



T.C.

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

0-24 AYLIK BEBEĞİ OLAN ANNELERİN ANNE SÜTÜ VE
EMZİRME KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. HÜLYA ŞAHAN

KAYSERİ 2008



T.C.

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

0-24 AYLIK BEBEĞİ OLAN ANNELERİN ANNE SÜTÜ VE
EMZİRME KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. HÜLYA ŞAHAN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Selçuk MISTIK

KAYSERİ 2008

Sabrından ve katkılarından dolayı Eşime,

Eğitimimde, yetişmemde katkıları olan, desteğini esirgemeyen;

Prof. Dr. Hasan Basri Üstünbaş'a, Doç. Dr. Selçuk Mıstık'a, Yrd. Doç. Dr. M. Mümtaz Mazıcıoğlu'na,

Rotasyonlarımız sırasında emeği geçen tüm öğretim görevlilerine ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Çalışmayı yürütürken veri toplama sırasında yanımda yer alan ve yardımlarını esirgemeyen Pınarbaşı Merkez Sağlık Ocağında görev yapan Ebe Aysel Özkan'a, Ebe Nedime Durak'a ve Bünyamin Somyürek Sağlık Ocağında görev yapan ebe hanımlara,

Anabilim Dalımızda görevli hemşire Kadriye Baytekin'e, sekreter Medine Taşar'a ve Hizmetli Ahmet Çetinçivi'ye....

TEŞEKKÜRLER...

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1. TEŞEKKÜR.....	i
2. KISALTMALAR.....	v
3. TABLOLAR LİSTESİ.....	vii
4. ŞEKİL LİSTESİ.....	x
5. ÖZET.....	xi
6. SUMMARY.....	xiii
7. GİRİŞ.....	1
8. GENEL BİLGİLER.....	7
8.1. Meme Anatomisi ve Laktasyon Fizyolojisi.....	7
8.2. Emzirme Tekniği.....	10
8.3. Anne Sütü Alımının Yetersiz Olduğunu Gösteren Bulgular.....	12
8.4. Emzirmede Karşılaşılan Sorunlar.....	14
8.4.1. Aşırı ağlama.....	14
8.4.2. Meme başı çatlağı.....	14
8.4.3. Göğüslerde süt birikmesi.....	14
8.4.4. Kanalda tıkanıklık.....	14
8.4.5. Mastit.....	14
8.4.6. Meme apsesi.....	15
8.4.7. Annenin ilaç kullanması.....	15

8.5. Memenin Reddedilmesi.....	15
8.5.1. Bebekte hastalık, ağrı veya sedasyon.....	15
8.5.2. Emzirme tekniği ile ilgili sorunlar.....	15
8.5.3. Bebeğin düzeniyle ilgili değişiklikler.....	16
8.5.4. Görünüşte ret.....	16
8.6. Anne Sütünün Verilemediği Durumlar.....	16
8.7. Anne Sütünün Saklanması.....	17
8.8. Başarılı Emzirme İçin On Adım.....	18
8.8.1. 1. ve 2. Adım.....	18
8.8.2. 3. Adım.....	19
8.8.3. 4. Adım.....	19
8.8.4. 5. Adım.....	20
8.8.5. 6. Adım.....	20
8.8.6. 7. Adım.....	21
8.8.7. 8. Adım.....	21
8.8.8. 9. Adım.....	21
8.8.9. 10. Adım.....	22
8.9. Yapay Beslenmenin Tehlikeleri.....	22
8.10. Anne Sütünün İçeriği.....	23
8.10.1. Kolostrum.....	24
8.10.2. Olgun Süt.....	25
8.10.2.1. Karbonhidratlar.....	25
8.10.2.2. Proteinler.....	26

8.10.2.3. Anti-Enfektif Unsurlar.....	27
8.10.2.4. Yağlar.....	28
8.10.2.5. Vitaminler.....	29
8.10.2.6. Mineraller.....	29
8.10.3. Anne Sütü ve Emzirmenin Anne ve Bebek Açısından faidaları.....	30
8.10.4. Türkiye’de Emzirme Durumu.....	38
9. AMAÇ ve YÖNTEM.....	40
10. BULGULAR.....	42
11. TARTIŞMA.....	58
12. SONUÇ.....	65
13. KAYNAKLAR.....	67
14. EKLER.....	72
14.1. EK-1: Mama Kodları ve Standartlar; Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanmasıyla İlgili Yasa.....	72
14.2. EK-2: Erciyes Üniversitesi Hastaneleri Emzirme Politikası.....	75
14.3. 0-24 Aylık Bebeği olan Annelere Uygulanan Anket Formu.....	78

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BÖH	Bebek ölüm Hızı
c-AMP	Siklik Adenozin Mono Fosfat
Ca	Kalsiyum
CEDAW	Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Anlaşması (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women)
CMV	Sitomegalovirus
DHA	Dokozahexaenoik Asit
dl	desilitre
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSA	Dünya Sağlık Asamblesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EPA	Eikosapentaenoik Asit
ETF	Ev Halkı Tespit Fişi
g	gram
GnRH	Gonadotropin Releasing Hormon
HIV	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
IgAs	Sekretuar Immünglobulin A
IgG	Immünglobulin G
IgM	Immünglobulin M

ILO	International Labour Organization (Uluslararası İş Örgütü)
IU	International Unit
K	Potasyum
Kcal	kilokalori
L	Litre
Mcg	mikrogram
mg	miligram
ml	mililitre
Na	Sodyum
P	Fosfor
ppm	Parts Per Million (milyonda bir birim)
PNL	Polimorf Nükleuslu Lenfositler
Se	Selenyum
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TRH	Tirotropin Releasing Hormon
TSH	Tirotropin Stimulating Hormon
UDP	Uridin di-fosfat
UHY-ME	Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocukları Koruma Fonu
Zn	Çinko

TABLolar LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Türkiye’de 1971-2007 Yıllarında Bebek Ölüm Hızları.....	3
Tablo 2: Türkiye’de 1988-2006 Yılları için Beş-Yaş Altı Ölüm Hızları.....	3
Tablo 3: Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 20 Hastalığın 0-14 Yaş Grubunda Cinsiyete Göre % Dağılımı.....	5
Tablo 4: İnsan Sütündeki Anti-enfeksiyöz Unsurlar.....	28
Tablo 5: İnsan ve İnek Sütünün Bileşimi.....	31
Tablo 6 : Türkiye’de yaşa göre emzirilme durumu; TNSA-2003.....	38
Tablo 7: Çalışma kapsamına alınan annelerin demografik özellikleri.....	43
Tablo 8: Bebeklerin demografik özellikleri.....	44
Tablo 9: Ailelerin demografik özellikleri.....	45
Tablo 10 : Kırsal ve kentsel alanda emzirme durumu.....	45
Tablo 11 : Annenin eğitim düzeyi ve antenatal sağlık bakımın verildiği sağlık kuruluşu.....	46
Tablo 12 : Annenin eğitim düzeyi ve antenatal bakım sıklığı.....	46
Tablo 13: Kırsal ve kentsel alanda emzirme kararını verme zamanı.....	47
Tablo 14: Annenin eğitim düzeyi ve emzirme kararını verme zamanı.....	47
Tablo 15: Annelerin emzirme kararını verme zamanı ve anne sütü dışında ek gıdaya başlama zamanı.....	48
Tablo 16: Kırsal ve kentsel alanda annelerin anne sütü dışında ek gıdaya başlama zamanı.....	48
Tablo 17: Bebeklerin yaş gruplarına göre ek gıdaya başlama zamanı.....	49

Tablo 18: Kırsal ve kentsel alanda annelerin ek gıdaya başlama nedenleri.....	49
Tablo 19: Aile yapısı ve ek gıda başlama zamanı.....	50
Tablo 20: Babaların eğitim durumu ve anne sütü dışında ek gıdaya başlama zamanı.....	51
Tablo 21: İlk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda verme durumu ve anne sütü dışında ek gıdaya başlama zamanı.....	51
Tablo 22: Kırsal ve kentsel alanda ilk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda verme durumu.....	52
Tablo 23: Doğum şekli ile bebeklerin ilk bir saat içinde emzirilme durumu.....	52
Tablo 24: Kırsal ve kentsel alanda ilk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında hangi gıdalar verildi.....	52
Tablo 25: 0-3 aylık bebeklerde ilk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda verme durumu ve anne sütü dışında ek gıdaya başlama zamanı.....	53
Tablo 26: 3-6 aylık bebeklerde ilk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda verme durumu ve anne sütü dışında ek gıdaya başlama zamanı.....	53
Tablo 27: Annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi alma durumu ve anne sütü dışındaki gıdaya başlama zamanı.....	54
Tablo 28: Annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgiyi kimden aldığı ve anne sütü dışında ek gıdaya başlama zamanı.....	54
Tablo 29: Kırsal ve kentsel alanda anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi alma durumu.....	55
Tablo 30: Kırsal ve kentsel alanda emzirme anne sütü ve emzirme ile ilgili bilginin kimden alındığı.....	55

Tablo 31: Kırsal ve kentsel alanda bebeklerin emzirilme sıklığı.....	56
Tablo 32: Annenin eğitim düzeyi bebeklerin emzirilme sıklığı.....	56
Tablo 33: Annenin eğitim düzeyi ve doğum yapma şekli.....	56
Tablo 34: Annenin eğitim düzeyi ve doğum yapma şekli.....	57

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Türkiye’de Bebek, Çocuk ve Beş-Yaş Altı Ölüm Hızları (1988-2003).....	4
Şekil 2: Memenin anatomisi (DSÖ-UNICEF).....	8
Şekil 3: Doğru emme pozisyonu (DSÖ-UNICEF).....	11
Şekil 4: Doğru ve yanlış emzirme arasındaki farklar (DSÖ-UNICEF).....	12

ÖZET

Yaşamın erken aylarında tek başına anne sütüyle beslenme infant sağkalımında artış ve ishaller hastalıklar başta olmak üzere hastalık riskinde azalma ile yakından ilişkilidir. Eğer anne ilk 6 ay sadece anne sütüyle besler ve sonrasında ek gıdalarla birlikte emzirmeye devam ederse ek olarak 1.3 milyon yaşamın daha korunacağı tahmin edilmektedir.

Türkiye’de anne sütü ile beslenme durumunu saptamaya yönelik yapılan çalışmalarda bebeklerin tamamına yakınının anne sütü ile beslendiği tespit edilmiştir. Ülkemizde sorun bebeklerin anne sütü ile beslenme oranlarının düşük olması değil ek gıdalarla beslenmeye çok erken veya çok geç başlanmasıdır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)-2003 sonuçlarına göre ilk 6 ayda her beş çocuktan biri sadece anne sütü ile beslenmektedir.

Bu çalışmada Kayseri ilinde kırsal ve kentsel alanda bebeklerin tek başına anne sütü ile beslenme durumu, ek gıdalara başlanma zamanı ve annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması amaçlanmıştır. Ayrıca varsa eksikliklerin saptanması ve bu eksikliklerin giderilmesine yönelik programlar oluşturulmasına katkıda bulunulması da hedeflenmiştir.

Çalışmaya toplam 363 anne katıldı. Katılımcıların 140’ı (%38.6) Pınarbaşı ilçesinde, 223’ü (61.4) Bünyamin Somyürek Sağlık Ocağı bölgesinde yaşamaktaydı.

