek oranda görülmüştür. Bodurluk erkek bebeklerde kız bebeklere oranla daha sık görüldüğü saptanmıştır (%25,4-%19,3) (67).

Bangladeşte 2 yaş altı 1508 bebek ile yapılan çalışmada; bodurluk %33,69, kavrukluk %21,42, düşük kiloluluk %34,75, ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranı %36

saptanmıştır. Bu çalışmada DSÖ belirteçlerine göre bodurluk, katı gıdaya uygun başlayanlarda daha az saptanmıştır (OR:1,34) (p=0,05) (68).

Sri Lanka’da yapılan çalışmada da bodurluk ve DSÖ belirteçleri arasında ilişki saptanmamıştır (69).

Myanmar’da yaşları 6-23 ay arasında olan 1222 bebek ile yapılan çalışmada; bebeklerin %16’sı kabul edilebilir, %58’i ise uygun sıklıkla beslenmekte, %25’i uygun besin çeşitliliği almakta ve %85’i ise hala anne sütü almaktaymış. 5 yaş altı çocuklarda bodurluk yüzdesi %29 saptanmıştır. Anne sütüne devam edenlerde bodurluğun daha az olduğu saptanmış (%30-%19) (p=0,004). Anne sütüne devam etme dışında diğer DSÖ belirteçleri olan çeşitlilik ve kabul edilebilir beslenme ile bodurluk arasında ilişki saptanmamıştır. Hatta “minimum beslenme sıklığı” DSÖ belirteçlerine göre uygun olanlarda bodurluk daha fazla saptanmıştır (p=0,026). Erkek olmak (OR=0,46), düşük doğum ağırlıklı doğmak (OR=2.38), annenin çalışıyor olması (OR=1.97) da bodurlukla ilişkili bulunmuştur. Aynı zamanda anne eğitimi arttıkça daha yüksek DSÖ tamamlayıcı beslenme belirteçlerini karşılamışlardır (70).

Çinde yapılan 63.605 katılımcı ile yapılan 13 prospektif-kohort çalışmanın dahil edildiği meta-analiz çalışmasında; 4 aydan önce tamamlayıcı beslenme ile 4-6 arası tamamlayıcı beslenmeye başlayanların obezite ile arasındaki ilişki incelenmiş, çalışmalardan 8’inin yüksek kiloluluk (RR:1,18)., 5’inin obezite (OR:1.33) ile doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır (71).

Çalışmamızda cinsiyetin erkek olması, ailede çocuk sayısının 3’den fazla olması, babanın üniversite mezunu ve memur olması kavrukluk düzeyini azaltmaktaydı (p=0,047; p=0,001; p=0,028; p=0,022). Ailedeki çocuk sayısı arttıkça annenin bebeğine olan bakımına yetememesi ve babanın çocuk beslenmesindeki desteğinin önemiyle açıklanabilir. 6-23 aylık bebeklerde yumurta tüketimi ile bodurluk arasında anlamlı ilişki yoktu.

Çalışmaya katılan 297 bebekten 7’sinin boya göre kilosu +2SDS üzerinde yani fazla kilolu saptandı ve eğer bebeğin bakımı bakıcı tarafından veriliyorsa, obez olma durumu istatistiksel olarak artmıştı (p=0,02). Sağlıklı beslenme üç temele dayanmaktadır. Besinin kalitesi, besinin kantitesi ve bakım veren kişinin bebekle ilişkisi, beslenmede önemli rol oynar. Bebeğe bakım veren kişinin, bebeğin açlık tokluk duyularına duyarlı olmaması beslenme sorunlarına yol açabilir. Bu çalışmanın verileri doğrultusunda; bu

durumun, bakıcının çocuğun açlık tokluk duygularına, bir anne kadar hassas olmama ihtimalinden kaynaklandığından söz edilebilir.

Çalışmamızda katı gıdaya 6-8. ayda başlama ile obezite, düşük kiloluluk, bodurluk ve kavruklu ile ilişkisi yoktu. Bu durumun; beslenme sorunu olan bebek oranlarımızın çok düşük olması ve DSÖ'nün 2 yaş altı beslenmenin değerlendirilmesinde uyguladığı belirteçlerin besin kalitesi ve miktarı üzerindeki duyarlılığının yeterli olmamasından kaynaklandığı görüşündeyiz.

