

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİDOĞANLARDA FİZYOLOJİK KİLO KAYBININ
DEĞERLENDİRİLMESİNDE PERSENTİL EĞRİSİNİN
KULLANIMI**

Ebe Nazmiye TAĞI

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ebelik Programı için Öngördüğü BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ

2018

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİDOĞANLARDA FİZYOLOJİK KİLO KAYBININ
DEĞERLENDİRİLMESİNDE PERSENTİL EĞRİSİNİN
KULLANIMI**

Ebe Nazmiye TAĞI

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ebelik Programı için Öngördüğü BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Doç. Dr. Ayla ERGİN

KOCAELİ

2018

KABUL VE ONAY

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Tez Adı: Yenidoğanların Fizyolojik Kilo Kaybının Değerlendirilmesinde Persentil Eğrisinin Kullanımı

Tez Yazarı: Nazmiye TAĞI (YILDIRIM)

Tez Savunma Tarihi:

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ayla ERGİN

Bu çalışma, sınav kurulumuz tarafından Ebelik Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

| SINAV KURULU ÜYELERİ | | İMZA |
|----------------------|------------|------|
| ÜNVANI | ADI SOYADI | |
| BAŞKAN | | |
| ÜYE(DANIŞMAN) | | |
| ÜYE | | |
| ÜYE | | |
| ÜYE | | |
| ÜYE | | |

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../2018

Prof. Dr. SEMA AŞKIN KEÇELİ
KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

... /... / 2018

Adı Soyadı

Nazmiye TAĞI (YILDIRIM)

İmza



ÖZET

Yenidoğanlarda Fizyolojik Kilo Kaybının Değerlendirilmesinde Persentil Eğrisinin Kullanımı

Amaç: Bu araştırmanın amacı, yenidoğanların fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde persentil eğrisinin kullanımı ile bebeklerin sadece anne sütü ile beslenme durumları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Bu araştırma, analitik kesitsel tanımlayıcı bir çalışma şeklinde planlanmış olup, örneklemini; 01 Temmuz- 30 Eylül 2017 tarihleri arasında, bir Üniversite Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum yapan, örneklem kriterlerini sağlayan, çalışmaya katılmayı kabul eden 308 anne ve yenidoğan oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Veri Toplama Formu ile toplanmıştır. Annelerin emzirmeleri LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı ile yenidoğanların fizyolojik kilo kaybı ise Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğrisi Yöntemi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma vs.) yanı sıra, Student t Test, Mann Whitney U testi ve Korelasyon Analizleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan ve normal doğum yapan annelerin 0-12 saat ve 13-24 saat arası LATCH puanlarının, sezaryen ile doğum yapan annelerin LATCH puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Annelerin yaşları, eğitim durumları ve ekonomik gelirleri ile LATCH puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızda sezaryen ile doğan yenidoğanların kilo kaybı ortalamalarının, normal doğan yenidoğanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Çalışmamıza katılan ve normal doğan bebeklerin %89,4'ünün ve sezaryenle doğan bebeklerin ise % 89,2'sinin hastanede kalma süresi boyunca sadece anne sütü ile beslendiği saptanmıştır. Çalışmamızda bebeklerin kilo kaybı değerlendirilmesinde %3-%7 kuralı kullanılsa idi, ilk 24 saat içinde normal doğan bebeklerin %58,8'inin, sezaryen ile doğan bebeklerin ise % 26,4'ünün sadece anne sütü ile beslenebileceği saptanmıştır.

Sonuç: Yenidoğanlarda fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğrisi'nin kullanımının bebeklerin sadece anne sütü ile beslenme oranlarını arttırdığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, anne sütü, emzirme, fizyolojik kilo kaybı ve persentil eğrisi.

ABSTRACT

Use of the Percentile Curve for the Evaluation of Physiological Weight Loss in Newborns

Aim: In this study, we aimed to determine the use of the percentile curve method for the evaluation of physiological weight loss in newborns and its association with exclusive breastfeeding.

Method: This study was planned as an analytical cross-sectional descriptive study and consisted of 308 babies and their mothers who agreed to participate in the study. The participants gave birth at a University Training and Research Hospital between July 1st and September 30th 2017. The data of the study were collected with Data Collection Form. Breastfeeding success of mothers was evaluated with LATCH Breastfeeding Diagnostic Measurement Tool and physiological weight loss of newborns was evaluated by the Percentile Curve Method. NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 software was used for statistical analysis. The collected data were evaluated using descriptive statistical methods (mean, standard deviation, etc.), as well Student t Test, Mann Whitney U test and Correlation Analyzes were also used.

Findings: It was found that LATCH scores of mothers who gave a natural birth were higher than the LATCH scores of mothers who gave birth by cesarean section, between 0-12th hours and 13-24th hours ($p < 0,01$). No significant relationship was found between LATCH scores and the ages of the mothers, educational status, economic income ($p > 0,05$). The mean weight loss of newborns born by cesarean section was found to be higher than the naturally born newborns ($p < 0,01$). It was found that 89.4% of babies born by natural birth and 89.2% of babies born by cesarean section were fed exclusively by breastfeeding during their hospital stay. In our study, if the rule of 3-7% was applied for the evaluation of infant weight loss, then 58.8% of the babies born by natural birth and 26.4% of the babies born by cesarean section would be fed exclusively by breastfeeding during the first 24 hours.

Results: In the evaluation of physiological weight loss in newborns, it was determined that the rate of feeding esp., exclusive breastfeeding increased by the use of the percentile curve.

Keywords: Newborn, breast milk, breastfeeding, physiological weight loss and percentile curve.

TEŞEKKÜR

Ebelik eğitimim boyunca bana mesleğimin önemini ve güzelliklerini yansıtan değerli hocalarıma,

Araştırma sürecinde bilgi ve deneyimleri ile ufkumu genişleten ve azmime güç veren değerli danışman hocam sayın **Doç. Dr. Ayla ERGİN'e**

Araştırmanın istatistik aşamasına katkı sağlayan değerli hocam sayın **Prof. Dr. Canan BAYDEMİR'e,**

Araştırma sürecinde bilgilerini benimle paylaşmaktan kaçınmayan ve klinik tecrübeleri ile her daim yanımda olan değerli hocalarım sayın **Prof. Dr. Hülya Selva BİLGEN, Doç. Dr. Ashı MEMİŞOĞLU ve Uzm. Dr. Hülya ÖZDEMİR'e,**

Klinikte birlikte görev aldığım tüm **ebe, hemşire ve hekim arkadaşlarıma,**

Yüksek lisans eğitimim süresince birlikte eğitim aldığım tüm **sınıf arkadaşlarıma,**

Araştırma sürecinde bana manevi destek sağlayan değerli arkadaşlarım **Ebe Nagihan TUNCER, Hemşire Meryem BAŞTÜRK, Hemşire Merve BAYHAN'a,**

Araştırma sürecinde sıcaklığı ile ruhumu dinlendiren ve bana sevgi gösteren sevgili **Pamuk'a,**

Beni bu günlere büyük emeklerle getiren **tüm aile fertlerime,**

Bu uzun ve zorlu süreçte her daim yanımda ve destek olan değerli eşim **Emre Çağlar TAĞI'ya,**

Çalışmaya katılım sağlayan **tüm anne ve yenidoğanlara,**

Sevgi, saygı ve şükranlarımı sunarım.

Nazmiye TAĞI

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| KABUL ve ONAY | iii |
| TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ | iv |
| ÖZET | v |
| İNGİLİZCE ÖZET | vi |
| TEŞEKKÜR | vii |
| İÇİNDEKİLER | viii |
| SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ | xi |
| ÇİZİMLER DİZİNİ | xii |
| ÇİZELGELER DİZİNİ | xiii |
| 1.GİRİŞ | 1 |
| 2.GENEL BİLGİLER | 5 |
| 2.1.Yenidoğanın Tanımı | 5 |
| 2.2. Yenidoğanın Fiziksel Değerlendirilmesi | 9 |
| 2.3. Sağlıklı ve Term Yenidoğanın Beslenmesi | 15 |
| 2.3.1. Anne Sütü | 16 |
| 2.3.1.1. Anne Sütü Kullanımının Tarihçesi | 16 |
| 2.3.1.2. Anne Sütünün İçeriği | 18 |
| 2.3.1.2.1. Anne Sütünün Besinsel İçeriği | 19 |
| 2.3.1.3. Anne Sütünün Yararları | 23 |
| 2.3.1.4. Memenin Yapısı | 25 |
| 2.3.1.5.Laktasyon | 26 |
| 2.3.1.6. Emzirme | 28 |
| 2.3.1.7. Emzirme Tekniği ve Pozisyonları | 32 |
| 2.3.1.8. Emzirmede Sık Yaşanan Sorunlar | 37 |
| 2.3.1.9. Anne Sütünün Sağılması ve Saklanması | 39 |
| 2.3.1.10. Anne Sütünün Kontrendike Olduğu Durumlar | 42 |
| 2.3.2. Yenidoğanda Formül Mamaların Kullanımı | 42 |
| 2.3.3. Yenidoğan Beslenmesinde Ebenin Rolü | 43 |
| 2.4. Yenidoğanlarda Fizyolojik Kilo Kaybı | 44 |
| 2.4.1. Yenidoğanlarda Fizyolojik Kilo Kaybının Değerlendirilmesinde Ebenin Rolü | 48 |
| 3. YÖNTEM | 48 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi | 48 |

| | |
|--|-----|
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı | 48 |
| 3.3. Araştırmanın Örnekleme | 49 |
| 3.4. Örnekleme Alınma Kriterleri | 49 |
| 3.5. Örnekleme Dışı Bırakılma Kriterleri | 50 |
| 3.6. Araştırmanın Hipotezleri | 50 |
| 3.7. İstatistiksel İncelemeler | 51 |
| 3.8. Veri Toplama Araçları | 51 |
| 3.8.1. Veri Toplama Formu | 51 |
| 3.8.2. LATCH Ölçeği | 51 |
| 3.8.3. Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğri Grafiği | 52 |
| 4. BULGULAR | 53 |
| 4.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı ve Değerlendirilmesi | 54 |
| 4.2. Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı ve Değerlendirilmesi | 56 |
| 4.3. Annelerin Emzirme Özelliklerinin ve LATCH Puanlarının Dağılımı ve Değerlendirilmesi | 57 |
| 4.4. Yenidoğanların Fiziksel Özelliklerinin Dağılımı ve Değerlendirilmesi | 63 |
| 4.5. Yenidoğanların Kilo Kaybı Oranlarına ve Beslenme Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı ve Değerlendirilmesi | 65 |
| 5. TARTIŞMA | 73 |
| 5.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri | 74 |
| 5.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri | 75 |
| 5.3. Annelerin Emzirme Özelliklerinin ve LATCH Puanları | 78 |
| 5.4. Yenidoğanların Fiziksel Özellikleri | 81 |
| 5.5. Yenidoğanların Kilo Kaybı Oranları | 82 |
| 5.6. Yenidoğanların Beslenme Şekilleri | 84 |
| 5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları | 87 |
| 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER | 87 |
| 6.1. Sonuçlar | 87 |
| 6.2. Öneriler | 89 |
| KAYNAKLAR DİZİNİ | 91 |
| ÖZGEÇMİŞ | 107 |
| EKLER | 109 |
| Ek-1: Veri Toplama Formu | 109 |

| | |
|--|-----|
| Ek-2: LATCH Ölçeği | 114 |
| Ek-3: Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğri Grafiği | 115 |
| Ek-4: Etik Kurul İzni | 116 |
| Ek-5: Kurum İzni | 118 |
| Ek-6: Tez Denetleme Listesi | 119 |



SİMGELER ve KISALTMALAR

APA: Amerikan Pediatri Akademisi

DHA: Dakosahekzaenoik Asit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EPA: Eicosapentaenoik Asit

GnRH: Gonadotropin Salgılatıcı Hormon

IgA: Immunglobulin A

IGF: Epidermal Büyüme Faktörü

IM: İntramüsküler

LA: Linoleik Asit

LNA: Linolenik Asit

LHRH: Lutein Hormonu Salgılatan Hormon

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TRH: Tirotropin Salıverici Hormon

TSH: Tiroid Stimulan Hormon

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

T3: Triyodotrionin

T4: Tiroksin

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ÇİZİMLER DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Çizim 2.1. Virginia Apgar | 9 |
| Çizim2.2. Milia | 11 |
| Çizim 2.3. Miliaria | 11 |
| Çizim 2.4. Mongol Lekesi | 12 |
| Çizim 2.5. Toksik Eritem | 12 |
| Çizim 2.6. Kapiller Hemanjiom | 12 |
| Çizim 2.7. Eski Mısırlılar'da Emzirme | 16 |
| Çizim 2.8. Kolostrum ve Olgun Anne Sütü | 18 |
| Çizim 2.9. Memenin Anatomisi | 25 |
| Çizim 2.10. Süt Kanalları | 26 |
| Çizim 2.11. Oksitosin Refleksi | 27 |
| Çizim 2.12. 'C' Tutuş Tekniği | 33 |
| Çizim 2.13. Memeye Doğru ve Yanlış Yerleşim | 34 |
| Çizim 2.14. Kucaklama Pozisyonunda Emzirme | 34 |
| Çizim 2.15. Ters Kucaklama Pozisyonunda Emzirme | 35 |
| Çizim 2.16. Yatarak Emzirme Pozisyonu | 35 |
| Çizim 2.17. Koltukaltı Pozisyonunda Emzirme | 36 |
| Çizim 2.18. Ayakta Emzirme Pozisyonu | 36 |
| Çizim 2.19. Arkaya Yaslanarak (doğal) Emzirme Pozisyonu | 37 |
| Çizim 2.20. Hoffman Egzersizi | 37 |
| Çizim 2.21. Memeye Uygun Yerleşmenin Sağlanmadığı Durumların Sonuçları | 38 |
| Çizim 2.22. Elle Süt Sağma İşlemi | 40 |
| Çizim 2.23. Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğri Grafiği | 47 |
| Çizim 2.24. Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğrisi'nin Dijital Kullanım Örneği | 47 |

ÇİZELGELER DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Çizelge 2.1. Apgar Skoru | 9 |
| Çizelge 2.2. Anne Sütünün Makrobesin İçeriği | 20 |
| Çizelge 2.3. Anne Sütündeki Mineral Miktarı | 21 |
| Çizelge 2.4. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği | 31 |
| Çizelge 2.5. Postnatal Günlere Göre Hedeflenen Anne Sütü Miktarı | 41 |
| Çizelge 4.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı | 54 |
| Çizelge 4.2. Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı | 56 |
| Çizelge 4.3. Zamanlara Göre LATCH Puanlarının Dağılımı | 57 |
| Çizelge 4.4. Annelerin Yaşlarına Göre LATCH Puanlarının Dağılımı | 58 |
| Çizelge 4.5. Annelerin Eğitim Durumlarına Göre LATCH Puanlarının Dağılımı | 59 |
| Çizelge 4.6. Planlı Gebelik Olma Durumuna Göre LATCH Puanlarının Dağılımı | 60 |
| Çizelge 4.7. Parite Sayısına Göre LATCH Puanlarının Dağılımı | 61 |
| Çizelge 4.8. Doğum Şekline Göre LATCH Puanlarının Dağılımı | 61 |
| Çizelge 4.9. İndüksiyon Alma durumuna Göre LATCH Puanlarının Dağılımı | 62 |
| Çizelge 4.10. Annelerin Anestezi Tipine Göre LATCH Puanlarının Dağılımı | 62 |
| Çizelge 4.11. Yenidoğanların Fiziksel Özelliklerine İlişkin Dağılımlar | 63 |
| Çizelge 4.12. Yenidoğanların Beslenme Şekline ve Kilo Kaybına İlişkin Dağılımlar | 65 |
| Çizelge 4.13. Yenidoğanların Beslenme Şekline İlişkin Dağılımlar | 67 |
| Çizelge 4.14. Yenidoğanların Formül Mama Kullanım Oranları | 68 |
| Çizelge 4.15. Yenidoğanlar %3-%7 Kuralına Göre Değerlendiğinde Olası Formül Mama Kullanım Oranları | 68 |
| Çizelge 4.16. Formül Mama Alımına İlişkin Dağılımlar | 69 |
| Çizelge 4.17. Yenidoğanların Term Sınıflamalarına, Kilo Kaybı Oranlarına ve Formül Mama Ama Durumlarına İlişkin Dağılımlar | 70 |
| Çizelge 4.18. Yenidoğanların Doğum Şekillerine Göre Kilo Kaybı ve Formül Mama Alma Durumlarına İlişkin Dağılımlar | 71 |
| Çizelge 4.19. Anneye Uygulanan Anestezi Tipine Göre Kilo Kaybı ve Formül Mama Alımına İlişkin Dağılımlar | 72 |

1.GİRİŞ

Annenin ve yenidoğanın sağlık göstergeleri toplumların gelişmişlik ve refah düzeyini gösteren en önemli göstergelerden biridir. Anne ve yenidoğan sağlığının korunması ve sürdürülmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amaçları arasında yer alır.

Doğum eylemi, kadının/ailenin ve bebeğin yaşayabileceği en özel ve unutulmaz deneyimlerinden biridir. Sağlıklı nesiller için doğum öncesi ve doğumdaki bakım kadar, doğum sonu dönemde anne ve yenidoğan bakımı da kuşkusuz çok önemlidir. Doğumdan sonra ilk 28 günlük dönem “*yenidoğan dönemi*” olarak tanımlanır. 37-42. gebelik haftaları arasında doğan bebekler ise “*term yenidoğan*” olarak tanımlanır (WHO, 2017). Doğum sonrası dönemde emzirmenin erken başlatılması ve sürdürülmesi optimal anne ve bebek bakımının ayrılmaz bir parçasıdır (Shrestha, Adachi, Petrini, Shrestha, & Rana Khagi, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm rehberlerinde olduğu gibi 2018 rehberinde de doğum sonrası ilk 30 dakika içinde emzirmenin ve ten tene temasın (ten teması) başlatılmasını önemle vurgulamaktadır (WHO, 2018; “World Health Organization,” 2018).

Doğumdan hemen sonra yenidoğanın vücudunda yeni çevre koşullarına uyum sağlamaya yönelik bazı değişiklikler olur. Bu değişikliklerin başında fizyolojik kilo kaybı gelmektedir. Fizyolojik kilo kaybı bebekten bebeğe değişmekle birlikte; sağlıklı, term doğmuş ve sadece anne sütü ile beslenen bebekler, doğum sonrası ilk beş gün içinde doğum ağırlığının yaklaşık % 7’sini kaybederler. Bu durum “*fizyolojik kilo kaybı*” olarak tanımlanmaktadır (American Academy of Pediatrics, 2010; Davanzo, Cannioto, Ronfani, Monasta, & Demarini, 2013; Eidelman, 2012; V. Flaherman et al., 2015). Özellikle postpartum ilk saatlerde yetersiz laktasyon ve emzirme sorunları bebeğin kilo kaybı nedenlerinden bazılarıdır. Bu nedenle, Amerikan Pediatri Akademisi (APA) term yenidoğanlarda kilo kaybının %8-10’a kadar ulaşabileceğini ve bu durumda ilk olarak olası emzirme ve laktasyon problemlerinin değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir (Village, 2005). Yenidoğanların fizyolojik kilo kaybı sonrası doğum ağırlığına ulaşmaları yaklaşık 10 – 15. gün arasında değişmektedir (Hossain,M Islam, 2006; RNAO, 2004; Strategies, 2010).

Yenidoğanların vücut ağırlığı doğum sonrası hastanede takip edilir. Bu takip, fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde önemli olduğu kadar emzirme ve laktasyonun değerlendirilmesi için de kullanılan en sık yöntemdir. Bu dönemde ortaya çıkan aşırı kilo kaybı; yetersiz laktasyonun ve/veya etkisiz emzirmenin sonucu olabilir (Noel-Weiss,

Courant, & Woodend, 2008). Yetersiz süt alımı yaşayan bebekler laterjik olur, geç dışkılar, idrar ıkışları azalır, doğum ağırlığının %7'sinden fazlasını kaybeder ve hipernatremik dehidratasyona uğrarlar (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015). Yenidoğanın kilo kaybının fizyolojik sınırlar üzerinde seyretmesi durumunda yetersiz laktasyon ve/veya etkisiz emzirme tespit edilmiş ise; etkili emzirme sağlanarak laktasyonun arttırılmasına yönelik girişimlerde bulunulur. Bebeğin vücut ağırlığı daha sık aralıklarla takip edilir. Kilo kaybı devam eden bebeklere formül mama desteği sağlanır.

Doğum sonrası izlenen yenidoğanların kilo kaybının değerlendirilmesinde riskli grupların belirlenmesi, yakından takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması aşırı kilo kaybını ve formül mama kullanım oranlarını azaltacaktır. Anne bebek izlemine ve bakımını sağlayan ebeler, hemşireler ve hekimler fizyolojik kilo kaybı konusunda risk altında olan grupların farkında olmalı, uygun bakımı sunmalı ve gereksiz formül mama desteğini önleyerek geç taburculukların önüne geebilmelidirler.

Emzirme başarısı ile fizyolojik kilo kaybı arasında ki ilişki çok önemli olup, emzirme desteği sağlayan tüm sağlık profesyonellerinin bu konuya zen göstermesi gerekmektedir. Yenidoğanların fizyolojik kilo kaybının doğru tanımlanması, müdahale sınırlarının belirlenmesi, bebeklerin hastanede sadece anne sütü ile beslenmesi ve doğum sonrası hastanede kalma süreleri, ileri büyüme evrelerinde beslenme şeklini ve sadece anne sütü alım sürelerini etkileyecektir. Yenidoğanın fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde doğru bilgiye ulaşılması güvenli taburculuk planı için de önemlidir (Hossain,M Islam, 2006; Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015).

Emzirmenin kısa dönem faydalarının yanı sıra; ileri yaşam evrelerinde de anne ve bebeğe faydaları araştırmalar ile kanıtlanmıştır (The Royal College of Midwives, 2012). Sadece anne sütü ile beslenme konusunda eğitimlerin yaygınlaşması, toplumun daha bilinçli olmasına ve bebek dostu hastane sayısının giderek artmasına rağmen sadece anne sütü ile beslenme oranları tüm dünyada istenilen düzeyde değildir (I. Sharma & Byrne, 2016; UNICEF, 2016). Yenidoğanlarda fizyolojik kilo kaybının doğru tanımlanması ve müdahale basamaklarının belirlenmesi anne sütü ile beslenme oranlarını doğrudan etkilemektedir. Birleşik Devletler'de yapılan bir araştırma annelerin %83' ünün bebeklerini beslemeye emzirme ile başladığını, ancak % 50' sinin altıncı ayda sadece emzirmeye devam ettiğini, formül mama kullanan annelerin ise %50' sinin doğum sonrası hastanede formül mama kullanmaya başladıklarını göstermektedir (Kliegman R., Stanton B., St.

Geme J.W., Schor N.F., 2015). Taburculuk sonrası sadece anne sütü ile beslenmenin devam etmesi için doğum sonrası hastanede etkin emzirmenin sağlanması ve gereksiz mama desteğinin önlenmesi önemlidir. Hastanede kalma sürecinde gereksiz mama desteği, bebeklerin ileri aylarında anne sütü dışında besin alımına devam etmelerine neden olmakta ve sadece anne sütü ile beslenme oranlarını düşürmektedir.

Emzirilen bebeğin kilo alım hızı ile mama ile beslenen bebeğin kilo alım hızları farklıdır. Bu farklılık yaşamın ilk günlerinde başlar ve büyüme evreleri boyunca da devam eder. Bazı çalışmalar kilo alımının değerlendirilmesinde sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin büyüme hızının normal kabul edilmesini önermektedir. Bu bilgiler ışığında doğum sonrası hastanede kalma sürecinde formül mama desteği alan bebeğin fizyolojik kilo kaybı ile sadece anne sütü alan bebeğin kilo kaybı farklı olacaktır. Bu durumda sadece anne sütü ile beslenen bebeğin kilo kaybı değerlerinin normal kabul edilmesi daha doğru olacaktır (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015).

Yapılan çalışmalar, fizyolojik kilo kaybının beslenme şekli ve doğum şekline bağlı olarak değiştiğini göstermektedir. Grossman ve arkadaşları yaptıkları çalışmada; sadece anne sütü alan, anne sütü ve formül mamayı birlikte alan ve sadece formül mama alan yenidoğanları incelemişlerdir. Sadece emzirilen bebeklerin ortalama kilo kaybının %5.5, anne sütüne ek olarak formül mama alan bebeklerin ortalama kilo kaybının %2.7 ve sadece formül mama ile beslenen bebeklerin ortalama kilo kaybının ise %1.2 olduğunu belirlemişlerdir (Grossman, Chaudhuri, Feldman-Winter, Merewood, 2012). Preer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise; sezaryen ile doğan yenidoğanların fizyolojik kilo kaybının normal doğan bebeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Preer, Newby, Philipp, 2012). Sonuç olarak, araştırmalar fizyolojik kilo kaybının doğum şekline ve beslenme şekline göre değiştiğini ortaya koymaktadır.

Yenidoğanların fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler farklılık göstermektedir. Genel olarak literatürde iki yöntem mevcuttur.

İlk yöntem; postnatal ilk 24 saat için %3 ve ikinci 24 saat için %7 kilo kaybının sınır kabul edilmesidir (American Academy of Pediatrics, 2002). Bu yöntemde, ilk 24 saatte %3, ikinci 24 saatte %7 kilo kaybı yaşayan bebeklere formül mama desteği sağlanır ve bebeğin doğum şekli dikkate alınmaz. Doğum şekli ne olursa olsun kilo kaybı sınırında veya sınırın üzerinde seyreden bebeklere formül mama desteği sağlanır.

Kullanılan **ikinci yöntem ise**; 2013 yılında Flaherman ve arkadaşlarının geliştirdiği bebeğin postnatal saati ve kilo kaybı yüzdesinin birlikte değerlendirildiği **Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğrisi'** dir. Bu yöntemde; bebeklerin kilo kaybı doğum şekline göre iki ayrı grafik üzerinden değerlendirilir. İki grafikte de 50, 75, 90 ve 95 olmak üzere 4 eğri bulunmaktadır. Kilo kaybı 75 persentil sınırında ve üzerinde seyreden yenidoğanlar için ilk olarak anne sütü sağlıklı ve süt miktarı, emzirme yöntemi, süresi ve sıklığı değerlendirilir. Sağılan anne sütü uygun tekniklerle (kaşık, enjektör, vb.) yenidoğana verilir. Yenidoğanın tartı takibi daha sık aralıklarla izlenir. Yenidoğanın kilo kaybı devam ediyorsa ve/veya laktasyonun yetersiz olduğu saptanırsa bebeğe formül mama desteği sağlanır (V. Flaherman, 2015).

İki yöntemin kilo kaybı sınırı farklı olduğundan formül mama desteği oranları da farklılık göstermektedir. Örnek olarak postnatal 24.saatinde %4 kilo kaybı yaşayan bir yenidoğan için ilk yöntemde göre formül mama desteği sağlanırken, Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğrisi yöntemine göre yenidoğana müdahale edilmez (Fonseca, Severo, Santos, 2015). Dolayısı ile kullanılan değerlendirme yöntemine göre yenidoğanların mama alım oranları ve hastanede kalma süreleri de farklılık göstermektedir.

Yenidoğanların fizyolojik kilo kaybının doğru tanımlanması, müdahale sınırlarının irdelenmesi; yenidoğanların hastanede sadece anne sütü ile beslenme durumlarını, doğum sonrası hastanede kalma sürelerini, ileri büyüme evrelerinde beslenme şeklini ve sadece anne sütü alım sürelerini etkileyecektir. Doğum sonrası izlenen yenidoğanların kilo kaybının değerlendirilmesinde riskli grupların belirlenmesi, yakından takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması aşırı kilo kaybını ve formül mama kullanım oranlarını azaltacaktır. Anne bebek izlemine ve bakımını sağlayan ebeler, hemşireler ve hekimler fizyolojik kilo kaybı konusunda risk altında olan grupların farkında olmalı, uygun bakım sunmalı ve gereksiz formül mama desteğini önleyerek geç taburculukların önüne geçebilmelidir.

Bu nedenle çalışmamız, yenidoğanlarda fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde persentil eğrisinin kullanımının anne sütü ile beslenme oranları ve hastanede kalma süreleri üzerine etkisini incelemek amacıyla tasarlanmıştır. Çalışmamız; ülkemizde daha önce böyle bir çalışmanın yapılmaması, yenidoğanın fizyolojik kilo kaybında risk oluşturan faktörlerin belirlenmesi yönünde önemli katkı sağlaması, yenidoğan izlemine yapan

hekimler ve özellikle emzirme desteği sağlayan ebe ve hemşireler için yeni protokol ve rehberlerin hazırlanmasına bilimsel katkı sağlaması açısından oldukça önemlidir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Yenidoğanın Tanımı

Gestasyon yaşına bakılmaksızın doğum sonrası ilk 28 gün “Yenidoğan Dönemi (Neonatal Dönem)” olarak tanımlanır. 28. gebelik haftası ile doğum sonrası ilk yedi gün ise “**perinatal dönem**” olarak tanımlanır. Yenidoğan döneminin birinci ve yedinci günleri arası “**erken yenidoğan dönemi**”, yedinci ve 28. günleri arası ise “**geç yenidoğan dönemi**” olarak adlandırılır (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Lowdermilk & Cashion, 2016; WHO, 2017). Doğum sonrası ilk 24 saatlik dönemin “**çok erken yenidoğan dönemi**” olarak tanımlanması tartışılmaktadır (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015).

Sağlıklı ve term bir yenidoğanın fetal gelişimini gestasyon yaşı ile uyumlu olarak tamamlamış olması (doğum kilosunun 10. ve 90. persentil aralığında olması) beklenir. 37. ve 42. gestasyon haftaları arasında dünyaya gelen yenidoğanlara ise “**term yenidoğan**” denilmektedir (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Murray & McKinney, 2013).

Term yenidoğanlar tamamladıkları gebelik haftasına göre aşığıdaki gibi sınıflandırılır:

- 1) **Erken Term:** Anne karnında 37. gebelik haftası ile 38 hafta altı günlük dönemi tamamlayan yenidoğanlar.
- 2) **Full Term:** 39. gebelik haftası ile 40 hafta altı günlük dönemi tamamlamış olan yenidoğanlar.
- 3) **Geç Term:** 42 hafta altı günlük dönemi tamamlamış olan yenidoğanlardır (Spong, 2013).

Normal bir yenidoğanın doğum kilosunun 2500 gr ile 4000 gr arasında olması beklenir. Bununla birlikte normal bir yenidoğanın ortalama kilosu 3500 gramdır (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Marshall & Raynor, 2014; Zenciroğlu, 2015). Topuktan başa kadar uzunluğu 48-52 cm’ dir. Oksipito- frontal baş çevresi ise, ortalama 33-37 cm’ dir (Zenciroğlu, 2015).

Yenidoğan döneminde; tüm organ ve sistemler ile ekstrauterin ortama uyum için bir takım biyokimyasal ve fizyolojik uyum süreci yaşanır. Yenidoğan bu dönemde uyarılara cevap vermeyi öğrenir (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015). Doğum sonrası bu uyum süreci normal bir yenidoğanda ilk altı- 10 saat arasında yaşanırken, bazı durumlarda bu uyum için haftalar gerekir. (Kızılkaya Beji, 2015). Yenidoğanlar bu süreçte hava yolu tıkanması, hipoglisemi, hipotermi ve enfeksiyonlar gibi sorunlara karşı daha savunmasızdır (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Marshall & Raynor, 2014). Bu dönemde çevre koşullarının yenidoğanın fizyolojik ihtiyaçlarına uygun hale getirilmesi önemlidir. Bunun sağlanmasında anne-bebek etkileşiminin hemen başlatılması, emzirmenin teşvik edilmesi ve her annenin mutlaka ebe desteği alması oldukça önemlidir. Bu süreçte bebeğin bakımına babanın da dahil edilmesi gereklidir (Lang, 2018; Marshall & Raynor, 2014; Shorey, He, & Morelius, 2016; Vila-Candel, Duke, Soriano-Vidal, & Castro-Sánchez, 2017).

Yenidoğanın intrauterin yaşamdan ekstrauterin yaşama geçişi dramatik değişiklikler içerir (Mercer, Erickson-Owens, Graves, & Haley, 2007). Fetal dönemde akciğerler amniyon sıvısı ile doludur. Fetüsün oksijenlenmesi plasental dolaşım yoluyla gerçekleşir. Fetüsün doğum kanalında yolculuğu boyunca ve ilk nefesini alması ile akciğerlerdeki sıvı uzaklaşır. Doğumda plasental dolaşımın kesilmesine ek olarak doğum ile birlikte ortam ısısındaki değişim, ışık ve ses gibi uyarılar yenidoğanın ilk nefesini almasını sağlar. Akciğerlerin perfüzyonu artar. Periferik ve santral kemoreseptörlerin dış ortamdaki taktik ve termal yollarla uyarılması ile solunumunun devamı sağlanmış olur (Dadalıoğlu T. Ovalı F. Samancı N., 2000; Marshall & Raynor, 2014).

Fetüs, tüm gaz değişimlerini plasental dolaşım yoluyla sağlar. Doğumda umbilikal kordun klemplenmesi ile pulmoner vasküler yataktaki direnç azalır ve dolaşım sisteminde bir takım adaptasyon süreci yaşanır (Marshall & Raynor, 2014).

Doğumda yenidoğanların ağız içi bol sekresyonlu (mukuslu) olabilir. Bu nedenle bebeğin ağızı ilk olarak steril gazlı bez ile nazıkçe silinir. Bu esnada bebeğin burnuna uyarı vermektense sekresyonu trakeaya itmektense kaçınılmalıdır. Birçok yenidoğan pulmoner sıvıyı yardımsız atabilir. Ebe bebeğin sekresyonu atamayacağını düşünüyorsa aspiratör yardımı ile bebeğin ağız ve burun içi aspirasyonunu sağlar. Aspirasyon uygulaması düşük basınç (10cm/H₂O) ile yapılır. Aspirasyonda sert hareketler ve yüksek basıncın kullanılması yenidoğanda vagal uyarana neden olur. Bu durum yenidoğanda larengospazm,

bradikardi ve apneye neden olabilir. Yenidoğana sert uyaranda bulunmak bebekte şok etkisi yaratır. Yenidoğani kurulamak ve hava yolunu temizlemek onun solunumunu uyarmak için yeterlidir. Yenidoğanda önerilen taktik uyaralar; ayak tabanına tek parmak ile yavaşça fiske vurulması ve ayak tabanının tek parmak ile okşanmasıdır (Apgar, 2015; Kattwinkel et al., 2010; Marshall & Raynor, 2014; Mckinney ES., 2013; TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

Yenidoğanların K vitamini rezervleri düşüktür. Bu nedenle kanamaya eğilimlidirler. Yenidoğanın hemorajik hastalığını önlemek amacıyla term doğmuş tüm yenidoğanlara K vitamini uygulanır (Puckett & Offringa, 2000). Amerikan Pediatri Akademisi doğumda 1 mg K vitamini uygulanmasını önermektedir (Policy, 2002). Proflaktik K vitamini uygulaması bazı ülkelerde oral olarak uygulanırken, bazı ülkelerde intramüsküler (IM) yolla uygulanmaktadır. Ebeler buldukları hastanenin K vitamini politikasını takip etmelidirler (Marshall & Raynor, 2014). K vitaminin IM uygulanmasında damar zedelenmesi, osteomyelit ve kanama gibi sorunlara ender olarak yol açabilmesi K vitamininin oral kullanımını gündeme getirmiştir (Türkmenoğlu, Taş, Türkkan, Aydınol, & Kafadar, 2012). K vitaminin oral yolla etkinliği ile ilgili yeterli kanıt olmadığından, ülkemizde sadece IM yolla uygulanmaktadır. Term doğmuş her yenidoğana doğum sonrası 1 mg K vitamini IM yolla uygulanır (Zenciroğlu, 2015).