Annelerin yaş ortalaması 27.53 ± 5.16 idi. Bebeklerin yaş ortalaması 8.49 ± 6.52 ay idi. Annelerin %99.2'sinin (n=360) bebeğini bir süre emzirmiş olduğu gözlemlendi. Annelerin %23.3'ü ilk bir ay içinde ek gıdaya başlamaktadır ve kentsel alanda ilk bir ay içinde ek gıdaya başlama oranı daha yüksektir (p=0.001). Üç-altı aylık bebeklerde henüz ek gıda başlanmayan, sadece anne sütü alan bebeklerin oranı %46.6'ya düşmüştür (p=0.001).

Ek gıda başlama zamanını etkileyebilecek faktörler araştırıldığında geniş aile yapısı, babanın eğitim düzeyi, emzirme kararının erken dönemde verilmesinin ve doğumdan sonra prelakteal gıda verilme durumu ile ek gıda başlama zamanı arasında ilişki olduğu ancak annenin yaşı, eğitim durumu, anne sütü ve emzirme konusunda eğitim alma durumunun ve eğitimi kimden aldığı ek gıdaya başlama zamanını etkilemediği gözlemlendi.

Başarılı bir emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için kadınların gebelikleri süresince ve doğumdan sonraki dönemde sadece aileleri ve toplum tarafından değil aynı zamanda bütün sağlık sistemi tarafından da desteklenmesi gerekir.

Sadece anne ve anne adaylarına değil onların ailelerine de her fırsatta gerekli eğitim verilmeli ve verilen bu eğitimin davranış değişikliğine yol açıp açmadığının da yakın birer takipçisi olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: anne sütü, emzirme

SUMMARY

Within the early months of life exclusively breastfeeding is associated with increased infant survival and reduced risk of illness, especially diarrheal diseases. If mothers feed her baby with only breast milk during the first six months of life and then continue breastfeeding with complementary foods 1.3 million additional lives could be saved annually.

Studies in Turkey showed that nearly almost all of the babies were fed with breast milk. The main problem in Turkey is starting with foods and drinks other than breast milk too early or too late –is not low breastfeeding rates. According to results of Turkey Health and Populations Survey in 2003, only one of five child had been exclusively feeding with breast milk in first six months of life.

In this study it was aimed to determine the rates of exclusively breastfeeding and the time of starting complementary feeding and mother's knowledge about breastfeeding and mother's feeding behavior of their babies in rural and urban areas in Kayseri. In addition if there is any deficiency in knowledge and practise, it was aimed to assist in developing new programme to solve these problems.

In this study 363 mothers were enrolled, 140 of the mothers (%38.6) were living in Pınarbaşı and 223 of them (%61.4) were living in the region of Bünyamin Somyürek Health Care Center. Mean age of mothers was 27.53 ± 5.16 years and mean age of babies was 8.49 ± 6.52 months. It was found that 360 of participants (%99.2)

fed their babies with breast milk. 23.3 percent of mothers started complementary feeding within the first month and in urban area the rate of starting complementary feeding within the first month was higher than rural area($p=0.001$). The exclusively breastfeeding rate was reduced %46.6 among babies who were 3-6 months age ($p=0.001$).

The factors that could be affected the time of starting complementary feeding include living with babies father's family, father's education level, making decision breastfeeding earlier and giving prelacteal foods. There were no significant association with time of starting complementary feeding and mother's age, mother's education level, taking any information about breastfeeding and who gave this information to mothers.

To promote and to carry on succesful breastfeeding mothers should be supported during pregnancy and postpartum period by not only their families and population but also health care system.

All health care providers should give education not only to mothers and pregnant women but also to their families and should follow up whether this education lead to behavioral changing.

Key words: human milk, breastfeeding

GİRİŞ

Emzirme insan türünün hayatta kalması ve annelik sembolünün anahtarıdır. Pek çok sağlık çalışanı ve toplum tarafından bir yaşam tarzı olarak algılanmasına rağmen sosyal, moral ve biyomedikal çatışmalarla yüklü bir konudur (1).

Doğumdan sonra ilk 6 ay boyunca bebeğin fizyolojik ve psikososyal ihtiyaçlarını tek başına karşılamaya yeten anne sütü, anne ve bebek bağının kurulmasında da önemli rol oynar (2).

Hem kadın hem de infant için emzirmenin sağlık ve psikososyal açıdan faydalarının sayılamayacak kadar çok olmasına rağmen bütün dünyada şu anki emzirme oranları optimal olmaktan çok uzaktır. Ne yazık ki endüstrileşmiş toplumlarda pek çok kadın yeni doğan bebeğini ticari formül mamalarla beslemektedir. Emzirmeyi savunanlar tarafından bile “modern yaşamın gerçeği” olarak kabul edilmesi, formül mama reklâmlarının artması 1930’lardan sonra formül mama satışlarında artışa ve emzirme oranlarının hızla düşmesine neden olmuştur. Bebeği ticari formül mama ile beslemenin anneye daha fazla özgürlük tanınması, bebeğin beslenme aralıklarının kontrolüne ve bebeğin ne kadar besin aldığına bilinmesine olanak sağlaması, endüstrileşmiş ülkelere yeni gelen göçmenlerde veya az gelişmiş ülkelere yaşayan kadınlarda modernlik imajı oluşturması emzirmeden uzaklaşılmasına neden olmuştur (1).

Yaşamın erken aylarında tek başına anne sütüyle beslenme infant sağ kalımında artış ve ishali hastalıklar başta olmak üzere hastalık riskinde azalma ile yakından ilişkilidir (3). Tek başına anne sütüyle beslenme vitamin, mineral desteği

veya tedavi amaçlı ilaç içeren hap veya şuruplar hariç diğer sıvı ve katı gıdaları almaksızın sadece kendi annesinin sütü veya sütanne sütü veya sağılarak anne sütü ile beslenmesi olarak tanımlanmaktadır. Anne sütü ağırlıklı beslenme infant beslenmesinin büyük kısmını anne sütünün oluşturduğu ancak infantın su, su bazlı içecekler (şekerli su ve tatlandırılmış çaylar, bitki çayları), meyve suları, oral rehidratasyon sıvıları ve geleneksel sıvıları (sınırlı miktarlarda) da alabildiği beslenme olarak tanımlanır (4). Anne sütü ile beslenmenin uygulanamadığı koşullarda inek sütü ve inek sütünden imal edilmiş ve bileşimi anne sütüne benzeyecek şekilde değiştirilmiş formül sütler (çocuk mamaları) ile beslenme ise yapay beslenme olarak adlandırılır (5).

Emzirmenin yıllık olarak 5-6 milyon çocuğu sık görülen enfeksiyon hastalıklarından koruduğu tahmin edilmektedir. Lancet Çocuk Sağkalım serilerine göre eğer anne ilk 6 ay sadece anne sütüyle besler ve sonrasında ek gıdalarla birlikte emzirmeye devam ederse ek olarak 1.3 milyon yaşamın daha korunacağı tahmin edilmektedir (5,6). Isı regülasyonu için erken dönemde emzirme ve tamamlayıcı beslemeyle birlikte emzirme ek 800.000 yaşamı koruyacaktır. Sadece anne sütüyle beslenme sağlanmadığı için her gün 3500 çocuk gereksiz yere ölmekte ve optimal düzeyde infant ve küçük çocuk beslenmesi olmadığında her gün toplam 5750 çocuk ölümü gerçekleşmektedir (6). Bu nedenle optimal büyüme, gelişme ve sağlık için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşamın ilk 6 ayında tek başına anne sütü ile beslenmeyi önermektedir (3).

Bir toplumun sağlık düzeyini değerlendirmek için kullanılan bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm hızı gibi bazı sağlık ölçütleri vardır. Son birkaç yıllık dönemde Türkiye bebek ölüm hızlarını (BÖH) azaltma konusunda önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Bin dokuzyüz yetmişli yıllarda 1000 canlı doğumda 150 iken 2003'te 1000 canlı doğumda 29'a kadar düşmüştür. Buna rağmen Türkiye'deki bebek ölüm hızı Avrupa Birliği ortalaması (1000 canlı doğumda 8) ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde yüksektir. (Tablo 1) (7).

Tablo 1: Türkiye’de 1971-2007 Yıllarında Bebek Ölüm Hızları (7).

<i>Yıllar</i>	<i>Bebek Ölüm Hızı (binde)</i>	<i>Yıllar</i>	<i>Bebek Ölüm Hızı (binde)</i>
1971*	134	1993	52.6
1973*	123	1998	42.7
1975*	112	2003	29
1977*	102	2004	24.6
1979*	96	2005	23.6
1983	95.31	2006	22.6
1988	77.72	2007	21.7

Kaynak: * Trends in Fertility and Mortality in Turkey US-NRC Yayını ve DPT Beş Yıllık Kalkınma Plan Tahminleri
1983 Turkish Population and Health Survey 1979-1982 periyod hesaplamasıdır.
1988 Turkish Population and Health Survey
1993, 1998, 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
2004, 2005, 2006, 2007 Türkiye İstatistik Kurumu Tahminleri

Günümüzde çocuk sağlığı ve hizmetlerine ilişkin göstergelerin başında yer alan Beş-Yaş Altı Ölüm Hızı 1988 yılında binde 97.4 iken 2006 yılı tahminlerine göre binde 25.14 olarak hesaplanmıştır ve bu oran da Avrupa Birliği ülkelerinin ortalamasının oldukça üzerindedir (Tablo 2 ve Şekil 1). Çocukluk çağı ölüm nedenlerine bakıldığında ülkemizde halen önlenebilir ölüm nedenleri olan perinatal ölümler, alt solunum yolu enfeksiyonları, konjenital anomaliler, ishal ve menenjitler ilk beş sırada yer almaktadır (Tablo 3) (7,8).

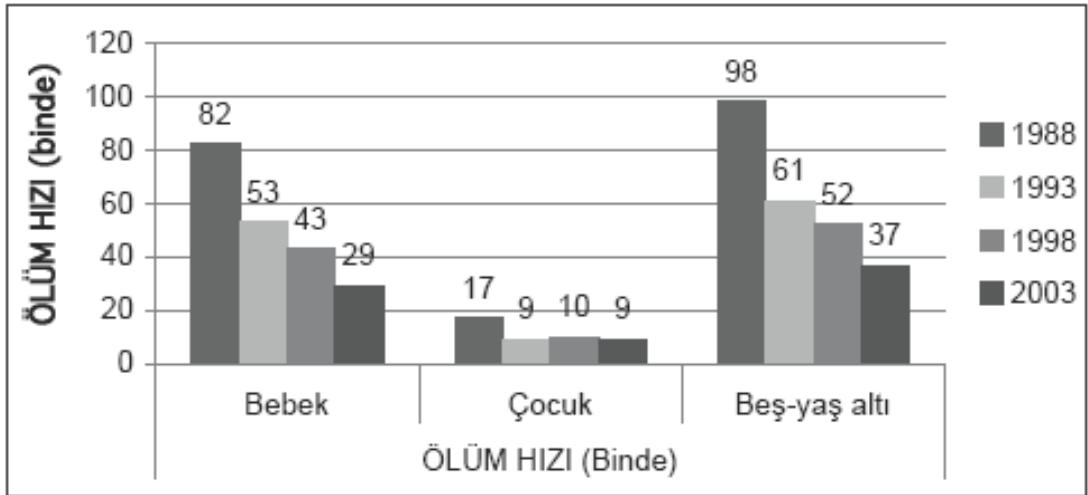
Tablo 2: Türkiye’de 1988-2006 Yılları için Beş-yaş altı Ölüm Hızları (7).