Çalışmamızda katı gıdaya 6-8. ayda başlama, “minimum besin çeşitliliği”, “minimum besin sıklığı”, “minimum kabul edilebilir beslenme” uygulamalarıyla beslenme durumu (bodurluk, kavruklu, düşük kiloluluk ve yüksek kiloluluk) arasında ilişkinin bulunmamasının olası bir diğer nedeni, son 24 saat içindeki beslenme uygulamaları hakkında soru sormamız ve normal beslenme düzeni olduğunu varsaymamızdır. (DSÖ deki çalışmada olduğu gibi). Ancak yiyecek tüketimi günden güne değişebilir. Her ne kadar DSÖ belirteçleri, büyük ölçekli araştırmalar için tamamlayıcı beslenme uygulamalarının değerlendirilmesinde basit ve etkili olsa da bu belirteçlerin diyet kalitesi üzerindeki duyarlılığı ve özgüllüğü, DSÖ belirteçlerinin çocukların doğrusal büyümesiyle ilişkisini değerlendirirken dikkate alınmalıdır.

6. SONUÇLAR

- Çalışmaya katılan 2 yaş altı bebeklerin 23'ü ilk 30 dakikada (%7,7), 76'sı ilk 1 saatte (%25,6), 145'i ilk gün (%48,8), 51'i ise ilk günden sonra ilk defa anne sütü almışlardır.
- Çalışmaya katılan 2 yaş altı bebeklerin 240'ı hala anne sütü almaktaydı (%80,8).
- 6 ay altında olan 66 bebeğin 41'i ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmişken (%62,1), 9 bebek ise ilk 6 ay anne sütü ağırlıklı beslenmiştir (%13,6).
- Çalışmaya katılan 6-23 aylık 231 bebeğin erkeklerin 82'si (%35,5), kız bebeklerin ise 74'ü ilk 6 ay anne sütü almaktaydı (%32,0).
- Çalışmaya katılan bebeklerin 2 yaşına kadar anne sütü alma oranı %59 saptandı.
- Çalışmaya katılan 6 ay altı bebeklerin %21,2'si formül mama almaktaydı.
- Çalışmaya katılan 2 yaş altı annelerin 60'ı bebeklerine formül mama vermekteydi (%20,2).
- Çalışmaya katılan 6-23 aylık toplamda 231 bebek bulunmaktaydı. Bunlardan 224'ü bir gün önce katı gıda almıştı (%96,9), 7 bebek ise katı gıda almamıştı (%3,03).
- Çalışmaya katılan 6-8 aylık 50 bebekte en sık başlanan tamamlayıcı besinler sırasıyla; %75,7 yoğurt, %67,6 meyve sebze, %59,5 yulaf, ekmek pirinç gibi tahıllı gıdalar saptandı.
- Çalışmaya katılan 297 annenin 138'i 2 yaş altı bebeklerine biberon vermişken (%46,5), 159'u biberon vermemiştir (%53,5).
- 6-8 aylık 48 bebeğin 35'i katı gıdaya zamanında 6-8. ayda başlamıştı %74.
- 6-23 aylık 231 bebeğin 185'i yaşına uygun besin çeşitliliğinde beslenmişti %62,3.
- 6-23 aylık 231 bebeğin 216'sının "minimum beslenme sıklığı" DSÖ'ye göre uygun %72,7 saptandı.
- 6-23 aylık 231 bebeğin 185'i kabul edilebilir yani hem çeşitliliği hem de sıklığı yaşına uygun beslenmekteydi (%62,3).