Fetüsün intrauterin yaşamda ki ortam ısısı ortalama 37.7 °C iken doğumla birlikte 21-25 °C' lik bir ortama geçiş yapar. Yenidoğanın vücut yüzey alanının %25'ini baş kısmı oluşturur ve en fazla ısı kaybı başından olur. Bu nedenle yenidoğana doğum sonrası hemen şapka giydirilmelidir. Ayrıca yenidoğanın yağ tabakası yetişkine oranla daha incedir. Bu nedenle ısı dengesini sağlamada zorlanabilir. Yenidoğanın vücut ısısının 36.5-37.5°C aralığında olması önerilmektedir (Jacob & Icm, n.d.). Yenidoğanın ısı kaybını önlemek adına oda sıcaklığının 26°C ve üzerinde tutulması önemlidir (Fran et al., 2015; Kattwinkel et al., 2010; Oygür, N Önal, E Zenciroğlu, 2016). Yenidoğan doğduğu anda vücut sıcaklığı 3-4°C düşebilir. Bu nedenle yenidoğan hemen kurulmalıdır. Sonrasında kurulamak için kullanılan ıslak havlular uzaklaştırılmalıdır. Yenidoğanın önceden ısıtılmış örtülerle örtülmesi önerilir. Yenidoğanın ısı kaybının önlenmesinde ve ısıtılmasında en uygun yol annesi ile ten temasının sağlanmasıdır. Doğum sonrası en kısa zamanda bebeğin annenin memesine veya abdomenine verilmesi önerilir. Kısacası yenidoğanın ısı kontrolünü sağlamada ebeler; oda ısısının uygun aralıkta kalmasını sağlamalı, yenidoğani hızlıca kurulmalı, ısıtılmalı ve en kısa sürede anne-bebek arasında ten temasını başlatmalıdır

(Jacob & Icm, n.d.; Karaçam, Z Çoban, A Taşpınar, 2018; Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Marshall & Raynor, 2014; Sevil Ü, 2016; “World Health Organization,” 2017).

Ebeler doğum sonrası ilk dakikalarda bebeğin fiziksel muayenesini yapar. Bebek ilk olarak spina bifida, yarık damak/ dudak, imperfore anüs gibi anormal açıklıklar ve kırık, sıyrık, kanama gibi doğum travmaları açısından değerlendirilir. Göbek kordonu umblikusun yaklaşık olarak 2-3 cm yukarisından, tek kullanımlık steril göbek klembi ile bağlanır ve steril olarak kesilir (Marshall & Raynor, 2014; Oygür, N Önal, E Zenciroğlu, 2016).

Bebeğin odasına transferi sırasında anne ile bebek bir arada; mümkünse transfer sırasında bebek annenin kucağında olmalıdır. Bu uygulama, bebeğin ısı kaybını önleyecek, anne bebek etkileşimini sağlayacak ve annenin ebeveynlik kimliğini kazanmasına katkıda bulunacaktır (Jacob & Icm, n.d.; Karaçam, Z Çoban, A Taşpınar, 2018; Marshall & Raynor, 2014).

Yaşamın ilk saatlerinde sağlıklı bir yenidoğanın fizyolojik bulgularında ki değişim üç dönemde değerlendirilir.

Birinci dönem; Doğumu izleyen ilk 30 dakikayı kapsar ve bu dönemde yenidoğan hareketleri aktiftir. Gözleri açıktır. Kalp atım hızı, solunum hızı ve kas tonüsü artmıştır. Kalp atım hızı 180 atım/dk'nın altında, solunum hızının ise 60 kez/dk'nın altında olması beklenir. Ağız içi sekresyonlu olabilir. Bu dönemde anne-bebek etkileşiminin başlatılması ebenin en önemli görevlerinden biridir (Sevil Ü, 2016; Törüner E., 2012).

İkinci dönem; Yaşamın ilk 30 dakikası ile ikinci saat arasındaki dönemi kapsar. Bu dönemde ise solunum ve kalp atım hızında birinci döneme oranla düşme mevcuttur. Bağırsak sesleri duyulur. Genelde bu dönemde idrar ve gaitaya rastlanmaz. Bebeğin genelde uykuda olduğu bu dönem inaktif dönem olarak adlandırılır (Sevil Ü, 2016; Törüner E., 2012).

Üçüncü dönem ise; Doğum sonrası ikici ve altıncı saatler arasını kapsar. Genelde bu dönemde yenidoğan uyanıktır. Barsak sesleri duyulur. Mekonyum görülebilir. Bebeğin uyanık olduğu bu dönem anne-bebek etkileşiminin sürdürülmesi açısından oldukça önemlidir (Sevil Ü, 2016; Törüner E., 2012).

2.2. Yenidoğanın Fiziksel Değerlendirilmesi

Yenidoğanın doğum odasında ilk değerlendirmesi birinci ve beşinci dakikada APGAR skorlama sistemi ile yapılır. APGAR skorlama sistemi 1953 yılında Virginia Apgar tarafından geliştirilmiştir (Çizim 2.1).



Çizim 2.1. Virginia Apgar

Yenidoğan; kalp atımı, solunum, kas tonusu, refleksler ve cilt rengi olmak üzere beş kritere göre değerlendirilir ve 0-2 arasında puan verilir (Çizelge 2.1.).

| Parametre | 0 | 1 | 2 |
|----------------------|-----------------|---------------------------|------------------------|
| Kalp hızı | Yok | <100/dk | >100/dk |
| Solunum | Yok | Düzensiz, yavaş ağlama | Düzenli, güçlü ağlama |
| Kas tonusu | Hipotoni | Ekstremitelerde fleksiyon | Aktif hareketli |
| Uyarana cevap | Yok | Yüz buruşturma | Öksürük ve ya hapsirik |
| Renk | Santral siyanoz | Akrosiyanoz | Tamamen pembe |

Çizelge 2.1. Apgar Skorlaması (Apgar, 2015)

Yenidoğanın fiziksel olarak değerlendirilmesi ilk olarak doğum odasında yapılır. İlk muayenede yenidoğan; doğum travmaları, kardiyopulmoner sorunlar ve konjenital anomaliler açısından değerlendirilir. İlk saatlerde yenidoğanın vücut ısısı, solunum hızı, kalp atım hızı, cilt rengi, kas tonüsü ve aktivite düzeyi yakından izlenir. Bebek anne yanına geçtiğinde ve taburculuk öncesinde tekrar değerlendirme yapılır. Sonrasında inceleme bebek beslendikten bir – iki saat sonra ve bebek sakin iken yapılmalıdır (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Sevil Ü, 2016; Zenciroğlu, 2015).

Deri

Sağlıklı bir yenidoğanın cilt rengi pembedir. Yaşamın ilk dakikalarında yenidoğanın el ve ayağında siyanotik görünüm olabilir. Bu bulgu “*akrosiyanoz*” olarak tanımlanır ve yenidoğanın immatür periferel dolaşımının bir sonucudur. Akrosiyanoz ilk 48 saat içinde kaybolur. Yenidoğanda santral siyanoz görülmesi ise patolojik bir bulgudur. Bu durum dolaşım ve solunum sistemi bozukluğuna işaret eder (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Marshall & Raynor, 2014; Sevil Ü, 2016). Doğumdan sonra ikinci ve üçüncü günlerde cilt pembe, ince, yumuşak ve kuru bir görünüm kazanır. Yenidoğanın el parmakları, dizler ve ayak tabanında deskuamasyon (soyulma) görülebilir. Bu durum fizyolojiktir ve iki –dört haftaya kadar devam edebilir. Ancak dehidratasyon ve malnütrisyonu bağlı aşırı cilt kuruluğu deskuamasyon ile karıştırılmamalıdır. Bu noktada deri turgorunun etkin değerlendirilmesi önemlidir. Yenidoğanın karın derisi başparmak ve işaret parmağı ile kavranarak hafifçe kaldırılır ve bırakıldığında eski halini alması beklenir. Derinin bırakılması ile eski halini alması; derinin elastik yapıda olduğunu ve cilt turgorunun iyi olduğunu gösterir (Marshall & Raynor, 2014).

Yenidoğanın cildi ilk 24 saatte patolojik sarılık varlığı açısından, 24 saat sonrası ise fizyolojik sarılık varlığı açısından değerlendirir (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Mckinney ES., 2013; Sevil Ü, 2016).

Yenidoğanın cilt yapısında görülebilecek değişiklikler:

Verniks kazeoza: Yenidoğanın cildini nemlendiren, onu ısı kaybı ve enfeksiyonlardan koruyan, beyaz ve yağlı özellikte bir oluşumdur. Verniksin sarı renkte olması amniyotik mayideki bilirubin düzeyinin yüksekliğine işaret ederken, yeşil renkte olması mayide mekonyum varlığına işaret eder. Cilt verniksten temizlenmeye çalışılmamalıdır. Doğum sonrası yenidoğanın temiz bir havlu yardımıyla kurulması yeterlidir (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Marshall & Raynor, 2014).

Lanuga: Yenidoğanın daha çok omuzlarında, sırtında ve alnında görülen; vücudunu kaplayan ince tüylerdir. Doğumdan sonra iki hafta içinde dökülürler (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Marshall & Raynor, 2014).

Milia: Yağ bezlerinin tıkanması sonucu burun ve çenede bir milimetre çapında beyaz papüller oluşumlar meydana gelir (Çizim 2.2.). Tedavi gerektirmez. Aileler bu konuda bilgilendirilmelidir. Bu oluşum doğum sonrası birkaç hafta içinde kaybolur (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Marshall & Raynor, 2014; Ukşal, 2011).



Çizim 2.2. Milia (Ukşal, 2011)

Miliaria: Yenidoğanın aşırı ısıya maruz kalması durumunda ter bezlerinin tıkanması sonucu ortaya çıkan isilik görüntüsüdür (Çizim 2.3.). Sık banyo önerilir (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Marshall & Raynor, 2014; Nagpal, Panda, & Aggarwal, 2017).



Çizim 2.3. Miliaria (Nagpal et al., 2017)

Mongol lekesi: Genellikle arka lumbar bölgede görülen, koyu renkli ve düzensiz görünümlü lekelerdir (Çizim 2.4.). Tedavi gerektirmez ve genellikle ilk bir yıl içinde kaybolur (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Marshall & Raynor, 2014; Zenciroğlu, 2015).



Çizim 2.4. Mongol lekesi (Zenciroğlu, 2015)

Toksik Eritem: Ortası beyaz ve sarımsı, çevresi eritemli gözlenen lezyonlardır (Çizim 2.2.5.). Daha çok yüz, gövde ve ekstremitelerde görülür. El ve ayak tabanında görülmez. Herhangi bir tedavi gerektirmez (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Zenciroğlu, 2015).



Çizim 2.5. Toksik eritem (Zenciroğlu, 2015)

Kapiller Hemanjiom: Cilt altındaki kapiller dilatasyona bağlı olarak ortaya çıkar(Çizim 2.2.6.). Ağlama ile belirginleşebilir. Tedavi gerektirmez (Darrow, Greene, Mancini, & Nopper, 2015; Etki Genç R. Özkan H., 2016; Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Marshall & Raynor, 2014; Sevil Ü, 2016; Ukşal, 2009, 2011).



Çizim 2.6. Kapiller hemanjiom (Zenciroğlu, 2015)

Baş-Boyun

Yenidoğanın başı büyüklük ve şekil açısından, kafatası suturlar ve fontoneller açısından değerlendirilir. Sutura aralıklarının geniş, başın büyük olması hidrosefaliye işaret edebilir. Vajinal doğuma bağlı parietal kemiklerin üst üste gelmesine **“molding”** denir ve fizyolojik bir durumdur. Vajinal doğumda moldinge bağlı kafa yapısı asimetrik ve çıkıntılı olabilir. Molding birkaç gün içinde düzelir (Sevil Ü, 2016). Ön fontanelin normal boyutu 20 ± 10 milimetredir. Arka fontanelin boyutu ise sekiz milimetrenin altındadır. Arka fontanelin bir santimden büyük olması hipotiroidizmle ilişkilidir. Yenidoğanda doğum travmasına bağlı olarak sefal hematoma ve ya kaput suksadenum (**Caput Succedaneum**) gelişebilir. Sefal hematoma subperiostal kanama mevcut iken kaput suksadenumda kafa derisi ve deri altı dokularda zedelenmeye bağlı ödem mevcuttur. Sefal hematoma varlığında kafatası kemiklerinde kırık aranmalıdır. Her iki durumda da iğne ile aspirasyon gereksizdir ve enfeksiyona zemin hazırlayacağı için kontrendikedir (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Lowdermilk & Cashion, 2016; Sevil Ü, 2016).

Göz

Yenidoğanın göz kapağı ve çevresi doğum kanalındaki basıya bağlı ödemlidir ve doğum sonrası 2-3 gün içinde kaybolur. Yenidoğanın lakrimal kanalları immatür olduğundan 1-3 aylık döneme kadar gözyaşı görülmeyebilir (Sevil Ü, 2016). Doğum sonrası yenidoğanda retinal ve konjonktival hemarajiler görülebilir ve tek başına anlamlı değildir (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; S, padmanaban P, 2017; WHO - Western Pacific Region, Department of Health of the Republic of the Philippines, 2009).

Burun ve Ağız

Yenidoğanların doğum sonrası mutlaka burun açıklıkları kontrol edilmelidir. Emerken siyanoz gelişmesi ve emme esnasında ağızdan nefes alma gereksinimi, ağlarken siyanozun azalması koanal atreziyi düşündürür (Sevil Ü, 2016). Yenidoğanın rutin aspirasyonu önerilmemekle birlikte gerekli olduğu durumlarda oldukça nazik davranılması önerilir. Aspirasyon sisteminin kullanımında 100 mmHg'nın üzerine çıkılmamalıdır. Aspirasyon işlemi üç-beş saniye ara ile önce ağız sonra burnun aspirasyonu ile tamamlanır.

Yenidoğanın sert aspirasyonu vagal uyarandır; apne ve bradikardiye neden olur (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Marshall & Raynor, 2014).

Doğum sonrası her yenidoğanın ağız steril gazlı bez ile nazikçe silinir. Yenidoğanın ağız yarık damak, yarık dudak gibi konjenital anomaliler açısından değerlendirilir (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Marshall & Raynor, 2014; TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

Boyun

Yenidoğanın boynu kıvrımlı ve kısadır. Rahatlıkla ekstansiyon ve fleksiyon hareketlerini gerçekleştirebilir. Yenidoğanın boyun bölgesi hareket alanı ve kitleler açısından değerlendirilmelidir (Marshall & Raynor, 2014; Sevil Ü, 2016).

Göğüs

Yenidoğanın göğüs inspeksiyonunda simetriye bakılmalıdır. Asimetrik görünüm konjenital defektleri düşündürür. Normal bir yenidoğanda solunum sayısının 30-60/dk'dır. Yenidoğanın solunumunda wheezing (hırıltılı solunum) retraksiyon görülmesi ve burun kanadının solunuma eşlik etmesi solunum distresini gösterir. Akciğerlerin oskültasyonunda bilateral seslerin eşit alınması beklenir. Akciğerlerdeki amniyon sıvısı ilk dakikalarda kreptan rallere neden olur. Akciğerlerdeki sıvıyı bir kısmı pulmoner kapiller yoluyla emilirken bir kısmında ağız ve burun açıklıklarından drene olur (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Marshall & Raynor, 2014; Sevil Ü, 2016).

Abdomen

Abdominal muayenede şekil ve bütünlük açısından değerlendirme yapılır. Umblikal kord iki arter, bir ven varlığı açısından değerlendirilir. Eğer bebeğin acil müdahaleye ihtiyacı yoksa umblikal kord annenin perine seviyesinde 30-45 saniye tutularak klemlenir (Fran et al., 2015). Kord umblikusa iki-üç santim mesafeden steril ve tek kullanımlık klemp yardımı ile klemlenir ve steril şekilde kesilir. Abdomende palpasyon beslenmeden bir - iki saat sonra yapılır. Beslenmeden hemen sonra yapılan palpasyon bebekte regürjitasyona neden olur (Marshall & Raynor, 2014; Sevil Ü, 2016).

Genital Organlar

Genital yapılar şekil, büyüklük ve renk açısından değerlendirilir. Testisleri saptamak için skrotum palpe edilir. Kız bebeklerde anneden gelen hormonlara bağlı labia majörler,

labia minörler ve klitoris ödemli olabilir. Vajende beyaz mukoid yapıda akıntı görülebilir. Bu durum geçicidir ve tedavi gerektirmez (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Sevil Ü, 2016).

Ekstremiteler

Ekstremiteler kırık, paralizisi ve hareketlilik açısından değerlendirilir. El ve ayak parmakları sayı (polidaktili) ve yapışıklık (sinedaktili) açısından değerlendirilir. Avuç içi simian çizgisi açısından değerlendirilir. Yenidoğanda makat prezantasyonu veya genetik risk faktörü varlığında gelişimsel kalça displazisi açısından ultrasonografi incelemesi gerekebilir (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Sevil Ü, 2016; Zenciroğlu, 2015).

2.3. Sağlıklı ve Term Yenidoğanın Beslenmesi

Yenidoğanın beslenmesinde amaç; temel besin gereksinimlerinin karşılanması, büyüme ve gelişimin desteklenmesidir (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017). Bu bağlamda yenidoğan için en uygun besin kaynağı kendi annesinin sütüdür. En uygun beslenme şekli ise kendi annesi tarafından emzirilmesidir. Anne karnında başlayan ve doğumdan itibaren iki yaşın sonuna kadar devam eden süreç “kritik pencere” dönemi olarak tanımlanmaktadır ve bu dönemde beslenme çok önemlidir. DSÖ ve APA; emzirmenin doğum sonrası ilk saat içinde başlatılmasını, yaşamın ilk altı ayında sadece anne sütü verilmesini önermektedir. Emzirmeye ilk altı aydan itibaren ek besinlerin dahil edilmesi ile birlikte; iki yaş ve üzerine kadar sürdürülmesi de vurgulanan öneriler arasındadır (“American Academy of Pediatrics,” 2017, “World Health Organization,” 2018; Fallon, 2014).

Yenidoğanın tahmini mide kapasitesi;

- İlk 24 saat 2-10 ml
- 24-48 saat 5-15 ml
- 48-72 saat 15-30 ml
- 72-96 saat 30-60 ml kadardır (Kültürsay, Bilgen, Türkyılmaz, 2014).

2.3.1. Anne Sütü

Süt, dişi memeli hayvanların doğum sonrası meme bezlerinden salgılanan bir besindir. İçermiş olduğu biyoaktif faktörler sayesinde hiçbir yapay besinle eşleşmeyen anne sütü, yenidoğanın biyolojik ve psikososyal ihtiyaçlarına cevap vermesi noktasında hayati öneme sahiptir (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Eidelman, 2012; Fallon et al., 2014; Kızılkaya Beji, 2015; Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Köksal & Özel, 2008; Kültürsay et al., 2014; Sevil Ü, 2016).

2.3.1.1. Anne Sütü Kullanımının Tarihçesi

Tarih öncesi dönemde anne sütü ve emzirmeye dair net bilgiye ulaşılamamıştır. İlk humanoidler, neandertaller ve avcı-toplayıcıların bebeğin talebi doğrultusunda bebeklerini birkaç yıl emzirdikleri düşünülmektedir (Harper, 1973).

Antik çağda anne sütünün kutsallığına ve süt tanrıçalarına inanıldığı bilinmektedir. Mezopotamya’ da anne sütünü yücelten mitlerinin olduğu bilinmektedir. Babil tanrıçası Astarte’ nin memeleri süttten verimli olan bir anne, cennet kraliçesi ve tanrıların annesi olarak kabul edildiği bilinmektedir. Hatta Babillerin bebeklerini 2-3 yıl emzirdikleri düşünülmektedir (Harper, 1973).

Eski Mısırlılar’ın anne sütünün hayati önemini kabul ettikleri ve ona kutsal bir rol attiklerini bilinmektedir. Eski Mısırlılar’da emziren tanrıçaların olduğu ve emzirdiği bebeğe hayat, maneviyat ve ölümsüzlük verdiği düşünülmektedir. Bu dönemde Mısır’da sütannelik yaygındır (Osborn, 1979).



Çizim 2.7. Eski Mısırlılarda Emzirme (Isis breastfeeding infant Horus. Tutankhamun. Egyptian civilization, New Kingdom, XVIII Dynasty)(1). (Italy, Sicily, Statue of a breast-feeding Goddess from the Temple of Megara Hyblaea)(2). (Hathor, Temple of Hathor, 88-51 BC, Dendera, Egypt)(3).

Avcı-toplayıcı yaşamın sürdürüldüğü dönemde bebekler sadece anne sütü ile beslenirken, yerleşik tarım toplumuna geçilmesi hayvan sütlerinin bebek besini olarak kullanılmasına yol açmıştır. İnsanlık tarihinin en eski günlerinden, sanayileşmenin yayıldığı ve pastörizasyonun hayvan sütünü güvenilir hale getirdiği 19. yüzyıl sonuna kadar anne sütü hayati önemini korumuştur (Iacovidou, 2015).

20. yüzyılda kadınların çalışma hayatına katılımı ile yenidoğanın beslenmesi konusunda anne sütüne alternatif oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu dönemde pastörizasyon tekniği gelişmiştir. Biberon ve adapte mama kullanımı, tıp ve endüstri çevresinde yaygınlaşan tanıtımlara bağlı olarak artmıştır. Biberon ve mama ile beslenme büyük kazançlar sağlayan bir sektör haline gelmiştir. Tüm bu gelişmeler bebek beslenmesinin ticarileşmesine yol açmıştır. Sanayi devrimi ile birlikte çalışma hayatında daha çok kadının bulunması anne sütü ile beslenmeye ilginin azaldığı döneme gelmektedir. Sonrasında biberon ve mama kullanımının modern anneliğin simgesi haline gelmesi ile mama kullanımının yüceltilmesi noktasına kadar varan yanlış uygulamalar artarak devam etmiştir. Bunlara ek olarak; artan sezaryen oranları annelere gereksiz anestezi ilaç verilmesi nedeniyle hastanede bebeklerine ilk olarak anne sütü vermelerine engel olmuş ve anne sütü ile beslenme oranı hızla azalmıştır. Ayrıca yenidoğanların anneleri ile aynı odada kalmaması gibi uygulamalar ilk bir saat içinde emzirmenin başlatılmasına engel teşkil etmiştir. Bu uygulama ise “son yüzyılın en büyük pediatrik hatası” olarak adlandırılmıştır (Gaskin, 2018). Yenidoğanların neredeyse hiç kolostrum alamaması ve mama ile beslenmeleri morbidite ve mortalitede artışa neden olmuştur. Formül mama ile beslenen bebeklerin ishallerle ilgili olarak ölüm hızının artması emzirmenin önemini vurgulanmasını sağlamıştır. Bu bağlamda Uluslararası Çalışma Örgütü 1919 yılında annelere günde iki kez yarım saat olmak üzere emzirme izni tanınmasını önermiştir. Bu dönemde başta DSÖ olmak üzere birçok kuruluş anne sütünün önemini vurgulamış ve hastanelerde emzirmenin desteklenmesini tavsiye etmiştir (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017). DSÖ özellikle son yirmi yıldır emzirmenin desteklenmesi ve mama kullanımının azaltılması noktasında mücadele yürütmektedir. DSÖ 1992 yılında “*Bebek Dostu Hastane*” uygulaması ile özellikle gelişmekte olan ülkelerde pratik uygulamalar getirilmesini hedeflemiştir. Ayrıca “Sağlıklı İnsan 2020” projesi kapsamında bebeklerin anne sütü alma, ilk altı ay sadece anne sütü alma, bir yaşa kadar emzirme oranlarında artma hedeflerken; emzirme destek programını uygulayan hastanelerin sayısını yükseltmeyi hedeflemiştir (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Sevil

Ü, 2016; WHO/UNICEF, 2009). Ülkemizde bebek dostu hastane sayısı 2002 yılında 141 iken 2018 yılı itibariyle 1230'a yükselmiştir (T.C.S.B., 2018).

2.3.1.2. Anne Sütünün İçeriği

Anne Sütünde Yapısal Değişikler

Kolostrum:

Gebelik süresince ve doğum sonrası ilk yedinci ve 10. günler arasında salgılanan, koyu kıvamlı ve genelde sarımsı renkte olan süte **“kolostrum”** denir (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Kültürsay et al., 2014; Murray & McKinney, 2013) (Çizim 2.8.). Kolostrum içeriğinde; salgısal IgA, laktoferrin, lökositler gibi büyüme faktörlerini ve magnezyum, sodyum, klor gibi mineralleri ve vitaminleri barındırır. Kolostrumun protein içeriği olgun süte kıyasla yüksektir (Kültürsay ve diğ., 2014).



Çizim 2.8. Kolostrum ve Olgun Anne Sütü

Bu protein yapıları yenidoğanı enfeksiyondan koruması bağlamında kolostrumun kıymetini arttırmaktadır (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017). Laktoz içeriğinin düşük olması da temel işlevinin trofik ve immünolojik olduğunu yansıtmaktadır. Kolostrum laksatif özelliği sayesinde yenidoğanın mekonyumunun atılmasını da kolaylaştırır niteliktedir (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Kültürsay ve diğ., 2014; Murray & McKinney, 2013).

Geçiş Sütü: Postpartum beşinci gün ile ikinci hafta arasında salgılanan, kolostrumdan sonra olgun süte geçiş aşamasında ki süttür. Kolostruma oranla protein ve immünglobulin içeriği düşük iken; yağ, laktoz ve karbonhidrat içeriği yüksektir (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Kültürsay ve diğ., 2014; Murray ve McKinney, 2013; Sevil Ü, 2016).

Olgun (Matür) Süt: Postpartum ikinci haftadan sonra salgılanır ve postnatal dört altı haftalarda tamamen matür hale gelir (Kültürsay ve diğ., 2014; Murray, McKinney, 2013). İçeriği geçiş sütüne benzerdir. Her emzirmenin başında gelen süt (ön süt); içeriğinde yüksek oranda karbonhidrat ve su barındırması açısından bebeği hipoglisemiye ve dehidratasyona karşı korur. Emzirmenin sonuna doğru salgılanan süt (son süt) ise yağ oranı yüksek olan bir süttür. İçermiş olduğu yağ bakımından kalorisi yüksektir. Bebeğe doygunluk vermesinin yanı sıra emzirme aralarında bebeğin rahatlığını sağlar. Son sütün tam alınması bebeğin uygun büyümesi için önemlidir. Ön süt ve son süt geçişinin tam zamanı bilinmemektedir. Yenidoğanın olgun süttten tam olarak faydalanabilmesi emzirme dilimlerinin süresine ve emzirme aralığına bağlıdır. Bebeğin ihtiyaç duyduğu tüm besin içeriğini alabilmesi için kendiliğinden memeyi bırakana kadar emzirilmesi önemlidir (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Kızılkaya Beji, 2015; Kültürsay ve diğ., 2014; Murray , McKinney, 2013; Sevil Ü, 2016).

2.3.1.2.1. Anne Sütünün Besinsel İçeriği

Sağlıklı ve term bir yenidoğanın sağlıklı büyüme ve gelişmesi için ihtiyacı olan ortalama kalori miktarı 85-110 kcal/kg/gün'dür (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Mckinney ES., 2013; Sevil Ü, 2016). Anne sütünün 100 gr'ında ortalama 70 kalori bulunmaktadır (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017). Anne sütü kalorisinin %50'sinden fazlasını yağlar ve %38'ini karbonhidratlar oluşturur (Harding, Cormack, Alexander, Alsweiler, & Bloomfield, 2017; Samur G, 2008).

Karbonhidratlar

Anne sütünde bulunan karbonhidratların önemli bir kısmını meme dokusunda sentezlenen bir bileşen olan laktoz oluşturur. Anne sütü aynı zamanda glikoz ve galaktoz gibi basit şekerleri de düşük oranda içermektedir (Atıcı, Polat, Turhan, 2007; Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Etki Genç R. Özkan H., 2016).

Proteinler

Anne sütünde bulunan proteinin %60'ını sindirimi kolay ve biyoyararlanımı yüksek olan whey proteinleri oluştururken, %40'ını ise kazein oluşturur (Kültürsay ve diğ., 2014). Whey proteinlerinin önemli bir kısmını ise meme alveollerinde laktoz sentezini sağlayan laktalbumin oluşturur. Anne sütünün protein içeriğinde ayrıca; fenil alanin, tirozin, laktoferrin, metionin, yüksek düzeyde taurin, lizozim, salgısal IgA ve diğer

immümglobulinler ve büyüme faktörleri bulunur (Atıcı ve diğ., 2007). Demir bağlayıcılığı bulunan laktoferrin proteinlerin %10-25'ini oluşturur (Atıcı ve diğ., 2007; Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Etki Genç R. Özkan H., 2016).

Yağlar

Anne sütünün içerdiği yağlar bebeğin enerji ihtiyacının karşılanması noktasında oldukça önemlidir (Kültürsay ve diğ., 2014). Anne sütünün sağladığı enerjinin %50'si yağlardan gelir. Anne sütü yağlarının %97-98'i orta zincirli trigliseridlerden oluşur. Trigliserid yapısının büyük kısmını ise palmitik ve oleik asitler oluşturur. Erken dönem anne sütü fosfolipid, kolesterol ve steroller bakımından daha zengindir (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Etki Genç R. Özkan H., 2016; Sevil Ü, 2016). Anne sütü DHA (dakosahekzaenoik asit), EPA (eicosapentaenoik asit), LA (linoleik asit), LNA (linolenik asit) gibi elzem yağ asitlerini içerir. Anne sütü çoklu doymamış yağ asitlerince zengindir (Samur G, 2008). Yukarıda bahsedildiği gibi anne sütünün yağ oranı emzirmenin sonuna doğru artış göstermektedir.

| | |
|----------------|---------------|
| Protein | 0.9-1.2 gr/dL |
| Yağ | 3.2-3.6 gr/dL |
| Laktoz | 6.7-7.8 gr/dL |
| Enerji | 65/70 kcal/dL |

Çizelge 2.2. Anne Sütünün Makrobesin İçeriği (Kültürsay ve diğ., 2014).

Vitaminler

Anne sütünün vitamin ve mineral içeriği annenin beslenme şekline ve depolarına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Kültürsay ve diğ., 2014). Anne sütünde D ve K vitaminleri dışında suda ve yağda çözünen vitaminler yeterli oranda bulunmaktadır (Samur G, 2008). Anne beslenmesinden bağımsız olarak anne sütünde K vitamini düşüktür. Bu nedenle yenidoğanlara doğduklarında K vitamini uygulanır. Özellikle güneş ışığından yeterince faydalanmanın sağlanamadığı durumlarda D vitamini de anne sütünde istenilen düzeye erişememektedir. Bu bakımdan D vitamini desteğinin sağlanması da önemlidir (Kültürsay et al., 2014). D vitamini ihtiyacının karşılanması amacıyla postnatal 15. günden

itibaren bir yaşına kadar günde 400 ünite D vitamini takviyesi sağlanır (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Samur G, 2008).

Mineraller

Anne sütünün mineral içeriği henüz olgunlaşmamış olan yenidoğan böbrek fonksiyonları için uygundur ve yük oluşturmaz. Sütün barındırdığı sodyum, potasyum ve kalsiyum mineralleri serbest iyonlar halinde bulunurken diğer mineraller bileşikler haline bulunur (Sevil Ü, 2016). Anne sütü içeriğinde yüksek oranda potasyum, kalsiyum ve fosfor barındırır (Samur G, 2008). Anne sütünde yüksek oranda bulunan kalsiyum, fosfor ve selenyum mineralleri anne diyetinden etkilenmektedir. Eser miktarda bulunan diğer mineraller laktasyon dönemine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Olgun sütün demir ve selenyum miktarı kolostrum ile aynıdır (Atıcı ve diğ., 2007; Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017). Anne sütünün demir içeriğinin düşük olmasına karşın emiliminin yüksek olması, bebeğin demir ihtiyacının yeterince karşılanmasını sağlar. Bununla birlikte doğum sonrası ilk dört-altı ay anneye 60mg/gün demir desteğinin sağlanıyor olması da bebeğin yeterince demir alımına katkı sağlar. İlk altı ay yeterince anne sütü almış bebeklerde nadiren demir eksikliği anemisi görülür (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Kültürsay et al., 2014; Sevil Ü, 2016).

| Mineraller | Miktar |
|------------|--------|
| Kalsiyum | 32mg |
| Demir | 0 |
| Magnezyum | 3mg |
| Fosfor | 14mg |
| Potasyum | 51mg |
| Sodyum | 17mg |
| Çinko | 0.2 |
| Bakır | 0.1 |
| Manganez | 0 |
| Selenyum | 1.8µg |

Çizelge 2.3. Anne sütündeki mineral miktarları (100 gr anne sütü için) (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017).

Anne Sütünün Su İçeriği ve Tadı

Yenidoğanın ilk 3-5 gün içerisinde su ihtiyacı; 60-100 ml/kg, beşinci günden sonra 150-175 ml/kg'dır ve artarak devam eder (McKinney ES., 2013). Anne sütü yüksek oranda su barındırır. Bebeğin her istediğinde emzirilmesi bebeğin dehidratasyonunu önler. Yeterince anne sütü alan bebeklerde çok sıcak havalarda dahi dehidratasyon gelişmez. Anne sütünün tadı annenin tükettiği besinlerden etkilenir. Bu durum bebeğin altıncı ayın sonunda ek besinlere geçişini ve uyumunu kolaylaştırır (Kültürsay et al., 2014).

Hormonlar ve Enzimler

Anne sütünde; GnRH, TSH, TRH, LHRH, T3, T4, parathormon, östrojen, progesteron, kortikosteroidler, kalsitonin ve prolaktin gibi birçok hormon bulunur. Ayrıca anne sütünün içeriğinde; meme bezlerinde süt lipitleri sentezi için gerekli olan lipoprotein lipaz, yağ sindirimi için gereken lipaz, laktoz sentezinde rol oynayan galaktozil transferaz, antibakteriyel etkiye sahip laktoperoksidaz, tiyosiyanat, hidrojen peroksit gibi birçok enzim bulunur (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Samur G, 2008).

İmmünolojik Faktörler

Anne sütünde patojenlere karşı koruma sağlayan makrofajlar, kök hücreler, T-hücreleri ve lenfositler gibi çok çeşitli hücreler bulunur (Kültürsay et al., 2014). Lizozim, laktoferrin, interferon, laktoperoksidaz, fibronektin, bifidus faktörü, fibronektin, salgısal IgA, musin, oligosakkaritler, nükleotidler ve lipidler anne sütünde bulunan antimikrobiyal faktörlerdendir (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Lawrence, 1999; Samur G, 2008; Vendelbo, Anni, Christian, & Michaelsen, 2018).

Büyüme Faktörleri

Anne sütünün içeriğinde; epidermal büyüme faktörü (EGF), nöronal büyüme faktörleri, insülin benzeri büyüme faktörü (IGF, IGF-I, IGF-II, bağlayıcı protein ve IGF spesifik proteazlar), vasküler endotelial büyüme faktörü, eritropoietin, kalsitonin ve somatostatin, adiponektin ve diğer büyüme hormonları dahil olmak üzere birçok büyüme faktörünün bulunduğu bilinmektedir (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Kültürsay et al., 2014).

2.3.1.3. Anne Sütünün Yararları

Anne sütü, yenidoğanın sağlıklı gelişimini sağlayan yegâne besin kaynağıdır. Anne sütünün, yenidoğanın değişen ihtiyaçlarına paralel olarak değişim gösterdiği bilinmektedir (Etki Genç R. Özkan H., 2016).

Kolostrum içeriğinde barındırdığı salgısal IgA, laktoferrin, lökositler, epidermal büyüme faktörü gibi immünolojik bileşiklerden ve sodyum, klor, magnezyum gibi minerallerden zengindir. Bu özelliği ile yenidoğanın immun sistemini daha ilk dakikalardan itibaren desteklemektedir. Laktoz içeriğinin düşük olması ile asıl işlevinin besinsel değil immünolojik ve besleyici olduğunu göstermektedir. Kolostrum laksatif özelliği ile mekonyum çıkışını kolaylaştırır ve sarılığın önlenmesine de katkıda bulunur (Gür, 2017; Kültürsay ve diğ., 2014; Lawrence, 1999).

Anne sütünün kolostrumdan geçiş sütüne değişimi ile protein içeriği azalır; laktoz yağ ve kalori içeriği artar. Buradan da anlaşılacağı gibi anne sütü ilk günlerde bebeğin immün sistemini dış ortama hazırladıktan sonra, bebek için gerekli olan enerji ihtiyacını karşılamaya yönelik evrilmektedir (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Kültürsay ve diğ., 2014).

Anne sütü içeriğinde yenidoğanın ihtiyacını karşılayacak düzeyde aminoasit barındırmaktadır. Temel bir aminoasit olan “sistin” anne sütünde yüksek miktarda bulunmaktadır. İnek sütüne göre anne sütünde 30-40 kat daha fazla bulunan “*taurin*” amino asidi ise bebeğin beyin gelişimini sağlamaktadır (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Etki Genç R. Özkan H., 2016; Giray, 2004).