<i>Yıllar</i>	<i>Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (binde)</i>
1988*	97.4
1993*	60.9
1998*	52.1
2003*	37
2004**	27.42
2005**	26.25
2006**	25.14

Kaynak: *Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları,
**Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr) , 2007

Birleşmiş Milletler Çocukları Koruma Fonu (UNICEF) Türkiye verilerine göre ülkemizde ilk 6 ayda sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı %1.3'tür. Beş yaşın altındaki çocukların %25'inde beslenme eksikliği görülmektedir. Türkiye nüfusunun yaklaşık %15'i beş yaşın altındadır ve bu çocukların 63.000'i her yıl önlenebilir hastalıklardan dolayı hayatını kaybetmektedir. Bunların da 50.000'i 1 yaşın altındadır (9).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1988-2003 araştırmalarının sonuçlarına göre bebek, çocuk ve beş yaş altı ölüm hızları Şekil 1'de verilmiştir. Buna göre 1988 yılında binde 82 olan bebek ölüm hızı 2003 yılında binde 29'a düşmüştür. Yine beş yaş altı ölümler 1993 yılında binde 61 iken 2003 yılında binde 37 olarak saptanmıştır (8).



Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1988-2003

Şekil 1: Türkiye'de Bebek, Çocuk ve Beş-Yaş Altı Ölüm Hızları (1988-2003) (8).

Tablo 3: Türkiye Ulusal Düzeyde Ölümüne Neden Olan İlk 20 Hastalığın 0-14 Yaş Grubunda Cinsiyete Göre % Dağılımı (7).

	Toplam	%	Erkekler	%	Kadınlar	%
1	Perinatal Nedenler	37,6	Perinatal Nedenler	37,2	Perinatal Nedenler	38,1
2	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	14,0	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	13,7	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	14,4
3	Konjenital Anomaliler	10,3	Konjenital Anomaliler	10,7	Konjenital Anomaliler	10,0
4	İshalle Seyreden Hastalıklar	8,4	İshalle Seyreden Hastalıklar	8,3	İshalle Seyreden Hastalıklar	8,6
5	Menenjitler	2,7	Trafik Kazaları	2,7	Menenjitler	2,7
6	Trafik Kazaları	2,5	Menenjitler	2,7	Kızamık	2,5
7	Kızamık	2,2	Kızamık	1,9	Trafik Kazaları	2,2
8	Tüberküloz	1,4	Tüberküloz	1,5	Üst Solunum Yolu Enf.	1,4
9	Üst Solunum Yolu Enf.	1,2	Lösemi	1,3	Protein Enerji Malnütrisyonu	1,3
10	Protein Enerji Malnütrisyonu	1,2	Üst Solunum Yolu Enf.	1,1	Tüberküloz	1,2
11	Lösemi	1,2	Protein Enerji Malnütrisyonu	1,1	Lösemi	1,1
12	Serebrovasküler Hastalıklar	0,9	Serebrovasküler Hastalıklar	1,0	Kişinin kendini yaralaması	1,0
13	Kişinin Kendini Yaralaması	0,7	Lenfoma ve Multiple Myeloma	0,6	Serebrovasküler Hastalıklar	0,8
14	Lenfoma ve Multiple Myeloma	0,5	Kişinin Kendini Yaralaması	0,5	Lenfoma ve Multiple Myeloma	0,5
15	Demir Eksikliği Anemisi	0,4	Boğulmalar	0,4	Yanıklar	0,3
16	Hepatit B	0,3	Demir Eksikliği Anemisi	0,4	Hepatit B	0,3
17	Boğulmalar	0,3	Düşmeler	0,3	Zehirlenmeler	0,3
18	Düşmeler	0,3	Hepatit B	0,3	Demir Eksikliği Anemisi	0,3
19	Yanıklar	0,3	Yanıklar	0,2	Epilepsi	0,3
20	Zehirlenmeler	0,2	Astım	0,2	Düşmeler	0,3

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yüğü Çalışması, 2003

Yapılan araştırmalarla anne sütünün faydalarının ayrıntılı olarak ortaya konması bebek beslenmesi konusunda dikkatlerin tekrar anne sütü üzerine çekilmesine neden olmuştur. Bebek ölümlerinin azaltılması ve daha sağlıklı nesiller oluşturulması amacıyla DSÖ ve diğer uluslar arası kuruluşlar tarafından 1970'lerden sonra anne sütü ile beslenmenin desteklenmesi ve artırılması amacıyla kampanyalar ve devlet politikaları oluşturulmaya başlanmıştır.

Türkiye'de anne sütü ile beslenme durumunu saptamaya yönelik yapılan çalışmalarda bebeklerin tamamına yakınının anne sütü ile beslendiği tespit edilmiştir. Ülkemizde sorun bebeklerin anne sütü ile beslenme oranlarının düşük olması değil ek gıdalarla beslenmeye çok erken veya çok geç başlanmasıdır (10-13).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 araştırmalarının sonuçlarına göre ilk 6 ayda her beş çocuktan biri sadece anne sütü ile beslenmektedir. Bebek maması ve diğer sıvılara erken başlama yaygındır ve biberon ile besleme tercih edilmektedir (12).

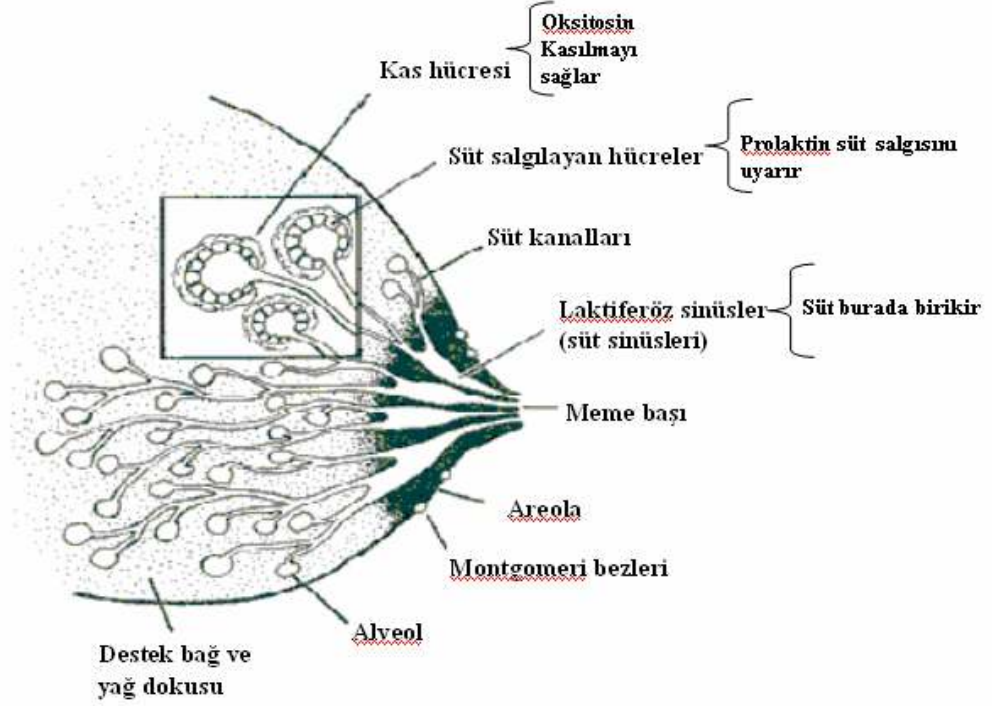
Bu çalışmada Kayseri ilinde kırsal ve kentsel alanda bebeklerin tek başına anne sütü ile beslenme durumu, ek gıdalara başlanma zamanı ve annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması amaçlanmıştır. Ayrıca varsa eksikliklerin saptanması ve bu eksikliklerin giderilmesine yönelik programlar oluşturulmasına katkıda bulunulması da hedeflenmiştir.

GENEL BİLGİLER

Çocukluk çağında sağlıklı beslenme çocuğun sağlıklı yaşamını sürdürebilmesi ve büyüme ve gelişmesi için gereken tüm enerji ve besin öğelerini karşılayan beslenmedir. Çocukların büyüme hızı ve enerji metabolizması yaşa göre değişir. Buna bağlı olarak protein, enerji, vitamin ve mineral gereksinimleri de yaşa göre değişmekte, önerilecek sağlıklı beslenme biçimi de yaşa göre farklılık göstermektedir. Yaşamın ilk 2 yılı büyümenin ve gelişmenin en hızlı olduğu dönemdir. Bu dönemde doğru beslenmenin ileri yaşlara da yansıyan önemli etkileri vardır. DSÖ anne sütü ile beslenmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesini önermektedir (5).

MEME ANATOMİSİ VE LAKTASYON FİZYOLOJİSİ

Meme gelişimi puberteyle başlar. Bu gelişim kadının aylık menstrüel sikluslarında östrojen tarafından uyarılır, östrojen meme glandlarının büyümesi yanında meme kitlesini oluşturacak olan yağ depolanmasını da uyarır. Gebelik sırasındaki yüksek östrojen düzeylerine bağlı olarak daha fazla büyüme sağlanır. Böylece glandüler doku tam olarak süt üretimine hazır hale gelir.



Şekil 2: Memenin anatomisi (DSÖ-UNICEF)

Gebelik boyunca plasentadan salınan büyük miktarlardaki östrojen memenin duktal sisteminde büyüme ve dallanmaya neden olur. Duktal sistemin gelişmesi için dört hormon daha gereklidir: *büyüme hormonu*, *prolaktin*, *adrenal glukokortikoidler* ve *insülin*. Memenin süt salgılayan nihai bir organ haline gelebilmesi için ise Progesteron gereklidir. Progesteron duktal sistem gelişimini tamamladıktan sonra bu dört hormonla birlikte östrojen ile sinerjistik olarak meme lobüllerinin büyümesine, alveollerin oluşmasına ve alveollerin sekretuar özelliklerinin gelişmesine neden olur. Bu değişiklikler menstrüel siklusun ikinci yarısında progesteronun endometriyum üzerindeki sekretuar etkileriyle eş zamanlı olarak gerçekleşir.

Östrojen ve progesteron meme gelişimi için elzem hormonlar olmasına karşın gerçekte süt salgılanmasını baskırlar. Prolaktin ise bu iki hormonun tam tersine süt salgılanmasını başlatır. Ayrıca gebelik sırasında plasentadan salgılanan human koryonik somatomammotropin, prolaktin gibi laktojenik etkilere sahiptir. Östrojen ve progesteronun baskılayıcı etkisi nedeniyle bebeğin doğumundan önceki ve sonraki birkaç gün içinde çok az miktarda sıvı salgılanır (kolostrum). Kolostrum süt ile aynı miktarlarda protein ve laktoz içerir buna karşılık neredeyse yağ hiç yoktur ve azami üretim hızı süt yapımının yaklaşık 1/100'ü kadardır. Bebeğin doğumundan

sonra plasentadan östrojen ve progesteron salgılanmasının ani kaybı prolaktinin laktojenik etkilerinin ortaya çıkmasına ve kolostrum yerine normal süt yapılmasına neden olur. Süt yapımı için annenin diğer hormonlarının da yeterli düzeyde salgılanması gereklidir. Büyüme hormonu, kortizol, paratiroid hormon ve insülin, süt yapımı için gerekli olan amino asitler, yağ asitleri, glukoz ve kalsiyum temini için gereklidir.