- Çalışmaya katılan 2 yaş altı 297 bebekten 5'inin yaşa göre kilosu -2SDS ve altında yani düşük kilolu iken (%1,68), 292'inin yaşa göre kilosu -2SDS üzerinde yani normaldi (%98,32).
- Çalışmaya katılan 2 yaş altı 297 bebekten 10'unun boya göre kilosu -2SDS ve altında yani kavrukken (%3,3), 287'sinin boya göre kilosu -2SDS üzerinde yani normaldi (%96,7).
- Çalışmaya katılan 2 yaş altı 297 bebekten 6'sının yaşa göre boyu -2SDS ve altında yani bodurken (%2,02), 291'inin yaşa göre boyu normaldi (%97,98).
- Çalışmaya katılan 2 yaş altı 297 bebekten 7'sinin boya göre kilosu +2SDS ve üzerinde yani fazla kilolu-obezdi (%2,36).
- Çalışmamızda kız olanlar ile erkeklere oranla kavrukluuk anlamlı yüksekti ($p=0,047$).
- Çalışmamızda cinsiyeti erkek olan bebeklerin ilk 6 ay anne sütü alma durumu kız bebeklere orana istatistiksel olarak yüksek saptandı ($p=0,048$).
- Normal doğan bebeklerde ilk 6 ay ortalama anne sütü alma oranı, sezaryenle doğan bebeklere oranla anlamlı yüksekti ($p=0,001$).
- Sezaryen ile doğan bebeklerin biberon kullanım oranı normal doğan bebeklere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,002$).
- Doğum tartısı <3000 gr olan bebeklerin anne sütüne devam oranı 3000 gr ve üzeri olan bebeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptandı ($p=0,036$).
- Çalışmamızda ailedeki çocuk sayısı arttıkça kavrukluuk anlamlı düşüktü ($p=0,01$).
- Çalışmamızda babası memur olan çocuklarda kavrukluuk düşüktü ($p=0,022$).
- Çalışmamızda baba öğrenimi üniversite olanlarda kavrukluuk düşüktü ($p=0,028$).
- Baba eğitim düzeyi üniversite olan bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranı diğer eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,016$).
- Çalışmamızda babası memur olan bebeklerin ilk 6 ayda anne sütüyle beslenme oranı daha yüksek saptandı ($p=0,036$).

- Baba mesleği memur olan bebeklerin ilk 6 ay daha fazla anne sütü aldđđı bulundu (p=0,036).
- Çalışmamızda eğer bebeğin bakımı bakıcı tarafından veriliyorsa, fazla kilolu olma durumu istatistiksel olarak artmıştı (p=0,02).
- Çalışmamızda bakıcısı olan bebeklerin anne sütüne devam oranı diğer bebelere göre istatistiksel olarak düşük saptandı (p=0,006).
- Hamilelik sayısı 1-2 olan anne bebeklerinin bebeklerin biberon kullanım oranı 3 ve üzeri hamilelik olan anne bebeklerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p=0,026).
- Anne yaşı 30 ve üzeri olan 6-23 aylık bebeklerin “minimum besin çeşitliliği” ve “minimum kabul edilebilir beslenme” oranları, anne yaşı 25 ve altı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (her ikisi için de p=0,04).
- Baba yaşı <30 yaş olan bebeklerin ilk 1 saatte anne sütü alma oranları baba yaşı 30 ve üzeri olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p=0,009).
- Çalışmamızda devlet hastanesinde doğan bebeklerin 2 yaşına kadar anne sütüne devam etme durumu, özel hastanede doğan bebelere oranla istatistiksel olarak yüksekti (p=0,049).

7. KAYNAKLAR

1. WHO. Infant and young child feeding. 2018:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
2. TOPAL S, ÇINAR N, ALTINKAYNAK S. Süt çocukluğu döneminde beslenme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016;6(1):63-70.
3. Ltd JWS. Maternal and Child Nutrition 2014;10:1-7.
4. Organization WH. Technical consultation: Infant and Young Child Feeding Practices (IYCF) indicators. 2017:<https://www.who.int/nutrition/events/2017-team-technicalconsultation-iycf-indicators-20to22Jun/en/>.
5. Hot İ, Başağaoğlu İ. Tarihte Sütannelik Geleneği. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History. 2014;22(2):68-74.
6. Balcı E. Anne sütünün çocuk büyüme ve gelişmesine etkisi. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2011;15(3).
7. Horta BL, Loret De Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta- analysis. Acta paediatrica. 2015;104:14-9.
8. Gökçay G, Garipağaoğlu M. Sağlıklı çocuğun beslenmesi. Ed: Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri I İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 2002.
9. Schack-Nielsen L, Michaelsen KF. Breast feeding and future health. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care. 2006;9(3):289-96.
10. Atıcı A, Polat S, Turhan A. Anne sütü ile beslenme. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci. 2007;3(6):1-5.
11. Gür E. Anne sütü ile beslenme. Türk Pediatri Arşivi. 2007;42(Supp: 1):11-5.
12. MA S. Sağlıkta ve Hastalıkta Çocuk Beslenmesi. İstanbul, Ömür Matbaacılık Aş 2014.
13. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri. Cilt. 2002;1(3):210-20.
14. Selimoğlu MA. Sağlıkta ve Hastalıkta Çocuk Beslenmesi. Ömür Matbaa. 2014.
15. Çetin H MN, Akan N. 0-12 aylık bebeği olan annelerin bebek beslenmesine yönelik bilgi düzeyleri. Milli Pediatri Kongre Kitabı. 08-12 Kasım 2006(Antalya):14.