Anne sütü protein bileşiminde, yapısında bulundurduğu antienfektif maddeler ile bebeği enfeksiyonlara karşı koruyan whey oranının % 60, süte beyaz rengini veren, besleyici ve kalsiyum düzenleme fonksiyonuna sahip protein olan kazein oranının %40 olması sindirimi kolaylaştırır (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; PihlantoA. Korhonen H., 2003). Anne sütü inek sütünden daha düşük düzeyde protein taşımaya karşın, whey proteini ve alfa laktalbuminden zengin protein içeriği nedeniyle bebeklerde yeterli triptofan düzeyini ve uygun amino asit birikimini sağlar. Tüm bu faktörler bebekte uygun protein yapısının oluşumunu sağlar (Giray, 2004; Kültürsay ve diğ., 2014). Bununla birlikte alfa laktalbuminin tümör hücrelerini yok ettiği kanıtlanmıştır (Ferreira, 2007; PihlantoA. Korhonen H., 2003). Ayrıca alfa laktalbuminin alerji riski çok düşüktür. Bununla birlikte hidrolizi sonucu ortaya çıkan peptit yapılar ise bebeğin bağışıklık sistemini önemli ölçüde

desteklemektedir (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017). Anne sütündeki laktoferrisinin antiviral, antienflamatuvar ve tümör oluşumunu engelleyici özelliğe sahiptir (PihlantoA. Korhonen H., 2003; Samur G, 2008).

Anne sütünde bulunan basit şekerler bebeği enfeksiyonlardan korumaktadır. Kompleks karbonhidratlardan olan oligosakkaritler ise antienfektif fonksiyona sahip olmakla birlikte prebiyotik etkiye de sahiptir. Laktoz; magnezyum, kalsiyum gibi minerallerin emilimini arttırmasının yanında beyin ve omurilikte galaktolipidlerin yapısına katılarak beyin gelişiminde önemli rol oynamaktadır (Gür, 2017; Samur G, 2008).

Anne sütündeki doymamış yağ asitlerinin yüksek olması ve içeriğindeki süt lipazı sindirimin kolay ve hızlı olmasını sağlar. Anne sütünün çoklu doymamış yağ asitlerince zengin olması bebeğin beyin gelişimini, miyelizasyonunu desteklemekte, retinal işlevler ve hücre proliferasyonunun normal ilerlemesini sağlamaktadır (Eidelman, 2012; Samur G, 2008). Anne sütü içeriğinde yüksek oranda bulunan antiviral lipidler bebeğin doğal bağışıklığını sağlamaktadır (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Ebringer, Ferencík, Krajčovič, 2008).

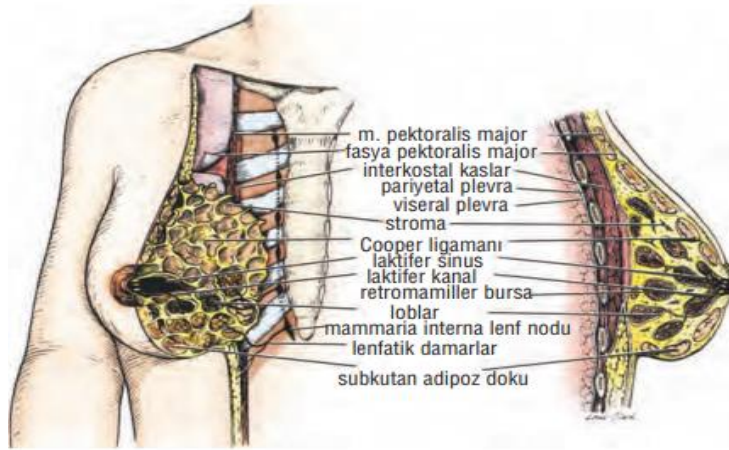
Anne sütünün mineral içeriği düşüktür fakat işlevleri oldukça önemlidir. Anne sütündeki kalsiyum/fosfor oranının 2/1 olması kalsiyum emilimini arttırmasının yanında, bebeğin kemik, eklem ve kıkırdak gelişimi için uygun bileşimin oluşmasını sağlamaktadır (Atıcı ve diğ., 2007; Samur G, 2008). Ayrıca anne sütü içermiş olduğu enzimler, probiyotik mikroorganizmalar, oksijen radikalini tutucular ve peptitler ile önemli derecede antioksidan etkiye sahiptir (Ebringer et al., 2008). Anne sütünün çene ve diş gelişimde rolü olmasının yanında; bebeğin ruhsal, bedensel ve zekâ gelişimine yardımcı rolü vardır (Eidelman, 2012; Etki Genç R. Özkan H., 2016).

Yukarıda bahsedilen faydalara ek olarak ısı derecesi bebek için ideal olan anne sütü içeriğinde yararlı bakteriler barındırır. Mikrobiyota (mikrobiyum) belirli bir çevre veya ekolojik ortamda bulunan mikroorganizmalar topluluğu demektir (Collins, Bercik, 2009). Anne sütü mikrobiyotası en önemli biyoaktif bileşenlerden biridir. Anne sütü mikrobiyotasının temeli sayılabilecek sınırlı sayıda ki mikroorganizmaların oranı % 50 iken, geriye kalan % 50' lik kısım ise anneye özgüdür ve her annede farklılık göstermektedir. Anne sütünün mikrobiyotası bebeğin gastrointestinal sistemini düzenleyici, kolik ağrıları azaltıcı ve bebeği enfeksiyonlardan koruyucu özelliklere sahiptir

(Bergmann, Rodríguez, Salminen, Szajewska, 2014; Fitzstevens ve diğ., 2017; Güney, Rebiye Çınar, 2017; Mueller NT, Bakacs E, Combellick J, Grigoryan Z 2015).

2.3.1.4. Memenin Yapısı

Kadın memesi ikinci ve altıncı kostalar arasında yer alan, iki yarım küre şeklinde ve sekretuvar özellik taşıyan organlardır. Her memenin altında, pektoral ve serratus kasları uzanmaktadır. Cooper ligamentleri memeleri desteklemekte ve memeleri kapsayan derin fasyadan cilde kadar uzanmaktadır. Memeler, fibröz, yağ ve glandüler dokudan oluşmaktadır (Çizim 2.9.). Memenin dış yapısında areola tabakası bulunur. Areolanın üzerinde ise, montgomery tüberkülleri ve devamında meme başı bulunur (Marshall , Raynor, 2014). Montgomery tüberkülleri, özel yağlı bir sıvı salgılayarak meme ucunun nemli kalmasını sağlayan küçük kabarcıklardır. Memenin özellikle uç kısmı olmak üzere, tüm dokusu sinir ağından oldukça zengindir ve sempatik sinir sistemi aracılığı ile üreme organlarından etkilenmektedir. Meme uyarısı 4. 5. ve 6. interkostal sinirler aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. Duyusal lifler meme ucunu, areolayı ve derideki düz kasları uyarmaktadır (Hassiotou, Geddes 2013; Neville, 2001).

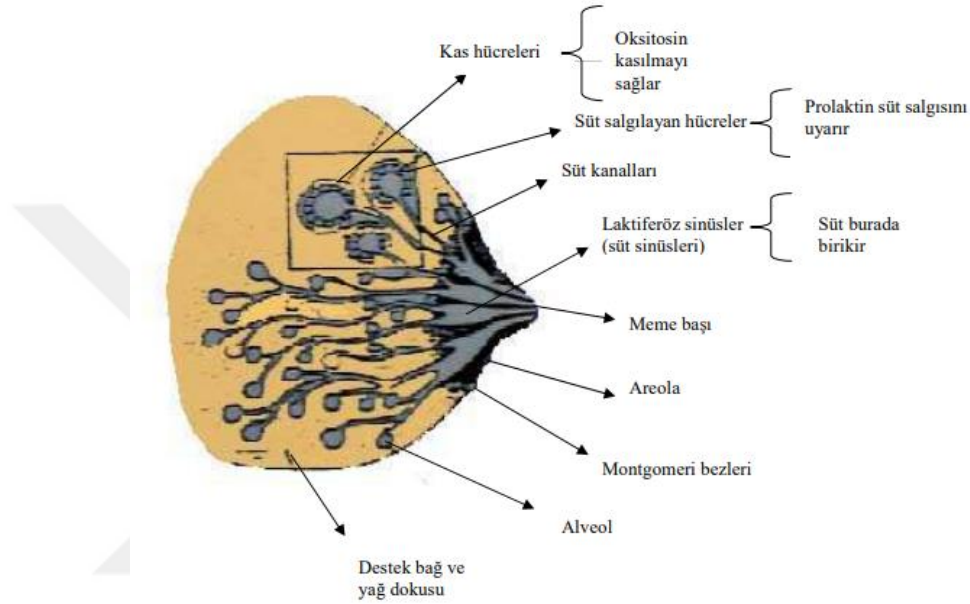


Çizim 2.9. Memenin Anatomisi (Özmen, 2007)

Memelerin iç yapısında 15-20 lobülün oluştuğu, görsel açıdan üzüm salkımını andıran loblardan oluşmaktadır. Lobların arası bağ ve yağ dokusu ile desteklenmektedir. Her bir lobdan ayrılan süt kanalları, süt sinüsleri ile meme ucuna ulaşır. İçten gelen ve meme ucuna açılan küçük kanallar ise daha büyük laktiferöz kanalları oluşturur (Çizim 2.10.).

Her meme ucunda 15-20 laktiferöz kanal bulunmaktadır (Marshall & Raynor, 2014; Neville, 2001; Sevil Ü, 2016).

Meme dokunun kanlanması % 60 oranında internal meme arterinden sağlanmaktadır. İnterkostal arter, lateral trokal arter, subklavian ve aksiler atrein dalları ise geri kalan %40'lık kanlanmayı sağlamaktadır (Lowdermilk & Cashion, 2016; Sevil Ü, 2016).

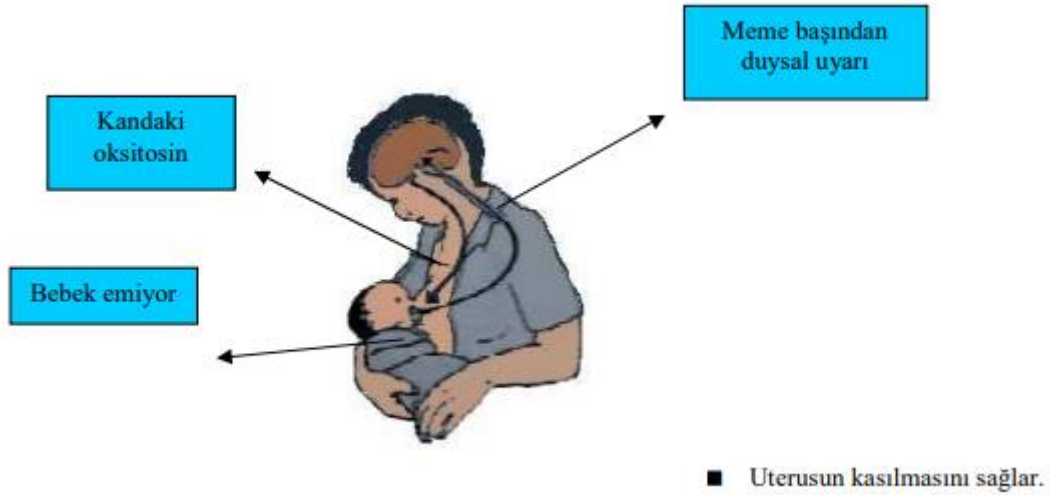


Çizim 2.10. Süt Kanalları (Gür, 2017)

2.3.1.5. Laktasyon

Laktasyon; nörolojik, psikolojik ve hormonal cevapların birleşimi ile meydana gelmektedir (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009; Woolridge, 1986). Memelerin süt salgılayabilmesi için gerekli olan değişim süreci gebelik döneminde başlar. Laktasyon; progesteron ve oksitosin hormonlarının kontrolünde, gebeliğin ikinci trimesterinde başlar ancak süt miktarı bu dönemde çok azdır. Sütün oluşumu prolaktin hormonunun kontrolünde iken, üretilen sütün atılımı oksitosin hormonunun kontrolindedir. Prolaktin hormonu psikolojik faktörlerden etkilenen bir hormondur. Örneğin; bir annenin bebeğini düşünmesi prolaktin hormonunun salınımını artırır (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017).

Doğum sonrası bebeğin emmeye başlaması ile meme ucundaki sinir uçları uyarılır. Bu uyarıların afferent nöral refleks yolu ile hipotalamusa ulaşması ile ön hipofizden prolaktin, arka hipofizden ise oksitosin hormonu salgılanır. Afferent nöral refleksler ile memeye giden uyarılar sonrası prolaktin hormonunun kontrolünde alveolar hücrelerde süt üretimi gerçekleşir. Arka hipofizden salgılanan oksitosin hormonunun kontrolünde ise miyoepitelyal hücrelerin kasılma meydana gelir ve alveolar doku çevresinde oluşan süt kanalcıklarına ilerler. Oksitosin hormonu süt kanalcıklarını genişleterek; üretilen sütün kanalcık boyunca ilerlemesini ve laktifer sinüslerde toplanmasını sağlar (Çizim 2.11.). Laktifer sinüslerde toplanan süt ise, meme ucuna açılan kanallardan dışarı salgılanır. Doğum sonrası ilk yarım saat bebeğin en aktif olduğu dönemdir. Bu dönemde emzirmenin başlatılması, bebeğin isteği oranında sık emzirilmesi, annenin bebeği ile bir arada kalması, annenin olumlu duygular yaşaması; süt üretimi ve salgılanması reflekslerini dolayısı ile emzirmenin sürekliliğini sağlar (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009; Neville, 2001; Şirin A., 1990).



Çizim 2.11. Oksitosin refleksi(Gür, 2017)

Laktasyon fizyolojisi 4 fazdan oluşmaktadır:

Mammogenez: Meme boyutunda ve ağırlığında artmanın olduğu, meme dokusunun büyümesi evresidir (Kültürsay et al., 2014). Gebeliğin ilk trimesterinde başlar ve non-sekretuar bir fazdır. Bu fazda, gebelikte salgılanan progesteron, prolaktin, östrojen ve plasental laktojenik hormonun etkisi ile meme dokusu laktasyona hazırlanır. Bu fazda

meme dokusuna kan akışı artar ve damarlanma belirginleşir. Östrojen hormonu, memede su retansiyonuna ve yağ dokusunda artışa neden olduğu için memenin büyümesini sağlar. Östrojen hormonu aynı zamanda süt toplama (duktal kanal) sistemini stimüle eder. Prolaktin, progesteron ve plasental laktojenik hormon ise alveoler bezlerin olgunlaşmasını sağlar. Progesteron ayrıca süt yapım sisteminin gelişimini stimüle eder. Bu hormonlar aynı zamanda bu evrede aşırı miktarda süt üretimini engellemektedirler. Meme, alveollerin ve süt kanallarının atışı ile ikinci ve üçüncü trimesterde gelişimini sürdürür (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009; Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Gaskin, 2018; Marshall & Raynor, 2014).

Laktogenez: Memede epitelyal hücrelerde değişim ile birlikte, non-sekretuar fazdan sekretuar faza geçişin meydana geldiği dönemdir.

Laktogenez fazı; Laktogenez I ve Laktogenez II olmak üzere iki evrede gerçekleşir.

- **Laktogenez Evre I;** Gebeliğin ikinci yarısında (20.gebelik haftasında) başlayan ve postnatal ikinci ve üçüncü gününe kadar devam eden bir fazdır. Kolostrum oluşumu bu fazda gerçekleşir.
- **Laktogenez Evre II;** Postnatal üçüncü ve sekizinci günler arasında devam eden fazdır. Bu faz östrojen ve progesteron hormonlarının seviyesinin düşmesi ve prolaktin hormon seviyesinin artışı ile karakterizedir. Hormon seviyelerinde ki bu değişim bol miktarda süt salgınımı ile sonuçlanır (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Lowdermilk & Cashion, 2016).

Galaktogenez: Postnatal dokuzuncu günde başlar ve süt salgısı devam ettiği sürece görülen fazdır (Kültürsay et al., 2014).

İnvölüsyon: Son emzirme ve sonrasında yaklaşık 40 günlük dönemi içeren evredir. Bu dönemde süt salgısında azalma ve laktasyonda durma söz konusudur (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Kültürsay et al., 2014).

2.3.1.6. Emzirme

Annelik durumu kadının üreme özelliğinden ortaya çıkmaktadır. Emzirme ise annelik durumunun temel eylem pratiğidir (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017). Emzirme davranışı, kadınlarda biyolojik olarak mevcuttur (Soğukpınar N., 2011). Emzirme; anne-

bebek sağlığı üzerine ve aralarında duygusal bağın kurulmasına olumlu etki sağlamaktadır (Irmak, 2016).

Emzirme, anneye fizyolojik ve psikolojik açıdan yarar sağlamaktadır. Fizyolojik yararlar aynı zamanda annenin genel sağlığı üzerine olan yararlardır. Emzirmenin anneye sağladığı fizyolojik yararlar; emzirme sırasında salgılanan oksitosin hormonunun uterus involüsyonunu hızlandırması, insülin rezistansını sağlayarak insülin seviyesinin optimal seviyede tutulmasını sağlaması, tip-2 diyabet görölme riskini azaltması, meme ve over kanserlerine yakalanma riskini, osteoporoz riskini azaltması, endometriozisin tedavisini kolaylaştırması, menstruasyon döngüsünü ertelemesi nedeniyle kan kaybını azaltması ve kalori kaybı sağlayarak doğum sonrası fazla kiloların verilmesini hızlandırması olarak sıralanabilir. Emzirmenin psikolojik sağlığa olan faydaları ise; anne-bebek bağının kurulmasını ve güçlenmesini sağlaması, postpartum depresyon riskini azaltması, annelik kimliğinin kazanılmasına katkı sağlaması, başarılı emzirme ile annenin özgüvenini ve olumlu duygular içinde bulunma halini sağlaması, anne ile bebek arasında yakın ve sevgi dolu bir ilişki kurularak bağlanmanın sağlamasıdır. Tüm bu faydaların yanında, düzenli emzirme anne için doğal bir kontraseptif etki sağlamaktadır (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009; Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Etki Genç R. Özkan H., 2016; Gaskin, 2018; Giray, 2004; Gür, 2017; Hansen, 2016; Kavlak, Yılmaz, & Dülgerler, 2010; şirin A., 1990).

Emzirmenin bebeğe sağladığı faydalar ise; anne sütü ile hayata iyi bir başlangıç sağlaması, bebeğin ruhsal ve zekâ gelişimini olumlu yönde etkilemesi ve anne-bebek bağlanmasını sağlaması olarak sıralanabilir (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Gür, 2017; Hansen, 2016; Samur G, 2008).

Başarılı emzirmenin sağlanması için çok yönlü yaklaşım oldukça önemlidir. Yapılan araştırmalar başarılı emzirmenin; emzirme süresi ve sıklığı başta olmak üzere, travay ve doğum sürecinde anneye ilaç uygulamaları, annenin deneyim durumu ve bu konuda desteğe sahip olması gibi birçok etkene bağlı olduğunu göstermiştir (Chang, Heaman, 2005; Fallon ve diğ., 2014).

Başarılı emzirmenin sağlanabilmesi için anne ve bebeğin uygun pozisyonda olması son derece önemlidir (Joshi, H. Magon, P. Raina, 2016). Uygun olmayan emzirme tekniğinin benimsenmesi durumda meme sorunları yaşanabilir ve bu durum emzirmeyi bırakma ile sonuçlanabilir. Bu sorunları engellemek adına; ilk emzirmeden itibaren, anneye uygun

emzirme davranışının kazandırılması çok önemlidir (Banginwar, Toweir, Goyal, Ziyu, 2011). Doğum sonrası ilk emzirme deneyiminin uygun başlatılması en önemli adımdır. Doğumdan hemen sonra ten temasının başlatılması, doğum sonrası acil olmayan işlemlerin ertelenmesi, ilk andan itibaren sağlık çalışanın desteği ve anne bebek etkileşiminin sağlanmasına özen gösterilmesi uygun emzirme davranışının kazandırılmasına büyük katkı sağlamaktadır (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Holmes, McLeod, Bunik, 2013; Lang, 2018).

Başarılı emzirmenin sağlanması için “Bebek Öncülüğünde Emzirme” kuralının benimsenmesi son derece etkilidir. Bu kurala göre; emzirmenin süresi ve sıklığı açısından bebek kısıtlanmamalıdır. Bebek her istediğinde, uyuyorsa uyandırılarak ve annenin memesinde dolgunluk olması durumunda düzenli emzirilmelidir (Eidelman, 2018; Fallon ve diğ., 2014).

Tüm bu faktörler ışığında; annenin kendini iyi hissetmesi, bebeğin memeye etkili emebileceği şekilde yerleştirilmesi, bebeğin istediği kadar sık ve istediği süre emzirilmesi ve çevrenin emzirmeye destek olması unsurları sağlandığında başarılı emzirmeye ulaşılabilecektir (Radzyski, Callister, 2016). Travay ve doğum sürecinde anneye ilaç uygulanması gibi nedenler etkin emzirmenin başlatılmasını ve sürdürülmesini etkileyebilmektedir (Chang, Heaman, 2005; Eidelman, 2012; Gür, 2017).

Emzirmenin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerden bir tanesi LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı’dır. LATCH oldukça yaygın kullanılan bir yöntemdir (Çizelge 2.4.). LATCH yöntemi, 1986 yılında APGAR skor sisteminin puanlama şeklinden esinlenerek oluşturulmuştur. Bu yöntem beş değerlendirme unsuru üzerinden hareketle annenin emzirme davranışının gözlemlenmesine dayanmaktadır. Yöntem ismini beş kriterin İngilizce karşılıklarının baş harflerinin birleşiminden almaktadır. Her madde 0-2 puan arasında değerlendirilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 10’dur. Ölçüm aracından elde edilen puanın değerlendirilmesinde kesme noktası yoktur. Puan arttıkça annenin emzirme başarısının yükseldiği düşünülür. Yöntemin güvenilirliği ise; 1997 yılında Adam ve Hewell tarafından Amerika’da yapılmıştır. Bağımsız gözlemciler arası uyum yüzdesinin % 94,4 olduğu gözlenmiştir. Türkiye’ de güvenilirliği Yenal ve Okumuş tarafından 2003 yılında yapılmıştır ve Chronbach alfa değeri 0.95 olarak belirlenmiştir. LATCH yönteminin uygulaması kolay ve rahattır (Riordan, Bibb, Miller, Rawlins, 2001; Yenal, Okumuş, 2003).

LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği

| Değerlendirme Kriterleri | Puanlama | | |
|--|--|---|---|
| | 0 | 1 | 2 |
| Memeyi tutma (Latch on breast) | Uyur ya da isteksizdir, memeyi tutmayı başaramaz | Tekrar dener, meme ucunu ağzına alır, emme hareketi görülür | Areolayı da ağzına alacak şekilde memeyi tutar, ritmik bir şekilde emer. Dudak dışı dönüktür. |
| Bebeğin yutma hareketinin görülmesi (Audible swallowing) | Yok | Birkaç emme hareketi görülür. | Yutma sırasında kısa süreli güçlü ekspirasyonlar görülür. |
| Meme ucunun tipi (Type of nipple) | Çökük | Düz | Uyarıyla dışarı çıkmış |
| Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı (Comfort breast /nipple) | Engorjman, çatlak, kanama, eziklik | Doku kızarıklık, küçük ezikler, rahatlıkta azalma | Yumuşak göğüsler ve annede rahatlık. |
| Bebeği tutuş pozisyonu (Hold) | Tamamen yardımla | Minimal yardım | Yardımsız |

Çizelge 2.4. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği (Koyun & Okumuş, 2001).

DSÖ, doğum sonrası anne ve bebeklerin gece ve gündüz aynı odada kalmalarını, acil müdahale gerekmeyen durumlarda bebeğin tartılması gibi işlemlerin ertelenmesini ve en kısa zamanda anne bebek arasında ten temasının başlatılmasını, doğum sonrası ilk saatte tüm annelerin emzirme konusunda desteklenmesini, emzirmenin başladığı andan itibaren

annelerin pratik destek alması gerektiğini ve memelerin boşaltılması konusunda eğitilmesini ve tüm bunlara ek olarak annenin uygun beslenmesi konusunda bilgilendirilmesini önermektedir. Bu uygulamaların başarılı emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde önemli olduğu vurgulamaktadır (Cleveland ve diğ., 2017; Gaskin, 2018; Shorey et al., 2016; “World Health Organization,” 2017).

Ülkemizde emzirme oranları temel özelliklere göre değişiklik göstermektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verileri son beş yılda doğan bebeklerin yaklaşık olarak %96’sının bir süre emzirildiğini ve bebeklerin %50’sinin doğum sonrası ilk bir saat içinde emzirildiğini göstermiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014).Dünya genelinde ise bebeklerin herhangi bir sürede emzirilme oranları % 80’in üzerindedir (Victoria ve diğ., 2016).

2.3.1.7. Emzirme Tekniği ve Pozisyonları

Yenidoğanın beslenmesi; nefes alma, emme, yutma eylemlerinin ritmik ve koordine ilerlemesi ile karakterizedir. Emzirmenin erken başlaması, bebeğin doğum haftası, bebeğin memeye yerleşimi, emme süresi, doyma kapasitesi, açlık durumu, emme gücü ve süt akışı gibi etkenler bahsedilen koordinasyonu etkilemektedir (Moral ve diğ., 2010; Woolridge, 1986).

Bebeğin sık aralıklarla ve uygun teknik ile emzirilmesi anne sütü salınımını arttırmaktadır. Emzirmenin başlatıldığı andan itibaren uygun emzirme tekniğinin benimsenmesi meme başı çatlağı gibi sık görülen meme problemlerinin önlenmesinde son derece önemlidir (Kültürsay ve diğ., 2014).

Emzirme danışmanlığında en önemli nokta anne ve bebeğin dikkatle gözlenmesidir. Yaşanan bir zorluk var ise annenin onayı ile sağlık profesyonelleri tarafından yardım edilmelidir (Gür, 2017; Kültürsay ve diğ., 2014).

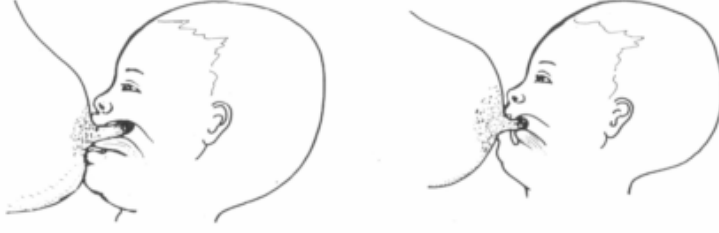
Emzirmenin gözlenmesinde; anne ve bebeğin pozisyonuna, bebeğin memeye yerleşimine ve emme etkinliğine dikkat edilmelidir. Emzirme sırasında annenin pozisyonu rahat olmalı, sırtı ve eğer oturuyorsa ayaklarının altı ve dirsekleri desteklenmiş olmalıdır. Anne emzirirken bebeğin üzerine eğilmemelidir. Ayrıca emzirilen memenin tarafındaki dizin yukarı kaldırması rahat bir pozisyon sağlayacaktır (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Kültürsay ve diğ., 2014).

Emzirme vakitlerinde yenidoğanın altı kuru olmalıdır. Annenin ve yenidoğanın huzurlu ve rahat olduğu bir ortamda olması önemlidir (Etki Genç R. Özkan H., 2016). Anne emzirme öncesi ellerini yıkamalı ve mesanesini boşaltmalıdır. Emzirmede bebeğin yüzü ve gövdesi düz bir hat üzerinde, anneye dönük ve yakın olmalıdır. Bebek baş, omuz ve kalçalarından desteklenmelidir. Emzirmenin “C tutuş tekniği” ile sağlanması önerilmektedir (Çizim 2.12.). Bu tekniğe göre; meme alttan dört parmak ile desteklenmeli ve üstten başparmak ile bebeğin burnunun kapanması engellenir. Annenin memeyi desteklediği parmakları areola tabakasının dışında kalmalıdır (Kültürsay ve diğ., 2014).



Çizim 2.12. ‘C’ tutuş tekniği (Kültürsay ve diğ., 2014)

Emme sırasında bebek areola tabakasının tamamına yakınına kavramalıdır (Çizim 2.13.). Etkin emmeden söz edebilmek için; bebeğin alt dudağı dışa dönük, ağzı geniş açık pozisyonda ve çenesi memeye temas etmiş olmalıdır (Gaskin, 2018; Gür, 2017; Kızılkaya Beji, 2015; Marshall & Raynor, 2014). Etkin emen bebek; emme sırasında sakindir, yanakları dolgundur ve içe doğru çökmez, yavaş tempo ile derin emme hareketi yapar ve yutma sesi duyulur, emmeyi kendiliğinden bırakır ve doymuş görünür. Etkin emzirme sonrası anne memelerinde dolgunluk ve ağrı hissetmez (Kültürsay et al., 2014).



Çizim 2.13. Memeye doğru yerleşim ve Memeye yanlış yerleşim (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009)

Emzirme için annenin uygulayabileceği değişik pozisyonlar mevcuttur. Pozisyon seçiminde annenin kendisi için rahat olan ve emzirme tekniğine uygun pozisyonu seçmesi önemlidir (Gür, 2017; Kültürsay ve diğ., 2014).

Kucaklama: Kullanımı en yaygın olan pozisyonudur (Çizim 2.14.). Anne emzirdiği memenin tarafındaki ön kol ile bebeğinin başını ve kalçasını destekler. Bebeğin başı dirsek yönündedir. Bebeğin kalçasını eli ile destekler (Gaskin, 2018; Kültürsay ve diğ., 2014).



Çizim 2.14. Kucaklama pozisyonunda Emzirme (“Emzirme Pozisyonları-La Leche League,” n.d.)

Ters Kucaklama: Annenin bebeği desteklemek için emzirdiği meme tarafındaki kolunu değil diğer kolunu kullanmasıdır (Çizim 2.15.) Baş ve omuzlar eller ile desteklenir (Kültürsay ve diğ., 2014).



Çizim 2.15. Ters Kucaklama Pozisyonunda Emzirme (“Emzirme Pozisyonları-La Leche League,” n.d.)

Yatarak Emzirme: Anne yan yatar pozisyonundadır. Baş ve sırtı yastık ile desteklenmelidir (Çizim 2.16.). Yenidoğan yüzü ve vücudu anneye bakacak şekilde ve annenin yanında olmalıdır (“Emzirme Pozisyonları-La Leche League,” n.d.).



Çizim 2.16. Yatarak Emzirme Pozisyonu (“Emzirme Pozisyonları-La Leche League,” n.d.)

Koltuk Altı pozisyonu: Bebeğin vücudu annenin kolunun altında ve yüzü anneye dönük olacak şekilde tutulur. Bebeğin başı omuzlarından desteklenir(Çizim 2.17.). Bu pozisyon ikiz veya prematüre bebeklerin emzirilmesi için daha uygundur. Çünkü bu pozisyonda bebekler daha rahat gözlemlenebilmektedir (Banginwar et al., 2011; Expert, 2009; Gür, 2017; Kültürsay et al., 2014).



Çizim 2.17. Koltukaltı Pozisyonunda Emzirme (“Emzirme Pozisyonları-La Leche League,” n.d.)

Emzirme öncesi memenin herhangi bir kimyasalla temizlenmesi önerilmez. Emzirmenin başında meme ucunun hafif sıkılarak birkaç damla sütün gelmesi ile meme ucunun süt ile nemlendirilmesi yeterlidir (Kızılkaya Beji, 2015).

Ayakta Emzirme: Bazen bebekler ayakta emzirildiğinde sakinleşebilmektedir. Bu yöntemde bebeğin sabit tutulması önemlidir. Bebek ayaklarını aşağı sarkıtabilir (Çizim 2.18.). Anne dizüstünde olmadığı için daha rahat emzirebilir (“Emzirme Pozisyonları-La Leche League,” n.d.).



Çizim 2.18. Ayakta Emzirme Pozisyonu (“Emzirme Pozisyonları-La Leche League,” n.d.)

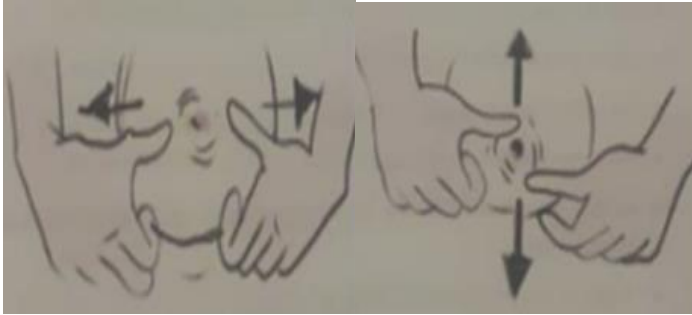
Arkaya yaslanarak (Doğal/ Biyolojik) Emzirme: Bu yöntemde anne ve bebeğin rahatı önemlidir. Anne istediği kıyafeti giyebilir, meme başını isteği doğrultuda tutabilir veya tutmayabilir (Çizim 2.19.). Burada anne ve bebeğin rahat ettiği pozisyonu yakalaması önemlidir (“Emzirme Pozisyonları-La Leche League,” n.d.).



Çizim 2.19. Arkaya Yaslanarak (doğal) Emzirme Pozisyonu (“Emzirme Pozisyonları-La Leche League,” n.d.; (Gaskin, 2018)

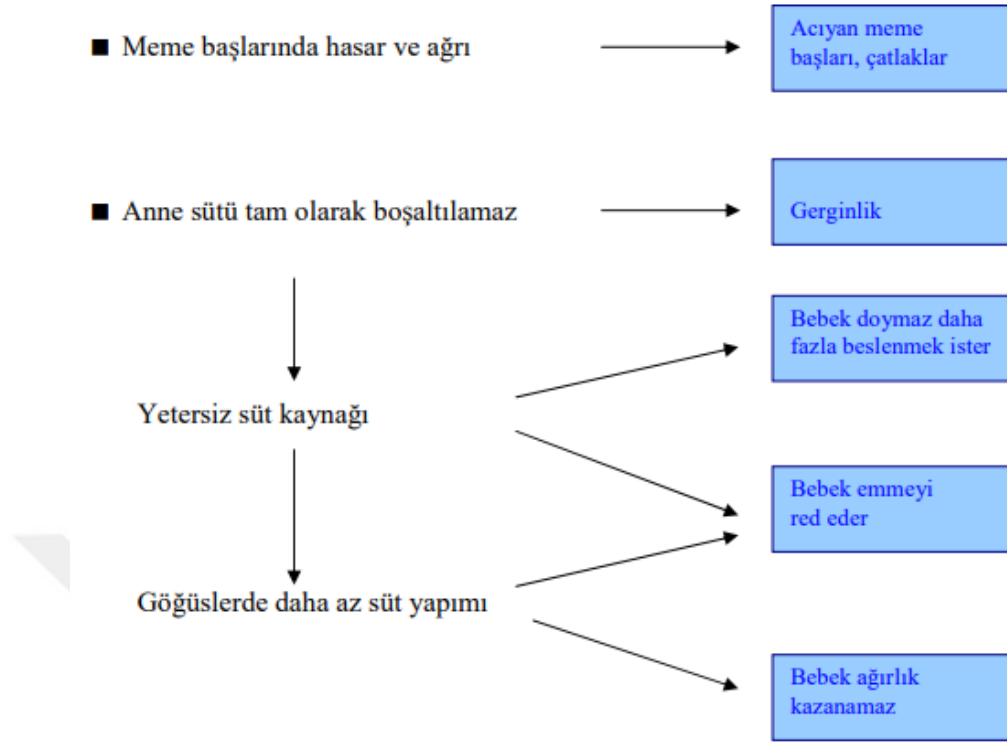
2.3.1.8. Emzirmede Sık Yaşanan Sorunlar

Düz ve ya içe çökük meme uçları: Meme ucunun şekli kadından kadına farklılık gösterebilmektedir (Özmen, 2007). Bebekler hemen her şekildeki memeyi emebilmektedirler. İçe çökük memesi olan anneye öncelikle özgüven kazandırılmalı, farklı pozisyonlar denenmeli ve Hoffman egzersizi öğretilerek günde dört- beş kez tekrarlama sağlanmalıdır (Toronto Public Health, 2013). Ayrıca anneye bebeğin meme başını değil, memeyi emdiği vurgusu yapılmalıdır (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Ersoy & Cerrahisi, 2016).



Çizim 2.20. Hoffman Egzersizi (Özkan & Çeber Turfan, 2016)

Meme başı çatlağı/ ağrısı: Meme ucunda ağrı, hassasiyet ve çatlak olması durumunda ilk olarak bebeğin memeye yerleşimi değerlendirilmelidir. Genelde bebeğin memeye uygun yerleştirilmemesi ve uygun ayrılmaması durumunda meydana gelmektedir. Bebeğin dil bağına bağlı gelişebilir. Bebeğin dil bağı kontrol edilmelidir (Kültürsay et al., 2014).