Bebeğin doğumundan sonra prolaktin düzeyleri gebelik öncesi normal düzeylerine döner. Ancak annenin bebeği emzirmesi durumunda meme uçlarından hipotalamusa gönderilen uyarılar prolaktin düzeylerinde 10-20 kat artışa neden olur. Bu artışlar anne bebeğini emzirdiği sürece süt yapımının devamlılığını sağlar. Hipotalamik veya hipofizer bir hasar nedeniyle bu prolaktin artışı yoksa veya engellenirse veya anne bebeğini emzirmeye devam etmezse memeler yaklaşık 1 hafta içinde süt üretme özelliğini kaybeder. Normalde süt yapımı 7-9 ay sonra azalmaya başlar ancak bebek emzirildiği sürece süt üretimi birkaç yıl boyunca devam edebilir.

Prolaktin ön hipofizden salgılanır. Salgılanması esas olarak hipotalamusta arkuat nükleus tarafından sentezlenen prolaktin inhibe edici hormon (dopamin) tarafından kontrol edilir. Hipotalamus hasarlanması veya burada sentezlenen dopaminin hipotalamo-hipofizer portal sistem aracılığı ile hipofize ulaşmasında bir engellenme olduğu durumlarda diğer ön hipofiz hormonlarının sentezi azalırken prolaktin sentezi artış gösterir. Emziren kadınlarda prolaktin sentezinin hipotalamik uyarıyla artması aynı zamanda hipotalamustan gonadotropin releasing hormon (GnRH) salgılanmasını da baskılar. Bu nedenle emziren kadınlarda ovaryan siklus ve ovulasyon baskılanmış olur (14).

Meme alveollerinde üretilen sütü bebeğin alabilmesi için sütün öncelikle meme duktuslarına atılması gereklidir. Bu durum bir arka hipofiz hormonu olan oksitosinin de içinde yer aldığı nörojenik ve hormonal refleksler sonucu gerçekleşir. Bebeğin emmeye başlamasıyla birlikte prolaktin sekresyonu ile eş zamanlı olarak arka hipofizden oksitosin sekresyonu da uyarılır. Oksitosin alveolleri çevreleyen miyoepitelyal hücrelerin kasılmasını sağlayarak sütün 10-20mmHg basınçla duktuslara atılmasına neden olur. Böylece bebek emmeye başladıktan yarım ila bir dakika içinde süt akmaya başlar. Bu durum “süt ejeksiyon” veya “süt boşalma” (let-down) refleksi olarak adlandırılır. Annenin süt verme isteği, sevgisi, çocuğunu yakın hissetmesi, ona yakın olması oksitosini uyaran önemli faktörlerdendir. Bebeği

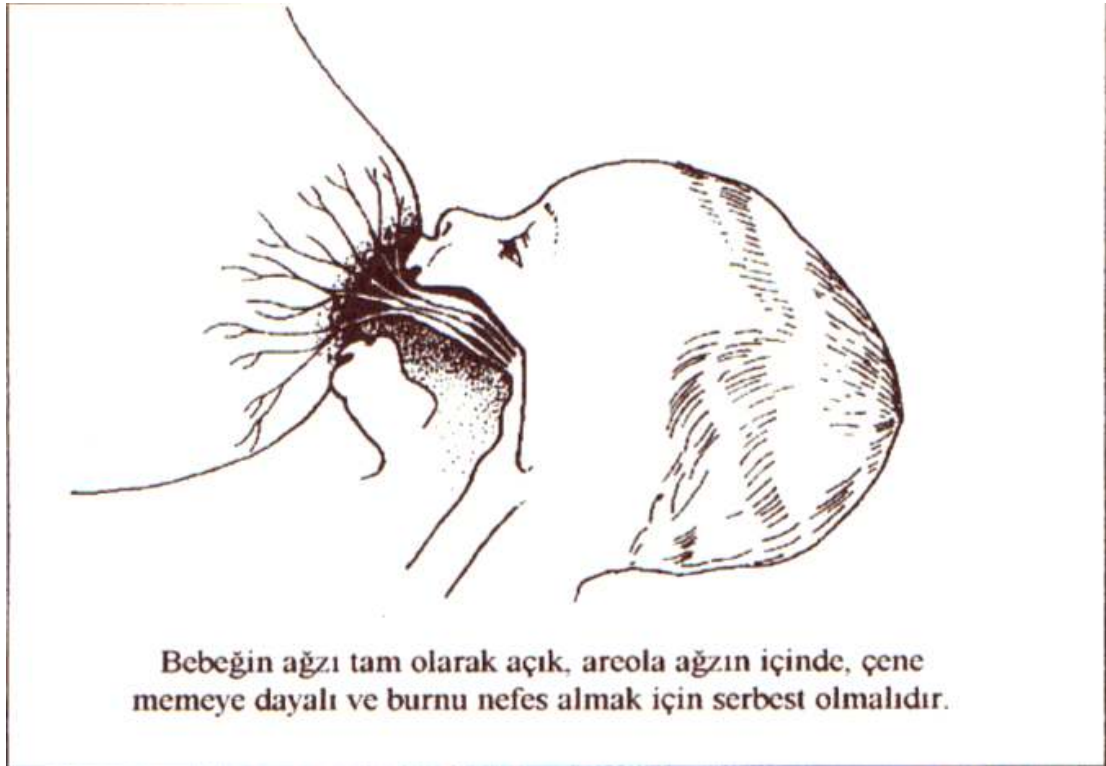
özellikle öğün arasında görmek ve ona dokunmak, ağladığını duymak da refleksi harekete geçirir. Pek çok psikojenik faktör ve hatta sempatik sinir sisteminin uyarılması oksitosin sekresyonunu baskılayabilir ve sütün inmesini bozabilir. Doğum sonrası ağrı ve endişeler, bebeğinden ayrı kalma, sütün yetmeyeceği endişesi oksitosinin baskılanmasına ve sütün dışarı akmasına neden olabilir. Bu durumda “süt gelmiyor, süt yetmiyor” endişesi ile bebeğe şekerli su, formül mama sütlerin verilmesi emmeyi güçleştirir. Bu nedenle bebeklerini emzirme konusunda başarılı olmak isteyen anneler puerperal dönemde desteklenmelidir (14,15).

Oksitosin aynı zamanda uterus kasılmalarını da uyarır. Doğum eyleminin gerçekleşmesi için oksitosine ihtiyaç vardır. Doğum sonrası dönemde ise oksitosin yine uterus kasılmalarını uyararak postpartum dönemde kanamanın daha az olmasına neden olmaktadır. Doğumdan sonraki ilk birkaç gün bebeğin emmesiyle birlikte uyarılan oksitosin salgısı nedeniyle bazen ağrı ve emzirme sırasında vajinal kanama olabilir (15).

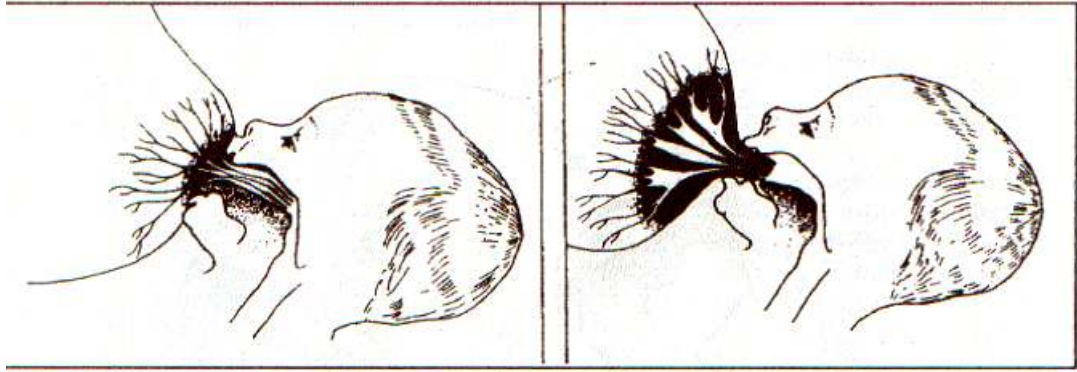
EMZİRME TEKNİĞİ

Annelerde emziklilik döneminde beslenme çok önemli olmakla birlikte annenin süt verimini en çok etkileyen faktör “bebeğin emmesi”dir. Bebeğin emme için ağzını geniş olarak açması, areola ve alttaki dokuyu ağzına alması, meme ucunun iyice çocuğun ağzı içine yerleşmesi sütün dilin gerisine akmasına ve meme ucunun damak ile dil arasına yerleşerek sütün daha iyi sağılmasına neden olur. Bebeğin başı dik, vücut ve kollar anneye dönük, rahat nefes alabilmek için burun deliklerinin açık olacak şekilde annesinin memesine yerleştirilmesi sağlıklı bir emzirmenin başlaması için önemlidir. Areolanın bir kısmının bebeğin ağzında olmaması, bebeğin biberon emer gibi sadece meme ucunu tutması yanlış yerleştirmenin bir göstergesi olup memeye uyarı az verileceğinden ve meme tam olarak boşaltılmamış olacağından süt verimini azaltabilir. Yine yanlış yerleştirme meme başında çatlaklar oluşmasına sebep olabilir (2,5,15). Meme başında çatlak oluşması durumunda emzirme tekniği düzeltilmeli, emzirmeler kısa süreli ancak sık aralıklarla olmalıdır. Az ağrıyan memeden başlanarak emzirme sürdürülmeli, emzirme sağlanamıyorsa süt üretiminin devamını sağlamak için memeler sağılarak boşaltılmalıdır. Meme başı kuru tutulmalı, her emzirmeden sonra az miktarda süt sıkılarak meme başına sürülmelidir (5).

Memeye yanlış yerleştirme konusunda deneyimsiz anne kadar anneye bu yöntemleri öğretecek sağlık personeli de sorumludur. Anne süt verememe, bebek ise süt alamama telaşında huzursuzlaşır; bebek emmeyi reddeder ve ağlar. Sonuçta kolay bir yöntem olan biberon devreye girebilir. Emzirme konusunda anneye destek olunması, annenin rahatlatılması ve özgüven kazandırılması gereklidir. Emzirme süresince annenin kendine güveni kolayca kaybolabilir ve dış etkilere çok açıktır. Bunun sonucunda anne gereksiz yere yapay besin kullanır ve çevresinden gelen yanlış uyarılara ve baskılara boyun eğebilir. Bebeğe zarar verme, hata yapma, kendini bu konuda yetersiz hissetme özgüven azalmasına yol açabilir. Yapılması gereken anneye yardımcı olmak, annenin duygu ve düşüncelerini kabul ederek onu dinlemek ve duygularını anlamaktır. Annenin bebeğine uyguladığı doğru emzirme bilgilerini pekiştirmek ve yanlış emzirme bilgilerini düzeltmek gerekmektedir (15).



Şekil 3: Doğru emme pozisyonu (DSÖ-UNICEF)



İDEAL EMME POZİSYONU

KÖTÜ EMZİRME

Sadece meme ucu bebeğin ağzında, anneden uzak areola tutulmamış ve laktifer sinüsler boşaltılmıyor. Süt veriminin azalmasının temel nedenlerinden biri bebeğe uygun emme pozisyonunun sağlanamamasıdır.