16. Samlı G, Kara B, ünalan pc, samlı b, sarper n, gökalp as. annelerin emzirme ve süt çocuğu beslenmesi konusundaki bilgi, inanış ve uygulamaları: niteliksel bir araştırma.
17. Young BE, Krebs NF. Complementary feeding: critical considerations to optimize growth, nutrition, and feeding behavior. *Current pediatrics reports*. 2013;1(4):247-56.
18. Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children. WHO regional publications, European Series. 2000;87:288.
19. Fulhan J, Collier S, Duggan C. Update on pediatric nutrition: breastfeeding, infant nutrition, and growth. *Current opinion in pediatrics*. 2003;15(3):323-32.
20. Samur DDGE. Hacettepe Üniversitesi - Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara. Şubat 20120-2008.
21. Köksal G, Özel DHG. Bebek beslenmesi. Sağlık Bakanlığı Yayın. 2008;726.
22. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115(2):496-506.
23. Jonsdottir OH, Thorsdottir I, Hibberd PL, Fewtrell MS, Wells JC, Palsson GI, et al. Timing of the introduction of complementary foods in infancy: a randomized controlled trial. *Pediatrics-English Edition*. 2012;130(6):1038.
24. Patki S, Kadam S, Chandra V, Bhonde R. Human breast milk is a rich source of multipotent mesenchymal stem cells. *Human cell*. 2010;23(2):35-40.
25. Reynolds A. Breastfeeding and brain development. *Pediatric Clinics of North America*. 2001;48(1):159-71.
26. Erdem G, Ergin H, Saraçel M, Yurdakök M, Tekinalp G. Anne sütü ile beslenme izlem çalışması. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 1995;38:305-19.
27. Crawford M, Golfetto I, Ghebremeskel K, Min Y, Moodley T, Poston L, et al. The potential role for arachidonic and docosahexaenoic acids in protection against some central nervous system injuries in preterm infants. *Lipids*. 2003;38(4):303-15.
28. UNICEF. Dünya Emzirme Haftası. <https://www.unicef.org/turkey/>.

29. South-Paul J, Matheny S, Lewis E. Current aile hekimliği tanı ve tedavi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi. 2007:33-40.
30. Enstitüsü HÜNE. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2014;1.
31. Scott JA, Binns CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. Breastfeeding review: professional publication of the Nursing Mothers' Association of Australia. 1999;7(1):5-16.
32. Yang Q, Wen SW, Dubois L, Chen Y, Walker MC, Krewski D. Determinants of breast-feeding and weaning in Alberta, Canada. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2004;26(11):975-81.
33. Dennis CL. The breastfeeding self- efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2003;32(6):734-44.
34. O'Campo P, Faden RR, Gielen AC, Wang MC. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. Birth. 1992;19(4):195-201.
35. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 1994;23(1):27-32.
36. Alikaş M, Erginöz E, Gür ET, Baltaş Z, Arvas A. Bir Üniversite Hastanesine Devam Eden Annelerde Tek Başına Anne Sütü Verme Süresine Etki Eden Faktörler. Türk Pediatri Arşivi.35(3).
37. al DCE. Breastfeeding. In Maternal and Child health activities at the local level.Chapter 11:247-63.
38. Organization WH. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 1998.
39. Emel G. Zor Durumlarda Emzirme ile İlgili Danışmanlık. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi. 2017:292.

40. Özbaşı S. Sağlık Bakanlığı Tamamlayıcı Beslenme Programı. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/11217,838ekbesinppt.ppt?0>.
41. Organization WH. Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. 2003.
42. Gür E. Tamamlayıcı beslenme. Türk Pediatri Arşivi. 2006;41(4):181-8.
43. Gökçay G. 99 Sayfada Bebek Beslenmesi. 2007:66.
44. Akers S, Groh-Wargo S. Normal nutrition during infancy. Handbook of Pediatric Nutrition 3rd ed Queen Samour P, King K, Eds Sudbury, Mass, Jones and Bartlett. 2005:75-106.
45. Orhon F. Tamamlayıcı Beslenme Ders Notları. <http://acikarsivankaraedutr/browse/32354/TAMAMLAYICI%20BESLENME2016-2017pdf>.
46. Hausner H, Nicklaus S, Issanchou S, Mølgaard C, Møller P. Breastfeeding facilitates acceptance of a novel dietary flavour compound. Clinical Nutrition. 2010;29(1):141-8.
47. Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 Breastfeeding Policy Statement. Breastfeeding medicine. 2012;7(5):323-4.
48. Chivers P, Hands B, Parker H, Bulsara M, Beilin L, Kendall G, et al. Body mass index, adiposity rebound and early feeding in a longitudinal cohort (Raine Study). International journal of obesity. 2010;34(7):1169.
49. Griffiths LJ, Smeeth L, Hawkins SS, Cole TJ, Dezateux C. Effects of infant feeding practice on weight gain from birth to 3 years. Archives of disease in childhood. 2009;94(8):577-82.
50. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2008;46(1):99-110.