Çizim 2.21. Memeye Uygun Yerleşmenin Sağlanamadığı Durumların Sonuçları (Gür, 2017)

Bebeğin meme ucunu emdiği durumlarda ağzın köşesinden temiz pamuk yardımı ile memeden ayırmalı ve tekrar areola tabakasını da kavrayacağı şekilde emzirmeye devam edilmelidir. Farklı emme şekillerinin denenmesi meme ucunda oluşan baskının farklı noktalara yayılmasını sağlayacaktır. Emzirme sonrası meme ucuna süt sürülerek memenin iyileşmesi sağlanabilmektedir. Meme ucu sabun gibi kimyasallarla yıkanmamalıdır. Sadece temiz su ve anne sütü ile temizlenmesi yeterlidir (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Gaskin, 2018; Network, 2002).

Meme dolgunluğu (Engorjman): Engorjmanda meme dolgun, ödemli, sert ve sıcaktır. Doğum sonrası ani hormonal değişime bağlı meme dokusuna kan akımının artması, venöz ve lenfatik göllenmenin meydana gelmesi, uygun ve gerekli sıklıkla emzirmeme gibi nedenlerle memelerin etkin boşaltılamaması sonucu oluşur. Genel olarak postnatal üçüncü ve beşinci günler arasında görülmektedir ve 48 saat içinde gerilemesi beklenir. Areola tabakası sıklıkla ödemlidir ve bebeğin memeyi kavraması zorlaşabilmektedir. Bu süreçte sık emzirmeye devam edilmelidir. Emzirme sonrası memede dolgunluk hissinin devam etmesi durumda elle ve ya pompa yardımı ile memeler boşaltılmalıdır. Ağrı hissini

rahatlatmak amacıyla sıcak kompres ve hafif masaj önerilmektedir. Emzirmede süt akışını kolaylaştırmak adına emzirme öncesi ılık duş faydalı olabilmektedir. Çok sıkı olmayan destekleyici çamaşırlar kullanılmalıdır. Meme dolgunluğunda memelerin boşaltılmasına dikkat edilmez ise meme tıkanıklığı görülebilir (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Özkan & Çeber Turfan, 2016).

Mastit: Meme dokusunun enflamasyonu olarak tanımlanan mastit; memede şişlik, kızarıklık ve sıcaklık artışına ek olarak annede halsizlik ve vücut ısısında yükselme ile karakterizedir. Non-infektif ve infektif mastit olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Non-infektif mastitiste süt ile gerilen alveollerden dokulara süt sızıntısı olur. Hücre arası dokuya geçen süt immun sistemi aktive edip non-infektif enflamasyona neden olmaktadır. Bu durumda özellikle etkilenen meme sık emzirilmelidir. Sütün boşaltılması rahatlama sağlayacaktır. Ağrılı bölgeye yukarıdan aşağı doğru yumuşak masaj uygulaması ve emzirme sonrası on dakika süre ile soğuk uygulama önerilmektedir. İnfektif mastitis ise; özellikle meme başı çatlağı durumunda mikroorganizmaların meme başından kanallara geçmesi durumunda meydana gelmektedir. İnfeksiyon başlangıçta bölgeseldir ve zamanla yayılır. Sıklıkla memenin üst dış kadranda görülmektedir. Non-infektif mastitis durumunda uygulanan rahatlatıcı uygulamalara ek olarak hekim gözetiminde antibiyotik kullanılmalıdır (Etki Genç R. Özkan H., 2016; Marshall & Raynor, 2014; Özkan & Çeber Turfan, 2016).

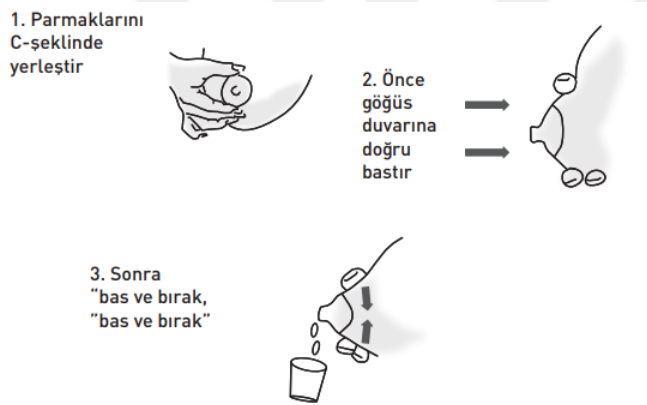
Meme absesi: İnfektif mastitisin tedavi edilmemesi durumunda meme absesi oluşur. Abse kesinlikle elle boşaltılmamalıdır ve hekime başvurulmalıdır. Etkilenmiş memeden emzirme yapılmamalı ve meme sağılarak boşaltılmalıdır (Marshall & Raynor, 2014).

2.3.1.9. Anne Sütünün Sağılması ve Saklanması

Yenidoğan bebeğin yoğun bakıma yatırılması, emzirmeye ara verilmesi gereken durumların meydana gelmesi veya ileri dönemde annenin iş hayatına başlaması gibi durumlarda annenin sütünü uygun şekilde sağması ve saklaması son derece önemlidir (Çan, Gamze Topbaş, 2007). Taburculuk öncesi her anneye elle süt sağma öğretilmelidir. Memelerde süt birikmesi, kanal tıkanıklığı, bebeğin emmesini kolaylaştırmak adına dolgun memenin boşaltılması, bebeğin fizyolojik kilo kaybının fazla olması durumunda süt miktarının tayini ve özellikle bebeğin yoğun bakımda yatması durumunda sütün sağılması

gereklidir. Süt sağma işlemi elle ve ya pompa yardımı ile gerçekleştirilir (Kültürsay et al., 2014).

Elle süt sağma işleminde anne meme ucunu uyararak oksitosin refleksi ile süt akışını sağlar (Çizim 2.22.). İşlem öncesi anne ellerinin su ve sabunla yıkamalıdır. Sütünü temiz bir fincan ve ya ağzı geniş bir kavanoza sağmalıdır. Anne dört parmağını areolanın dış kenarında hissedilen süt kanallarına, başparmağını ise tam karşısına (C tutuşu) yerleştirir. Anne memeyi göğüs kafesine bastırır, sonrasında baş ve işaret parmağını bastırıp bırakarak süt kanallarına masaj yapar. Anne parmaklarını meme derisine sürmemeli ve meme ucunu sıkmamalıdır. Süt akışı azaldığında anne parmakların yönünü değiştirerek “C tutuş şekli” koruyarak sağma işlemine devam etmelidir (Kültürsay ve diğ., 2014; Ohyama, Watabe, Hayasaka, 2010).



Çizim 2.22. Elle Süt Sağma İşlemi (Kültürsay ve diğ., 2014).

Anne sütünün sağılması için kullanılan pompalar; elle çalışan pompalar ve elektrikli pompalar olmak üzere ikiye ayrılır. Elle çalışan pompa kullanımında sütün kontaminasyonunun önlenmesi bakımından steril edilebilen pompaların kullanımı önerilmektedir (Roche-paul, 2010).

Burada sütün doğrudan uygun kaba iletilmesi son derece önemlidir. Sütün doğrudan kaba aktırılmadığı eski tip pompalar önerilmemektedir. Elektrikli süt sağma pompaları ise; elektrikle ya da pille çalışabilmektedir. Sütün büyük kısmını ilk altı dakikada boşaltılır. Sağma hızı ve basıncı ayarlanabilir, başlangıçta yüksek hız ve düşük basınçla kullanılması önerilmektedir. Basınç ayarının annenin rahatına dikkat edilerek arttırılmalıdır. Aksi

takdirde meme başı çatlakları gelişebilmektedir. Sağma işlemini annenin kendisinin yapması oldukça önemlidir (Kültürsay et al., 2014; Ohyama et al., 2010; Özek, E Bilgen, 2018).

| Postnatal gün | Hedeflenen süt miktarı |
|-------------------------------------|------------------------|
| İlk gün | 15 ml |
| Dördüncü ve yedinci günler arasında | 500-600 ml/gün |
| Yedinci günden sonra | 1000 ml/gün |
| Kiloya göre | 150(200) ml/kg/gün |

Çizelge 2.5. Postnatal Günlere Göre Hedeflenen Anne Sütü Miktarı (Kültürsay ve diğ., 2014)

Anne sütünün saklanması için cam ve ya polipropilen kaplar önerilmektedir. Polipropilen saklama poşetlerinin kullanılması ve kontaminasyonu önlemek adına poşetlerin sıkı kapatılması önerilmektedir (Kültürsay ve diğ., 2014).

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı sağılan anne sütünün; oda sıcaklığında (19-26°C) üç saat, buzdolabında (0-4°C) üç gün, derin dondurucuda (-18 °C' nin altında) ise 3 ay saklanabileceğini bildirmiştir (Şencan, Keskinılıç, Sanisoğlu, 2017). Amerikan pediatri akademisi' nin 2010 yılında hazırlamış olduğu protokolde ise sağılmış anne sütünün -17 °C' nin altında, altı ay hatta 12 aya kadar saklanabileceği bildirilmiştir (ABM Clinical Protocol #7, 2010).

Sağılmış olan sütlerin üzerine tarih ve saat yazılmalıdır. Hastanede sağılmış sütlerin üzerine tarih ve saate ek olarak mutlaka isim ve soy isim yazılmalıdır. Saklanan sütlerin kullanımına öncelikle eski sütlerden başlanmalıdır (Kültürsay ve diğ., 2014; Özek, E Bilgen, 2018).

Dondurulmuş anne sütünün eritilmesi için en uygun yöntem bir gece önceden buzdolabı rafına konmasıdır. Benmari usulü ılık suda çözdürmek bir diğer yöntemdir. Burada benmari kabının hijyenine dikkat edilmeli ve süt torbasına su girişi engellenmelidir. Eritilen anne sütünün oda ısısında birkaç saatten fazla tutulmamalıdır. Çözünmüş süt tekrar

dondurulmamalıdır. Donmuş anne sütünün mikrodalga fırında çözülmesi önerilmez (Gür, 2017; Kültürsay ve diğ., 2014; Lawrence, 1999; Özek, E Bilgen, 2018).

Eritilen anne sütünün bebeğe biberon yerine kaşık, enjektör veya fincan ile verilmesi önerilmektedir (Gür, 2017).

2.3.1.10. Anne Sütünün Kontrendike Olduğu Durumlar

Bebekte galaktozemi gibi metabolik bozukluklar anne sütü verilmesine engel teşkil edebilmektedir. Annenin ilaç kullanımı durumunda da anne sütünün kullanılabilceği konusunda yenidoğan hekiminin görüşü alınmalıdır (Tetik, Tekinemre, 2017).

Annede aktif tüberküloz varlığında, ilaç ve ya madde bağımlılığı durumlarında ve annenin HIV pozitif olması durumunda emzirme kesilir. Annenin kanser tedavisi gördüğü dönemde (radyoaktif izotop tedavisi, kemoterapi ve antimetabolit tedavisi) ise emzirmenin geçici kesilmesi önerilmektedir. Annede hepatit B yüzey antijeninin pozitif olması, annenin hiperbilirubinemik olması, Hepatit C virüsü ile enfekte olması, ateşli hastalık geçirmesi, CMV seropozitif olması durumlarında emzirmeye ara verilmemelidir (Cangöl, Şahin, 2014; Kültürsay ve diğ., 2014; Marshall, Raynor, 2014; Samur G, 2008; Statement, 2012; Tetik, Tekinemre, 2017).

2.3.2. Yenidoğanda Formül Mamaların Kullanımı

Anne sütünün olmadığı, yetersiz olduğu veya bebekte metabolik bozuklukların olduğu durumlarda bebelere formül mama verilmesi gerekebilir (Kültürsay et al., 2014; Marshall & Raynor, 2014; Miller et al., 2015).

Formül mama tipleri; standart formül, prematüre formülü ve özel formüller olarak üçe ayrılmaktadır.

Standart formüller; Gastrointestinal sorunu olmayan term bebekler için uygundur.

Prematüre formülleri; Prematüre bebeklerin büyüme ve gelişmesini desteklemeleri bakımından içerik olarak standart formüllere göre daha yüksek oranda protein, mineral ve karnitin gibi diğer destek maddelerini içerirler.

Özel formüller ise; inek sütü alerjisi olan bebekler için “proteinleri hidrolize edilmiş”, laktoz intoleransı olan bebekler için “laktozu azaltılmış ve ya laktozsuz formüller”, kolestaz ve ya kısa barsak gibi sorunları olan bebekler için “orta zincirli trigliserid ve çok uzun zincirli yağ asitlerini içeren formüller” ve konjenital galaktezemi ve laktaz eksikliğine bağlı inek sütü alerjisi olan bebeklere yönelik “soya bazlı formüller” olmak üzere kısaca dörde ayrılır (Çay & Geylani Güleç, 2015; Kültürsay et al., 2014; Marshall & Raynor, 2014).

Formül mamalar; toz ve sıvı olmak üzere iki ayrı formdadır. Kontaminasyon riskinin daha düşük olması nedeni ile sıvı formüller önerilmektedir. Açılmış olan sıvı mamalar buzdolabında 48 saat saklanabilmektedir. Toz formüller daha ekonomik olmaları bakımından avantaj sağlamaktadırlar. Paketi açılan toz formüller ise üç-dört hafta içerisinde kullanılmalıdır. Toz formüllerin hazırlanması için kullanılacak su temiz içme suyu olmalıdır ve su on dakika kaynatıldıktan sonra 60°C’ye kadar soğutulmalıdır. Toz formüller hazırlandıktan sonra + 4°C buzdolabında 24 saate kadar saklanabilmektedir (Marshall & Raynor, 2014; Mckinney ES., 2013; Murray & McKinney, 2013).

Kullanılacak biberonların cam olması önerilmektedir. Kullanılan biberonlar temizlenip dezenfekte edilmeden tekrar kullanılmamalıdır. Biberonların cam ve emzik kısımlarını ayırarak, fırça yardımıyla arındırılması ve bulaşık makinesinde 65C°’ de yıkanmasının ardından, 80 °C’ de kurutulması ve kurumuş biberonların paketlenerek 120 °C’ de steril edilmesi önerilmektedir. Plastik biberon ve parçalarının ise ev tipi buhar sterilizatörlerinde on dakika kaynatılarak steril edilmesi tavsiye edilir. Ev ortamında biberonların sterilizasyon ve dezenfeksiyonu için yukarıda bahsedilen arındırma işleminin ardından ev tipi buhar sterilizatörlerinin kullanılması veya biberonların on dakika kaynatılması önerilmektedir (Kültürsay et al., 2014; Marshall & Raynor, 2014; Özek, E Bilgen, 2018).

2.3.3. Yenidoğan Beslenmesinde Ebenin Rolü

Ebeler yenidoğan beslenmesinde ilk olarak başarılı emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için annelere gerekli destek ve danışmanlık sunmalıdır (Gür, 2017). Emzirme danışmanlığının gebelik döneminde başlatılması; annenin özgüvenini, öz yeterliliğini ve emzirmeye bakış açısını geliştirmektedir (Feldman-Winter, 2013). Gebelere doğum öncesi emzirme eğitimlerinin sunulması yanında bebek doğduktan sonra en kısa sürede ten temasının başlatılması gerekir (Cangöl, Şahin, 2014; “World Health Organization,” 2018).

Danışmanlığın sadece doğumdan önce ve perinatal dönemde değil, bebeğin birinci ve ikinci yılı boyunca sürdürülmesi gerekmektedir. Sunulan danışmanlık hizmetinin en önemli noktası annelere özgüven ve motivasyonun kazandırılmasıdır (Kestler-peleg, Shamir-dardikman, Hermoni, Ginzburg, 2015; Pinto, Chaves, Duarte, Nelas, Coutinho, 2016). Emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde; annenin kendine olan güveninin, öz yeterliliğinin ve emzirmeye karşı tutumunun geliştirilmesi çok önemlidir (Çeber Turfan E., Akçiçek E., 2017; Feldman-Winter, 2013; Gür, 2017; Stockdale, Sinclair, Kernohan, McCrum-Gardner, Keller, 2013).

İlk emzirmenin hastanede başlatılıyor olması başta ebeler olmak üzere tüm sağlık görevlilerine bebeğin geleceği için önemli rol yüklemektedir. Tüm ebeler anne sütü ve emzirme konusunun araştırma yapmalı, güncel bilgileri takip etmeli ve bu uygulamaları pratiklerine yansıtmalıdır.

2.4. Yenidoğanlarda Fizyolojik Kilo Kaybı

Erken gebelik döneminde fetüsün vücut ağırlığının % 95' ini total vücut sıvısı oluşturur. Bu sıvının üçte biri intrasellüler alanda iken, üçte ikisi ekstrasellüler alandadır. İleri gebelik haftalarında hücre sel büyüme, yağ deposunun artması ve solidlerin birikimi; total vücut sıvısında ve ekstrasellüler alandaki sıvı miktarında azalmaya neden olurken, intrasellüler alandaki sıvı miktarında artışa neden olur. Term bir bebeğin vücut ağırlığının %75'ini total vücut sıvısı oluşturur ve bunun yaklaşık olarak yarısı intrasellüler alanda bulunur. Ağızdan beslenmenin az olduğu postnatal 24-48 saatte intravasküler sıvı volümü korunurken, böbreklerden su ve sodyum atılımı total vücut sıvısında azalmaya neden olur. Total vücut sıvısında meydana gelen bu azalma "**fizyolojik kilo kaybı**" olarak değerlendirilir (Ince, Yapıcıoğlu, Demirel, 2016; Dell Macrae K, 2015). Sağlıklı, term doğmuş ve sadece anne sütü ile beslenen yenidoğanlar postnatal ilk yedi- on gün içinde doğum ağırlığının yaklaşık % 7-10'unu kaybeder. Bu durum "**fizyolojik kilo kaybı**" olarak tanımlanmaktadır (American Academy of Pediatrics, 2010; Bertini, Breschi, Dani, 2015; Eidelman, 2012; V. Flaherman ve diğ., 2015; Ince ve diğ., 2016; Macdonald, 2003; Van Dommelen, Van Wouwe, Breuning-Boers, Van Buuren, Verkerk, 2007; Zenciroğlu, 2015). Yenidoğanların fizyolojik kilo kaybı sonrası doğum ağırlığına ulaşmaları yaklaşık 10 – 15. gün arasında değişmektedir (RNAO, 2004; Strategies, 2010).

Postpartum ilk saatlerde yetersiz emzirme, emzirme problemleri gibi durumlar bebeğin kilo kaybı nedenleri arasında yer almaktadır. Bu nedenle, Amerikan Pediatri Akademisi (APA) term yenidoğanlarda kilo kaybının %8-10'a kadar ulaşabileceğini ve bu durumda ilk olarak olası emzirme ve laktasyon problemlerinin değerlendirilmesi gerektiğini bildirmiştir (Bertini ve diğ., 2015; Statement, 2012).

Yapılan çalışmalar sezaryenle doğum sonrası laktasyonun 48 saate kadar gecikebileceğini göstermektedir (Chapman, Young, Ferris, 2001; G. Preer ve diğ., 2012). Bu nedenle sezaryenle doğmuş bebekler normal doğum ile doğmuş bebeklere oranla daha fazla risk altındadır. Yenidoğanlarda fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesi, bebekte hipernatremik dehidratasyon gibi patolojik durumların önüne geçilmesinde de son derece önemlidir (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015; Van Dommelen, Boer, Unal, Van Wouwe, 2014).

Yenidoğanlarda fizyolojik kilo kaybının doğru tanımlanması ve müdahale basamaklarının belirlenmesi anne sütü ile beslenme oranlarını doğrudan etkilemektedir. Birleşik Devletler'de yapılan bir araştırma annelerin %83' ünün bebeklerini beslemeye emzirme ile başladığını, ancak % 50' sinin altıncı ayda sadece emzirmeye devam ettiğini, formül mama kullanan annelerin ise %50' sinin doğum sonrası hastanede formül mama kullanmaya başladıklarını göstermektedir. Taburculuk sonrası sadece anne sütü ile beslenmenin devam etmesi için doğum sonrası hastanede etkin emzirmenin sağlanması ve gereksiz mama desteğinin önlenmesi önemlidir. Hastanede kalma sürecinde gereksiz formül mama desteği, bebeklerin ileri aylarında anne sütü dışında besin alımına devam etmelerine neden olmakta ve sadece anne sütü ile beslenme oranlarını düşürmektedir. Emzirilen bebeğin tartı alım hızı ile formül mama desteği alan bebeğin tartı alım hızları farklıdır. Bu farklılık yaşamın ilk günlerinde başlar ve büyüme evreleri boyunca da devam eder. Bazı çalışmalar tartı alımının değerlendirilmesinde sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin büyüme hızının normal kabul edilmesini önermektedir. Bu bilgiler ışığında doğum sonrası hastanede kalma sürecinde formül mama desteği alan bebeğin fizyolojik kilo kaybı ile sadece anne sütü alan bebeğin kilo kaybı farklı olacaktır. Bu durumda sadece anne sütü ile beslenen bebeğin tartı değerlerinin normal kabul edilmesi önerilmektedir (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015).

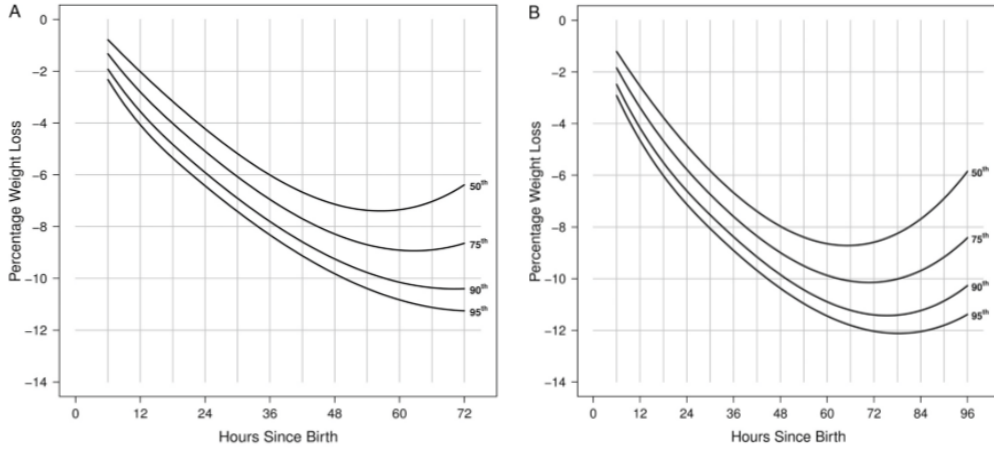
Yapılan çalışmalar, fizyolojik kilo kaybının beslenme şekli ve doğum şekline bağlı olarak değiştiğini göstermektedir. Grossman ve arkadaşları yaptıkları çalışmada; sadece

anne sütü alan, anne sütü ve mamayı birlikte alan ve sadece mama alan yenidoğanları incelemişlerdir. Sadece emzirilen bebeklerin ortalama kilo kaybı %5.5, anne sütüne ek olarak formül mama verildiğinde bebeklerin ortalama kilo kaybı %2.7 ve sadece mama ile beslenen bebeklerin ortalama kilo kaybı ise %1.2 bulunmuştur (Grossman et al., 2012). Genevieve ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise; sezaryen ile doğan bebeklerin ortalama fizyolojik kilo kaybının normal doğan bebeklere göre fazla olduğu gösterilmiştir (G. Preer et al., 2012). Özetle, araştırmalar fizyolojik kilo kaybının doğum şekline ve beslenme şekline göre değiştiğini göstermektedir. Yenidoğanın fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde doğru bilgiye ulaşılması güvenli taburculuk planı için ayrıca önemlidir (Hossain,M Islam, 2006).

Yenidoğanların fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler farklılık göstermektedir. Genel olarak literatürde iki yöntem mevcuttur.

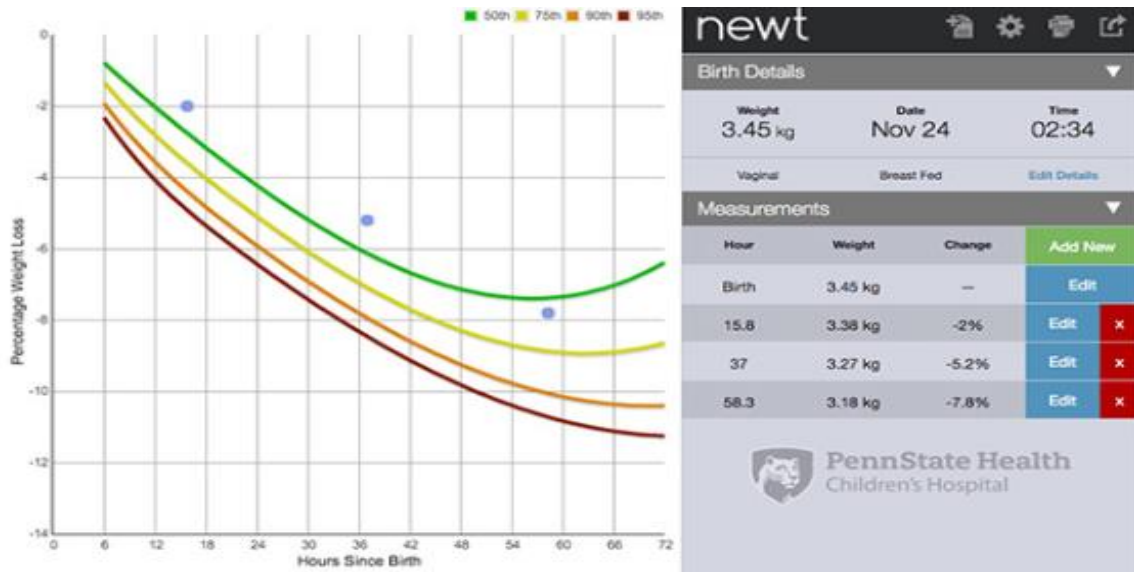
İlk yöntem: Postnatal ilk 24 saat için %3 ve ikinci 24 saat için %7 kilo kaybının sınır kabul edilmesidir. Bu yöntemde, ilk 24 saatte %3, ikinci 24 saatte %7 kilo kaybı yaşayan bebeklere formül mama desteği sağlanır ve bebeğin doğum şekli dikkate alınmaz. Doğum şekli ne olursa olsun kilo kaybı sınırında ya da sınırın üzerinde seyreden bebeklere formül mama desteği sağlanır (American Academy of Pediatrics, 2002).

İkinci yöntem: 2013 yılında Flaherman ve arkadaşlarının geliştirdiği bebeğin postnatal saati ve kilo kaybı yüzdesinin birlikte değerlendirildiği **“fizyolojik kilo kaybı persentil eğrisi”**dir (izelge 2.23.). Bu yöntemde; bebeklerin kilo kaybı doğum şekline göre iki ayrı grafik üzerinden değerlendirilir. İki grafikte de 50, 75, 90 ve 95 olmak üzere dört farklı eğri bulunmaktadır. Kilo kaybı 75 persentil sınırında ve üzerinde seyreden bebekler için ilk olarak anne sütü sağılır, süt miktarı, emzirme yöntemi, süresi ve sıklığı değerlendirilir. Sağılan anne sütü uygun tekniklerle (kaşık, enjektör, biberon vb.) bebeğe verilir. Yenidoğanın tartı takibi daha sık aralıklarla izlenir. Bebeğin kilo kaybı devam ediyorsa ve/veya laktasyonun yetersiz olduğu saptanırsa uzman hekim kararı ile bebeğe formül mama desteği sağlanır (V. Flaherman et al., 2015).



Çizelge 2.23. Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğri Grafiği (A: Normal doğan yenidoğanlar için postnatal saatlere göre kilo kaybı yüzdesi eğrisi, B: Sezaryen ile doğan yenidoğanlar için postnatal saatlere göre kilo kaybı yüzdesi eğrisi) (V. Flaherman ve diğ., 2015).

Fizyolojik Kilo Kaybı Eğrisi Pensilvanya Üniversitesi Çocuk Hastanesi'nde dijital formu ile kullanılmaktadır. Bu uygulamaya göre yenidoğanların doğum şekli, postnatal saati ve doğum kilosu kaydedilmektedir. Yenidoğanın kilo kaybı yüzdesi grafik üzerinde kaydedilir. Böylece yenidoğanların kilo kaybı izlemlerinin güvenli kaydı sağlanmaktadır. Yöntemin dijital formunun kullanımı rahattır ve elle hesaplamayı gerektirmez.



Çizelge 2.24. Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğrisi'nin Dijital Kullanım Örneği

2.4.1. Yenidoğanlarda Fizyolojik Kilo Kaybının Değerlendirilmesinde Ebenin Rolü

Ebeler anne ve yenidoğan bakımının kalbidir. Ebeler prekonsepsiyonel dönemden itibaren, prenatal, innatal ve postnatal süreçte anne ve yenidoğanın yanında olan en önemli sağlık bakım profesyonelidir. Bu bağlamda ebeler yenidoğanın fizyolojik kilo kaybının etkenlerinin ve risklerinin farkında olmalı, güncel bilgileri takip etmelidir. Ebelerin özellikle doğum şekli ve fizyolojik kilo kaybı arasında ki ilişkinin farkında olması; emzirme problemlerinin yaşanmasını ve yenidoğanın kilo kaybının patolojik sınıra ulaşmasını önleyebilir.

Yenidoğanın vücut ağırlığının doğru ölçülmesi, haftasına göre değerlendirilmesi ve kaydedilmesi; bebeğin ilerleyen günlerde özenle takip edilmesi ve değerlendirilmesi için son derece önemlidir. Özellikle ilk haftalar bebeğin vücut ağırlığının doğru ölçülmesi ve değerlendirilmesine bağlı olarak bebeğin beslenme şekli belirleneceği için ölçümün doğru yapılması hayati önem taşımaktadır (Coles ve diğ., 2010).

Bebeğin vücut ağırlığının ölçülmesi sırasında bebeğin genel durumu gözlenmeli, bebek tartıdayken yalnız bırakılmamalı ve ölçüm işlemi mümkün olan en kısa sürede yapılmalıdır. Ölçümde kullanılan tartı 10 grama hassas olmalı ve düz bir zemin üzerine oturtulmalıdır. Tartı aletinin düzenli aralıklarla kalibrasyonunun yapılması önemlidir. Tartı aletinin dezenfeksiyon işlemi kurumun politikasına uygun olarak her kullanım sonrası yapılmalıdır. Ölçüm yapılan odanın ısısı 22-24 °C' den düşük olmamalıdır (Özkan, Çeber Turfan, 2016).

Ebeler ve tüm bebek bakımı hizmeti sunan sağlık profesyonelleri, bebeğin kilo takibi ve ölçümlerin yapılması konusunda güncel eğitimler almalı ve başvuracakları gerekli rehberler hizmet sunan kurumlar ve sağlık profesyonellerinin mesleki dernekleri tarafından sunulmalıdır (Coles ve diğ., 2010).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, yenidoğanlarda Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğrisi'nin kullanımının anne sütü ile beslenme oranlarına etkisini inceleyen analitik kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma 1 Temmuz-30 Eylül tarihleri arasında, Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nin Kadın Doğum/ Yenidoğan Servisinde, örneklem kriterlerine uygun 308 anne ve yenidoğanı ile yapılmıştır.

Çalışmanın yapıldığı hastanede yılda yaklaşık olarak 3000 bebek doğmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü hastanenin doğumhane ünitesinde 4 adet travay odası, bir adet post-op derlenme odası ve iki adet lohusa odası bulunmaktadır. Lohusa odalarının bir tanesi iki kişilik ve diğeri ise üç kişiliktir. Her odada merkezi oksijen ve vakum sistemi bulunmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü serviste 24 adet hasta odası ve bir adet bebek bakım ünitesi bulunmaktadır. Hasta odalarının bir tanesi bir kişilik iken, 23 tanesi iki kişiliktir. Hasta odalarının içerisinde banyo ve televizyon bulunmaktadır. Bebek bakım odasının içerisinde merkezi oksijen sistemi, merkezi vakum sistemi, bir adet radyant ısıtıcı, bir adet tartı cihazı, gerekli eğitim broşürleri, görselleri ve bir adet lavabo bulunmaktadır. Serviste toplam 22 ebe/hemşire ve her vardiyada dört ebe/hemşire görev almaktadır. Araştırmanın yapıldığı hastane bebek dostu hastane olması ve Türkiye'nin en büyük üçüncü basamak hastanelerinden biri olması bakımından önemlidir. Hastanenin bulunduğu bölgede çok sayıda Suriyeli göçmen yaşamaktadır. Araştırmamıza, örneklemin homojenliğinin korunması için Suriyeli anneler dahil edilmemiştir.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini 1 Temmuz- 30 Eylül tarihleri arasında doğum yapan ve örnekleme alınma kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar(310) ve bebekleri(310) oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden fakat hastaneden tedaviyi reddederek erken taburcu olan iki anne ve bebeği örnekleme dahil edilmemiştir. Örneklem kriterlerine uygun, çalışmayı kabul eden ve araştırma sürecini tamamlayan anneler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Örnekleme Alınma Kriterleri

Annelerinin özellikleri;

- 18 yaş ve üzerinde,
- İletişime açık, Türkçe okuma yazma bilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü,
- Gebeliğinde ve doğumunda herhangi bir komplikasyon yaşamayan,

- Tekil gebeliğe sahip,
- Tanımlanan fiziksel ve psikolojik sağlık sorunu olmayan
- Bebeğini emzirmeye istekli, 37. - 42. gebelik haftaları arasında (miadında), normal ya da sezaryen doğum ile doğum yapan anneler çalışmaya dahil edilmiştir.

Bebeklerin özellikleri;

- 2500-4000 gr aralığında doğum kilosuna sahip ve
- Birinci ve beşinci dakika APGAR skoru 7 - 10 puan aralığında olan bebekler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5. Örneklem Dışı Bırakılma Kriterleri

- Annenin 18 yaşından küçük olması,
- Riskli gebelik ve doğum öyküsüne sahip olması,
- Tanımlanan fiziksel ve psikolojik sağlık sorunu olması,
- Türkçe konuşmayan ve iletişim güçlüğü yaşanan anneler çalışmaya dahil edilmemiştir.
- 2500 gr'ın altında ve ya 4000 gr'ın üzerinde doğan,
- 37. gebelik haftasından önce ve ya 42. gebelik haftasından sonra doğan,
- Herhangi bir konjenital malformasyon sorunu olan,
- Birinci ve beşinci dakika APGAR puanı 7 puanın altında olan ve
- Resüsitasyon (canlandırma) uygulanan yenidoğanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Hipotezleri

Ho: Yenidoğanlarda fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde persentil eğrisinin kullanımının, sadece anne sütü ile beslenme oranları üzerine etkisi yoktur.

H1: Yenidoğanlarda fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde persentil eğrisinin kullanımının, sadece anne sütü ile beslenme oranları üzerine etkisi vardır.

3.7. İstatistiksel İncelemeler

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-way Anova Test; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher's Exact testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde normal dağılım gösteren değişkenlerde Pearson Korelasyon Analizi ve normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi. Korelasyon katsayısının(r) değerlendirilmesi ise; 0-0,25 çok zayıf, 0,26-0,49 zayıf, 0,50 - 0,69 orta, 0,7 -0,89 iyi, 0,90-1,00 çok iyi ölçütlerine göre yapıldı(Akgül A. Çevik O., 2003).

3.8. Veri Toplama Araçları

3.8.1. Veri Toplama Formu

Araştırmanın verileri Veri Toplama Formu ile toplanmıştır (Ek-1). Veri Toplama Formu anneye ait sosyo-demografik bilgileri içeren dokuz soru, anneye ait Obstetrik bilgileri içeren 19 soru ve bebeğe ait bilgileri içeren 14 sorudan oluşmaktadır.

Kadın doğum/yenidoğan servisinde kalmakta olan ve 1 Temmuz-30 Eylül tarihleri arasında doğum yapan annelere araştırmacı tarafından araştırmanın konusu, önemi, kimlerin ve kaç kişinin katılacağı hakkında bilgi verilmiştir. Gönüllüler soru sormaya teşvik edilmiştir. Gönüllülerden aydınlatılmış onam alınmıştır. Gönüllülere araştırmadan istedikleri zaman ayrılma haklarının olduğu vurgulanmıştır.

3.8.2. LATCH Ölçeği

Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı, 1993 yılında Jensen ve arkadaşları tarafından Oregon'da geliştirilmiştir (Jensen, Wallace, & Kelsay, 1994). LATCH, puanlama yöntemi açısından apgar skor sistemine benzetilerek oluşturulan bir tanılama aracıdır.