Şekil 4: Doğru ve yanlış emzirme arasındaki farklar (DSÖ-UNICEF)

Emzirme sıklığı ve süresi bebeğin isteğine göre ayarlanmalıdır. Her öğünde bebeğin bir memeyi tamamen boşaltması sağlanmalıdır. Diğer öğünde bebeğin emmediği veya tam boşaltmadığı memeden emzirmeye başlanmalıdır. Emzirmeden önce meme başı karbonatlı su, sabunlu su gibi maddelerle silinmemelidir. Bu tip temizlikler meme başı çatlağına ve bebeğin memeyi tutmasında güçlükler yol açar. Ancak anne emzirmeye başlamadan önce mutlaka ellerini yıkamalıdır (5). Bebeğin emzirmenin başlangıcında gelen önsütten ve emzirmenin sonuna doğru gelen lipitten zengin sonsütten yararlanabilmesi için emzirme süresi en az 10 dakika olmalıdır. Bazı annelerde süt salgılanma refleksinin yerleşmesinin gecikmesi nedeniyle bebeğin emme süresi değişebilir. Bu nedenle emzirmenin sonlandırılmasında bebeğin isteği dikkate alınmalıdır (2).

ANNE SÜTÜ ALIMININ YETERSİZ OLDUĞUNU DÜŞÜNDÜREN BULGULAR

Annelerin bebeklerine anne sütü dışında ek gıda başlamalarının en sık nedeni sütlerinin yetersiz olduğunu düşünmeleridir. Genellikle annelerin çoğu bebeklerinin

ihtiyaçlarından fazla süt üretmektedirler. Bu nedenle gerçekte anne sütü yetersizliği nadir bir durumdur (2). Önemli olan annenin ne kadar süt ürettiği değil bebeğin ne kadar süt aldığıdır (16).

Günde altıdan fazla sigara içen, östrojen ve antidiüretik kullanan kadınların süt yapımlarında azalma olabilir. Annede ciddi malnutrisyon olması, sigara ve alkol kullanımı, annenin tekrar gebe kalması anne sütü yapımını azaltabilir. Memedeki gland hipoplazisine bağlı süt yapım yetersizliği çok nadir bir durumdur (5,16). Ayrıca annenin yetersiz sıvı alımı, bebeği emzirmeye geç başlanması, bebeğin bazı öğünleri atlaması (çok uyuması ve hastalanması gibi), bebeğe anne sütü dışında başka sıvı ve gıdalar verilmesi, bebeğin sabit aralıklarla veya seyrek olarak emzirilmesi, gece emzirmemesi, biberon veya emzik kullanılması, annenin emzirme konusunda endişeli olması, huzursuz olması, annede yorgunluk ve korku, annenin bebeği reddetmesi, annenin emzirmeden hoşlanmaması ve rahatsız olması süt salgılanmasında azalma ile sonuçlanabilir. Böyle durumlarda annenin yeterli sıvı almasının sağlanması, bebeğini sık sık emzirmesi, dinlenmesi ve annenin emzirme yönünden desteklenerek rahatlatılması gerekir (16,17).

Anne sütünün yetersiz olduğunu gösteren güvenilir belirtiler şunlardır:

- Bebeğin doğumdan sonraki 15. günde doğum ağırlığına ulaşamaması
- İlk aylarda ayda 500 gramın altında ağırlık kazanması
- Günde 6 kereden (sıklıkla 4 kereden az) daha seyrek olarak yoğun ve keskin kokulu idrar yapma

Bebeğin uzun süre ve sık emmesi, emdikten sonra tatmin olmaması, sık ağlaması, memeyi reddetmesi, sert, kuru ve seyrek dışkılaması, az miktarda dışkılaması anne süt sağmayı denediğinde süt akması anne sütü yetersizliğini düşündüren olası nedenlerdir. Böyle durumlarda güvenilir belirtiler aranmalı ve bebek tartı yönünden sık aralıklarla izlenmelidir (2,16). Bebeğin kısa süre emzirilmesi bebeğin daha yağlı olan son sütü yeterince alamaması ile sonuçlanır. Son sütü yeterli olarak alamayan bebekte doyumluk hissi olmayacağından bebek sık aralıklarla emmek isteyecektir. Bu durum bebeğin kilo alımı yeterli olmasına rağmen “anne sütü yetersizliği” olarak algılanabilir (16).

EMZİRMEDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Anne sütü ile beslenmenin devamı için emzirme sorunu olan her anne ve bebeğe acil olarak yardım gereklidir. Emzirme sorunu olan annenin öncelikle özgüvene ihtiyacı vardır. Bu nedenle bu konuda anneye yardımcı olunmalı ve annenin emzirme konusundaki çabaları övülerek desteklenmelidir. Anne emzirme sürecinde bazı sorunlarla karşılaşabilir. Bunlar:

1. **Aşırı ağlama:** bebeğin aşırı huzursuz olması, ağlaması çoğu zaman anne sütünün yetmediği biçiminde yorumlanarak erken dönemde ek besinlere başlanmasına neden olmaktadır. Oysa sağlıklı bebekler ilk üç ayda gaz sancıları ya da infantil kolik nedeniyle ağlayabilirler. Gazlı bebeklerde emzirme sonunda bebeğin dik ve yüzü omuza gelecek şekilde tutularak sırtına hafif masajla gaz çıkartmasına yardım edilmelidir.
2. **Meme başı çatlağı:** genellikle yanlış emzirme tekniği nedeniyle oluşur. Emzirme tekniği düzeltilmeli, emzirmeye ara verilmemelidir.
3. **Göğüslerde süt birikmesi:** doğumdan sonra emzirmeye geç başlanması, bebeğin memeyi iyi boşaltamaması, öğün aralarının uzun olması ya da öğün atlanması durumlarında ortaya çıkar. Emzirme tekniği kontrol edilmeli, bebeğin doğru teknikle sık emzirilmesi sağlanmalıdır. Bebek emmekte zorlanıyorsa anne sütü sağılarak memeler bir miktar boşaltılmalıdır.
4. **Kanalda tıkanıklık:** tıkalı kanal göğüste şişlik olarak ele gelir. Bazen kırmızı ve ağrılı olabilir. Süt kanallarının tam boşalmaması, annenin çok dar ya da bol sütyen giymesi, yüzükoyun yatması gibi durumlarda ortaya çıkar. Emzirmeye daima şişliğin olduğu taraftan başlanmalı, emzirme sırasında koltuk altından meme başına doğru masaj yapılmalı, her emzirme sonunda göğüsler iyice boşaltılmalı, şişliğin olduğu bölgeye sıcak kompresler uygulanmalıdır.
5. **Mastit:** meme başı çatlağı veya süt kanalı tıkanıklığı sonrası gelişebilir. Göğüsler şiş, kızarık ve ağrılıdır. Halsizlik, üşüme, titreme ve ateş görülebilir. Tekrarlayan mastit durumlarında kanal tıkanıklığına yol açan tümör gibi durumlar düşünülmelidir. Tedavisinde; emzirmeye ara verilmemeli, sık emzirilmeli ve mastitli

meme önce emzirilmelidir. Memeye yaş sıcak pansuman uygulanmalı, anneye 24 saat kesin istirahat verilmeli, sıvı alımı arttırılmalı ve gerekirse antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Başlanacak antibiyotik stafilokoklara karşı etkili olmalıdır.

6. **Meme absesi:** genellikle iyi tedavi edilmemiş mastite bağlı ortaya çıkar. Acil tedavi edilmesi gereken ağrılı bir durumdur. Antibiyotik tedavisine ek olarak cerrahi drenaj yapılmalıdır. Emzirmeye her iki göğüsle de devam etmenin sakıncası yoktur ve mastitin tekrarlamaması ve emzirmenin başarıyla devamı açısından önemlidir. Ağrı nedeniyle anne emziremiyorsa göğüsler üç saatte bir sağılarak boşaltılmalıdır.
7. **Annenin ilaç kullanması:** genellikle ilaçların anne sütündeki düzeyleri annenin plazma düzeyinden daha düşüktür. Ayrıca bebeğin barsak sisteminden ilacın tamamı da emilmemektedir. Bununla birlikte emziren annelere yenidoğanda da kullanılabilen ilaçların verilmesi tercih edilmelidir (5).

MEMENİN REDDEDİLMESİ

Bazı toplumlarda memenin reddi, emzirmenin sonlandırılmasına sebep olabilen sık görülebilen bir durumdur. Memenin reddi anneyi duygusal yönden strese sokabilir ve anne kendini reddedilmiş hissedebilir. Memeyi reddin nedenleri:

1. **Bebekte hastalık, ağrı veya sedasyon:** enfeksiyon, beyin hasarı, vakum veya forseps uygulamasına bağlı ağrı, bebekte burun tıkanıklığı, ağız içinde moniliya veya diş çıkarma nedeniyle ağrı olması, anneye doğum sırasında verilen ilaçlar veya psikiyatrik hastalık nedeniyle annenin kullandığı ilaçlara bağlı bebeğin sürekli uyuması
2. **Emzirme tekniği ile ilgili sorunlar:** bebeğin biberonla beslenmiş olması, bebeğin memeyi kavraması sırasında başının arka kısmından kuvvetlice tutulup yaklaştırılması, annenin emzirme sırasında memeyi sallaması bebeğin memeyi reddetmesine neden olabilir. Angorjman veya kötü emme pozisyonu nedeniyle az miktarda süt gelmesi veya çok fazla süt gelmesi, emme koordinasyonunda zorluk,

annenin bebeği sadece belirli zamanlarda emzirmesi gibi emzirmede kısıtlama olması da diğer nedenler arasındadır.

3. **Bebeğin dzeneniyle ilgili değişiklikler:** özellikle 3-12 aylık bebeklerde memeyi reddin en sık nedenidir. Bebek birdenbire emmeyi birçok kere reddeder. Bu davranış genellikle “emme grevi” olarak adlandırılır. Muhtemel nedenler arasında anneden ayrılma, yeni bir bakıcı veya çok sık bakıcı değiştirilmesi, taşınma gibi aile düzeninde değişiklikler, annenin kokusunda değişiklik (kullandığı sabun veya parfüm değişikliği gibi nedenlere bağlı), annenin adet görüyor olması, annenin hastalığı veya meme enfeksiyonu sayılabilir.
4. **Görünüşte ret:** özellikle 4-8 aylık olan bebekler ani gürültü gibi dış uyaranlara karşı emmeyi bırakarak tepki verebilirler. Gerçekte memeyi ret anlamına gelmeyen bu durum bebeklerde görülen normal bir davranıştır. Bazen de 1 yaş civarında bebekler kendi kendilerini süttten kesebilirler (18).

ANNE SÜTÜNÜN VERİLEMEDİĞİ DURUMLAR

Anne sütü bebek için en ideal besin olmasına karşın her zaman en iyisi değildir. Emzirmenin kontrendike olduğu durumlar arasında şunlar sayılabilir:

- Klasik galaktozemi (galaktoz 1-fosfat üridil transferaz eksikliği), fenil ketonüri gibi metabolik hastalıklar
- Annede tedavi edilmemiş aktif tüberküloz hastalığı veya human T-lenfotropik virus (HTLV) Tip I veya II pozitifliği olması
- Annenin tanı veya tedavi amaçlı radyoaktif izotop alıyor olması veya radyoaktif materyalle temas ediyor olması
- Annenin antimetabolit veya kemoterapotik ajan alması durumunda ilgili ajan anne sütünden tamamen temizlenene kadar
- Madde kötüye kullanan anneler
- Annenin memesinde Herpes Simplex lezyonu olması (lezyon olmayan diğer memeden emzirebilir)

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) enfeksiyonu olan annelerin emzirmemesi önerilmektedir. Bebek ölüm hızında

artıŖa yol açan diğer enfeksiyon hastalıklarının ve beslenme yetersizliklerinin yaygın olduğu geliŖmekte olan ülkelerde yapay beslenmeyle iliŖkili mortalite hızı HIV enfeksiyonu bulaŖma riskinden daha fazla olabilir. Afrika'da yapılan alıŖmalarda HIV ile enfekte annelerin bebeklerini ilk 3-6 ay arasında tek baŖına anne sütüyle beslemeleri durumunda bebeğe HIV geiŖinin artmadığı, buna karŖılık karma beslenme yöntemi (diğer gıda veya stlerle birlikte emzirme) uygulanan bebeklerde sadece formül mamayla beslenenlerle kıyaslandığında HIV bulaŖımının daha yüksek olduğu gsterilmiŖtir (2,19,20).