51. Krebs NF, Hambidge KM. Complementary feeding: clinically relevant factors affecting timing and composition. *The American journal of clinical nutrition*. 2007;85(2):639S-45S.
52. WHO. The WHO Child Growth Standards. <https://www.who.int/childgrowth/en/>.
53. Organization WH. Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants.
54. Bakanlığı HSGM-TS. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010.
55. İlinde ÖÖB. İlinde 0-12 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Süt Çocuğu Beslenmesi İle İlgili Bilgi Ve Davranışlarının Belirlenmesi. 13. Ulusal Neonatoloji ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı. 2005.
56. Gümüştakım Rř, Aksoy HD, Cebeci SE, Kanuncu S, Çakır L, Yavuz E. 0-2 yaş çocuklarda beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi: Çok merkezli çalışma. *Family Practice and Palliative Care*. 2017;2(1):1-8.
57. Taşdelen E, Kulak K, Arvas A, Erginel A, İlter Ö. Anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. *İstanbul Tıp Fak Mecmuası*. 1997;60:450-539.
58. Alikayıfoğlu M, Türkçü F, Arvas A, Gür E, Erginöz E. Anne sütüyle beslenmeye etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2000;43:239-46.
59. Küçük Ö, AY G. Çocuk Polikliniğine Başvuran 6-24 Ay Arası Sağlam Çocukların Değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2012;8(1):28-33.
60. Çatak B, Sütü S, Kılınç AS, Bağ D. Burdur ilinde bebeklerin emzirilme durumu ve beslenme örüntüsü. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2012(3):115-22.
61. Kaya Z, Yiğit Ö, Erol M, Gayret ÖB. Altı-Yirmi Dört Ay Arası Yaş Grubunda Beslenmeyle İlgili Anne ve Babaların Bilgi ve Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni*. 2016;54(2).
62. Manikam L, Lingam R, Lever I, Alexander E, Amadi C, Milner Y, et al. Complementary Feeding Practices for South Asian Young Children Living in High-Income Countries: A Systematic Review. *Nutrients*. 2018;10(11):1676.
63. Manikam L, Prasad A, Dharmaratnam A, Moen C, Robinson A, Light A, et al. Systematic review of infant and young child complementary feeding practices in

- South Asian families: the India perspective. *Public health nutrition*. 2018;21(4):637-54.
64. Locks LM, Dahal P, Pokharel R, Joshi N, Paudyal N, Whitehead Jr RD, et al. Infant and Young Child Feeding (IYCF) Practices Improved in 2 Districts in Nepal during the Scale-Up of an Integrated IYCF and Micronutrient Powder Program. *Current developments in nutrition*. 2018;2(6):nzy019.
65. Reda EB, Teferra AS, Gebregziabher MG. Time to initiate complementary feeding and associated factors among mothers with children aged 6–24 months in Tahtay Maichew district, northern Ethiopia. *BMC research notes*. 2019;12(1):17.
66. Organization WH. 2017.
67. Aguayo VM, Nair R, Badgaiyan N, Krishna V. Determinants of stunting and poor linear growth in children under 2 years of age in India: an in- depth analysis of Maharashtra's comprehensive nutrition survey. *Maternal & child nutrition*. 2016;12:121-40.
68. Zongrone A, Winskell K, Menon P. Infant and young child feeding practices and child undernutrition in Bangladesh: insights from nationally representative data. *Public health nutrition*. 2012;15(9):1697-704.
69. Perkins JM, Jayatissa R, Subramanian S. Dietary diversity and anthropometric status and failure among infants and young children in Sri Lanka. *Nutrition*. 2018;55:76-83.
70. Mya KS, Kyaw AT, Tun T. Feeding practices and nutritional status of children age 6-23 months in Myanmar: A secondary analysis of the 2015-16 Demographic and Health Survey. *PloS one*. 2019;14(1):e0209044.
71. Wang J, Wu Y, Xiong G, Chao T, Jin Q, Liu R, et al. Introduction of complementary feeding before 4 months of age increases the risk of childhood overweight or obesity: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Nutrition Research*. 2016;36(8):759-70.