Değerlendirilmesi, apgar skoru gibi hızlı ve kolaydır. Ölçüm Aracı'nın Türkçe geçerliği 1997 yılında Demirhan, 2001 yılında Koyun, 2003 yılında Yenal ve Okumuş tarafından yapılmıştır (Demirhan, 1997)(Koyun & Okumuş, 2001)(Yenal & Okumuş, 2003). LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı'nın Cronbach's Alfa değeri; Yenal ve Okumuş tarafından 0.95, Demirhan tarafından 0.94, Koyun tarafından 0.96 olarak belirlenmiştir.

LATCH Emzirme Tanılama Formu, beş değerlendirme maddesinden oluşmaktadır. LATCH bu beş kriterin İngilizce karşılığının ilk harflerinin birleşmesinden oluşmuş olup aşağıda verildiği şekilde sıralanmaktadır:

- L (Latch on breast) Memeyi tutma,
- A (Audible swallowing) Bebeğin yutma hareketlerinin görülmesi/duyulması,
- T (Type of nipple) Meme ucunun tipi,
- C (Comfort breast / nipple) Annenin meme ucuna ilişkin rahatlığı,
- H (Hold / Help) Bebeği tutuş pozisyonu.

Her madde 0-2 puan arasında değerlendirilir. Ölçekten en düşük 0 puan, en yüksek 10 puan elde edilir. Puanların yüksek oluşu, bebeğin emme başarısını gösterir. LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı'nın Cronbach alpha katsayısı, Demirhan tarafından 0.94, Koyun tarafından 0.96, Yenal ve Okumuş tarafından 0.95 olarak bildirilmiştir.

Araştırmada, annelerin emzirme başarıları hastanede kalma süreçleri boyunca günde iki kez LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Ölçeği ile değerlendirilmiştir (Ek-2).

3.8.3. Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğrisi

Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğri Grafiği; 2013 yılında Flaherman ve arkadaşlarının geliştirdiği bebeğin postnatal saati ve kilo kaybı yüzdesinin birlikte değerlendirildiği bir grafiktir (Ek-3)(V. Flaherman et al., 2015).

Araştırmada, yenidoğanların kilo kaybı doğum şekline göre doğum sonrası 0-72. saatler arası iki ayrı grafik üzerinden değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamız 1 Temmuz- 30 Eylül tarihleri arasında İstanbul'da bir üniversite eğitim ve araştırma hastanesinde %48.1'i (n=148) kız, %51.9'u (n=160) erkek olmak üzere toplam 308 anne ve yenidoğan ile yapılmıştır.

Çalışmanın bulguları beş alt başlıkta sunulmuştur:

4.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı ve Değerlendirilmesi

4.2. Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı ve Değerlendirilmesi

4.3. Annelerin Emzirme Özelliklerinin ve LATCH Puanlarının Dağılımı ve Değerlendirilmesi

4.4. Yenidoğanların Fiziksel Özelliklerinin Dağılımı ve Değerlendirilmesi

4.5. Yenidoğanların Kilo Kaybı Oranlarına ve Beslenme Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı ve Değerlendirilmesi

4.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı ve Değerlendirilmesi

Çizelge 4.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

| | | Min-Max (Medyan) n (%) |
|---------------------------|------------------|--------------------------|
| | | Ort±Ss |
| Anne yaş (yıl) | | 18-44 (28) 28,35±5,46 |
| Medeni durum | Bekar | 4 (1,3) |
| | Evli | 304 (98,7) |
| Eğitim durumu | Okur-yazar değil | 21 (6,8) |
| | Okur-yazar | 10 (3,2) |
| | İlkokul | 99 (32,1) |
| | Ortaokul/ lise | 147 (47,7) |
| | Üniversite | 31 (10,1) |
| Meslek | Ev Hanımı | 288 (93,5) |
| | İşçi | 5 (1,6) |
| | Devlet Memuru | 9 (2,9) |
| | Diğer | 6(1,9) |
| Çalışma durumu | Çalışıyor | 20 (6,5) |
| | Çalışmıyor | 288 (93,5) |
| Gelir durumu | ≤ 2000 TL | 221 (71,8) |
| | 2001-3000 TL | 72 (23,4) |
| | 3001-5000 TL | 13 (4,2) |
| | 5001-8000 TL | 2 (0,6) |
| Sosyal güvence | Var | 285 (92,5) |
| | Yok | 23 (7,5) |
| Eşin eğitim durumu | Okur-yazar değil | 6 (1,9) |
| | Okur-yazar | 8 (2,6) |
| | İlkokul mezunu | 119 (38,7) |
| | Ortaokul/lise | 153 (49,7) |
| | Üniversite | 22 (7,1) |
| Eşin mesleği | İşçi | 242 (78,6) |
| | Devlet memuru | 12 (3,9) |
| | Diğer | 54 (17,5) |

Annelerin yaşları 18 ile 44 arasında değişmekte olup, ortalama 28.35±5.46 yıldır.

Çalışmaya katılan olguların %1,3'ünün (n=4) bekar ve %98.7'sinin (n=304) evli olduğu görülmektedir.

Annelerin %6.8'inin (n=21) okur-yazar olmadığı, %3.2'sinin (n=10) okur-yazar olduğu, %32.1'inin (n=99) ilkokul mezunu, %47.7'sinin (n=147) ortaokul/lise mezunu, %10.1'inin (n=31) ise üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Annelerin %93.5'inin (n=288) ev hanımı, %1.6'sının (n=5) işçi, %2.9'unun (n=9) devlet memuru, %1.3'ünün (n=4) özel sektör çalışanı ve %0.6'sının (n=2) diğer meslek gruplarında çalıştığı görülmektedir. Buna göre olguların %6.5'i (n=20) herhangi bir işte çalışırken, %93.5'i (n=288) çalışmamaktadır.

Annelerin %71.8'inin (n=221) gelir durumu 2000 TL'nin altında iken, %23.4'ünün (n=72) 2001-3000 TL arasında, %4.2'sinin (n=13) 3001-5000 TL arasında ve %0.6'sının (n=2) 5001-8000 TL arasında olduğu görülmektedir.

Annelerin %92.5'inin (n=285) sosyal güvencesinin olduğu, %7.5'inin (n=23) ise sosyal güvencesinin bulunmadığı belirlenmiştir.

Annelerin %1.9'unun (n=6) eşinin okur-yazar değilken, %2.6'sının (n=8) okur-yazar olduğu, %38.7'sinin (n=119) ilkokul mezunu, %49.7'sinin (n=153) ortaokul/lise mezunu ve %7.1'inin (n=22) üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Annelerin %78.6'sının (n=242) eşinin işçi olduğu, %3.9'unun (n=12) devlet memuru, %5.5'inin (n=17) esnaf, %8.8'inin (n=27) özel sektör çalışanı ve %2.6'sının (n=8) diğer meslek gruplarından olduğu görülmektedir.

4.2 Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı ve Değerlendirilmesi

Çizelge 4.2. Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

| | | n (%) |
|-------------------------------------|---------------------------|------------|
| Planlı gebelik | Evet | 215 (69,8) |
| | Hayır | 93 (30,2) |
| Akraba evliliği | Evet | 48 (15,6) |
| | Hayır | 260 (84,4) |
| Doğuma hazırlık eğitimi alma | Evet | 3 (1,0) |
| | Hayır | 305 (99,0) |
| Parite | Min-Max(Medyan) | 1-6 (2) |
| | Ort±Ss | 2,38±1,03 |
| | 1 doğum | 65 (21,1) |
| | 2 doğum | 109 (35,4) |
| | 3 doğum | 96 (31,2) |
| | ≥ 4 doğum | 38 (12,3) |
| Yaşayan çocuk sayısı | 1 çocuk | 67 (21,8) |
| | 2 çocuk | 110 (35,7) |
| | 3 çocuk | 97 (31,5) |
| | ≥ 4 çocuk | 34 (11,0) |
| Düşük öyküsü | Var | 66 (21,4) |
| | Yok | 242 (78,6) |
| Küretaj öyküsü | Var | 13 (4,2) |
| | Yok | 295 (95,8) |
| Doğum şekli | Normal doğum | 160 (51,9) |
| | Sezaryen | 148 (48,1) |
| *İndüksiyon uygulanma durumu | Evet | 40 (25,0) |
| | Hayır | 120 (75,0) |
| **Anestezi tipi | Epidural/ spinal anestezi | 92 (62,2) |
| | Genel anestezi | 56 (37,8) |

*Normal doğum yapanlar anneler için kullanılan bir değişkendir.

** Sezaryen doğum yapan anneler için kullanılan bir değişkendir

Çalışmaya katılan annelerin %69.8'inin (n=215) gebeliği planlıdır, %15.6'sında (n=48) akraba evliliği mevcut olup, %1.0'i (n=3) ise, doğuma hazırlık eğitimi almıştır.

Annelerin parite sayıları 1 ile 6 arasında değişmektedir ve medyanı 2'dir; %21.1'i (n=65) 1 doğum, %35.4'ü (n=109) 2 doğum, %31.2'si (n=96) 3 doğum, %12.3'ü (n=38) 4 doğum ve üzerindedir.

Annelerin %21.8'inin (n=67) 1 çocuğu, %35.7'sinin (n=110) 2 çocuğu, %31.5'inin (n=97) 3 çocuğu, %11.0'inin (n=34) çocuk sayısı 4 ve üzerindedir.

Annelerin %21.4'ünde (n=66) düşük ve %4.2'sinde (n=13) küretaj öyküsü bulunmaktadır.

Annelerin %51.9'u (n=160) normal doğum, %48.1'i (n=148) sezaryen doğum yapmıştır. Normal doğum yapan annelerin %25.0'ine (n=40) indüksiyon uygulaması yapılmıştır. Sezaryen doğum yapanların ise %62.2'sine (n=92) epidural/ spinal anestezi, %37.8'ine (n=56) ise genel anestezi uygulanmıştır.

4.3. Annelerin Emzirme Özelliklerinin ve LATCH Puanlarının Dağılımı ve Değerlendirilmesi

Çizelge 4.3. Zamanlara Göre LATCH Puanlarının Dağılımı

| LATCH Puanı | | | |
|-----------------------------|------------|------------------|-----------|
| Doğum şekli | Saat | Min-Max (Medyan) | Ort±Ss |
| Normal doğum (n=160) | 0-12 saat | 7-10 (9) | 8,66±0,62 |
| | 13-24 saat | 8-10 (9) | 9,38±0,64 |
| Sezaryen (n=148) | 0-12 saat | 7-9 (8) | 8,10±0,46 |
| | 13-24 saat | 7-10 (9) | 8,68±0,63 |
| | 25-36 saat | 7-10 (9) | 9,10±0,63 |
| | 37-48 saat | 8-10 (9) | 9,37±0,53 |

Normal doğum yapan annelerin 0-12 saat LATCH puanları 7 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama 8.66±0.62 ve 13-24 saat LATCH puanları 8 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama 9.38±0.64'dür.

Sezaryen doğum yapan annelerin 0-12 saat LATCH puanları 7 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalama 8.10 ± 0.46 ve 13-24 saat LATCH puanları 7 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama 8.68 ± 0.63 'dür. 25-36 saat LATCH puanları 7 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama 9.10 ± 0.63 ve 37-48 saat LATCH puanları 8 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama 9.37 ± 0.53 'dür.

Çizelge 4.4. Annelerin Yaşlarına Göre LATCH Puanlarının Dağılımı

| Doğum şekli | LATCH Puanı Saat | Anne yaş (yıl) | |
|----------------------|------------------|----------------|-------|
| | | r | p |
| Normal doğum (n=160) | 0-12 saat | 0,087 | 0,272 |
| | 13-24 saat | 0,038 | 0,636 |
| Sezaryen (n=148) | 0-12 saat | -0,033 | 0,688 |
| | 13-24 saat | 0,053 | 0,521 |
| | 25-36 saat | 0,029 | 0,725 |
| | 37-48 saat | -0,030 | 0,719 |

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Normal doğum yapan annelerin yaşları ile 0-12 saat ve 13-24 saat LATCH puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Sezaryen doğum yapan annelerin yaşları ile 0-12 saat, 13-24 saat, 25-36 saat ve 37-48 saat LATCH puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Çizelge 4.5. Annelerin Eğitim Durumlarına Göre LATCH Puanlarının Dağılımı

| Doğum şekli | LATCH Puanı Saat | Annenin Eğitim Durumu | | | p |
|-------------------------|------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | | İlkokul ve altı | Ortaokul/lise | Üniversite | |
| | | Ort±Ss (Medyan) | Ort±Ss (Medyan) | Ort±Ss (Medyan) | |
| Normal doğum (n=160) | n | 67 | 79 | 14 | |
| | 0-12 saat | 8,69±0,63 (9) | 8,62±0,63 (9) | 8,71±0,61 (9) | ^a 0,730 |
| | 13-24 saat | 9,34±0,62 (9) | 9,38±0,69 (9) | 9,50±0,52 (9,5) | ^a 0,711 |
| Sezaryen (n=148) | n | 63 | 68 | 17 | |
| | 0-12 saat | 8,03±0,47 (8) | 8,18±0,46 (8) | 8,06±0,43 (8) | ^b 0,187 |
| | 13-24 saat | 8,70±0,69 (9) | 8,72±0,57 (9) | 8,47±0,62 (8) | ^b 0,331 |
| | 25-36 saat | 9,11±0,63 (9) | 9,15±0,63 (9) | 8,88±0,60 (9) | ^b 0,294 |
| 37-48 saat | 9,37±0,55 (9) | 9,40±0,52 (9) | 9,29±0,47 (9) | ^b 0,766 | |

^aKruskal Wallis Test

^bOne-Way ANOVA Test

Normal doğum yapan annelerin eğitim durumlarına göre 0-12 saat ve 13-24 saat LATCH puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sezaryen doğum yapan annelerin eğitim durumlarına göre 0-12 saat, 13-24 saat, 25-36 saat ve 37-48 saat LATCH puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.6. Planlı Gebelik Olma Durumuna Göre LATCH Puanlarının Dağılımı

| Doğum şekli | LATCH Puanı Saat | Planlı Gebelik | | ^d p |
|---------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------|----------------|
| | | Evete | Hayır | |
| | | Ort±Ss (Medyan) | Ort±Ss (Medyan) | |
| Normal doğum (n=160) | n | 118 | 42 | |
| | 0-12 saat | 8,64±0,62 (9) | 8,71±0,64 (9) | 0,485 |
| | 13-24 saat | 9,33±0,60 (9) | 9,50±0,74 (10) | 0,142 |
| Sezaryen (n=148) | n | 97 | 51 | |
| | 0-12 saat | 8,10±0,47 (8) | 8,10±0,46 (8) | 0,950 |
| | 13-24 saat | 8,66±0,59 (9) | 8,73±0,70 (9) | 0,547 |
| | 25-36 saat | 9,04±0,64 (9) | 9,22±0,58 (9) | 0,107 |
| | 37-48 saat | 9,35±0,52 (9) | 9,41±0,54 (9) | 0,502 |

^dStudent t Test

Normal doğum yapan annelerin gebeliklerinin planlı olma durumuna göre 0-12 saat ve 13-24 saat LATCH puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Sezaryen doğum yapan annelerin gebeliklerinin planlı olma durumuna göre 0-12 saat, 13-24 saat, 25-36 saat ve 37-48 saat LATCH puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.7. Parite Sayısına Göre LATCH Puanlarının Dağılımı

| Doğum şekli | LATCH Puanı Saat | Parite | | | | ^a p |
|--------------------------------|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------|
| | | 1.doğum | 2.doğum | 3.doğum | ≥ 4 doğum | |
| | | Ort±Ss (Medyan) | Ort±Ss (Medyan) | Ort±Ss (Medyan) | Ort±Ss (Medyan) | |
| Normal doğum (n=160) | n | 54 | 48 | 39 | 19 | |
| | 0-12 saat | 8,61±0,68 (9) | 8,65±0,56 (9) | 8,64±0,63 (9) | 8,84±0,60 (9) | 0,656 |
| | 13-24 saat | 9,39±0,56 (9) | 9,42±0,61 (9) | 9,31±0,69 (9) | 9,37±0,83(10) | 0,903 |
| Sezaryen (n=148) | n | 11 | 61 | 57 | 19 | |
| | 0-12 saat | 8,00±0,45 (8) | 8,18±0,43 (8) | 8,05±0,44 (8) | 8,05±0,62 (8) | 0,393 |
| | 13-24 saat | 8,55±0,52 (9) | 8,74±0,54 (9) | 8,63±0,64 (9) | 8,74±0,87 (9) | 0,667 |
| | 25-36 saat | 9,00±0,63 (9) | 9,08±0,59 (9) | 9,12±0,60 (9) | 9,16±0,83 (9) | 0,792 |
| | 37-48 saat | 9,18±0,40 (9) | 9,43±0,50 (9) | 9,37±0,52 (9) | 9,32±0,67 (9) | 0,526 |

^aKruskal Wallis Test (Normal doğum yapan yapan anneler 24 saat, sezaryen doğum yapan anneler 48 saat hastanede izlenmiştir.)

Normal doğum yapan annelerin parite sayılarına göre 0-12 saat ve 13-24 saat LATCH puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Sezaryen doğum yapan annelerin parite sayılarına göre 0-12 saat, 13-24 saat, 25-36 saat ve 37-48 saat LATCH puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Çizelge 4.8. Doğum Şekline Göre LATCH Puanlarının Değerlendirilmesi

| LATCH Puanı | Saat | Doğum Şekli | | ^d p |
|-------------|------------|-------------------------|---------------------|----------------|
| | | Normal doğum (n=160) | Sezaryen (n=148) | |
| | | Ort±Ss | Ort±Ss | |
| | 0-12 saat | 8,66±0,62 | 8,10±0,46 | 0,001** |
| | 13-24 saat | 9,38±0,64 | 8,68±0,63 | 0,001** |

^dStudent t Test **p<0.01

Annelerin doğum şekillerine göre 0-12 saat LATCH puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$); normal doğum yapan annelerin 0-12 saat LATCH puanları, sezaryen doğum yapan annelerin puanından daha yüksektir.

Annelerin doğum şekillerine göre 13-24 saat LATCH puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$); normal doğum yapan annelerin 13-24 saat LATCH puanları, sezaryen doğum yapan annelerin puanından daha yüksektir.

Çizelge 4.9. Normal Doğum Yapan Annelerin İndüksiyon Alma Durumlarına Göre LATCH Puanlarının Dağılımı

| Normal doğum (n=160) | Saat | İndüksiyon Uygulanma | | ^d p |
|-------------------------|------------|----------------------|-------------|----------------|
| | | Evete (n=40) | Hayır (120) | |
| | | Ort±Ss | Ort±Ss | |
| LATCH Puanı | 0-12 saat | 8,50±0,72 | 8,71±0,59 | 0,102 |
| | 13-24 saat | 9,33±0,66 | 9,39±0,64 | 0,571 |

^dStudent t Test

Normal doğum yapan annelerde indüksiyon varlığına göre 0-12 saat ve 13-24 saat LATCH puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.10. Annelerin Anestezi Tipine Göre LATCH Puanlarının Dağılımı

| Sezaryen (n=148) | Saat | Anestezi tipi | | ^d p |
|------------------|------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------|
| | | Epidural/ spinal anestezi (n=92) | Genel anestezi (n=56) | |
| | | Ort±Ss | Ort±Ss | |
| LATCH Puanı | 0-12 saat | 8,09±0,41 | 8,13±0,54 | 0,652 |
| | 13-24 saat | 8,70±0,59 | 8,66±0,69 | 0,744 |
| | 25-36 saat | 9,09±0,59 | 9,12±0,69 | 0,731 |
| | 37-48 saat | 9,35±0,50 | 9,41±0,56 | 0,482 |

^dStudent t Test

Sezaryen doğum yapan olguların anestezi tiplerine göre 0-12 saat, 13-24 saat, 25-36 saat ve 37-48 saat LATCH puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

4.4. Yenidoğanların Fiziksel Özelliklerinin Dağılımı ve Değerlendirilmesi

Çizelge 4.11. Yenidoğanların Fiziksel Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

| | | n (%) |
|-----------------------------|-------------------|------------------|
| Cinsiyet | Kız | 148 (48,1) |
| | Erkek | 160 (51,9) |
| Gestasyon yaşı (gün) | Min-Max (Medyan) | 259-292 (274) |
| | Ort±Ss | 274,93±6,96 |
| Term sınıflaması | Erken Term | 95 (30,8) |
| | Full Term | 188 (61,0) |
| | Geç Term | 25 (8,1) |
| Doğum kilosu (gr) | Min-Max (Medyan) | 2520-4000 (3335) |
| | Ort±Ss | 3302,17±361,80 |
| Baş çevresi (cm) | Min-Max (Medyan) | 32-39 (35) |
| | Ort±Ss | 34,84±1,34 |
| Boy uzunluğu (cm) | Min-Max (Medyan) | 45-56 (50) |
| | Ort±Ss | 50,08±2,15 |
| Apgar 1. Dakika | Min-Max (Medyan) | 7-9 (9) |
| | Ort±Ss | 8,88±0,38 |
| Apgar 5. Dakika | Min-Max (Medyan) | 8-10 (10) |
| | Ort±Ss | 9,89±0,34 |
| Kord klemleme zamanı | 30 saniyeden kısa | 308 (100,0) |

Yenidoğanların 48.1'i (n=148) kız, %51.9'u (n=160) erkektir. Gestasyon yaşları 259 ile 292 gün arasında değişmekte olup, ortalama 274.93±6.96 gündür. Term sınıflamasına göre bebeklerin %30.8'i (n=95) erken term, %61.0'i (n=188) full term ve %8.1'i (n=25) geç termdir.

Yenidoğanların doğum kiloları 2520 ile 4000 gr arasında değişmekte olup, ortalama 3302.17 ± 361.80 gr; baş çevresi ölçümleri 32 ile 39 cm arasında değişmekte olup, ortalama 34.84 ± 1.34 cm; boy uzunlukları 45 ile 56 cm arasında değişmekte olup, ortalama 50.08 ± 2.15 cm'dir.

Yenidoğanların birinci dakika apgar skorları 7 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalama 8.88 ± 0.38 ve beşinci dakika apgar skorları 8 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama 9.89 ± 0.34 'dür.

Yenidoğanların kord klemleme zamanı tüm bebeklerde 30 saniyeden kısa iken, yine tüm bebeklerde kord sıvazlama tekniğinin uygulandığı belirlenmiştir.



4.5. Yenidoğanların Kilo Kaybı Oranlarına ve Beslenme Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı ve Değerlendirilmesi

Çizelge 4.12. Yenidoğanların Beslenme Şekline ve Kilo Kaybına İlişkin Dağılımlar

| | | | Doğum şekli | |
|----------------------|-----------------------|------------------|-------------------------|------------------|
| | | | Normal doğum (n=160) | Sezaryen (n=148) |
| 0-12 saat ölçümleri | Kilo kaybı yüzdesi | n | 7 | 1 |
| | | Min-Max (Medyan) | 0,3-4 (2,9) | 4 |
| | | Ort±Ss | 2,53±1,23 | 4 |
| | Persentili; n (%) | <50 | 3 (42,9) | 0 (0) |
| | | 50-75 | 2 (28,6) | 0 (0) |
| | | 75-90 | 1 (14,3) | 0 (0) |
| | | 90 | 0 (0) | 1 (100) |
| | | 95 | 1 (14,3) | 0 (0) |
| | Beslenme şekli; n(%) | Anne sütü | 4 (57,1) | 0 (0) |
| | | Anne sütü + mama | 3 (42,9) | 1 (100) |
| 13-24 saat ölçümleri | Kilo kaybı yüzdesi | n | 160 | 148 |
| | | Min-Max (Medyan) | 0,92-6,9 (3,6) | 1,4-9,11 (4,5) |
| | | Ort±Ss | 3,72±1,09 | 4,51±1,25 |
| | Persentili; n (%) | <50 | 115 (71,9) | 93 (62,8) |
| | | 50 | 1 (0,6) | 0 (0) |
| | | 50-75 | 31 (19,4) | 40 (27) |
| | | 75 | 1 (0,6) | 1 (0,7) |
| | | 75-90 | 7 (4,4) | 7 (4,7) |
| | | 90 | 1 (0,6) | 0 (0) |
| | | 90-95 | 2 (1,3) | 4 (2,7) |
| | | 95 | 1 (0,6) | 1 (0,7) |
| | >95 | 1 (0,6) | 2 (1,4) | |
| | Beslenme şekli; n (%) | Anne sütü | 146 (91,3) | 134 (90,5) |
| Anne sütü + mama | | 14 (8,8) | 14 (9,5) | |
| 25-36 saat ölçümleri | Kilo kaybı yüzdesi | n | 27 | 29 |
| | | Min-Max (Medyan) | 1-6,6 (5,1) | 4,2-7,5 (5,8) |
| | | Ort±Ss | 5,12±1,08 | 5,81±0,80 |
| | Persentili; n (%) | <50 | 16 (59,3) | 17 (58,6) |
| | | 50 | 3 (11,1) | 0 (0) |
| | | 50-75 | 7 (25,9) | 12 (41,4) |
| | | 75-90 | 1 (3,7) | 0 (0) |
| | Beslenme şekli; n(%) | Anne sütü | 25 (96,2) | 29 (100) |
| Anne sütü + mama | | 1 (3,8) | 0 (0) | |

Çizelge 4.12. Yenidoğanların Beslenme Şekline ve Kilo Kaybına İlişkin Dağılımlar (Devamı)

| | | | Doğum Şekli | |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|
| | | | Normal doğum (n=160) | Sezaryen (n=148) |
| 37-48 saat ölçümleri | Kilo kaybı yüzdesi | n | 52 | 148 |
| | | Min-Max (Medyan) | 1-7,4 (4,7) | 1,1-8,3 (5,8) |
| | | Ort±Ss | 4,66±1,26 | 5,63±1,34 |
| | Persentili; n (%) | <50 | 45 (86,5) | 143 (96,6) |
| | | 50 | 2 (3,8) | 3 (2,0) |
| | | 50-75 | 5 (9,6) | 2 (1,4) |
| Beslenme şekli; n(%) | Anne sütü | 51 (100) | 147 (99,3) | |
| | Anne sütü + mama | 0 (0) | 1 (0,7) | |
| 49-60 saat ölçümleri | Kilo kaybı yüzdesi | n | 1 | - |
| | | Min-Max (Medyan) | 5,2 | - |
| | | Ort±Ss | 5,2 | - |
| | Persentili; n (%) | <50 | 1 (100) | 0 (0) |
| | | Beslenme şekli; n(%) | Anne sütü | 1 (100) |
| | 61-72 saat ölçümleri | Kilo kaybı yüzdesi | n | 68 |
| Min-Max (Medyan) | | | 0,5-6,4 (3,15) | 1,3-7,6 (4,7) |
| Ort±Ss | | | 3,34±1,44 | 4,61±1,57 |
| Persentili; n (%) | | <50 | 68 (100) | 39 (100) |
| | | Beslenme şekli; n(%) | Anne sütü | 68 (100) |
| >72 saat ölçümleri | | Kilo kaybı yüzdesi | n | 48 |
| | Min-Max (Medyan) | | 0-8,8 (2) | 0-6,7 (3,15) |
| | Ort±Ss | | 2,60±1,89 | 3,57±1,45 |
| | Beslenme şekli; n(%) | Anne sütü | 48 (100) | 72 (100) |

****72. saat sonrası izlemler için persentil eğrisi bulunmamaktadır.

Yenidoğanların beslenme şekli ve kilo kaybına ilişkin dağılımlar Tablo 4.12.'de görülmektedir.

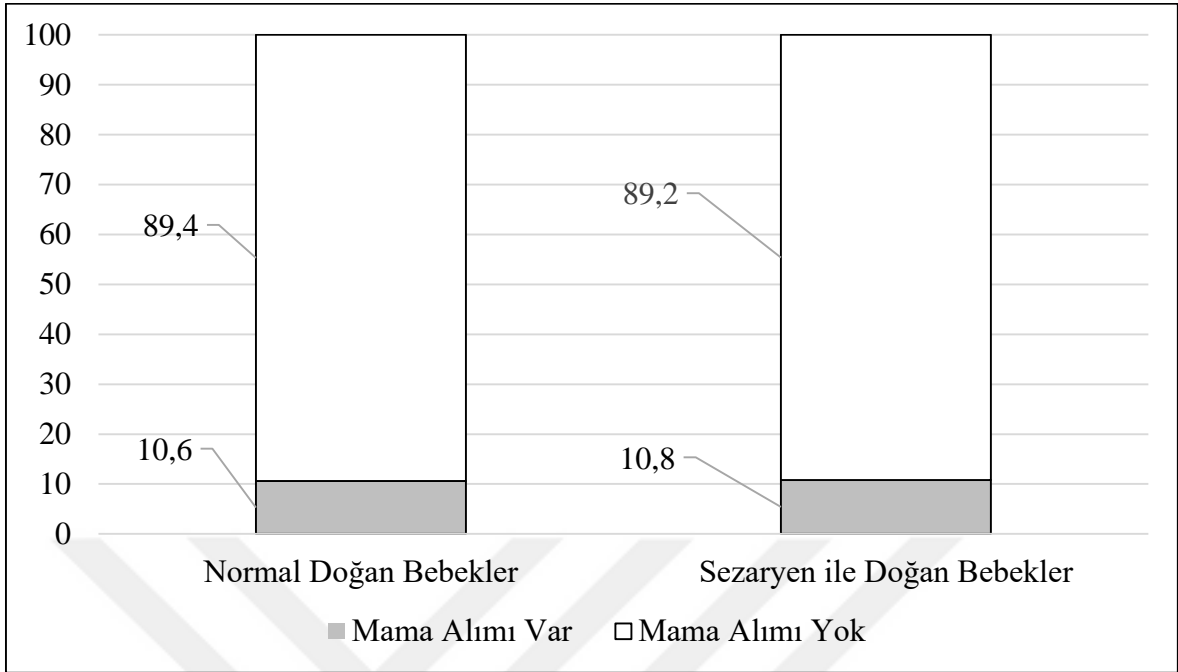
Çizelge 4.13. Yenidoğanların Beslenme Şekline İlişkin Dağılımlar

| | | Doğum şekli | |
|--|-------------------|----------------------|------------------|
| | | Normal doğum (n=160) | Sezaryen (n=148) |
| Mama alımı | Yok | 143 (89,4) | 132 (89,2) |
| | Var | 17 (10,6) | 16 (10,8) |
| Mama alım saat aralığı (n=33) | 0-12 saat | 3 (17,6) | 1 (6,3) |
| | 13-24 saat | 14 (82,4) | 14 (87,5) |
| | 37-48 saat | 0 (0) | 1 (6,3) |
| İlk izlemde %3-%7 yöntemine göre değerlendirilseydi | Formül mama alır | 66 (41,3) | 109 (73,6) |
| | Formül mama almaz | 94 (58,8) | 39 (26,4) |
| İkinci izlemde %3-%7 yöntemine göre değerlendirilseydi | Formül mama alır | 2 (6,7) | 24 (16,2) |
| | Formül mama almaz | 28 (93,3) | 124 (83,8) |
| Hastanede kalma süresi (saat) | Min-Max (Medyan) | 24-48 (24) | 24-48 (48) |
| | Ort±Ss | 26,73±6,48 | 47,68±2,78 |
| Taburculuk durumu | Zamanında | 142 (88,8) | 148 (100) |
| | Geç | 18 (11,3) | 0 (0) |

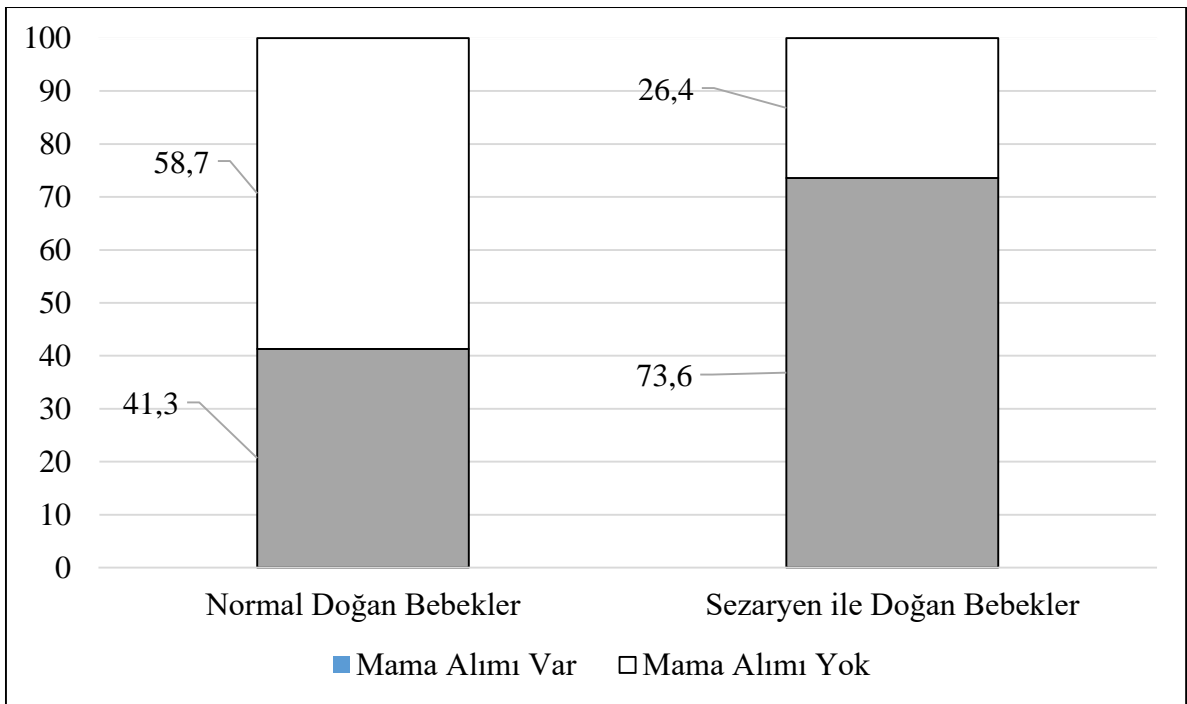
Normal doğum ile doğan bebeklerin %10.6'sının (n=17) formül mama aldığı görülmektedir; formül mama alan 17 bebeğin %17.6'sının (n=3) 0-12 saatte, %82.4'ünün (n=14) 13-24 saatte mama aldığı görülmektedir. İlk gün bebekler %3-%7 kuralına göre değerlendirilseydi %41.3'ünün (n=66) mama alması gerekiyordu. İkinci takipte ise, bebekler %3-%7 kuralına göre değerlendirilseydi %6.7'sinin (n=2) mama alması gerekiyordu.

Sezaryen ile doğan bebeklerin %10.8'inin (n=16) formül mama aldığı görülmektedir; formül mama alan 16 bebeğin %6.3'nün (n=1) 0-12 saatte, %87.5'inin (n=14) 13-24 saatte ve %6.3'ünün (n=1) ise 37-48 saatte mama aldığı görülmektedir. İlk gün bebekler %3-%7 kuralına göre değerlendirilseydi %73.6'sının (n=109) mama alması gerekiyordu. İkinci takipte ise bebekler %3-%7 kuralına göre değerlendirilseydi %16.2'sinin (n=24) mama alması gerekiyordu.