Hepatit B virus yüzey antijeni pozitif anneler veya Hepatit C enfeksiyonu olan anneler, kontrendikasyon oluŖturan bir duruma bağlı değilse ateŖi olan anneler, dŖk düzeyde çevresel kimyasal ajanlara maruz kalan anneler, Sitomegalovirus (CMV) seropozitif olan anneler (bebek term ise) emzirebilirler. Çok dŖk doğum ağırlıklı (<1500gram) bebeklerin CMV seropozitif anne tarafından emzirilip emzirilemeyeceği konusu bebek açısından fayda-zarar hesabına göre deđiŖkenlik gösterir. Böyle bir durumda sütün dondurulması veya pastörizasyonu CMV bulaŖımını belirgin olarak azaltabilir (2,20).

ANNE SÜTÜNÜN SAKLANMASI

alıŖan anneler sağarak stlerini bebeklerine verebilirler. Sağılan stler kapağı ve ŖiŖesi 5 dakika kaynatılarak mikroplardan arındırılan cam kavanozlarda saklanmalıdır. SađılmıŖ anne sütü oda sıcaklığında 6-8 saat, buzdolabı rafında 24-48 saat, derin dondurucuda ise 6 ay değerini kaybetmeden saklanabilir. Bu stler kullanılmadan önce kavanoz içinde sıcak suda bekletilerek (ben-mari yöntemi) ısıtılmalıdır (5). Günümüzde anne sütü saklamak için özel retilmiŖ silikondan imal edilen anne sütü saklama poŖetleri de bulunmaktadır. Derin dondurucuda saklanacak olan anne stlerinin üzerine mutlaka tarih not edilmeli ve kullanırken en eski tarihli olanlardan baŖlayarak kullanılmalı, dondurucudan çıkarılarak ısıtılan anne stleri tekrar dondurulmamalı ve bebeğin tüketmediği artan kısım atılmalıdır.

BAŞARILI EMZİRME İÇİN ON ADIM

Başarılı bir emzirme için doğum kliniklerinde DSÖ ve UNICEF tarafından önerilen On Adım uygulamasına dikkat edilmelidir. **Başarılı Emzirme İçin On Adım;**

1. Bütün sağlık çalışanlarının rahatlıkla görebileceği yerlere yazılı bir emzirme politikası asılmalıdır.
2. Bu politikayı öğrenmeleri için bütün sağlık personelinin eğitimini sağlanmalıdır
3. Bütün hamile kadınlar emzirmenin yararları ve emzirme yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir
4. Doğumu takiben ilk yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için annelere yardımcı olunmalıdır.
5. Annelere nasıl emzireceklerini ve bebeklerinden ayrı kalmaları durumunda laktasyonu nasıl devam ettirecekleri gösterilmelidir
6. Tıbbi olarak gerekli olmadıkça yenidoğan bebeklere anne sütü dışında başka sıvı veya gıdalar verilmemelidir
7. Günün 24 saati anne ile bebeğin aynı odada kalmasını (rooming-in) sağlayacak bir uygulama benimsenmelidir
8. Bebeğin her isteyişinde emzirilmesi teşvik edilmelidir
9. Emzirilen bebeklere biberon, yalancı meme veya emzik türünden birşey verilmemelidir
10. Anne sütü destek grupları oluşturulmalı ve anneler hastaneden taburcu edilirken bu gruplara katılmaları için yönlendirilmelidir (5,21,22).

1. ve 2. Adım:

Sağlık kuruluşlarında annelere, bebeklere ve/veya çocuklara bakım veren bütün sağlık personelinin görebileceği ve 10 Adımın tamamını içeren ve emzirmeyi destekleyen bir yazılı emzirme politikası asılmalıdır. Yazılı posterler hastalar ve sağlık personelinin anlayacağı, en çok kullandığı dilde (dillerde) yazılmalıdır. Böylece emzirme politikası yazılı hale getirilmiş olur ve bu politikadan bütün sağlık personeli ve hastaların haberdar olması sağlanır.

Emzirme politikası hazırlanırken gerekirse yerel ve ulusal emzirme durumunu gösteren veriler ve mama kodları ile ilgili bilgiler de yazılmalıdır.

Tek başına yazılı emzirme politikasının olması emzirmenin başlatılmasını etkilememektedir. Hastanelerde doğum sonrası hediye paketi içinde ücretsiz formül mama verilmesi, annelerin bebeklerine hastanede verilen mamaları taburcu olduktan sonra da kullanmalarına neden olmuştur. Bu nedenle hastane çalışanlarının da yeterince eğitilmesi ve emzirme politikasını öğrenerek uygulamalarının sağlanması gereklidir. Uluslararası mama kodları ve anne sütü muadillerinin pazarlanması ile ilgili yasa ve yönetmeliklerin de uygulanması sağlanmalıdır.

Bütün sağlık çalışanlarının özellikle mesleğe yeni başlayacak olanların anne sütü ve emzirme konusunda en az 18 saat ve bunun asgari 3 saati klinik gözetim altında olmak kaydıyla eğitimleri sağlanmalıdır. Ancak eğer davranış ve tutum değişikliği oluşturmuyorsa bilginin artırılması klinik uygulamalarda değişikliği beraberinde getirmeyebilir (22).

3. Adım

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

Anne sütü eğitimi 3 bileşenden oluşmalıdır: (1) emzirmenin faydaları ve annenin emzirme konusunda teşvik edilmesi, (2) emzirme tekniği ile ilgili eğitim ve (3) meme muayenesi. Antenatal eğitim özellikle primigravid gebeler için daha faydalıdır (22).

4. Adım

Başarılı Emzirme İçin 10 Adım'ın 4. adımı bebeklerin erken dönemde emzirilmesini önermektedir. Bebek Dostu Hastane Protokolü'ne göre doğumu takiben ilk yarım saat içinde bebek ile annenin ten tene teması sağlanmalıdır. Annelerin ilk bir saat içinde, sezeryan ile doğum yapmış ise annenin yanıt verdiği ilk bir saat içinde emzirme için pozisyon verme ve bebeğin memeyi kavraması için desteklenmeleri gereklidir. Sezeryan ile doğum yapan annelerin diğerlerine göre daha fazla desteklenmeye ihtiyaçları vardır. Dahası bu anneler bebeklerini daha geç emzirmekte ve emzirmeyi daha kısa sürede sonlandırmaktadırlar. İdeal olanı doğumdan sonra bebeği yıkama, tartma, göbek bakımı gibi olağan bakım işlemlerinden önce bebeğin emzirilmesidir. Erken dönemde emzirme bağlanmayı

sağlar, emzirmenin başarılı olma şansını arttırır ve genellikle emzirme süresinin uzamasını sağlar (3,22,23).

5. Adım

Anne sezeryan ile doğum yapmışsa veya hastaysa veya bebek hasta veya düşük doğum ağırlıklı ise emzirme başarısı tehlikeye girmektedir. Bunu önlemek için sağlık personeli (hemşire-ebeler) doğumdan hemen sonra anneleri bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda desteklemeli ve emzirmenin sürdürülmesi için elle nasıl sütlerini sağabileceklerini öğretmelidirler (22). Trajanovska ve arkadaşlarının yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilen bebekler üzerinde yaptıkları bir çalışmada hastanede kaldıkları süre içinde anne sütü alan bebeklerin taburcu olduktan sonra daha uzun süre emzirildikleri gözlenmiştir (24).

6. Adım

Yenidoğan bebeklere tıbbi olarak gerekli olmadıkça anne sütü dışında herhangi bir yiyecek veya içecek verilmemelidir. Anne sütü yerine kullanılacak hiçbir yiyecek ya da içecek numunesi annelere, sağlık personeline veya doğum servislerine verilmemeli, dağıtılmamalıdır (22).

Doğum servislerinde yenidoğan bebeklere anne sütünden önce (prelakteal beslenme) veya anne sütü alırken hazır mama, şekerli su ve benzerlerinin verilmesi yaygın bir uygulamadır. Bu uygulama emzirmenin erken dönemde sonlandırılmasıyla ilişkili bulunmuştur (22).

Pek çok toplumda bitki çayları ve muz gibi prelakteal gıdalar bir gelenek olarak verilmektedir. Nedeni kolostrumun “zararlı” olduğu inancı ve “barsakların temizlenmesi”dir. Yine bazı toplumlarda ilk emzirme birkaç saat veya gün geciktirilebilir ve kolostrum sağılarak atılabilir (22).

Ülkemizde de bebeğin üç ezan vakti geçene kadar emzirilmemesi, doğar doğmaz hurma verilmesi gibi benzer geleneklere rastlamak mümkündür. Bizans tıbbı, İslamiyet kaynaklarına bakıldığında benzer uygulamaların olması Türk toplumunun yaşadığı coğrafya nedeniyle bu uygulamaları devam ettirdiğini düşündürmektedir (25,26).

Yapılan çalışmalarda prelakteal gıda verilmesinin emzirme süresini kısalttığı, özellikle tek başına anne sütü ile beslenmeyi olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Ayrıca anne sütü dışında bebeğe verilen prelakteal gıdalar özellikle kötü hijyen koşullarında hazırlanmışsa diyare, menenjit gibi enfeksiyon hastalıkları riskinde atışı da beraberinde getirmektedir (22).

7. Adım

Normal bebeği olan annelerin sezaryen ile doğum yapmış olsalar bile 24 saat aynı odada kalmaları sağlanmalıdır. Bu adım aynı zamanda bebeğin her isteyişinde emzirilmesini öneren 8. adım ile de yakından ilişkilidir. Anne ve bebek ayrı odalarda kaldığı zaman bebeğin isteğe bağlı emzirilmesi mümkün olmamaktadır. Çünkü anne bebeğini emzirmek için uyandığında bebek eğer başka bir odada kalıyorsa çoğu zaman sağlık personeli tarafından biberonla beslendiği için emmemektedir (22).

Anne ile bebeğin aynı odada kalması aynı zamanda sık aralıklarla emzirilmesine ve dolayısıyla olgun süt salgılanmasının daha erken dönemde gerçekteşmesine neden olmaktadır. Yine anne ile bebek arasındaki duygusal bağlanmayı da güçlendirmektedir (22).

Anne ile bebeğin aynı odada kalması (rooming-in) annenin bebeğini daha kolay emzirmesini sağlar. Yapılan çalışmalarda bebeklerin anne ile birlikte yatması ve emzirme arasında olumlu bir ilişki olduğu, annesiyle birlikte uyuyan bebeklerin daha uzun süre emzirildikleri gösterilmiştir (22,27).

Anne ile bebeğin aynı odada kalmaması annenin uyku süresini ve kalitesini etkilememektedir. Ancak ayrı odada kalan bebekler daha fazla ağlamakta ve sağlık personeli daha az yanıt verdiği için daha huzursuz olmaktadır (22).