2 YAŞ ALTI BESLENMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET SORULARI

Tarih:

1. Görüşülen kişi,
İsim :
Soyisim :
2. Hamileliğinizde hamileliğe bağlı bir sorunla karşılaştınız mı?
 Evet
 Hayır
3. Bebeğiniz kaç haftalıkken doğdu? _____
4. Bebeğinizin doğum tartısı nedir? _____
5. Bebeğinizi sezaryen mi yoksa normal doğum ile mi doğurdunuz? _____
6. Bebeğinizi özel mi yoksa devlet hastanesinde mi doğurdunuz?
 Özel Hastane
 Devlet Hastanesi
7. Kaç kere hamile kaldınız? _____
8. Kaç çocuğunuz var? _____
9. Hiç ölü doğum var mı varsa kaç kere? _____
10. Bebeğiniz kaç yaşında ya da aylık? _____
11. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?
 Kız
 Erkek
12. Görüşülen bebek kaçınıcı bebek? _____
13. Akraba evliliği var mı?
 Evet
 Hayır
14. Bebeğinizin şu anki boy ve tartısı nedir? _____
15. Anne yaşı nedir? _____
16. Baba yaşı nedir? _____

17. Aile şekliniz nedir?

- Çekirdek
- Geniş

18. Evde bebeğin bakımına yardımcı birisi var mı?

- Evet
- Hayır

19. Anne öğrenimi nedir?

- Okur yazar değil
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite

20. Baba öğrenim durumu nedir?

- Okur yazar değil
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite

21. Sosyal güvenceniz var mı?

- Evet
- Hayır

22. Anne mesleği nedir?

- Ev hanımı
- Memur
- Serbest Meslek
- Diğer

23. Baba mesleği nedir?

- İşsiz
- Serbest meslek
- Memur
- Diğer

24. Bebeğiniz ne kadar süre sadece anne sütü aldı? _____

25. Bebeğiniz doğduktan sonra ilk anne sütünü ne zaman aldı?

- Doğar doğmaz
- İlk 1 saat
- İlk gün
- Diğer
- Hiç almadı

26. Bebeğinize dn hiç anne sütü verdiniz mi?

- Evet
 Hayır

27. Bebeğinize dn hiç ilaç ya da vitamin verdiniz mi? Evet ise isimleri nelerdir?

28. Bebeğinize su verdiniz mi evet ise ne zaman? _____

29. Bebeğinize ek gıda başladınız mı evet ise kaç aylıkken başladınız? _____

30. Bebeğinize dn aşağıdaki besinlerden birini veya birkaçını verdiniz mi? Evet ise kaç kere?

- Su
 Mama _____
 İnek veya başka hayvan sütü _____
 Meyve suyu/meyve
 Et suyu
 Yoğurt _____
 Yulaf lapası

31. Bebeğinize dn gün boyunca hangi gıdaları verdiniz?

- Yulaf, ekmek, pirinç gibi tahıllı gıda _____
 Balkabağı, havuç, kabak, tatlı patates _____
 Patates, yer elması _____
 Koyu yeşil yapraklı bitkiler _____
 Olgun mango, papaya _____
 Diğer meyve veya sebzeler _____
 Karaciğer, böbrek, kalp gibi sakatat _____
 Dana, kuzu, domuz, tavuk, ördek gibi hayvan eti _____
 Yumurta _____
 Balık veya kabuklu deniz ürünü _____
 Fasulye, bezelye, yeşil mercimek, fındık, tohumlu bitkiler _____
 Peynir, yogurt veya diğer süt rnleri _____
 Terayağı, yağ gibi ürünler _____
 Çikolata, tatlı, şeker, bisküvi gibi şekerli yiyecekler _____
 Sos, eşni _____

32. Bebeğinize dn karışım yiyecek verdiniz mi? Evet ise yukarıdakilerden hangilerini içermekteydi? _____

33. Bebeğinize dn katı, yarı katı ya da yumuşak gıda verdiniz mi, evet ise kaç kere?

34. Bebeğinize dn hiç biberon verdiniz mi? _____