Çizelge 4.14. Yenidoğanların Formül Mama Kullanım Oranları



4.15. Yenidoğanlar %3-%7 Kuralına Göre Değerlendirildiğinde Olası Formül Mama Kullanım Oranları



Çizelge 4.16. Formül Mama Alımına İlişkin Dağılımlar

| | | Mama Alımı | | p |
|--------------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| | | Yok (n=275) | Var (n=33) | |
| | | n (%) | n (%) | |
| Cinsiyet | Kız | 128 (86,5) | 20 (13,5) | ^e 0,127 |
| | Erkek | 147 (91,9) | 13 (8,1) | |
| Gestasyon yaşı (gün) | Ort±Ss (Medyan) | 274,91±6,92 (274) | 275,12±7,36 (274) | ^d 0,867 |
| Term sınıflaması | Erken Term | 86 (90,5) | 9 (9,5) | ^e 0,290 |
| | Full Term | 169 (89,9) | 19 (10,1) | |
| | Geç Term | 20 (80,0) | 5 (20,0) | |
| Doğum kilosu (gr) | Ort±Ss (Medyan) | 3302,89±369,16 (3350) | 3296,21±298,14 (3210) | ^d 0,920 |
| Apgar 1. Dakika | Ort±Ss (Medyan) | 8,88±0,39 (9) | 8,94±0,24 (9) | ^d 0,366 |
| Apgar 5. Dakika | Ort±Ss (Medyan) | 9,89±0,35 (10) | 9,94±0,24 (10) | ^d 0,406 |
| Doğum şekli | Normal doğum | 143 (52,0) | 17 (51,5) | ^e 1,000 |
| | Sezaryen | 132 (48,0) | 16 (48,5) | |
| İlk 24 saat idrar sayısı | Ort±Ss (Medyan) | 7,39±1,30 (7) | 7,36±1,39 (8) | ^c 0,966 |
| İlk 24 saat mekonyum sayısı | Ort±Ss (Medyan) | 2,88±1,06 (3) | 2,82±1,29 (2) | ^c 0,269 |
| İlk 48 saat idrar sayısı | n | 132 | 16 | ^c 0,821 |
| | Ort±Ss (Medyan) | 15,19±2,00 (15) | 15,13±2,28 (15) | |
| İlk 48 saat mekonyum sayısı | n | 132 | 16 | ^c 0,680 |
| | Ort±Ss (Medyan) | 5,70±1,59 (6) | 6,13±2,13 (5,5) | |
| Günlük uyku süresi (saat) | Ort±Ss (Medyan) | 17,73±1,36 (18) | 18,06±1,34 (18) | ^d 0,185 |
| Hastanede kalma süresi (saat) | Ort±Ss (Medyan) | 36,05±11,83(36) | 43,00±7,44 (48) | ^c 0,002** |
| Taburculuk durumu | Zamanında | 265 (91,4) | 25 (8,6) | ^f 0,001** |
| | Geç | 10 (55,6) | 8 (44,4) | |

^cMann Whitney U Test

^dStudent t Test

^ePearson Ki-kare Test

^fFisher's Exact Test

**p<0.01

Yenidoğanların cinsiyetine, gestasyon gününe, term sınıflamasına, doğum kilosuna, birinci ve beşinci dakika apgar skorlarına, doğum şekline ve günlük uyku sürelerine göre formül mama alma oranları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yenidoğanların ilk 24 saat ve 48. saat idrar sayısına göre formül mama alma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yenidoğanların ilk 24 saat ve 48 saatte mekonyum sayılarına göre formül mama alma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.17. Yenidoğanların Term Sınıflamalarına, Kilo Kaybı oranlarına ve Formül Mama Alma Durumlarına İlişkin Dağılımlar

| | | Term Sınıflaması | | | P |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | | Erken term | Full term | Geç term | |
| Formül mama alımı; n (%) | Yok | 86 (90,5) | 169 (89,9) | 20 (80,0) | ^c 0,290 |
| | Var | 9 (9,5) | 19 (10,1) | 5 (20,0) | |
| Kilo kaybı ölçümleri (%) | | | | | |
| 0-12 saat | n | 3 | 5 | 0 | - |
| | Ort±Ss (Medyan) | 2,8±1,25 (2,9) | 2,66±1,40 (3) | 0 | |
| 13-24 saat | n | 95 | 188 | 25 | ^b 0,451 |
| | Ort±Ss (Medyan) | 4,14±1,31 (4,1) | 4,05±1,20 (4,1) | 4,34±1,18 (4,4) | |
| 25-36 saat | n | 22 | 28 | 6 | ^b 0,789 |
| | Ort±Ss (Medyan) | 5,35±1,26 (5,5) | 5,59±0,83 (5,7) | 5,40±0,76 (5,1) | |
| 37-48 saat | n | 63 | 120 | 17 | ^b 0,156 |
| | Ort±Ss (Medyan) | 5,10±1,62 (5,3) | 5,53±1,25 (5,8) | 5,35±1,22 (5,2) | |
| 61-72 saat | n | 32 | 65 | 10 | ^b 0,158 |
| | Ort±Ss (Medyan) | 3,52±1,5 (3,2) | 3,82±1,63 (4) | 4,62±1,62 (4,6) | |
| >72 saat | n | 38 | 76 | 6 | ^b 0,174 |
| | Ort±Ss (Medyan) | 3,28±1,92 (3,1) | 3,03±1,53 (3) | 4,50±1,98 (4,9) | |

^aKruskal Wallis Test •Gruplardaki birey sayısı az olduğu için istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır

Term sınıflamasına göre bebeklerin formül mama kullanım oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Çizelge 4.18. Yenidoğanların Doğum Şekillerine Göre Kilo Kaybı ve Formül Mama Alma Durumlarına İlişkin Dağılımlar

| | | Doğum şekli | | P |
|---------------------------------|--------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|
| | | Normal doğum (n=160) | Sezaryen (n=148) | |
| Mama alımı; n(%) | Yok | 143 (89,4) | 132 (89,2) | ^c 0,958 |
| | Var | 17 (10,6) | 16 (10,8) | |
| Kilo kaybı ölçümleri (%) | | | | |
| 13-24 saat | n | 160 | 148 | ^c 0,001** |
| | Ort±Ss (Medyan) | 3,72±1,09 (3,6) | 4,51±1,25 (4,5) | |
| 25-36 saat | n | 27 | 29 | ^c 0,001** |
| | Ort±Ss (Medyan) | 5,12±1,08 (5,1) | 5,81±0,80 (5,8) | |
| 37-48 saat | n | 52 | 148 | ^c 0,001** |
| | Ort±Ss (Medyan) | 4,66±1,26 (4,7) | 5,63±1,34 (5,8) | |
| 61-72 saat | n | 68 | 39 | ^c 0,001** |
| | Ort±Ss (Medyan) | 3,34±1,44 (3,2) | 4,61±1,57 (4,7) | |
| >72 saat | n | 48 | 72 | ^c 0,001** |
| | Ort±Ss (Medyan) | 2,60±1,89 (2) | 3,57±1,45 (3,2) | |

^cMann Whitney U Test

^cPearson Ki-kare Test

** $p<0.01$

Yenidoğanların doğum şekillerine göre formül mama kullanım oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Yenidoğanların doğum şekillerine göre yenidoğanların 13-24 saat kilo kaybı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$); sezaryen ile doğan

yenidoğanların 13-24 saatte kilo kaybı, normal doğan yenidoğanların kilo kaybından daha yüksektir.

Yenidoğanların doğum şekline göre 25-36 saatte kilo kaybı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$); sezaryen ile doğan yenidoğanların 25-36 saatte kilo kaybının normal doğan yenidoğanların kilo kaybından daha yüksektir.

Yenidoğanların doğum şekillerine göre bebeklerin 37-48 saat kilo kaybı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$); sezaryen ile doğan yenidoğanların 37-48 saatte kilo kaybının normal doğan bebeklerin kilo kaybından daha yüksektir.

Yenidoğanların doğum şekillerine göre bebeklerin 61-72 saat kilo kaybı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$); sezaryen ile doğan yenidoğanların 61-72 saatte kilo kaybının normal doğan yenidoğanların kilo kaybından daha yüksektir.

Çizelge 4.19. Anneye Uygulanan Anestezi Tipine Göre Kilo Kaybı ve Formül Mama Alımına İlişkin Dağılımlar

| | | Anestezi tipi | | P |
|---------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------------|--------|
| | | Epidural/ spinal anestezi (n=92) | Genel anestezi (n=56) | |
| Sezaryen (n=148) | | | | |
| Mama alımı; n(%) | Yok | 81 (88,0) | 51 (91,1) | °0,565 |
| | Var | 11 (12,0) | 5 (8,9) | |
| Kilo kaybı ölçümleri (%) | | | | |
| 13-24 saat | n | 92 | 56 | °0,324 |
| | Ort±Ss (Medyan) | 4,60±1,32 (4,6) | 4,36±1,12 (4,5) | |
| 25-36 saat | n | 24 | 5 | °0,401 |
| | Ort±Ss (Medyan) | 5,89±0,67 (5,9) | 5,46±1,32 (4,9) | |
| 37-48 saat | n | 92 | 56 | °0,722 |
| | Ort±Ss (Medyan) | 5,59±1,39 (5,8) | 5,70±1,25 (5,8) | |
| 61-72 saat | n | 25 | 14 | °0,629 |
| | Ort±Ss (Medyan) | 4,52±1,56 (4,4) | 4,76±1,64 (5) | |
| >72 saat | n | 44 | 28 | °0,267 |
| | Ort±Ss (Medyan) | 3,71±1,43 (3,9) | 3,36±1,49 (3) | |

°Mann Whitney U Test

°Pearson Ki-kare Test

Sezaryen ile doğan yenidoğanların annelerine uygulanan anestezi tipine göre formül mama alma oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sezaryen ile doğan yenidoğanların annelerine uygulanan anestezi tipine göre kilo kaybı oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Yenidoğanlara nitelikli bakımın sunulması, adaptasyon sürecinin dikkatle izlenmesi, emzirmenin ve bağlanmanın desteklenmesi; yenidoğan sağlık göstergelerinin iyileşmesine dolayısı ile topluma sağlıklı bireyler kazandırılmasına katkı sağlayacaktır. Yenidoğanın hayatın ilk günlerinde sık karşılaştığı sorunlarından bir tanesi fizyolojik kilo kaybının patolojik sınıra ulaşmasıdır. Patolojik sınır farklı araştırma ve yöntemlerde değişiklik göstermektedir. Yenidoğanların fizyolojik kilo kaybının doğru tanımlanması ve müdahale sınırlarının belirlenmesi bebeklerin hastanede sadece anne sütü ile beslenmesini ve doğum sonrası hastanede kalma sürelerini etkilemektedir. Bununla birlikte ileri büyüme evrelerinde beslenme şekillerini ve sadece anne sütü alım sürelerini de etkilemektedir.

Yenidoğanlarda fizyolojik kilo kaybının doğru tanımlanması ve müdahale basamaklarının belirlenmesi anne sütü ile beslenme oranlarını doğrudan etkilemektedir. Birleşik Devletler’de yapılan bir araştırmada annelerin %83’ ünün emzirmeye başladığını ancak sadece emzirmeye devam eden annelerin oranının % 50 olduğu belirlenmiştir. İlk altı ayda formül mama kullanan annelerin ise %50’ sinin doğum sonrası hastanede formül mama kullanmaya başladıkları belirlenmiştir. (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015).

Taburculuk sonrası sadece anne sütü ile beslenmenin devam etmesi için doğum sonrası hastanede etkin emzirmenin sağlanması ve gereksiz formül mama desteğinin önlenmesi önemlidir. Hastanede kalma sürecinde gereksiz mama desteği, bebeklerin ileri aylarda anne sütü dışında besin alımına devam etmelerine neden olmakta ve sadece anne sütü ile beslenme oranlarını düşürmektedir.

Bizde bu çalışma ile fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesi aşamasında bebeklere gereksiz formül mama desteğinin engellenmesini ve bebeklerin hastanede kalma sürecinde sadece anne sütü ile beslenme oranlarını arttırmayı amaçladık.

Çalışmamızdan elde edilen bulgular 6 başlık altında tartışılmıştır:

5.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

5.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri

5.3. Annelerin Emzirme Özelliklerinin ve LATCH Puanları

5.4. Yenidoğanların Fiziksel Özellikleri

5.5. Yenidoğanların Kilo Kaybı Oranları

5.6. Yenidoğanların Beslenme Şekilleri

5.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmamıza katılan annelerin yaş ortalaması $28,35 \pm 5,46$ olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.1.). Şahin ve arkadaşlarının İstanbul'da lohusalarla yapılan çalışmasında anne yaş ortalaması $29,64 \pm 0,47$ olarak bulunmuştur (Şahin & Soypak, 2010). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre de en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş kadın grubunda olduğu bildirilmektedir (TÜİK, 2016)(Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Bizim çalışmamızda anne yaş ortalaması diğer yapılan çalışmalarla, TÜİK (2016) ve TNSA (2013) verileri ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin %32.1'inin ilkökul, %47.7'sinin ortaokul/ lise ve %10.1'inin üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Annelerin %6,8'inin ise okur-yazar olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 4.1.). TÜİK (2016) verilerine göre ise, okur-yazar olmayan kadınların oranı %8,5 iken, üniversiteden mezun olan kadınların oranı %14,2'dir (TÜİK, 2016). Ülkemizde TNSA (2013) verilerine göre kadınların eğitim durumunun %31 oranında en az lise düzeyi olarak bildirilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Bilgin ve arkadaşlarının İstanbul ilinde yapmış oldukları çalışmalarında annelerin %34,4 oranında ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir (Z. Bilgin & Ecevit Alpar, 2018). Mutlu ve arkadaşlarının İstanbul ilindeki çalışmalarında ise, annelerinin lise ve altı düzeyinde eğitime sahip olduğu belirlenmiştir (Mutlu, Yorbik, Tanju, Çelikel, & Gönül Sezer, 2015). Çalışmamıza katılan annelerin eğitim durumları diğer yapılan çalışmalar ve TNSA (2013) verileri ile benzer benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin % 93,5' i çalışmamaktadır (Çizelge 4.1.). TNSA (2013) verilerine göre 20- 34 yaş grubu kadınlarının yaklaşık olarak % 62' sinin son 12 ayda çalışmadığı gözlenmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Çalışmamıza katılan annelerin yükseköğrenim oranının düşük olmasına bağlı olarak çalışma oranlarının düşük olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin %71,8'inin aylık gelirinin 2000 TL'nin altında, %23,4'ünün 2001- 3000TL arasında, % 4,2'sinin 3001- 500 TL aralığında ve %0,6'sının 5001- 8000 TL aralığında olduğu gözlenmiştir (Çizelge 4.1.). Annelerin büyük bir kısmı çalışmadığından aylık gelirleri yüksek oranda 2000 TL ve altında olduğu belirlenmiştir. Bolat ve arkadaşlarının çalışmalarında annelerin %49,3' ünün aylık gelirinin 2000 TL'nin altında olduğu belirlenmiştir (Bolat et al., 2013). Çalışmamıza katılan annelerin büyük bir kısmı çalışmamaktadır. Buna bağlı olarak aylık gelirlerinin düşük olduğu düşünülmektedir.

5.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri

Çalışmamıza katılan annelerin %69,8'inin gebeliğinin planlı olduğu, %30,2'sinin ise gebeliğinin plansız olduğunu bildirmişlerdir (Çizelge 4.2.). Pirdal ve arkadaşlarının çalışmalarında kadınların % 68,6'sının planlı gebelik yaşadığı izlenmiştir (Pirdal, Yalçın, & Ünal, 2016). Yıldırım'ın çalışmasında ise, katılımcı annelerin % 61,9'unun planlı gebelik yaşadığı görülmüştür (Yıldırım, 2008). TNSA (2013) verilerine göre ise, doğumların % 60'ı planlı gebelik sonucu meydana gelmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO) Amerika Birleşik Devletleri'nde 25- 29 yaş grubunda ki gebelerin % 41' nin plansız gebelik yaşadığını bildirmiştir (FIGO & ESC, 2013). Çalışmamıza katılan annelerin gebeliği planlama durumları TNSA verileri ve diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin %15,6'sının akraba evliliği yaptığı görülmüştür (Çizelge 4.2.). Akraba evliliğinin sıklığı din, kültür ve coğrafyaya göre önemli farklılıklar göstermekle birlikte dünyada evliliklerin yaklaşık %20'si akraba evliliği olduğu rapor edilmektedir. TÜİK (2016) verilerine göre ise, akraba evliliği oranı %23,2 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde bölgelere göre en düşük oran %6.8 ile Batı Marmara'da iken, en yüksek oran %43.6 ile Güneydoğu Anadolu bölgesindedir. Akdeniz Bölgesi %23.1 ile orta sıralarda yer alır. Kahramanmaraş'ta % 30.6, Adana'da %20.6, Denizli'de %19.4 olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2016). Hatay ilinde yapılan bir çalışmada ise, akraba evliliği sıklığı

%34.4 olarak belirlenmiştir (Inandı et al., 2016). Kırıkkale’de (2018) yapılan bir çalışmada ise akraba evliliği oranı %20.4 olarak belirlenmiştir (Erdem, Çakmak, Saygun, Beyza, & Kocakap, 2018). İran’ da yapılan bir çalışmada ise, akraba evliliği oranı % 13,8’dir (Heidari, Dastgiri, & Akbari, 2014). Çalışmamızda akraba evliliği oranının diğer çalışmalara göre düşük olması; çalışmanın İstanbul gibi büyük bir kentte yapılması ve konu ile ilgili başarılı sağlık eğitimlerinin artmasına bağlanabilir.

Çalışmamıza katılan annelerin %21.1’i primipar iken, %79.9’u multipardır (Çizelge 4.2.). TNSA (2013) verilerine göre 25-29 yaş grubu gebelerin % 16,8’inin primipar olduğu belirlenmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Çalışmamızda annelerin eğitim durumları gibi primipar olma durumları da TNSA (2013) verileri ile benzerlik göstermektedir. Bostancı ve arkadaşlarının çalışmalarında annelerin %57,3’ünün primipar olduğu gözlenmiştir (Bostancı & İnal, 2015). Radzysimsky ve arkadaşlarının çalışmalarında ise annelerin %46’sının primipar olduğu belirlenmiştir (Radzysimski & Callister, 2016).

Sezaryen; antepartum kanamalar, fetal distres, anormal fetal prezentasyon ve maternal hipertansif hastalık gibi durumlarda hayat kurtarıcı bir girişimdir. Sezaryen operasyonu birçok ülkede en yaygın cerrahi girişimdir. DSÖ 1985 yılından bu yana optimal sezaryen oranının %10-15 arasında olduğunu belirtmektedir (WHO, 2015). Son 30 yılda sezaryen doğum oranları optimal sıklığın (%10-15) üzerine ulaşmıştır (Betran et al., 2015; Betrán et al., 2016). Dünya genelinde 2000-2015 yılları arasında sezaryen oranlarında her yıl %3,7’lik artış gözlenmiştir (Boerma et al., 2018). Betrán ve arkadaşlarının 150 ülkeden toplamış oldukları verilere göre tüm doğumların %18,6’sı sezaryen iken; en yüksek sezaryen oranının %40-%50 ile Amerika ve Karayipler’de olduğu ve %32,6 ile Kuzey Amerika’nın izlediği gözlenmiştir. Bu çalışmaya göre Asya’da doğumların %19,2’sinin sezaryen ile gerçekleştiği görülmüştür (Betrán et al., 2016). Avrupa’ da sezaryen oranı ise %20’dir (EBCOG, 2017). Çalışmamıza katılan annelerin %51,9’u normal doğum yaparken, %48,1’i sezaryen ile doğum yapmıştır (Çizelge 4.2.). TNSA (2013) verilerine göre ise ülkemizde sezaryen oranı %48’dir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Çalışmamızda sezaryen oranı TNSA (2013) verileri ile benzerdir.

Günümüz tüm doğumların yaklaşık %20–30’unda indüksiyon kullanılmaktadır. DSÖ indüksiyon endikasyon alanının daraltılmasını ve gereksiz indüksiyon uygulamasından kaçınılmasını önermektedir (WHO, 2018). Amerika’da 1990 yılında indüksiyon oranı

%9.5 iken, 2006 yılında bu oran %22.5'e ulaşmıştır (Haghollahi, Khazardoost, Hantoushzadeh, Naghizadeh, & Rashidi, 2014)(Budak et al., 2016). Tam ve arkadaşlarının çalışmalarında normal doğum yapmış ve oksitosin almış annelerin oranının %75 olduğu belirlenmiştir (Tam, Conte, Schuler, Malang, & Roque, 2013). Patterson ve arkadaşlarının çalışmalarında indüksiyon alan annelerin oranı ise % 22'dir (Patterson, Roberts, Ford, & Morris, 2011). Türkiye'de konu ile ilgili yeterli çalışmanın bulunmamasının yanında indüksiyon uygulamasının yaygın olduğu bildirilmektedir (Demirel & Güler, 2016). Çalışmamızda normal doğum yapmış ve indüksiyon uygulanmış annelerin oranı %25'tir (Çizelge 4.2.). Çalışmamıza katılan ve normal doğum yapan annelerin indüksiyon alma oranları genel olarak dünya istatistikleri ile benzer olup, bu verilerin DSÖ önerileri doğrultusunda ve anne dostu hastane kavramı çerçevesinde tekrar düşürülmesi gerekmektedir.

Son yıllarda artan sezaryen oranları ile birlikte kullanılan anestezi şeklinin önemi üzerinde durulmaya başlanmıştır. Kord prolapsusu ve uterin kanamalar gibi fetal ve maternal mortalite riskinin arttığı ve acil müdahale gerektiren olgularda genel anestezi tercih edilebilmektedir (Reynolds, 2010). Dünya genelinde sezaryen operasyonlarının yaklaşık olarak %33'ünde genel anestezi kullanımının görüldüğü bildirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise sezaryen girişimlerinde genel anestezi kullanım oranının %23'e kadar düştüğü bildirilmektedir (Begg, Drummond, & Tiplady, 2003; McGlennan & Mustafa, 2009). Zarshenas ve arkadaşlarının çalışmasında sezaryen ile doğum yapmış annelerin %34,7'sine genel anestezi uygulanmıştır (Zarshenas, Zhao, Binns, & Scott, 2018). Aksoy ve arkadaşlarının çalışmasında ise, sezaryen ile doğum yapmış annelerin %31'ine genel anestezi uygulandığı belirlenmiştir (Aksoy, Aksoy, Dostbil, Gursac Celik, & Ahiskalioglu, 2014). Ülkemizde genel anestezi uygulanma oranları konusunda yeterli veri olmamasının yanında üniversite hastanelerinde genel anestezi oranının giderek azaldığı ve bölgesel anestezi yöntemlerinin tercih edildiği bildirilmiştir (Kocamanoğlu et al., 2005). Çalışmamıza katılan ve sezaryen ile doğum yapan annelerin %37.8'ine genel anestezi uygulanmıştır (Çizelge 4.2.). Çalışmamızda genel anestezi oranının dünya ortalaması ile benzerlik göstermesinin yanında gelişmiş ülkelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

5.3. Annelerin Emzirme Özelliklerinin ve LATCH Puanları

Çalışmamızda normal doğum yapan annelerin doğum sonrası ortalama ilk 25 dakika içinde, sezaryen ile doğum yapmış annelerin ise doğum sonrası ortalama ilk 42 dakika içinde emzirmeye başladığı görülmüştür. Çalışmamıza katılan yenidoğanların tamamının, hayatın altın dakikaları olarak tanımlanan ilk bir saat içinde emzirilmeye başlandığı görülmektedir. TNSA (2013) verileri ise, bebeklerin % 50'sinin ilk bir saat içinde emzirilmeye başlandığını göstermiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Bolat ve arkadaşlarının çalışmasına katılan bebeklerin %56.9'unun doğum sonrası ilk bir saat içinde emzirildiği gözlenmiştir (Bolat et al., 2013). Senarath ve arkadaşlarının çalışmasına katılan bebeklerin %83,3'ünün, Horii ve arkadaşlarının çalışmasına katılan bebeklerin ise %41.6'sının doğum sonrası ilk bir saat içinde emzirilmeye başlandığı gözlenmiştir (Horii, Guyon, & Quinn, 2011; Senarath et al., 2012). Bilgin ve arkadaşlarının Manisa ilinde yapmış oldukları çalışmada ise, ilk bir saat içinde emzirilen bebeklerin oranı %79.3 olarak belirlenmiştir (B. Bilgin & Cengiz, 2017). Çalışmamızı yapmış olduğumuz hastanenin bebek dostu hastane olması ve anne bebek arasında erken ten temasının sağlanması bebeklerin altın dakikalarda emzirilmesini sağlamıştır.

Çalışmamızda annelerin primipar ve multipar olma durumlarına göre emzirmeye başlama saatleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır. Mızrak'ın çalışmasına katılan multipar annelerin %21.6'sı doğum sonrası ilk bir saat içinde bebeklerini emzirmeye başlarken, primipar annelerin %17.6'sı bebeklerini ilk bir saat içinde emzirmeye başlamıştır (Mızrak, 2017). Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuç tüm annelere etkin emzirme desteğinin sağlandığını göstermektedir.

TNSA (2013) verilerine göre eğitim düzeyi lise ve üzeri olan annelerin %97.2'si ortaokul olan annelerin %95.7'si, ilkokul annelerin %96.8'i ve ilkokulu bitirmemiş annelerin %95.1'i bebeklerini bir süre emzirmişlerdir. Eğitim düzeyi lise ve üzeri olan annelerin %53.8'i, ortaokul mezunu annelerin % 53.2'si, ilkokul olan annelerin %50.8'si ve ilkokulu bitirmemiş annelerin % 39.8'i bebeklerini doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirmişlerdir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Acharya ve arkadaşlarının çalışmasında ise, annelerin %58.6'sının okur-yazar olmadığı, %17.5'inin ilkokul ve %23.8'inin ise lise ve yükseköğretim mezunu olduğu görülmüştür. Çalışmada; annelerin eğitim düzeyinin artışı ile emzirme başarıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Acharya & Khanal, 2015). Colodro ve arkadaşlarının çalışmasında da

annelerin eğitim düzeyinin artışı ile emzirme süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur (Colodro-Conde et al., 2011). Egelioglu ve arkadaşlarının çalışmalarında annelerin eğitim durumları ile emzirme başarıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (Egelioglu Cetisli, Arkan, & Top, 2018). Çalışmamızda annelerin eğitim durumları ile LATCH puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda annelerin yaşları ile LATCH puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Sutherland ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin yaş ortalaması 32 olup, annelerin yaşları ile emzirme başarıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (Sutherland, Pierce, Blomquist, & Handa, 2012). Aslan'ın Konya ilinde yapmış olduğu çalışmasında ise, annelerin yaş ortalamasının 28 olduğu görülmüştür ve annelerin yaşları ile emzirme öz-yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Aslan, 2016). Çalışmamız annelerin yaşı ve emzirme başarıları arasındaki ilişki yönünden yapılan diğer yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda normal doğum yapan annelerin 0-12 saat ve 13-24 saat aralığında LATCH puanları ortalamasının sırası ile 8.66 ve 9.38 olduğu belirlenmiştir. Sezaryen doğum yapan annelerin izlem saatine göre LATCH puan ortalamalarının sıralaması; 0-12 saat arasında 8.10, 13-24 saat arasında 8.68, 25-36 saat aralığında 9.10 ve 37-48 saat aralığında ise 9.37'dir (Çizelge 5.9.). Bostancı ve arkadaşlarının çalışmasında normal doğum yapan annelerin LATCH puanları ortalamasının 8.59 ve sezaryen doğum yapan annelerin puan ortalamasının 8,88 olduğu gözlenmiştir (Bostancı & İnal, 2015). Annelerin doğum şekilleri ile LATCH puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Normal doğum yapan annelerin 0-12 saat LATCH puanları sezaryen ile doğum yapan annelerin LATCH puanlarından yüksektir ($p<0.01$). Normal doğum yapan annelerin 13-24 saat arası LATCH puanları sezaryen ile doğum yapan annelerin LATCH puanlarından yüksektir ($p<0.01$). Bostancı ve arkadaşlarının çalışmasında ise annelerin doğum şekline göre LATCH puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır (Bostancı & İnal, 2015). Işık ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin doğum şekilleri ile emzirme öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmış olup; normal doğum yapan annelerin puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Işık, Egelioglu Çetişli, & Başkaya, 2018). Egelioglu Çetişli ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin doğum şekline göre LATCH puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmış olup; normal vajinal doğum yapan annelerin LATCH puanlarının

sezaryen ile doğum yapmış annelerin puanlarından yüksek olduğu gözlenmiştir (Egelioglu Cetisli ve diğ., 2018). Tornese ve arkadaşlarının çalışmasında da annelerin doğum şekilleri ile LATCH puanları ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmış olup; normal doğum yapan annelerin LATCH puanlarının sezaryen doğum yapan annelerin puanlarından yüksek olduğu gözlenmiştir (Tornese ve diğ., 2012). Örsdemir'in çalışmasında da normal doğum yapan annelerin LATCH puanları sezaryen doğum yapan annelerin puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Örsdemir, 2011). Bizim çalışmamızda yapılan çalışmalarla uyumluluk göstermektedir. Handlin ve arkadaşlarının çalışmalarında da normal doğum yapan annelerin LATCH puanları sezaryen ile doğum yapan annelere oranla istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Handlin ve diğ., 2009).

Normal doğumda indüksiyon uygulanmasının annelerin ağrı algılarını etkilediği bilinmektedir. İndüksiyonun ağrı faktörüne olan etkisine bağlı olarak emzirme süresinin kısalması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Olayemi ve diğ., 2005). Brown ve arkadaşlarının çalışmalarında doğumun üçüncü evresinde oksitosin uygulanan annelerin oksitosin uygulanmayan annelere oranla bebeklerini daha kısa süre emzirdiği görülmüştür (Brown, Jordan, 2014). Jordan ve arkadaşlarının çalışmasında doğumda indüksiyon alan annelerin %43,3'ünün bebeklerini ilk 48 saat içinde emzirdikleri ve indüksiyon alan annelerin bebeklerini daha az emzirdikleri belirlenmiştir (Jordan ve diğ., 2009).

Abdoulahi ve arkadaşlarının çalışmasına katılan annelerin doğumda oksitosin alma durumları ile emzirme başarı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmış olup, doğumda oksitosin alan annelerin emzirme başarısının oksitosin uygulanmayan annelerden daha düşük olduğu gözlenmiştir (Abdoulahi, Hemati, Asl, Delaram, Namnabati, 2017). Handlin ve arkadaşlarının çalışmasında da oksitosin alan annelerin doğum sonrası emzirme süresi oksitosin almayan annelere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak kısa bulunmuştur (Handlin ve diğ., 2009). Lewis' in çalışmasında doğumda indüksiyon uygulanan annelerin LATCH puanları indüksiyon uygulanmayan annelere oranla istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Lewis, 2012). Bizim çalışmamızda ise, normal doğum yapan annelerin indüksiyon alma durumlarına göre LATCH puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durumun uygulanan oksitosin miktarı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda sezaryen ile doğum yapmış annelere uygulanan anestezi şekli ile LATCH puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır. Howie ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında sezaryen ile doğum yapan annelere uygulanan anestezi tipi ile emzirme başarıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamış olup; genel anestezi uygulanan annelerin emzirmede daha fazla çaba sarf ettiğini bildikleri gözlenmiştir (Howie, McMullen, 2006). Evans ve arkadaşlarının çalışmasında ise, sezaryen ile doğum yapmış annelere uygulanan anestezi tipi ile emzirme başarıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (Evans, Evans, Royal, Esterman, James, 2003). İlhan ve arkadaşlarının çalışmalarında sezaryen ile doğum yapan annelere uygulanan anestezi tipine göre emzirme özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (İlhan ve diğ., 2018). Bizim çalışmamızda yapılan çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda annelerin primipar ve multipar olma durumları ile LATCH puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır. Lau ve arkadaşlarının çalışmasında multipar annelerin LATCH puanlarının, primipar annelerden anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Lau, Htun, Lim, Ho-Lim, Klainin-Yobas, 2015). Kitano ve arkadaşlarının çalışmalarında ise, multipar anne beklerinin sadece anne sütü ile beslenme oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Kitano ve diğ., 2016). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında ise, primipar gebelerin meme başı ağrısı, emzirmenin zaman alması ve emzirme korkusu konusunda, multipar gebelere göre daha endişeli olduğu görülmüştür (Yanikkerem, Ay, Göker, 2014). Wagner ve arkadaşlarının çalışmalarında primipar ve multipar annelerin emzirme başarıları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (Wagner ve diğ., 2019). Yapılan çalışmalarda annelerin parite durumları ile emzirme başarıları arasında farklı ilişkiler gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda hayatın altın dakikalarında anne bebek ten temasının ve emzirmenin sağlanmış olmasının primipar annelerin emzirmede başarılı olmasını sağladığı düşüncesini güçlendirmektedir.

5.4. Yenidoğanların Fiziksel Özellikleri

Çalışmamızda kız yenidoğanların oranı %48,1 ve erkek yenidoğanların oranı %51,9'dur (Çizelge 5.13.). Baltacı ve arkadaşlarının çalışmalarında kız bebeklerin oranı %52,6 olarak belirlenmiştir (Baltacı, Örsal, 2015). Sarper'in çalışmasında ki kız bebeklerin oranı ise %44,2'dir (Sarper, 2015). Koyuncu ve arkadaşlarının çalışmasında ise, kız bebeklerin

oranının % 47,5 olduğu görülmüştür (Boybay Koyuncu, Timur Taşhan, 2017). Çalışmamızda bebeklerin cinsiyetleri oranı yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan yenidoğanların gestasyon yaşları ortalaması 274 gün (39 hafta 1 gün) olarak belirlenmiştir (Çizelge 5.13.). Oluwafemi ve arkadaşlarının çalışmasında da yenidoğanların gestasyon yaşı ortalamalarının 39 hafta olduğu görülmüştür (Oluwafemi, Njokanma, Disu, & Ogunlesi, 2013). Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında ise bebeklerin gestasyon yaşı ortalamasının 38 hafta 7 gün olduğu görülmüştür (Yılmaz ve diğ., 2017). Bebeklerin gestasyon yaş ortalamaları yapılan çalışmalar ile benzer niteliktedir.

Çalışmamıza katılan yenidoğanların % 30,8'i erken term, % 61,6'sı full term ve %8,1'i geç termdir (Çizelge 5.13.).

Çalışmamıza katılan yenidoğanların doğum kiloları ortalaması 3302 gr'dır (Çizelge 5.13.). Okumuş ve arkadaşlarının çalışmalarında bebeklerin ortalama gestasyon yaşı 38 hafta 9 gün olarak hesaplanmış olup; bebeklerin doğum kiloları ortalamasının 3298 olduğu görülmüştür (Okumuş, Önal, Türkyılmaz, Demirci, 2009). Oluwafemi ve arkadaşlarının çalışmasına katılan term yenidoğanların gestasyon yaşları ortalamasının 39 hafta olduğu görülmüş olup; bebeklerin doğum kiloları ortalamasının 3215 gr olduğu gözlenmiştir (Oluwafemi ve diğ., 2013). Çalışmamızda bebeklerin doğum kilosu ortalaması yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan yenidoğanların birinci dakika ve beşinci dakika APGAR puanları ortalaması sırası ile 8,8 ve 9,8'dir (Çizelge 5.13.). Sargın ve arkadaşlarının çalışmasında yenidoğanların birinci ve beşinci dakika APGAR puanları sırası ile 8,19 ve 9,85 olarak belirlenmiştir (Sargın ve diğ., 2017). Chen ve arkadaşlarının çalışmalarında ise yenidoğanların birinci ve beşinci dakika APGAR puanları sırası ile 8,3 ve 9,3 olarak belirlenmiştir (Chen ve diğ., 2011). Çalışmamızda yenidoğanların APGAR puan ortalamaları yapılan çalışmalarla benzerdir.

5.5. Yenidoğanların Kilo Kaybı Oranları

Çalışmamızda normal doğum ile doğan yenidoğanların doğum sonrası birinci gün kilo kaybı ortalaması %3,72'dir. Sezaryen ile doğan yenidoğanların doğum sonrası birinci gün kilo kaybı ortalaması % 4,51 ve ikinci gün kilo kaybı yüzdeleri ortalaması %5,63'tür (Çizelge 5.15.). De Carolis ve arkadaşlarının çalışmasında yenidoğanların kilo kaybı

ortalaması birinci günde %4,3 olarak belirlenmiştir (De Carolis ve diğ., 2014). Flaherman ve arkadaşlarının çalışmasında ise yenidoğanların kilo kaybı ortalaması birinci günde %3,5 ve ikinci günde %4 olarak belirlenmiştir (V. J. Flaherman ve diğ., 2013). Flaherman ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları bir diğer çalışmasında ise bebeklerin birinci ve ikinci gün kilo kaybı ortalaması sırası ile %3,7 ve %4,7 olarak belirlenmiştir (Valerie J. Flaherman, Bokser, Newman, 2010). Çalışmamızda yenidoğanların kilo kaybı ortalamaları yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda yenidoğanların term sınıflamaları ile fizyolojik kilo kaybı yüzdeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır. Flaherman ve arkadaşlarının term bebekler ile yapmış oldukları çalışmada bebeklerin gestasyon yaşlarına göre fizyolojik kilo kaybı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır (Valerie J. Flaherman ve diğ., 2013). Regnault ve arkadaşlarının çalışmalarında da bebeklerin term sınıflamaları ile fizyolojik kilo kaybı oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gözlenmemiştir (Regnault ve diğ., 2011). Okumuş ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada bebeklerin gestasyon yaşları ile kilo kaybı oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (Okumuş ve diğ., 2009). Yenidoğanların term sınıflamaları ile kilo kaybı oranları yapılan çalışmalarla benzerdir.