8. Adım

Normal bebeği olan anneler sezaryen ile doğum yapmış olsalar bile sıklık veya süre bakımından herhangi bir kısıtlama yapmadan bebek her istediğinde emzirmelidirler. Eğer bebek çok uzun süre uymuşsa veya annenin göğüsleri fazla dolmuşsa bebek uyandırılarak emzirilmelidir. Sabit aralıklarla besleme yetersiz süt üretimine neden olmakta ve bu da annelerin yapay beslemeye başlamalarına neden olabilmektedir (22).

9. Adım

Başarılı Emzirme İçin On Adım'ın 9. adımını emzirilen bebeklere biberon, yalancı meme veya emzik türünden birşey verilmemesini önermektedir. Biberon veya emzik emme mekanizması, anne memesini emme mekanizmasından farklıdır. Biberon veya emzikte areolayı kavrama işlevi yoktur. Bu nedenle bu tür emmeye alışan bebekler anne memesini emmeyi reddedebilir (emme şaşkınlığı). Biberon ve emzik bebeğin emme gücünü zayıflatarak süt üretiminde azalmaya neden

olmaktadır. Eğer bebeğe anne s¼t¼ dışında herhangi bir gıda veya sağılış anne s¼t¼ vermek gerekiyorsa biberonla değil fincanla veya kaşıkla verilmelidir (17,22).

10. Adım

Emzirmenin s¼rd¼r¼lmesi için annelerin s¼rekli olarak desteklenmesi gerekmektedir. Bu destek farklı y¼ntemlerle sağlanabilir. Pek çok toplumda bu destek aile bireyleri ve yakın akrabalar tarafından sağlanmaktadır. Kentleşme ile birlikte sağlık personelinden, ¼zellikle anne olan arkadaşlardan, kendi annesi ve çocuğun babasından gelen destek daha ¼nemli olmaya başlamıştır. Bazı ¼lkelerde bu amaçla oluşturulan anne destek grupları emzirmenin desteklenmesi konusunda etkili olabilmektedir (22).

Groleu ve arkadaşlarının Vietnam'dan ABD ve Kanada'ya g¼ eden g¼menler arasında yaptıkları bir çalışmada emzirme oranlarının çok d¼ř¼k ve tek başına anne s¼t¼yle beslenmenin neredeyse hiç olmadığını bulunmuştur. Bu durumun sebebinin ise annelerin emzirme konusunda sosyal desteklerinin olmaması olduğunu g¼stermiřlerdir (28).

Hem end¼strileřmiř hem de gelişmekte olan ¼lkelerde anneler emzirme ile ilgili destek ve yardım aradıklarında kendilerine sağlık bakımı veren sağlık kuruluşlarına başvurmaktadırlar. Bu nedenle annelerin desteklenmesi konusunda sağlık personeline de ¼nemli g¼revler d¼řmektedir. Antenatal d¼nemde, hastanede ve taburcu olduktan sonraki d¼nemde yapılan destek sinerjistik etki g¼stermektedir. Annenin ailesi ¼zellikle bebeğin babası, bebeğin anneannesi ve annenin yakın arkadaşlarının da olaya dahil edilmesi gereklidir (22).

YAPAY BESLENMENİN TEHLİKELERİ

Anne s¼t¼ ile beslenme olmaması, bebeğin yapay olarak beslenmesi hem anne hem de bebek için beraberinde birtakım riskleri getirir. Bu riskler;

- **Azalmış sağkalım:** gelişmekte olan ve end¼strileřmiř ¼lkelerde yapılan çalışmalar hem term hem de preterm bebekler arasında ¼zellikle sepsis, nekrotizan enterokolit, diyare, pn¼moni, ani bebek ¼l¼m¼ sendromu ve diğer fiziksel problemler başta olmak ¼zere emzirmemenin getirdiği riskleri doğrulamaktadır.
- **Morbiditede artma:** enfeksiy¼z ve kronik hastalıklar emzirme ile azalmaktadır.

- **Kötü büyüme parametreleri:** tek başına anne sütüyle beslenme, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin daha çabuk ağırlık kazanmalarını sağlar ve bodur kalma riskini azaltır.
- Düşük zekâ düzeyi ve görmenin gelişmesinde gecikme ortaya çıkar.
- **Kardiyak risk faktörlerinde artma:** erken dönemde anne sütüyle beslenme (özellikle tek başına anne sütü ile beslenme) obezite ve diğer kalp hastalığı ile ilişkili risk faktörlerinde azalma ile ilişkilidir.
- **Yetersiz beslenme:** yaşamın ilk 6 ayında anne sütü ile beslenme ortalama gereksinimleri karşılayacak şekilde yeterli enerji ve protein sağlar. Alternatif gıdalarla bu mümkün olmaz. Anne sütündeki bazı mikrobelerin düzeyi annenin depolarına bağlıdır.
- Emzirmeyen anneler doğum sonrası dönemde daha yavaş iyileşirler
- Doğum sonrası dönemde uterus involüsyonu daha az olacağından postpartum kanama artar. Buna bağlı olarak anemi gelişme riski artar.
- Fertilite daha erken geriye döner.
- Meme ve over kanseri riski artar (6).

Bin dokuz yüz yirmili yıllarda Amerika’da 20.000 infant üzerinde yapılan bir çalışmada bebekler 9 ay süreyle izlenmiş, sadece anne sütü alan bebeklerin 15’inin (%0.2), anne sütü ve diğer sütlerle beslenen bebeklerin 59’unun (%0.7) ve tamamen yapay beslenen 1707 bebeğin 144’ünün (%8.4) öldüğü saptanmıştır. Ölüm nedenlerine bakıldığında gastroenteritlere bağlı ölümlerin önemli bir yer tuttuğu gözlenmiştir. Daha sonraki dönemlerde yapılan geniş çaplı vaka kontrol ve kohort çalışmalarında bebek ölümlerini azaltmada eğitim düzeyinin yükselmesi, sağlıklı içme suyu kullanımı, aşılama durumlarının iyileşmesi, çevre sağlığının iyileştirilmesi gibi faktörlerin önemli olduğu sadece anne sütü ile beslenmenin de bu azalmaya katkıda bulunduğu gösterilmiştir (29).

ANNE SÜTÜNÜN İÇERİĞİ

Anne sütünün bileşimi D vitamini dışında ilk 6 ayda bebeğin tüm gereksinimlerini karşılayacak niteliktedir. Anne sütü inek sütü ya da inek sütünden yapılan formül sütlerden çok daha kolay sindirilir ve bu nedenle mide daha kısa sürede boşalır (5).

Anne sütünün içeriği incelenen süt örneğinin alındığı zamana göre değişiklik gösterir. Kolostrum, geçiş sütü ve olgun sütün içeriği birbirinden farklıdır. Süt örneğinin emzirmenin başında ya da sonunda alınması durumunda da içerik değişmektedir. Prematüre bir bebeği olan annenin sütü ile term bir bebeği olan annenin sütünün içeriği de farklıdır. Kısacası her anne kendi bebeğinin fizyolojik ihtiyaçlarına uygun olarak süt üretmektedir. Örneğin prematüre bebeklerin annelerinin sütlerinde uzun zincirli, çoklu doymamış yağ asitleri daha yüksek düzeyde bulunur. Yine benzer şekilde emzirmenin başlangıcında düşük olan yağ oranı emzirmenin sonuna doğru artış göstermektedir (2,5,17). Anne sütündeki antienfektif unsurlar da annenin karşılaşmış olduğu patojen organizmalara ve emzirme dönemine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (30).

Son sütteki yağ içeriğinin fazla olması bebekte doygunluk hissine neden olarak bebeğin memeyi bırakmasını sağlar ve obeziteye karşı bebeği korur. Anne sütünün özellikleri doğumdan sonra kolostrumdan olgun süt üretilmesi şeklinde değişkenlik gösterir: kolostrum (0-5 gün), geçiş sütü (5-15 gün), olgun süt (15-30 gün) (5,31,32).

Kolostrum

Doğumda sonra ilk 5-7 günde salgılanan koyu sarı renkli süttür. Protein, mineral ve vitaminlerden zengindir. Sarımsı renk yüksek beta karoten düzeyinden kaynaklanmaktadır. Antienfektif unsurlar, A, D ve B₁₂ vitaminleri, sodyum ve çinko düzeyi olgun süte göre daha fazladır. Kolostrumun özgül ağırlığı 1040-1060 arasında değişir. Bir öğünde üretilen miktar 2-20 ml arasında değişmektedir. Enerji içeriği 67 kcal/dl'dir. Doğar doğmaz ilk anne sütü alan bebeklerin ağızdan itibaren tüm gastrointestinal sistemi özellikle sekretuar Immünglobulin A (IgAs) ile kaplanarak patojen mikroorganizmalara karşı bir bariyer oluşturulur. Olgun süte göre daha fazla protein içerir, arjinin ve triptofandan zengindir. Buna karşılık yağ ve laktoz içeriği olgun süte oranla daha azdır. Doğumdan sonraki 7-15 günler arasında üretilen süt "geçiş sütü" olarak bilinir. Bu sütte toplam protein miktarı azalırken laktoz, yağ ve kalori içeriği artmaktadır. İlk 2 haftadan sonra anne sütü "olgun süt" özelliği kazanır (5,15,33).

Kolostrumun özellikleri:

1. Anti-enfektif etmenlerden zengindir.
 - a. Enfeksiyon ve alerjiden koruyan antikorlar ve akyuvarlar
 - b. Sekretuar immünglobulin A (IgAs) 20-30 g/L (olgun sütte 0.3g/L)

- c. Laktoferrin 3.54mg/ml (olgun sütte 1.7mg/ml)
 - d. Polimorf nükleuslu lenfositler (PNL), makrofajlar, T ve B lenfositler olgun sütte kolostrumdakinin %2'si kadardır.
2. Olgun süttten daha fazla oranda protein içerir (%3-3.5g). Arjinin ve triptofandan zengindir.
 3. Barsağın olgunlaşmasını sağlayan, alerji ve intolerans gelişmesini önleyen büyüme faktörleri içerir.
 4. Yağ ve laktoz içeriği olgun süte oranla daha azdır.
 5. Enfeksiyonların daha hafif geçirilmesini sağlayan A vitaminini yüksek oranda içerir.
 6. D ve B₁₂ vitaminleri de daha yüksek oranda bulunur.
 7. Sodyum (Na) ve Çinko (Zn) içeriği daha yüksektir.
 8. Mekonyumu temizleyerek sarılığın önlenmesine yardımcı olur (müshil etkisi) (15).

Olgun süt

Anne sütünün bileşimi laktasyon dönemine, incelenen örneklerin emzirmenin başında ya da sonunda alınmış olmasına, gün içinde alındığı zaman dilimine, bebeğin doğduğu gebelik haftasına ve yaşına göre değişkenlik gösterir. Bebek beslenmesi süresince iki tip süt salgılanır. Emzirmenin başlangıcında gelen süt (fore milk-ön süt) yağdan fakir, laktozdan zengin sulu süttür. Bu sütün özelliği özellikle çocuktaki dehidratasyonu ve hipoglisemiyi önlemesidir. Beslenme uzadıkça çocuk yağlı süte ulaşır ve sütün yağ içeriği 3 kat, proteini ise 1.3 kat artış gösterir. Emzirmenin sonuna doğru salgılanan ve yağdan zengin olan süt (hind milk-son süt) çocukta doygunluk hissine neden olarak memeyi bırakmasını sağlar. Anne sütünün %87'sini su oluşturmaktadır. Bu nedenle ilk 6 ay bebeğin anne sütü dışında su veya su bazlı sıvılara ihtiyacı yoktur (2,5,15,33).