Çalışmamızda yenidoğanların doğum şekilleri ile fizyolojik kilo kaybı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır (Çizelge 4.16.). Çalışmamıza katılan ve sezaryen ile doğan yenidoğanların kilo kaybı ortalamalarının, normal doğan yenidoğanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). De Carolis ve arkadaşlarının çalışmasında bebeklerin doğum şekilleri ile kilo kaybı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır ve sezaryen ile doğan bebeklerin fizyolojik kilo kaybı oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (De Carolis ve diğ., 2014). Flaherman ve arkadaşlarının çalışmasında ise bebeklerin doğum şekli ile kilo kaybı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (Valerie J. Flaherman ve diğ., 2013). Fonseca ve arkadaşlarının çalışmalarında sezaryen ile doğan yenidoğanların kilo kaybı ortalamalarının, normal doğan bebeklerin kilo kaybı ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir (Fonseca ve diğ., 2015). Sezaryen ameliyatının gecikmiş laktogenez, zayıf emme ve emzirme başarısında azalma ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Alexander, LaRosa, Bader, Garfield, Alexander, 2006). Buna bağlı olarak çalışmamızda sezaryen ile doğan yenidoğanların kilo kaybının daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda sezaryen ile doğan yenidoğanların uygulanan anestezi tipi ile kilo kaybı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır. Preer ve arkadaşlarının sezaryen ile doğan bebekler ile yapmış oldukları çalışmada anneye uygulanan anestezi tipi ile bebeklerin kilo kaybı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (G. L. Preer, Newby, Philipp, 2012).

5.6. Yenidoğanların Beslenme Şekilleri

Son zamanlarda literatürde yer almaya başlayan anne dostu sezaryen (doğal sezaryen) uygulaması doğum sonrası bir saat içinde emzirmeye başlanmasını önermektedir (İldan Çalım, Amanak, Öztürk, Güleç, Karaöz, 2015). Çalışmamızda normal doğan yenidoğanların ortalama ilk 25 dakika içinde emmeye başladığı, sezaryen ile doğan yenidoğanların ise ortalama ilk 42 dakika içinde emmeye başladığı belirlenmiştir. Hayatın altın dakikalarında bebeklerimizin emmeye başladığı görülmüştür.

TNSA (2013) verilerine göre yaşamın ilk ayında sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı %57,9 ve ilk beş ayda sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı ise dramatik bir düşüş ile %9,5 olarak belirlenmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). UNICEF ve DSÖ işbirliği ile küresel emzirme oranlarını arttırmayı hedefleyen yeni bir girişim olan 'Küresel Emzirme Ortaklığı'; 194 ülkenin değerlendirildiği 'Emzirme Karnesi' raporuna göre dünya genelinde yaşamın ilk 4- 6 ayında sadece anne sütü alan bebeklerin oranının % 40 olduğu bildirilmiştir (WHO/UNICEF). Çalışmamıza katılan ve normal doğan yenidoğanların %89.4'ü ve sezaryenle doğan yenidoğanların ise % 89.2'si hastanede kalma süresi boyunca sadece anne sütü ile beslenmiştir (Çizelge 5.16.).

Çalışmamızda yenidoğanların doğum şekli ile sadece anne sütü ile beslenme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çoban ve arkadaşlarının çalışmasında ise doğum sonrası hastanede kalma süresince sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı %58,2 olarak belirlenmiştir (Çoban ve diğ., 2014). Le ve arkadaşlarının çalışmasında hastanede kalma sürecinde sadece anne sütü ile beslenme oranı %86 olarak belirlenmiştir (Le ve diğ., 2018). Ward ve arkadaşlarının çalışmasında hastanede kalma sürecinde sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı %90 olarak belirlenmiştir (Ward, Williamson, Burke, Crawford-Hemphill, Thompson, 2017). Sharma ve arkadaşlarının Hindistan'da yaptıkları çalışmada emzirme uygulamalarının iyileştirilmesi sonrası

hastanede kalma süresinde sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı %72'den %98'e yükselmiştir (S. Sharma, Sharma, Kumar, 2018). Çalışmamızda yenidoğanların taburculuk öncesi sadece anne sütü ile beslenme oranları yapılan çalışmalarla benzer niteliktedir.

Çalışmamızda yenidoğanların cinsiyetine göre beslenme şekilleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır. TNSA 2013 verilerine göre erkek bebeklerin %96.7'sinin kız bebeklerin ise %95.9'unun bir süre emzirildiği belirlenmiştir. Doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirilen erkek bebeklerin oranı %50.1 ve kız bebeklerin oranı %49.7'dir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Baghianimoghadam ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında da bebeklerin cinsiyeti ile beslenme şekilleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (Baghianimoghadam, Nadrian, Rahaei, 2009). Huang ve arkadaşlarının Çin'de yapmış oldukları çalışmada ise bebeklerin cinsiyeti ile beslenme şekilleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmış olup; kız bebeklerin sadece anne sütü ile beslenme oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Huang ve diğ., 2018). Jedrychowski ve arkadaşlarının çalışmasında ise çalışmada ki bebeklerin cinsiyet gruplarına göre sadece anne sütü alma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (Jedrychowski ve diğ., 2012). Bolat ve arkadaşlarının çalışmasında bebeklerin cinsiyetleri ile beslenme şekilleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gözlenmemiştir (Bolat ve diğ., 2013). Çalışmamızda yenidoğanların cinsiyetine bağlı beslenme özelliklerinin değişmemesinin önemli bir bulgu olduğunu düşünülmektedir.

Yenidoğanların term sınıflamasına göre formül mama alma oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır. López ve arkadaşlarının çalışmasında da bebeklerin term sınıflamaları ile formül mama alma oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (López, Cadenasso, Cadenasso, 2018). Flaherman ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada da bebeklerin term sınıflamaları ile formül mama alma oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (Valerie J. Flaherman ve diğ., 2010). Colombo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da bebeklerin gestasyon yaşları ile beslenme şekilleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (Colombo ve diğ., 2018). Çalışmamızda yenidoğanların term sınıflamasına göre beslenme özellikleri yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda sezaryen ile doğan yenidoğanların annelerine uygulanan anestezi tipi ile sadece anne sütü ile beslenme oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki

saptanmamıştır. Preer ve arkadaşlarının çalışmasında da anneye uygulanan anestezi türü ile bebeklerin beslenme şekli arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (Preer ve diğ., 2012). Colombo ve arkadaşlarının çalışmasında da anneye uygulanan anestezi türü ile bebeğin beslenme şekli arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (Colombo ve diğ., 2018). Çalışmamız yapılan araştırmalar ile benzerdir.

Yapılan çalışmalar, fizyolojik kilo kaybının doğum şekli ve beslenme şekline bağlı olarak değiştiğini göstermektedir. Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil eğrisi ile yenidoğanlar doğum şekline göre iki ayrı grafik üzerinden değerlendirilir. Çalışmamızda doğum şekline göre, sadece anne sütü ile beslenen yenidoğanların oranı yakın değerde olup, normal doğan yenidoğanların %89.4'ü ve sezaryenle doğan yenidoğanların ise % 89.2'si hastanede kalma süresi boyunca sadece anne sütü ile beslenmiştir. Çalışmamızda yenidoğanlar kilo kaybı yöntemi olarak %3-%7 kuralına göre değerlendirilmiş olsaydı ilk 24 saat içinde normal doğan yenidoğanların %58.8'i, sezaryen ile doğan yenidoğanların ise % 26.4'ü sadece anne sütü ile beslenecekti. Bu dramatik farkın ortaya çıkmasında bebeklerin doğum şekline göre iki ayrı grup olarak ele alınmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Araştırmalar doğum şeklinin anne ve yenidoğan üzerine oldukça farklı etkilerinin olduğunu göstermiştir. Preer ve arkadaşlarının çalışmalarında sezaryen ile doğan bebeklerin normal doğan bebeklere oranla daha fazla kilo kaybı yaşadıkları belirlenmiştir (Preer ve diğ., 2012). Sezaryen ameliyatının gecikmiş laktogenez, zayıf emme, erken emzirmede azalma ve emzirme süresinde kısalma dolayısı ile emzirme başarısında azalma ve destek ihtiyacında artma ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Alexander ve diğ., 2006; Smith, 2010). Grossman ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmada, sadece anne sütü alan, anne sütü ve mamayı birlikte alan ve sadece mama alan yenidoğanları incelemişlerdir. Sadece anne sütü alan bebeklerin ortalama kilo kaybının %5.5, anne sütüne ek olarak formül mama alan bebeklerin ortalama kilo kaybının %2.7 ve sadece mama ile beslenen bebeklerin ortalama kilo kaybının ise, %1.2 olduğunu belirtmişlerdir. (Grossman ve diğ., 2012). Ayrıca çalışmalar kilo alımının değerlendirilmesinde sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin büyüme hızının normal kabul edilmesini önermektedir. Bu bilgiler ışığında doğum sonrası hastanede kalma sürecinde mama desteği alan bebeğin fizyolojik kilo kaybı ile sadece anne sütü alan bebeğin kilo kaybı farklı olacaktır. Bu durumda sadece anne sütü ile beslenen bebeğin tartı değerlerinin normal kabul edilmesi daha doğru olacaktır (Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., 2015). Bu bağlamda sadece anne sütü ile beslenen

yenidoğanın normal kilo kaybı üst sınırının ilk gün için %3 olarak belirlenmesinin gereksiz formül mama kullanımına neden olabileceği görülmektedir (Grossman ve diğ., 2012).

Çalışmalar sezaryen ile doğan yenidoğanların normal doğan yenidoğanlara oranla daha fazla kilo kaybı yaşama riski bulunduğunu göstermektedir. Sonuç olarak sezaryen ile doğmuş yenidoğanların kilo kaybının değerlendirilmesinde, risklerin göz önünde bulundurulması bağlamında Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğrisi'nin kullanımı yenidoğanların sadece anne sütü ile beslenme oranlarını arttırmıştır. Sezaryen ile doğan yenidoğanlara formül mama desteği sağlanmadan önce etkin emzirme desteğinin sunulduğundan emin olunmalı, annenin laktasyonunun ve yenidoğanın emmesinin düzelmesi hususlarında fırsat tanınmalıdır ("American Academy of Pediatrics," 2017; Valerie J. Flaherman ve diğ., 2013).

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yürütüldüğü hastanenin bölge hastanesi niteliğinde olması ve büyük şehirde bulunması araştırmanın taburculuk sonrası izlem kısmında ev ziyaretlerinin yapılmasına engel teşkil etmiştir. Çalışmanın yürütüldüğü hastanenin protokolüne göre tüm yenidoğanlar, doğum sonrası taburculuktan bir gün sonra muayeneye davet edilmektedir. Bu çalışmada yenidoğanların taburculuk sonrası kilo takibi muayene esnasında yapılmıştır. Çalışmada fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde iki yöntemin aynı anda iki farklı örneklem grubu üzerinde kullanılması etik açıdan uygun bulunmadığından, hastanenin protokolünde var olan Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğrisi Yöntemi kullanılmıştır.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu çalışmanın amacı; yenidoğanların fizyolojik kilo kaybının etkin değerlendirilmesi ve hastanede kalma sürecinde yenidoğanların sadece anne sütü ile beslenme oranlarını arttırmak ve dolayısı ile geç taburculuk oranlarını düşürmektir. Çalışmamıza 308 yenidoğan ve annesi katılmıştır.

- Çalışmamıza katılan annelerin yaş ortalamaları ve eğitim düzeyleri Türkiye verileri ile benzerdir.

- Çalışmamıza katılan yenidoğanların tamamının hayatın altın dakikaları olarak tanımlanan ilk bir saat içinde emzirilmeye başlandığı görülmüştür.
- Çalışmamızda normal doğum yapan annelerin 0-12 saat LATCH puanlarının sezaryen ile doğum yapan annelerin LATCH puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.01$).
- Normal doğum yapan annelerin 13-24 saat arası LATCH puanlarının sezaryen ile doğum yapan annelerin LATCH puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.01$).
- Çalışmamızda annelerin eğitim durumları ile LATCH puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmamızda annelerin yaşları ile LATCH puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmamızda normal doğum yapan annelerin indüksiyon uygulanma durumlarına göre LATCH puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmamızda sezaryen ile doğum yapmış annelere uygulanan anestezi şekli ile LATCH puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmamızda annelerin primipar ve multipar olma durumları ile LATCH puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmamızda kız yenidoğanların oranının %48.1 ve erkek yenidoğanların oranının %51.9 olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmamıza katılan yenidoğanların gestasyon yaşları ortalamasının 274 gün (39 hafta 1 gün) olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmamıza katılan yenidoğanların % 30.8'inin erken term, % 61.6'sının full term ve %8.1'inin geç term olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmamıza katılan yenidoğanların doğum kiloları ortalamasının 3302 gr olduğu gözlenmiştir.
- Çalışmamıza katılan yenidoğanların birinci dakika ve beşinci dakika APGAR puanları ortalaması sırası ile 8.8 ve 9.8 olduğu görülmüştür.
- Çalışmamızda normal doğan yenidoğanların doğum sonrası birinci gün kilo kaybı ortalamasının %3.72 olduğu, sezaryen ile doğan yenidoğanların ise doğum sonrası

birinci gün kilo kaybı ortalamasının % 4.51 ve ikinci gün kilo kaybı yüzdeleri ortalamasının %5.63 olduğu belirlenmiştir.

- Çalışmamızda yenidoğanların term sınıflamaları ile fizyolojik kilo kaybı yüzdeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmamızda yenidoğanların doğum şekilleri ile fizyolojik kilo kaybı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Sezaryen ile doğan yenidoğanların kilo kaybı ortalamalarının, normal doğan yenidoğanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmamızda sezaryen ile doğan yenidoğanların uygulanan anestezi tipi ile kilo kaybı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmamıza katılan ve normal doğan yenidoğanların %89.4'ünün ve sezaryenle doğan yenidoğanların ise % 89.2'sinin hastanede kalma süresi boyunca sadece anne sütü ile beslendiği görülmüştür.
- Çalışmamızda kilo kaybı yöntemi olarak %3-%7 kuralı kullanılmış olsa idi, ilk 24 saat içinde normal doğan yenidoğanların %58.8'i, sezaryen ile doğan yenidoğanların ise % 26.4'ü sadece anne sütü ile beslenmiş olacaktı.
- Çalışmamızda yenidoğanların cinsiyetine göre beslenme şekilleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmamızda yenidoğanların doğum şekli ile sadece anne sütü ile beslenme oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Yenidoğanların term sınıflamasına göre formül mama alma oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmamızda sezaryen ile doğan yenidoğanların annelerine uygulanan anestezi tipi ile sadece anne sütü ile beslenme oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

6.2. ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde etmiş olduğumuz veriler ışığında;

- Yenidoğanların fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde emzirme başarısının son derece önemli olduğu bilinen bir gerçektir. Bu veriye dayanarak yenidoğanın

fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde annenin doğum şeklinin dikkate alınması son derece önemlidir.

- Ülkemizde yenidoğanların fizyolojik kilo kaybını değerlendirilmesinde kullanılan persentil eğrisi yönteminin kullanımına dair araştırmalar mevcut değildir. Bu konuda çalışmamız öncü niteliğinde olup, farklı karşılaştırmalı araştırmalara ihtiyaç vardır.
- Dünya’ da yaygın olarak kullanılan Fizyolojik Kilo Kaybı persentil Eğrisi yönteminin ülkemiz yenidoğan popülasyonuna uyumu daha çok araştırma ile sınanmalıdır.
- Yöntemin dijital formunun ülkemiz hastanelerine entegrasyonu yapılmalıdır.
- Ülkemizde persentil eğrisi yönteminin kullanımının yaygınlaştırılması ile yenidoğanların özellikle hastanede kalma sürecinde sadece anne sütü ile beslenme oranlarını arttıracakları öngörülmektedir.
- Yenidoğanın fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde persentil eğrisinin kullanılmasını Sağlık Bakanlığı protokollerinde yer almasının ulusal çapta sadece anne sütü ile beslenme oranlarını arttıracakları ve bebeklerin geç taburculuğunun bu şekilde önlenebileceği düşünülmektedir.
- Ülkemizde yenidoğan bakım hizmeti sunan sağlık profesyonelleri için yenidoğanın fizyolojik kilo kaybı ve değerlendirmesi konusunda güncel bilgiler içeren hizmet içi eğitimlerin artırılması bebeklerin sadece anne sütü ile beslenme oranlarının artırılması açısından son derece önemlidir.
- Özellikle yenidoğan bakımına ait uygulamaların 2018 DSÖ rehberine göre güncellenmesi ve güncel bilgilerin sağlık profesyonellerin uygulamalarına yansıtılması gerektiği düşünülmektedir.
- Sağlık profesyonellerinin lisans eğitimleri sürecinde yenidoğanın fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesi hususunda güncel bilgilerin sunulmasının önemli olduğu düşünülmektedir.
- Ülkemizde yapılan çalışmalarda yenidoğanın term sınıflamasının da dikkate alınarak çalışmaların planlanması önerilmektedir.
- Normal doğum ile doğmuş yenidoğanın annesine induksiyon uygulanma durumu ile bebeğin emmesinin ve fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesi konusunda ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR DİZİNİ

- Abdoulahi, M., Hemati, Z., Asl, F. S. M., Delaram, M., & Namnabati, M. (2017). Association of Using Oxytocin During Labor and Breastfeeding Behaviors of Infants Within Two Hours After Birth. *Iranian Journal of Neonatology*, 8(3), 48–52. <https://doi.org/10.22038/ijn.2017.18301.1209>
- ABM Clinical Protocol #7. (2010). ABM Clinical Protocol #7: Model Breastfeeding Policy (Revision 2010). *Breastfeeding Medicine*, 5(4), 173–177. <https://doi.org/10.1089/bfm.2010.9986>
- Acharya, P., & Khanal, V. (2015). The effect of mother's educational status on early initiation of breastfeeding: Further analysis of three consecutive Nepal Demographic and Health Surveys Global health. *BMC Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2405-y>
- Akgül A. Çevik O. (2003). *İstatistiksel Analiz Teknikleri*. Ankara: Emek Ofset.
- Aksoy, M., Aksoy, N., Dostbil, A., Gursac Celik, M., & Ahiskalioglu, A. (2014). Anaesthesia Techniques for Caesarean Operations: Retrospective Analysis of Last Decade. *Turkish Journal of Anesthesia and Reanimation*, 42(3), 128–132. <https://doi.org/10.5152/TJAR.2014.80774>
- Alexander, L. L., LaRosa, J. H., Bader, H., Garfield, S., & Alexander, W. . (2006). *Cesarean Delivery on Maternal Request*. Maryland.
- American Academy of Pediatrics. (2002). *Guidelines for Perinatal Care*. Grove Willage.
- American Academy of Pediatrics. (2010). Sample Hospital Breastfeeding Policy for Newborns. *Breastfeeding Support: Tools for Clinicians*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-0788-5.10068-9>
- American Academy of Pediatrics. (2017). Retrieved from <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/BreastfeedingAAP-Policy-on-Breastfeeding.aspx>
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, T. C. S. B. (Ed.). (2009). *Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı*. Ankara.
- Apgar, V. (2015). A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Anesthesia and Analgesia*, 120(5), 1056–1059. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e31829bdc5c>
- Aslan, Y. (2016). Annelerin Emzirme Öz-Yeterliliği ve Depresyon Riski ile İlişkisi.
- Atıcı, A., Polat, S., & Turhan, A. H. (2007). Anne Sütü ile Beslenme. *Türkiye Klinikleri J Pediatri Sci*, 3(6), 1–5. <https://doi.org/10.4274/TPA.V42I11.5000002303>
- Baghianimoghadam, M.-H., Nadrian, H., & Rahaei, Z. (2009). The Effects of Education on Formula and Bottle - Feeding Behaviors of Nursing Mothers Based on Precede Model. *Iranian Journal of Pediatrics*, 19(4), 359–366.
- Baltacı, N., & Örsal, Ö. (2015). Vajinal Doğum Yapan Kadınlarda Gestasyonel Sigara Maruziyetinin

Yenidoğanın İlk 3 Saat İçinde Emzirilmesiyle İlişkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 19–27.

- Banginwar, A., Toweir, A., Goyal, R., & Ziyu, F. (2011). Breastfeeding practices: Positioning, attachment (latch-on) and effective suckling - A hospital-based study in Libya. *Journal of Family and Community Medicine*, 18(2), 74. <https://doi.org/10.4103/2230-8229.83372>
- Begg, A., Drummond, G., & Tiplady, B. (2003). Assessment of postsurgical recovery after discharge using a pen computer diary. *Anaesthesia*, 58(11), 1101–1105. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2003.03406.x>
- Bergmann, H., Rodríguez, J. M., Salminen, S., & Szajewska, H. (2014). Probiotics in human milk and probiotic supplementation in infant nutrition: A workshop report. *British Journal of Nutrition*, 112(7), 1119–1128. <https://doi.org/10.1017/S0007114514001949>
- Bertini, G., Breschi, R., & Dani, C. (2015). Physiological weight loss chart helps to identify high-risk infants who need breastfeeding support. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 104(10), 1024–1027. <https://doi.org/10.1111/apa.12820>
- Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J., Ye, J., Mikolajczyk, R., Deneux-Tharaux, C., ... Gülmezoglu, A. M. (2015). What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0043-6>
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *Plos One*, 11(2), e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
- Bilgin, B., & Cengiz, B. (2017). Manisa ' da yarı - kentsel bir bölgede 0 -24 ay çocuklarda anne sütü alma durumu ve beslenme alışkanlıkları Breastfeeding and nutrition habits of 0-24 month infants in a semi-urban region of Manisa, 15(3), 164–175.
- Bilgin, Z., & Ecevit Alpar, Ş. (2018). Kadınların Maternal Bağlanma Algısı ve Anneliğe İlişkin Görüşleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 6–15. <https://doi.org/10.17681/hsp.296664>
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J. D., Barros, F. C., Juan, L., ... Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341–1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
- Bolat, F., Uslu, S., Bolat, G., Bulbul, A., Arslan, S., Celik, M., ... Nuhoglu, A. (2013). İlk Altı Ayda Anne Sütü ile Beslenmeye Etki Eden Faktörler. *Çocuk Dergisi*, 11(1), 5–13. <https://doi.org/10.5222/j.child.2011.005>
- Bostancı, G., & İnal, S. (2015). Bebek Dostu Özel Bir Hastanede Doğum Yapan Annelerin, Emzirmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Bebeklerini Emzirme Durumlarının Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 260. <https://doi.org/10.17681/hsp.27403>
- Boybay Koyuncu, S., & Timur Taşhan, S. (2017). The relationship between the gender of newborn babies

- and weight gained during pregnancy, mode of delivery and some parameters for newborn<p>>Yenidoğanın cinsiyetinin gebelikte kazanılan kilo, doğum şekli ve yenidoğanın bazı parametreleri ile ilişkis. *Journal of Human Sciences*, 14(3), 2364.
<https://doi.org/10.14687/jhs.v14i3.4610>
- Brown, A., & Jordan, S. (2014). Active Management of the Third Stage of Labor May Reduce Breastfeeding Duration Due to Pain and Physical Complications. *Breastfeeding Medicine*, 9(10), 494–502.
<https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0048>
- Budak, M. Ş., Kaya, C., Akgöl, S., Şentürk, M. B., Kanat Pektaş, M., Yaman Görük, M., & Tosun, Ö. (2016). Prostaglandin E2 ile Doğum İndüksiyonu : Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Deneyimi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(2), 61–64. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4064763&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Cangöl, E., & Şahin, N. H. (2014). Emzirmeyi Etkileyen Faktörler ve Emzirme Danışmanlığı. *ZeynepKamil TıpBülteni*, 45(3), 100–105.
- Chang, Z. M., & Heaman, M. I. (2005). Epidural analgesia during labor and delivery: Effects on the initiation and continuation of effective breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 21(3), 305–314.
<https://doi.org/10.1177/0890334405277604>
- Chapman, D. J., Young, S., & Ferris, A. M. (2001). Impact of Breast Pumping on Lactogenesis Stage II After Cesarean Delivery : A Randomized Clinical Trial, 107(6), 1–7.
- Chen, C. F., Hsu, M. C., Shen, C. H., Wang, C. L., Chang, S. C., Wu, K. G., ... Chen, S. J. (2011). Influence of breast-feeding on weight loss, jaundice, and waste elimination in neonates. *Pediatrics and Neonatology*, 52(2), 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2011.02.010>
- Cleveland, L., Hill, C. M., Pulse, W. S., DiCioccio, H. C., Field, T., & White-Traut, R. (2017). Systematic Review of Skin-to-Skin Care for Full-Term, Healthy Newborns. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 46(6), 857–869. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.08.005>
- Coles et al. (2010). Standards for the weighing of infants , children and young people in the acute health care setting. *RCN Guidance for Children’s Nurses and Nurses Working with Children and Young People*.
- Collins, S. M., & Bercik, P. (2009). The Relationship Between Intestinal Microbiota and the Central Nervous System in Normal Gastrointestinal Function and Disease. *Gastroenterology*, 136(6), 2003–2014.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2009.01.075>
- Colodro-Conde, L., Sánchez-Romera, J. F., Tornero-Gómez, M. J., Pérez-Riquelme, F., Polo-Tomás, M., & Ordoñana, J. R. (2011). Relationship between level of education and breastfeeding duration depends on social context: Breastfeeding trends over a 40-year period in Spain. *Journal of Human Lactation*, 27(3), 272–278. <https://doi.org/10.1177/0890334411403929>
- Colombo, L., Crippa, B. L., Consonni, D., Bettinelli, M. E., Agosti, V., Mangino, G., ... Mosca, F. (2018).

- Breastfeeding determinants in healthy term newborns. *Nutrients*, 10(1), 5–8.
<https://doi.org/10.3390/nu10010048>
- Çan, Gamze Topbaş, M. (2007). Anne Sütünün Saklanması, 6(5), 375–379.
- Çay, S., & Geylani Güleç, S. (2015). Enteral Methods Used In Newborn Nutrition And Nursing Care. *Journal of Academic Research in Nursing*, 1(1), 39–44. <https://doi.org/10.5222/jaren.2015.039>
- Çeber Turfan E., Akçiçek E., B. E. A. (Ed.). (2017). *Anne Sütü ve Emzirme* (1.baskı). Ankara.
- Çoban, B., Topal, B., Aytekin, F., Kaplan, H., Dolgun, A., & Ülkü, N. (2014). The First Day of Healthy Newborns Early Hospital Discharge and Causes of Readmission to Hospital. *Turkish Journal of Pediatric Disease*, 2–5. <https://doi.org/10.12956/tjpd.2014.83>
- Dadaloğlu T. Ovalı F. Samancı N. (2000). *Neonatoloji*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Darrow, D. H., Greene, A. K., Mancini, A. J., & Nopper, A. J. (2015). Diagnosis and Management of Infantile Hemangioma. *Pediatrics*, 136(4), e1060–e1104. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2485>
- Davanzo, R., Cannioto, Z., Ronfani, L., Monasta, L., & Demarini, S. (2013). Breastfeeding and neonatal weight loss in healthy term infants. *Journal of Human Lactation*, 29(1), 45–53.
<https://doi.org/10.1177/0890334412444005>
- De Carolis, M. P. i., Cocca, C., Valente, E., Lacerenza, S., Rubortone, S. A. ntoni., Zuppa, A. A. lbert., & Romagnoli, C. (2014). Individualized follow up programme and early discharge in term neonates. *Italian Journal of Pediatrics*, 40, 70. <https://doi.org/10.1186/1824-7288-40-70>
- Dell Macrae K. (2015). *Fluid, electrolytes, and acid-base homeostasis* (10th ed.). Saunders: Elsevier.
- Demirel, G., & Güler, H. (2016). Endojen Oksitosin Salınımı için Alternatif Yöntemler: Meme ve Uterus Uyarımı. *Sted-Süreklî Tıp Eğitim Dergisi TTB*, 25(4), 167–173.
- Demirhan, F. (1997). *Sakarya İlinde Emzirmenin Değerlendirilmesi*. Marmara Üniversitesi.
- EBCOG. (2017). EBCOG position statement on caesarean section in Europe. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 219, 129. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.018>
- Ebringer, L., Ferenčík, M., & Krajčovič, J. (2008). Beneficial Health Effects of Milk and Fermented Dairy Products – Review. *REVIEW Folia Microbiol*, 53(5), 378–394. <https://doi.org/10.1007/s12223-008-0059-1>
- Egelioglu Cetisli, N., Arkan, G., & Top, D. (2018). Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 64(2), 164–169. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.02.164>
- Eidelman, A. I. (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk: An Analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 Breastfeeding Policy Statement. *Breastfeeding Medicine*, 7(5), 323–324.
<https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0067>

- Eidelman, A. I. (2018). Environmental Impact on Maternal Breastfeeding Behavior, *13*(6), 29096. <https://doi.org/10.1089/bfm.2018.29096.aie>
- Emzirme Pozisyonları-La Leche League. (n.d.). Retrieved June 5, 2018, from <http://www.illturkiye.org/2011/07/emzirme-pozisyonlar.html>
- Erdem, S., Çakmak, Z. A., Saygun, M., Beyza, D., & Kocakap, S. (2018). Kıraikkale’de Akraba Evliliği Sıklığının, Buna Etki Eden Parametrelerin ve Kalıtsal Hastalıklara Olan Etkisinin Saptanması, 64–68.
- Ersoy, M. A., & Cerrahisi, D. (2016). Anne sütü ve emzirme eğitim rehberi 2016.
- Etki Genç R. Özkan H. (2016). *Ebeler İçin Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları* (1.Baskı). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevler.
- Evans, K. C., Evans, R. G., Royal, R., Esterman, A. J., & James, S. L. (2003). Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, *88*(5), F380-2. <https://doi.org/10.1136/fn.88.5.F380>
- Expert, C. F. (2009). Breastfeeding Positions, 2009.
- Fallon, A., D, V. D. P., Dring, C., Eh, M., Fealy, G., & Devane, D. (2014). Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding - Fallon - 2016 - The Cochrane Library - Wiley Online Library, (7).
- Feldman-Winter, L. (2013). Evidence-based Interventions to Support Breastfeeding. *Pediatric Clinics of North America*, *60*(1), 169–187. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.09.007>
- Ferreira, I. M. P. L. V. O. (2007). Chromatographic Separation and Quantification of Major Human Milk Proteins. *Journal of Liquid Chromatography & Related Technologies*, *30*(4), 499–507. <https://doi.org/10.1080/10826070601093796>
- FIGO, & ESC. (2013). *The Global Epidemic of Unintended Pregnancies*. *Figo.Org*. <https://doi.org/10.1002/asi.23511>
- Fitzstevens, J. L., Smith, K. C., Hagadorn, J. I., Caimano, M. J., Matson, A. P., & Brownell, E. A. (2017). Systematic review of the human milk microbiota. *Nutrition in Clinical Practice*, *32*(3), 354–364. <https://doi.org/10.1177/0884533616670150>
- Flaherman, V. J., Aby, J., Burgos, A. E., Lee, K. A., Cabana, M. D., & Newman, T. B. (2013). Effect of Early Limited Formula on Duration and Exclusivity of Breastfeeding in At-Risk Infants: An RCT. *Pediatrics*, *131*(6), 1059–1065. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2809>
- Flaherman, V. J., Bokser, S., & Newman, T. B. (2010). First-Day Newborn Weight Loss Predicts In-Hospital Weight Nadir for Breastfeeding Infants. *Breastfeeding Medicine*, *5*(4), 165–168. <https://doi.org/10.1089/bfm.2009.0047>
- Flaherman, V. J., Kuzniewicz, M. W., Li, S., Walsh, E., McCulloch, C. E., & Newman, T. B. (2013). First-day weight loss predicts eventual weight nadir for breastfeeding newborns. *Archives of Disease in*

- Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 98(6), 488–493. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2012-303076>
- Flaherman, V., Schaefer, E., Kuzniewicz, M., Li, S., Walsh, E., & Paul, I. (2015). Early Weight Loss Nomograms for Exclusively Breastfed Newborns. *Pediatrics*, 135(1), e16–e23. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1532>
- Fonseca, M. J., Severo, M., & Santos, A. C. (2015). A new approach to estimating weight change and its reference intervals during the first 96 hours of life. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 104(10), 1028–1034. <https://doi.org/10.1111/apa.12894>
- Fran, M., Aha, H., Erc, J. P. N., Co-chair, G. D. P. I., Montgomery, W. H., Consensus, C., ... Hundley, J. (2015). 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation* (Vol. 132). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000307>
- Gallardo López, M., Gallardo Cadenasso, E., & Gallardo Cadenasso, L. (2018). Weight decrease in full-term newborns in the first 48 hours post natal. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(ahead), 0–0. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018005000101>
- Gaskin, I. M. (2018). *Ina May'in Emzirme Rehberi*. (E. Çeber Turfan, Ed.). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Giray, H. (2004). Anne Sütü ile Beslenme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 1, 12–15.
- Grossman, X., Chaudhuri, J. H., Feldman-Winter, L., & Merewood, A. (2012). Neonatal Weight Loss at a US Baby-Friendly Hospital. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(3), 410–413. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.10.024>
- Güney, Rebiye Çınar, N. (2017). Anne Sütü ve Mikrobiyota Gelişimi (Breastmilk and Development of Microbiota). *JOURNAL OF BIOTECHNOLOGY AND STRATEGIC HEALTH RESEARCH*, 1(Special issue), 17–24.
- Gür, E. (2017). Emzirme Danışmanlığı. *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*, 288–289.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Haghollahi, F., Khazardoost, S., Hantoushzadeh, S., Naghizadeh, M. M., & Rashidi, B. (2014). Induction of Labor Using Native (OXYTIP) in Comparison to Foreign Oxytocin (SYNTOCINON). *Journal of Family & Reproductive Health*, 8(2), 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.rvsc.2013.12.011>
- Handlin, L., Jonas, W., Petersson, M., Ejdebäck, M., Ransjö-Arvidson, A.-B., Nissen, E., & Uvnäs-Moberg, K. (2009). Effects of Sucking and Skin-to-Skin Contact on Maternal ACTH and Cortisol Levels During the Second Day Postpartum—Influence of Epidural Analgesia and Oxytocin in the Perinatal Period. *Breastfeeding Medicine*, 4(4), 207–220. <https://doi.org/10.1089/bfm.2009.0001>

- Hansen, K. (2016). Breastfeeding: A smart investment in people and in economies. *The Lancet*, 387(10017), 416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00012-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00012-X)
- Harding, J. E., Cormack, B. E., Alexander, T., Alsweiler, J. M., & Bloomfield, F. H. (2017). Advances in nutrition of the newborn infant. *The Lancet*, 389(10079), 1660–1668. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30552-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30552-4)
- Harper, R. F. (1973). *The Code of Hammurabi King of Babylon*. Chicago.
- Hassiotou, F., & Geddes, D. (2013). Anatomy of the Human Mammary Gland : Current Status of Knowledge, 48(July 2012), 29–48. <https://doi.org/10.1002/ca.22165>
- Heidari, F., Dastgiri, S., & Akbari, R. (2014). Prevalence and risk factors of Consanguineous marriage. *European General Medicine*, 11(4), 248–255.
- Holmes, A. V., McLeod, A. Y., & Bunik, M. (2013). ABM Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term, Revision 2013. *Breastfeeding Medicine*, 8(6), 469–473. <https://doi.org/10.1089/bfm.2013.9979>
- Horii, N., Guyon, A. B., & Quinn, V. J. (2011). Determinants of delayed initiation of breastfeeding in rural Ethiopia: Programmatic implications. *Food and Nutrition Bulletin*, 32(2), 94–102. <https://doi.org/10.1177/156482651103200203>
- Hossain, M Islam, M. (2006). Pattern of Change of Weight Following Birth in the Early Neonatal Period. *Mymensingh Medical Journal*, 30–32.
- Howie, W., & McMullen, P. (2006). Breastfeeding Problems Following Anesthetic Administration. *The Journal of Perinatal Education*, 15(3), 50–57. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595306/>
- Huang, J., Zhang, Z., Wu, Y., Wang, Y., Wang, J., Zhou, L., ... Yang, X. (2018). Early feeding of larger volumes of formula milk is associated with greater body weight or overweight in later infancy. *Nutrition Journal*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12937-018-0322-5>
- Iacovidou, N. (2015). Breastfeeding in the Course of History. *Journal of Pediatrics & Neonatal Care*, 2(6). <https://doi.org/10.15406/jpnc.2015.02.00096>
- Ince, Z., Yapıcıoğlu, H., & Demirel, N. (2016). *Yenidoğanda Sıvı ve Elektrolit Dengesi Rehberi*. Türk Neonatoloji Derneği.
- Irmak, N. (2016). Anne sütünün önemi ve ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyi etkileyen unsurlar, 7(2), 27–31. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.16.02627>
- Işık, G., Egelioglu Çetişli, N., & Başkaya, V. (2018). Doğum Şekline Göre Annelerin Postpartum Ağrı, Yorgunluk Düzeyleri ve Emzirme Öz -Yeterlilikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3), 224–232.
- İldan Çalım, S., Amanak, K., Öztürk, R., Güleç, D., & Karaöz, B. (2015). Anne dostu hastane kriterleri

- doğrultusunda anne sağlığı hizmetlerinin gözden geçirilmesi, *31*(1), 120–130.
- İlhan, G., Atmaca, F. V., Çümen, A., Zebitay, A. G., Güngör, E. S., & Karasu, A. F. G. (2018). Effects of daytime versus night-time cesarean deliveries on Stage II lactogenesis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *44*(4), 717–722. <https://doi.org/10.1111/jog.13562>
- İnandı, T., Savaş, N., Arslan, E., Yeniçeri, A., Peker, E., & Alışkın, Ö. (2016). Hatay ' da akraba evliliği sıklığı , nedenleri , çocuk sağlığı , ilişkilerde mutluluk ve yaşam doyumu Causes and prevalence of consanguineous marriage , child health , happiness in relationships and life satisfaction among the women in Hatay, *14*(1), 43–55.
- Jacob, A. S., & Icm, A. K. (n.d.). Essential interventions for safer maternal and newborn health The team. Retrieved from [http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/PMNCH/Guide booklet A5_Package of activities_Joint initiative EIs toolkit_FIGO ICM IPA 2014.pdf](http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/PMNCH/Guide%20booklet%20A5_Package%20of%20activities_Joint%20initiative%20EIs%20toolkit_FIGO%20ICM%20IPA%202014.pdf)
- Jedrychowski, W., Perera, F., Jankowski, J., Butscher, M., Mroz, E., Flak, E., ... Sowa, A. (2012). Effect of exclusive breastfeeding on the development of children's cognitive function in the Krakow prospective birth cohort study. *European Journal of Pediatrics*, *171*(1), 151–158. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1507-5>
- Jensen, D., Wallace, S., & Kelsay, P. (1994). LATCH.. A Breastfeedilzg Charting System and Documentation Tool. *Journal of Obstetric, Gynologic & Neonatal Nursing*, *28*(1), 27–32. <https://doi.org/10.1080/00393275608587129>
- Jordan, S., Emery, S., Watkins, A., Evans, J. D., Storey, M., & Morgan, G. (2009). Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: Analysis of the Cardiff Births Survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *116*(12), 1622–1630. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02256.x>
- Joshi, H. Magon, P. Raina, S. (2016). Effect of Mother-Infant Pairs Lact-On Position on Chield Helth: A Lessonfor Nursing Care . *J Famİly Med Prim Care*, (5:309), 13.
- Karaçam, Z Çoban, A Taşpınar, A. (2018). *Temel Ebelik Uygulamaları Rehberler ve Değerlendirme*. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kattwinkel, J., Perlman, J. M., Aziz, K., Colby, C., Fairchild, K., Gallagher, J., ... Zaichkin, J. (2010). Part 15: Neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, *122*(SUPPL. 3). <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971119>
- Kavlak, O., Yılmaz, H. B., & Dülgerler, Ş. (2010). Emzirme ve kanser araştırmalarinin incelenmesi, 141–144.
- Kestler-peleg, M., Shamir-dardikman, M., Hermoni, D., & Ginzburg, K. (2015). Social Science & Medicine Breastfeeding motivation and Self-Determination Theory. *Social Science & Medicine*, *144*, 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.006>

- Kızılkaya Beji, N. (2015). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kitano, N., Nomura, K., Kido, M., Murakami, K., Ohkubo, T., Ueno, M., & Sugimoto, M. (2016). Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. *Preventive Medicine Reports*, 3, 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.12.010>
- Kliegman R., Stanton B., St. Geme J.W., Schor N.F., B. R. E. (2015). *Nelson textbook of Pediatrics* (20th ed.). Philadelphia.
- Kocamanoğlu, I. S., Sarihasan, B., Şener, B., Tür, A., Şahinoğlu, H., & Sunter, T. (2005). Sezaryen operasyonlarında uygulanan anestezi yöntemleri ve komplikasyonları: 3552 Olgunun retrospektif değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 25(6), 810–816.
- Koyun, K., & Okumuş, H. (2001). *LATCH Emzirme Tanılama Ölçeğinin Kullanımı ve Yenidoğan Emzirme Başarısını İnceleyen Bir Çalışma*. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Köksal, G., & Özel, H. G. (2008). *Bebek beslenmesi*.
- Kültürsay, N., Bilgen, Hü., & Türkyılmaz, C. (2014). SAĞLIKLI TERM BEBEĞİN BESLENMESİ.
- Lang, C. (2018). *Bağlanma*. (U. Üzel, Nesibe Özbacı, Semra Beyazova, Ed.) (1. Baskı). Ankara: Özyurt Matbaacılık.
- Lau, Y., Htun, P., Lim, P. I., Ho-Lim, S., & Klainin-Yobas, P. (2015). Maternal, infant characteristics, breastfeeding techniques, and initiation: Structural equation modeling approaches. *PLoS ONE*, 10(11), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142861>
- Lawrence, R. A. (1999). Storage of human milk and the influence of procedures on immunological components of human milk. *Acta Paediatrica. Supplementum*, 88(430), 14–18. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1999.tb01295.x>
- Le, Q. T., Phung, K., Nguyen, V. T., Anders, K. L., Nguyen, M., Hoang, D. T., ... Simmons, C. (2018). Factors associated with a low prevalence of exclusive breastfeeding during hospital stay in urban and semi-rural areas of southern Vietnam, 3, 1–10.
- Lewis, M. (2012). *An Investigation of the Effects of Pitocin for Labor Induction and Augmentation on Breastfeeding Success*.
- Lowdermilk, L., & Cashion, M. C. (2016). *Maternity and Woman Health Care*. (E. F. Olshansky, Ed.) (11th Editi). Elsevier Inc.
- Macdonald, P. D. (2003). Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 88(6), 472F–476. <https://doi.org/10.1136/fn.88.6.F472>
- Marshall, J., & Raynor, M. (Eds.). (2014). *Myles textbook for Midwives* (16th Editi). Elsevier Limited.
- McGlennan, A., & Mustafa, A. (2009). General anaesthesia for Caesarean section. *Current Anaesthesia and Critical Care*, 11(2), 66–72. <https://doi.org/10.1054/cacc.2000.0236>

- McKinney ES. (2013). *Maternal Child Nursing* (4th ed.). Saunders: Elsevier.
- Mercer, J. S., Erickson-Owens, D. A., Graves, B., & Haley, M. M. (2007). Evidence-Based Practices for the Fetal to Newborn Transition. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52(3), 262–272. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.01.005>
- Mızrak, B. (2017). *Emzirme Motivasyonu Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, Emzirme Motivasyonunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*.
- Miller, J. R., Flaherman, V. J., Schaefer, E. W., Kuzniewicz, M. W., Li, S. X., Walsh, E. M., & Paul, I. M. (2015). Early weight loss nomograms for formula fed newborns. *Hospital Pediatrics*, 5(5), 263–268. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2014-0143>
- Moral, A., Bolibar, I., Seguranyes, G., Ustrell, J. M., Sebastiá, G., Martínez-Barba, C., & Rios, J. (2010). Mechanics of sucking: Comparison between bottle feeding and breastfeeding. *BMC Pediatrics*, 10, 2–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-10-6>
- Mueller NT, Bakacs E, Combellick J, Grigoryan Z, D.-B., & MG. (2015). The infant microbiome development: mom matters. *Trends in Molecular Medicine*, 21(2), 109–117.
- Murray, S., & McKinney, E. (2013). *Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing* (6th Editio). Elsevier Saunders.
- Mutlu, C., Yorbik, Ö., Tanju, İ. A., Çelikel, F., & Gönül Sezer, R. (2015). Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin annenin bağlanması ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(6), 442–450. <https://doi.org/10.5455/apd.172669>
- Nagpal, M., Panda, P., & Aggarwal, G. (2017). Miliaria : An Update, (August).
- Network, T. B. (2002). Cracked Nipples and Moist Wound Healing, (330639), 1–8.
- Neville, M. C. (2001). Anatomy and physiology of lactation. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 13–34. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70283-2](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70283-2)
- Noel-Weiss, J., Courant, G., & Woodend, A. K. (2008). Physiological weight loss in the breastfed neonate: A systematic review. *Open Medicine*, 2(4). <https://doi.org/10.1055/s-0028-1103034>
- Ohyama, M., Watabe, H., & Hayasaka, Y. (2010). Manual expression and electric breast pumping in the first 48 h after delivery. *Pediatrics International*, 52(1), 39–43. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2009.02910.x>
- Okumuş, N., Önal, E., Türkyılmaz, C., & Demirci, S. (2009). Postnatal Erken Dönemde Yenidoğanlarda Görülen Tartı Kaybına Etkiler, 3(37), 31–40.
- Olayemi, O., Adeniji, R. A., Udoh, E. S., Akinyemi, O. A., Aimakhu, C. O., & Shoretire, K. A. (2005). Determinants of pain perception in labour among parturients at the University College Hospital, Ibadan. *Journal of Obstetrics and Gynaecology the Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 35(2), 128–130. <https://doi.org/10.1080/01443610500040703>

- Oluwafemi, O., Njokanma, F., Disu, E., & Ogunlesi, T. (2013). The current pattern of gestational age-related anthropometric parameters of term Nigerian neonates. *SAJCH South African Journal of Child Health*, 7(3), 100–104. <https://doi.org/10.7196/SAJCH.490>
- Osborn, M. L. (1979). The rent breasts: A brief history of wet-nursing. *Midwife Health Visit Community Nurse*, 15, 302–306.
- Oygür, N Önal, E Zenciroğlu, A. (2016). Doğum Salonu Yönetimi Rehberi.
- Örsdemir, Ç. (2011). *Doğum Sonu Dönemde Annelerin Emzirmeye İlişkin Bilgileri ve Emzirme Davranışlarının Belirlenmesi*. K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi.
- Özek, E Bilgen, H. (2018). *Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Özkan, B., & Çeber Turfan, E. (Eds.). (2016). *Ebelik Uygulama Standartları*. Ankara: Vize Basın Yayın.
- Özmen, V. (2007). *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Patterson, J. A., Roberts, C. L., Ford, J. B., & Morris, J. M. (2011). Trends and outcomes of induction of labour among nullipara at term. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 51(6), 510–517. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2011.01339.x>
- Pihlanto A. Korhonen H. (2003). Bioactive Peptides and Proteins. *Advances in Food and Nutrition Research*, 47, 175–276.
- Pinto, E., Chaves, C., Duarte, J., Nelas, P., & Coutinho, E. (2016). Maternal affection and motivation for breastfeeding, 217(2009), 1028–1035. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.099>
- Pirdal, H., Yalçın, B. M., & Ünal, M. (2016). Knowledge levels of pregnant on their pregnancy and the related factors. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20(1), 7–15. <https://doi.org/10.15511/tahd.15.21606>
- Policy, A. A. of P. (2002). Controversies Concerning Vitamin K and the Newborn, 109(5).
- Preer, G. L., Newby, P. K., & Philipp, B. L. (2012). Weight loss in exclusively breastfed infants delivered by cesarean birth. *Journal of Human Lactation*, 28(2), 153–158. <https://doi.org/10.1177/0890334411434177>
- Preer, G., Newby, P., & Philipp, B. (2012). Weight loss in exclusively breastfed infants delivered by cesarean birth. *Journal of Human Lactation*, 28(2), 153–158. <https://doi.org/10.1177/0890334411434177>
- Puckett, R. M., & Offringa, M. (2000). Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002776>
- Radzimirski, S., & Callister, L. C. (2016). Mother's Beliefs, Attitudes, and Decision Making Related to Infant Feeding Choices. *The Journal of Perinatal Education*, 25(1), 18–28. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.25.1.18>
- Regnault, N., Botton, J., Blanc, L., Hankard, R., Forhan, A., Goua, V., ... Job-Spira, N. (2011). Determinants of neonatal weight loss in term-infants: Specific association with pre-pregnancy maternal body mass

- index and infant feeding mode. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 96(3), 217–223. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.185546>
- Reynolds, F. (2010). General anesthesia is unacceptable for elective cesarean section. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 19(2), 212–217. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2009.10.003>
- Riordan, J., Bibb, D., Miller, M., & Rawlins, T. (2001). Predicting Breastfeeding Duration Using the LATCH Breastfeeding Assessment Tool. *Journal of Human Lactation*, 17(1), 20–23. <https://doi.org/10.1177/089033440101700105>
- RNAO. (2004). Breastfeeding Best Practice Guidelines for Nurses, (March).
- Roche-paul, R. (2010). Breast pump cleaning guidelines. *Breastfeeding in Combat Boots*.
- S, padmanaban P, S. (2017). Congenital capillary hemangioma arising from palpebral conjunctiva of a neonate. *Indian Journal Ophthalmol*, 65, 1221–1223.
- Samur G. (2008). *Anne Sütü*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Sargın, M. A., Yassa, M., Ar, A. Y., Ergun, E., Orhan, E., & Tuğ, N. (2017). Epidural Anestezinin Nullipar Gebelerde Doğumun Aktif Fazı ve Yenidoğan Üzerine Etkilerinin Araştırılması, 52–58.
- Sarper, C. (2015). *Spinal Anestezi ile Yapılan Sezaryen Doğumlarda Erken Ten Temasının, Emzirme Yeterliliğine Etkisi*.
- Senarath, U., Siriwardena, I., Godakandage, S. S. P., Jayawickrama, H., Fernando, D. N., & Dibley, M. J. (2012). Determinants of breastfeeding practices: An analysis of the Sri Lanka Demographic and Health Survey 2006-2007. *Maternal and Child Nutrition*, 8(3), 315–329. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00321.x>
- Sevil Ü, E. G. (2016). *Perinatoloji ve Bakım* (1.). İzmir: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Sharma, I., & Byrne, A. (2016). Early initiation of breastfeeding: A systematic literature review of factors and barriers in South Asia. *International Breastfeeding Journal*, 11(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0076-7>
- Sharma, S., Sharma, C., & Kumar, D. (2018). Improving the Breastfeeding Practices in Healthy Neonates During Hospital Stay Using Quality Improvement Methodology. *Indian Pediatrics*, 55(9), 757–760. <https://doi.org/10.1007/s13312-018-1375-4>
- Shorey, S., He, H. G., & Morelius, E. (2016). Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. *Midwifery*, 40, 207–217. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.007>
- Shrestha, S., Adachi, K., Petrini, M. A., Shrestha, S., & Rana Khagi, B. (2016). Development and evaluation of a newborn care education programme in primiparous mothers in Nepal. *Midwifery*, 42, 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.006>

- Smith, L. J. (2010). *Impact of Birth Practices on Breastfeeding* (Second Edi). Sudbury, USA.: Jones and Barlett Publishers.
- Soğukpınar N. (2011). *Anne Sütü ve Süt Annelik*. (E. Çeber , E. Akçiçek, Ed.) (1.baskı). İzmir: Egetan Basın Yayın.
- Spong, C. Y. (2013). Defining “Term” Pregnancy. *Jama*, 309(23), 2445.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.6235>
- Statement, P. (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 129(3), e827–e841.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>
- Stockdale, J., Sinclair, M., Kernohan, G., McCrum-Gardner, E., & Keller, J. (2013). Sensitivity of the breastfeeding motivational measurement scale: A known group analysis of first time mothers. *Plos One*, 8(12), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082976>
- Strategies, P. M. (2010). Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding, (June).
- Sutherland, T., Pierce, C. B., Blomquist, J. L., & Handa, V. L. (2012). Breastfeeding practices among first-time mothers and across multiple pregnancies. *Maternal and Child Health Journal*, 16(8), 1665–1671.
<https://doi.org/10.1007/s10995-011-0866-x>
- Şahin, N., & Soypak, F. (2010). Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 41(4), 187–194.
- Şencan, İ., Keskinliç, B., & Sanisoğlu, S. (2017). *Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı*. Ankara.
- Şirin A. (1990). EMZİRMENİN ANNE SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6: 2, 35–39.
- T.C.S.B. (2018). *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı*.
- Tam, T., Conte, M., Schuler, H., Malang, S., & Roque, M. (2013). Delivery outcomes in women undergoing elective labor induction at term. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 287(3), 407–411.
<https://doi.org/10.1007/s00404-012-2582-1>
- TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (Ed.). (2018). *Yenidoğan Canlandırma Programı(NRP) Uygulayıcı Eğitimi Kurs Kitabı*. Ankara.
- Tetik, B., & Tekinemre, I. (2017). Emziren annelerde ilaç kullanımı, 8(3), 83–89.
<https://doi.org/10.15511/tjtfp.17.00383>
- The Royal College of Midwives. (2012). Early Breastfeeding. *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour*. Retrieved from <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Early Breastfeeding.pdf>
- Tornese, G., Ronfani, L., Pavan, C., Demarini, S., Monasta, L., & Davanzo, R. (2012). Does the LATCH

- Score Assessed in the First 24 Hours After Delivery Predict Non-Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge? *Breastfeeding Medicine*, 7(6), 423–430. <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0120>
- Toronto Public Health. (2013). *Flat or Inverted Nipples. Breastfeeding Protocols for Healthcare Providers*.
- Törüner E., B. L. (2012). *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. Ankara: Gökkuş Yayıncılık.
- TÜİK. (2016). *İstatiklerle Türkiye 2015*. Ankara.
- Türkmenoğlu, Y., Taş, B. T., Türkkın, E., Aydınol, F. N., & Kafadar, İ. (2012). Tek Doz K Vitamini Yenidoğanın Geç Hemorajik Hastalığını Önlemede Yeterli Bir Profilaksi mi ? İki Olgu Sunumu, 28(3), 162–166. <https://doi.org/10.5222/otd.2012.162>
- Ukşal, Ü. (2009). Yenidoğanın Sık Görülen Dermatozları. *Klinik Gelişim*.
- Ukşal, Ü. (2011). Neonatal Dermatoses. *Turkderm*, 45(2), 68–72. <https://doi.org/10.4274/turkderm.45.s12>
- UNICEF. (2016). From The First Hour of Life. Retrieved July 12, 2018, from <https://data.unicef.org/wp.../From-the-first-hour-of-life.pdf>.
- Van Dommelen, P., Boer, S., Unal, S., & Van Wouwe, J. P. (2014). Charts for weight loss to detect hypernatremic dehydration and prevent formula supplementing. *Birth*, 41(2), 153–159. <https://doi.org/10.1111/birt.12105>
- Van Dommelen, P., Van Wouwe, J. P., Breuning-Boers, J. M., Van Buuren, S., & Verkerk, P. H. (2007). Reference chart for relative weight change to detect hypernatraemic dehydration. *Archives of Disease in Childhood*, 92(6), 490–494. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.104331>
- Vendelbo, M., Anni, L., Christian, L., & Michaelsen, K. F. (2018). Breastfeeding , Breast Milk Composition , and Growth Outcomes, 89, 63–77. <https://doi.org/10.1159/000486493>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... Richter, L. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Vila-Candel, R., Duke, K., Soriano-Vidal, F. J., & Castro-Sánchez, E. (2017). Effect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact in the Maintenance of Exclusive Breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 89033441667646. <https://doi.org/10.1177/0890334416676469>
- Village, E. G. (2005). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 115(2), 496–506. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2491>
- Wagner, S., Kersuzan, C., Gojard, S., Tichit, C., Nicklaus, S., Thierry, X., ... de Lauzon-Guillain, B. (2019). Breastfeeding initiation and duration in France: The importance of intergenerational and previous maternal breastfeeding experiences — results from the nationwide ELFE study. *Midwifery*, 69, 67–75. <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2018.10.020>
- Ward, L. P., Williamson, S., Burke, S., Crawford-Hemphill, R., & Thompson, A. M. (2017). Improving

- Exclusive Breastfeeding in an Urban Academic Hospital. *Pediatrics*, 139(2), e20160344.
<https://doi.org/10.1542/peds.2016-0344>
- WHO. (2015). Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması, (Human Reproduction Programme).
- WHO. (2017). Health Topic-Infant/Newborn. Retrieved March 3, 2017, from
http://www.who.int/topics/infant_newborn/en/
- WHO. (2018). *WHO recommendations Intrapartum: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- WHO/UNICEF. (n.d.). WHO-Infant and Young Child Feeding.
- WHO/UNICEF. (2009). *Baby-friendly hospital initiative : revised, updated and expanded for integrated care. Section 3, Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital: A 20-hour course for maternity staff*. [https://doi.org/ISBN 978 92 4 159496 7 \(v. 1\)](https://doi.org/ISBN%20978%2092%204%20159496%207%20(v.%201))
- WHO - Western Pacific Region, Department of Health of the Republic of the Philippines, U. (2009). Newborn care until the first week of life: clinical practice pocket guide. *World Health Organization*.
- Woolridge, M. W. (1986). The “anatomy” of infant sucking. *Midwifery*, 2(4), 164–171.
[https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(86\)80041-9](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(86)80041-9)
- World Health Organization. (2017). Retrieved from
http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/
- World Health Organization. (2018). Retrieved from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Yanikkerem, E., Ay, S., & Göker, A. (2014). Primipar ve Multipar Gebelerin Emzirme Tutumu ve Yaşadıkları Endişeler. *Van Tıp Dergisi*, 21(1), 6–16.
- Yenal, K., & Okumuş, H. (2003). LATCH emzirme tanılama aracının güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 1(38–44).
- Yıldırım, B. G. (2008). İsteyerek doğum Ypmış kadınlarla plansız doğum yapmış kadınların sosyodemografik özellikleri ve aile planlaması bilgi düzeylerinin karşılaştırılması.
- Yılmaz, E., Doğa Öcal, F., Vural Yılmaz, Z., Ceyhan, M., Fadıl Kara, O., & Küçüközkan, T. (2017). Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 14(1), 1–9.
<https://doi.org/10.4274/tjod.90018>
- Zarshenas, M., Zhao, Y., Binns, C. W., & Scott, J. A. (2018). Determinants of in-hospital feeding practices in Shiraz, Iran: Results of a prospective cohort study. *Birth*, (June), 1–9.
<https://doi.org/10.1111/birt.12385>

Zenciroğlu, A. (2015). *Temel Yenidoğan Bakımı*. (A. Zenciroğlu, Ed.), *T.C. Sağlık Bakanlığı Tırkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı*. Ankara.



ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

- Adı Soyadı: Nazmiye Tağı (Yıldırım)
- Doğum yeri ve tarihi: İZMİR/ 09.11.1990
- Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşı
- Medeni Durumu: Evli
- Çalıştığı Kurum: T.C. Sağlık Bakanlığı Fatsa Devlet Hastanesi
- İletişim Adresi ve Telefonu: Evkaf Mahallesi Kumru Sokak Baharkent Sitesi C Blok Daire: 14 Fatsa/ Ordu.

2. Eğitimi (tarih sırasına göre)

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü-2013

3. Çalıştığı Kurumlar:

- T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi(2013-2018)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Fatsa Devlet Hastanesi(2018-Halen)

4. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

- EBEARGE(Ebelikte Araştırma Geliştirme Derneği)

5. Bilimsel Etkinlikler:

- Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi / İzmir / 2010
- 4. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi / Samsun / 2013
- EGE-BET Ebelik Öğrencileri Sempozyumu / İzmir / 2013
- Ege G – Ebelik ve Doğum Kongresi / İzmir / 2016
- Sepsis Atölyesi / Akademi Yoğun Bakım Toplantısı / T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi / İstanbul / 2017
- Kocaeli Ebelik Sempozyumu / Kocaeli / 2017
- Yenidoğanda Güncellemeler Sempozyumu / Okan Üniversitesi / İstanbul / 2017

- Neonatal Resüsitasyon Uygulama Sertifikası / T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi / 2013.
- Araştırma Yöntemleri ve Uygulamaları Biyoistatistik Kursu / 2. Ege G – Ebelik ve Doğum Kongresi / 2016
- Acil Obstetrik Bakım Eğitimi-2018

6. Bildiriler

- Ergin A., Demirgöz Bal M., Tağı (Yıldırım) N. Emzirmede Yeni Bir Yaklaşım Baba Desteği/ 5.Uluslararası& 9.Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi/ Poster Bildiri



Ek-1: Veri Toplama Formu

Yenidoğanlarda fizyolojik kilo kaybının değerlendirilmesinde persentil eğrisi yönteminin kullanılması ile sadece anne sütü alımı oranları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile yapılacak olan ‘Yenidoğanlarda Fizyolojik Kilo Kaybının Değerlendirilmesinde Persentil Eğrisinin Kullanımı’ adlı çalışmamızın veri toplama formunu içtenlikle doldurmanızı rica ediyorum. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve size ait bilgiler başka kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğinizle ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin sağlıklı toplumların oluşturulmasında önemli olduğunu hatırlatır, katkılarınız için teşekkür ederim.

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilimdalı

Ebelik Yüksek Lisans

Öğrencisi

Nazmiye TAĞI

| | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Anket No: | Tarih: / / |
| VERİ TOPLAMA FORMU | |
| Anneye Ait Bilgiler: | |
| 1) Yaşınız : | |
| 2) Medeni durumunuz nedir? | |
| a) Bekar | b) Evli |
| 3) Eğitim durumunuz: | |
| a) Okur yazar değil | b) Okur yazar |
| c) İlkokul mezunu | d) Orta okul / lise mezunu |
| e) Üniversite mezunu | f) Lisans üstü / üzeri mezunu |
| 4) Mesleğiniz: | |
| a) Ev hanımı | b) İşçi |

| | |
|---|----------------------------|
| c)Devlet memuru | d)Esnaf |
| e)Özel sektör | f)Diğer |
| 5) Gelir durumunuz nedir? (evinize bir ayda giren para miktarı) | |
| a) 2000 TL altı | b) 2001-3000 TL |
| c) 3001-5000 TL | d) 5001-8000 TL |
| e) 8000 TL ve üzeri | |
| 6) Sosyal güvenceniz var mı? | |
| a) Evet | b) Hayır |
| 7) Eşinizin eğitim durumu: | |
| a)Okur yazar değil | b) Okur yazar |
| c) İlkokul mezunu | d) Orta okul / lise mezunu |
| e) Üniversite mezunu | f) Lisans üstü / mezunu |
| 8) Eşinizin mesleği: | |
| a) İşçi | c) Devlet memuru |
| d) Esnaf | e) Özel sektör |
| f) Diğer | |
| 9) Yaşadığınız konutun mülkiyet durumu: | |
| a) Kendi evi | b) Kira |
| c) Kira ödemededen oturuyor | |
| Anneye Ait Obstetrik Bilgiler : | |
| 1) Gebeliğiniz planlı mıydı? | |
| a) Evet | b) Hayır |
| 2) Akraba evliliğiniz var mı? | |
| a) Var | b) Yok |
| 3) Doğuma hazırlık eğitimi aldınız mı? | |
| a) Evet | b) Hayır |
| 4) Şu an kaçınıcı doğumunuzu yaptınız? | |
| a) 1 | b) 2 |
| c) 3 | d) 4 ve üzeri |

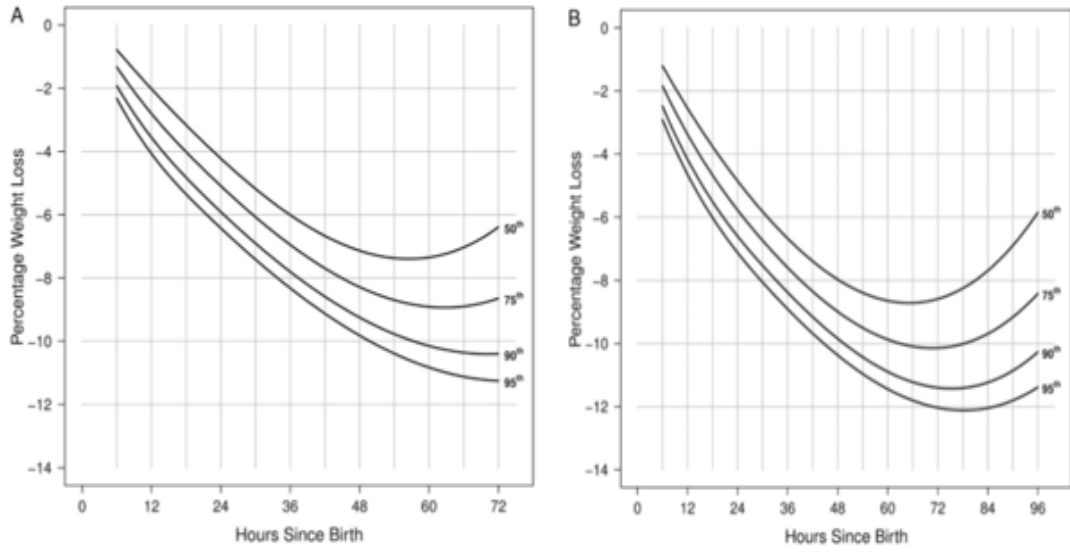
| |
|--|
| 16) Doğumdan sonra ilk emzirme saati: |
| 17) Süt salınımını arttırıcı herhangi bir şey kullanıyor musunuz? a) Evet (.....) b) Hayır |
| 18) Annenin öğün sayısı : * İlk 24 saat: Ana öğün :..... Ara öğün : * 24-48 saat: Ana öğün :..... Ara öğün : |
| 19) Annenin günlük aldığı sıvı miktarı (lt) : * İlk 24 saat : PO: IV: *24-48 saat: PO: IV: |
| Bebeğe Ait Bilgiler: |
| 1) Protokol numarası: |
| 2) Cinsiyeti: a) Kız b) Erkek |
| 3) Gestasyon yaşı: *Term sınıflaması: |
| 4) Doğum Kilosu:gr |
| 5) *Baş çevresi :cm * Boy:cm |
| 6) APGAR puanı: *1. dakika: *5. dakika: |
| 7) Kord klemleme zamanı: A) 30 saniyeden kısa b) 30 saniyeden uzun c) Kord sıvazlama |
| 8) 24. saat tartısı: * Kilo kaybı yüzdesi: * Persentili: *Beslenme şekli: a)Anne sütü b)Anne sütü + mama c) Mama |
| 9) 48. saat tartısı: * Kilo kaybı yüzdesi: * Persentili: *Beslenme şekli: a)Anne sütü b)Anne sütü + mama c) Mama |
| 10) 72. saat tartısı: *Kilo kaybı yüzdesi: * Persentili: |

| | | | |
|---------------------------------------|--------------|--------------------|---------|
| *Beslenme şekli: | a)Anne sütü | b)Anne sütü + mama | c) Mama |
| 11) İlk 24 saat içinde | | | |
| *İdrar sayısı : | | | |
| *Mekonyum sayısı / Karakteri : | | | |
| 12) İlk 48 saat içinde | | | |
| * İdrar sayısı : | | | |
| *Mekonyum sayısı / Karakteri : | | | |
| 13) Bebeğiniz günde kaç saat uyuyor ? | | | |
| | | | |
| 14) Hastanede kalma süresi: | | | |
|saat | | | |

Ek-2: LATCH Ölçeği

| Değerlendirme Kriterleri | Puanlama | | |
|--|--|---|---|
| | 0 | 1 | 2 |
| Memeyi tutma (Latch on breast) | Uyur ya da isteksizdir, memeyi tutmayı başaramaz | Tekrar dener, meme ucunu ağzına alır, emme hareketi görülür | Areolayı da ağzına alacak şekilde memeyi tutar, ritmik bir şekilde emer. Dudak dışı dönüktür. |
| Bebeğin yutma hareketinin görülmesi (Audible swallowing) | Yok | Birkaç emme hareketi görülür. | Yutma sırasında kısa süreli güçlü ekspirasyonlar görülür. |
| Meme ucunun tipi (Type of nipple) | Çökük | Düz | Uyarıyla dışarı çıkmış |
| Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı (Comfort breast /nipple) | Engorjman, çatlak, kanama, eziklik | Doku kızarık, küçük ezikler, rahatlıkta azalma | Yumuşak göğüsler ve annede rahatlık. |
| Bebeği tutuş pozisyonu (Hold) | Tamamen yardımla | Minimal yardım | Yardımsız |

Ek-3: Fizyolojik Kilo Kaybı Persentil Eğri Grafiği



Ek-4: Etik Kurul İzni

| T.C. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ | | GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU | | EUA European University Association | | BSE SERVATORY | |
|--|---------------------------------------|--|-------------------------------------|--|----------------------|------------------|--|
| Etik Kurul Bilgileri | Adı | Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu | | | | | |
| | Adres | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ | | | | | |
| | Telefon | 0262 303 74 50 | | | | | |
| | Faks | 0262 303 74 63 | | | | | |
| | E-Posta | gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr | | | | | |
| Başvuru Bilgileri | Araştırmacının Adı | Yenidoğanlarda Fizyolojik Kilo Kaybının Değerlendirilmesinde Persentil Eğrisinin Kullanımı | | | | | |
| | Araştırma Proje Numarası | KÜ GOKAEK 2017/164 | | | | | |
| | Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı | Doç. Dr. Ayla ERGİN | | | | | |
| | Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı | Ebelik | | | | | |
| | Araştırma Merkezi | T. C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik EAH Kadın Doğum Servisi/Yenidoğan Çocuk Servisi | | | | | |
| | Destekleyici | | | | | | |
| | Araştırmacının Türü | Yüksek Lisans Tezi | | | | | |
| | Araştırmaya Katılan Merkezler | Tek Merkezli | Çok Merkezli | Ulusal | Uluslararası | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Değerlendirilen Belgeler | Belge Adı | Var | Yok | Açıklama | | | |
| | Başvuru Dilekçesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Başvuru Formu | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Araştırmacının Türü | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gözlemsel/Anket Çalışması | | | |
| | Araştırma Protokolü | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Kullanılacak Form Örnekleri | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Aydınlatılmış Onam Formu | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Araştırma Bütçesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Literatür Örneği | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Taahhütname | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | İzin Belgeleri | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Başhekimlik Onayı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Özgeçmişler | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Değişiklik Bilgi Formu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Proje Sonuç Formu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Diğer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu | | | | Belge Kodu | Rev. Tarihi / No.su | Sayfa | |
| | | | | Onay formu | 21.09.2016/KDGEK01.1 | 1/2 | |

| | | | |
|-----------------|---|--------------------|-------------------|
| Karar Bilgileri | Karar No: KÜ GOKAEK 2017/96 | Proje No: 2017/164 | Tarih: 05/07/2017 |
| | Doç. Dr. Ayla ERGİN sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan, <input checked="" type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.* | | |

| | |
|-------------|--|
| Dayanakları | Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi |
|-------------|--|

Etik Kurul Üyeleri

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile İlişki | | Toplantıda Bulunma | | İmza |
|--|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| | | | E | K | E | H | E | H | |
| Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye | Genel Cerrahi | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye | Restoratif Diş Tedavisi | Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Doç. Dr. Canan Baydemir Üye | Biyostatistik | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Doç. Dr. Selcen Göçmez Üye | Farmakoloji | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Doç. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye | Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye | Histoloji ve Embriyoloji | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör | Tıp Tarihi ve Etik | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye | Biyokimya | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |

* Gerekeçe ve öneriler:

| | | | |
|--|------------|-----------------------|-------|
| KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu | Belge Kodu | Rev. Tarihi / No.suz | Sayfa |
| | Onay formu | 21.09.2016/KOGEK/01.1 | 2/2 |

Ek-5: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 37212186-774.99
Kona : Bilimsel Araştırma
(Nazmiye YILDIRIM)

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

Kocaeli Üniversite Hastanesi Kat:3 Ummanpe Yerleşkesi 41380, Kocaeli

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nazmiye YILDIRIM'ın Doç. Dr. Ayla ERGİN danışmanlığında "Yenidoğanlarda Fizyolojik Kilo Kaybının Değerlendirilmesinde Percentil Eğrisinin Kullanımı" başlıklı çalışmada kullanacağı anketi Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama talebi Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuzca değerlendirilmiş olup, 06/11/2017 tarihli komisyon toplantısında alınan kararla çalışmanın Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür. Söz konusu çalışmanın onay tarihinden itibaren 31 Ocak 2018'e kadar tamamlanması ve çalışmanın bitiminde bir nüshasının tarafımıza gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Muhammed ATAĞ
Müdür a.
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