Karbonhidratlar

Süt şekeri laktozdur, anne sütünün laktoz içeriği %7 civarındadır. Anne sütünün laktoz yoğunluğu annenin beslenmesinden etkilenmez. Laktozun galaktoz bileşeninin lipitlerle yaptığı bileşikler beyin gelişiminde önemli rol oynar. Ayrıca kalsiyum (Ca) emilimini kolaylaştırır ve kemik mineralizasyonunu olumlu yönde etkiler. Laktozun sindirilemeyen kısmı barsak florasının (laktobasillus bifidus) gelişimini sağlayarak patojen mikroorganizmaların barsakta çoğalmasını engeller (2,15,32).

Anne sütünde bulunan glikoproteinler laktobasillus bifidusun büyümesini uyardığı için “bifidus faktör” veya “büyüme faktörü” olarak adlandırılırlar. Anne sütünde besleyici olarak önemli miktarlarda glukoz, galaktoz gibi basit şekerler ve çoğu enfeksiyonlardan koruma özelliği olan oligosakkaritler ve diğer bazı kompleks karbonhidratlar da bulunur (15,30).

Proteinler

Anne sütünün protein içeriği inek sütünden daha düşük ancak biyolojik değeri yüksektir, 100 gramında 0.8-1.2g protein bulunur. Yüzde 60'nı whey proteini %40'nı kazein oluşturur. İnek sütünde whey/kazein oranı 20/80'dir. Whey proteinlerini laktoferrin, α -laktoalbumin, laktoglobulin, lizozim, serum albumini ve immünglobulinler (IgA, IgG ve IgM) oluşturur. İnek sütündeki whey proteinlerinin önemli bir kısmını anne sütünde bulunmayan β -laktoglobulin oluşturur ve alerjik özelliklere sahiptir. Anne sütünde bulunan α -laktoalbumin laktoz sentetaz enziminin yapısına girer ve glukozun UDP-galaktoza bağlanmasını katalize ederek meme bezlerinde laktoz sentezlenmesini sağlar. Anne sütünün antienfektif bileşenleri whey protein kısmında bulunmaktadır. Kazein, ester bağlı fosfat, yüksek oranda prolin ve çok az sistin içeren ve pH:4-5'te çözünürlüğü az olan bir süt proteinidir. Alfa, beta, gama ve kappa olmak üzere dört fraksiyonu vardır. Anne sütünde kazein miçellerinin çapı daha küçük olup α - ve β -kazein parçası hakimdir (2,15,32).

Anne sütü sistin ve taurin gibi esansiyel aminoasitler yönünden zengindir. Anne sütünde metionin/sistin oranı 0.69 iken bu oran inek sütünde 2.72'dir. Yenidoğanda metionini sistine dönüştüren enzimler immatür olduğu için sistin miktarının yüksek olması önem kazanmaktadır. Özellikle taurin ve sistinin beyin gelişiminde oldukça önemli olduğu bilinmektedir. Yenidoğan bebeğin fenilalanin ve tirozin aminoasitlerini metabolize etme yeteneği düşüktür. Bu bağlamda anne sütündeki fenilalanin ve tirozin miktarlarının düşük olması düşük metabolizma hızı ile uygunluk gösterir. Anne sütünde glutamik asitten sonra en yüksek düzeyde bulunan aminoasit olan taurin büyümeyi sağlar, hücre zarının bütünlüğünü sağlar ve retina zedelenmesini önler (15,33).

Anne sütünde inek sütünden farklı olarak üre, kreatinin, glukozamin ve serbest aminoasitlerden oluşan protein dışı azot daha yüksektir ve toplam nitrojenin

%25'ini oluşturur. Anne sütünde onikiden fazla nükleotid bulunur ve bunlardan biri olan inozinfosfat anne sütündeki demirin emilimini artırır (15).

Anne sütünde 20'den fazla enzimin varlığı gösterilmiştir. Bunlar arasında lipaz, lipoprotein lipaz, galaktozil transferaz, sülfidril oksidaz, laktoperoksidaz, gamma glutamil transferaz, asit fosfataz, alkalen fosfataz, laktik ve malik dehidrogenaz, N-asetil- β -hekzosaminidaz, ribonükleaz ve ksantin oksidaz sayılabilir. Ayrıca GnRH, tiotropin releasing hormon (TRH), tiotropin stimulating hormon (TSH), prolaktin, gonadotropinler, ovaryan steroidler, kortikoidler, kortikosteroid bağlayıcı proteinler, eritropoietin, c-AMP, triiyodotironin ve tiroksin gibi maternal hormonların da anne sütüne geçtiği gösterilmiştir (15).

Anti-Enfektif Unsurlar

Anne sütü içerdiği pek çok anti-enfektif unsur sayesinde bebeği enfeksiyöz hastalıklardan korur. Kolostrumun anti-enfektif öge içeriği olgun süte göre daha fazladır. Doğar doğmaz ilk anne sütü alan bebeklerin ağızdan itibaren tüm gastrointestinal sistemi immünglobulinler ile kaplanarak çocuğun dış ortamdan gelecek olan patojenlere karşı korunması sağlanır. Özellikle IgAs başta olmak üzere içerdiği bakteriyel ve viral antikorlar yanında gastrointestinal yolu kullanarak vücuda giren organizmalara karşı lokal immünitinin bir parçası olarak pek çok virüsün büyümesini engelleyen maddeler içerir. Bu maddeler hayatın ilk 1 yılında tek başına anne sütüyle beslenen bebeklerde anne sütü almayanlara göre neden daha az sıklıkla diyare, otit media, pnömoni, bakteriyemi ve menenjit geliştiğini izah edebilir (15,34).

Anne sütünde bulunan anti-enfektif unsurlar **Tablo 4'de** verilmiştir.

Anne sütünde bulunan makrofajlar; kompleman, lizozim ve laktoferrin sentezleyebilirler. Anne sütünde bulunan laktoferrin, transferrin gibi serbest demir bağlama özelliğine sahiptir. Böylelikle ortamdaki serbest demiri uzaklaştırır ve *Escherichia coli* üzerine inhibitör etki gösterir. Ayrıca anne sütü anti-viral ve anti-paraziter faktörler de içerir. Anne sütünde bulunan safra asiti ile stimüle edilen lipaz (anne sütü lipazı) *Giardia lamblia* ve *Entamoeba histolytica* 'yı öldürür (33,34).

Tablo 4: İnsan Sütündeki Anti-enfeksiyöz Unsurlar (5,15,34,35).

	Etkinliği
<i>Anti-enfeksiyöz unsur</i>	
Antistafilokok etkeni	Sistemik stafilokok enfeksiyonunu önler
İmmünglobulinler	Özellikle IgAs E. coli, vibrio cholera, H. influenza, difteri, pnömokoklar, salmonella, shigella, polio virus, rotavirus, HIV ve CMV'ye karşı etkilidir
Bifidus faktörü	Barsakta Laktobasillus bifidus gelişimin sağlar
Lizozim	Bakterisidal etkili bir enzimdir. Peptidoglikan yıkımında görevlidir.
Laktoferrin	Bakteriyostatik etkisi olan bir proteindir. Ortamda bulunan serbest demiri bağlar. E. Coli'nin üremesini engeller
Laktoperoksidaz	Bakteriyostatik etkisi olan bir proteindir (streptokok ve diğer barsak bakterileri).
İnterferon	Antiviral etkili bir proteindir.
Komplemanlar (C ₃ ve C ₄)	Özellikle C ₃ opsonin fagositozu kolaylaştırır.
Müsin	Rotavirusa karşı etkilidir.
Fibronektin	Opsonin olarak görev yapar.
Nükleotidler	
Sitokinler	
İnterlökin-1β	T hücrelerini aktive eder
İnterlökin-6	IgA yapımını artırır
Tümör nekrozis faktör-α (TNF-α)	Kompleman salgılanmasını artırır
Dönüştürücü büyüme faktörü β (TGFβ)	T hücrelerine dönüşümü artırır
Lenfositler ve makrofajlar	E. coli'ye karşı etkilidir. Makrofajlar kompleman, laktoferrin, lizozom ve diğer etmenleri sentezler.
Antiviral lipitler	Virusları parçalar.
Oligosakkaridler	Bakterilerin epitele bağlanmasını önlerler. Reseptör analogudurlar.
Anne sütü lipazı	Giardia lamblia ve Entamoeba histolytica'yı öldürür.

E.coli: Escherichia coli; H.influenza: Haemophilus influenza; IgAs: sekretuar immünglobulin A; HIV: İnsan immün Yetmezlik Virüsü; CMV: sitomegalovirus

Yağlar

Anne sütünün enerjisinin yaklaşık yarısı yağlardan gelir. Yağ içeriği inek sütünden daha yüksektir (4.5gr/dl). Anne sütündeki yağların %98'ini trigliseridler oluşturur. Trigliserid yapısında en fazla bulunan yağ asitleri ise palmitik ve oleik asitlerdir. Kolostrumda daha fazla olmak üzere araşidonik asit, dokozaheksaenoik asit (DHA), linolenik asit ve alfa linoleik asit gibi çoklu doymamış yağ asitlerinden

zengindir ve bunlar myelinizasyon, retinal işlevler ve hücre yenilenmesinde önemli rol oynayarak beyin ve görme işlevlerinin normal olmasını sağlarlar. Bu esansiyel yağ asitlerinden yoksun mamalarla yapay beslenen prematüre bebeklerde mental gelişim ve görmenin iyi olmadığı gözlenmiştir. Anne sütünde bulunan lipaz düşük safra düzeyinde bile yağ sindirimine yardımcı olur. Bu enzim inek sütünde ve formül mamalarda bulunmamaktadır (2,5,15,32,33).

Vitaminler

K ve D vitaminleri dışında yağda ve suda eriyen diğer vitaminlerin anne sütündeki miktarları süt çocuğu için yeterlidir. İşleme ile kayıplar olmadığından vitaminlerin biyoyararlılığı yüksektir. Suda eriyen vitaminlerin yoğunlukları annenin yakın zamandaki beslenmesi ile ilişkilidir.

Yenidoğan bebekte hepatik hidroksilaz aktivitesi gelişmemiştir. Anne sütündeki D vitaminin 25-OH formunda bulunması bu fizyolojik durumla uygunluk gösterir. Bununla birlikte anne sütünde 22 IU/L D vitamini bulunur ve bu miktar bebeğin günlük gereksiniminin çok altındadır. Bu nedenle özellikle yeterli güneş ışığı alamayan bebekler olmak üzere raşitizm gelişimini önlemek için 15-20 günlükten itibaren tüm bebeklere günde 400 IU D vitamini verilmesi tavsiye edilmektedir.

Anne sütünde 15 mg/L olan K vitamini yenidoğanın gereksinimini karşılayacak düzeyde değildir. Yenidoğanın hemorajik hastalığını önlemek için yenidoğan tüm bebeklere doğumda 0.5-1.0 mg parenteral veya 2.0mg oral yoldan K vitamini verilmesi gerekir (15).

Mineraller

Anne sütünün içeriği annenin beslenmesi ile büyük ölçüde değişkenlik göstermez. Annenin mineral depoları kullanılarak bu düzenleme sağlanır. Anne sütünde Na, potasyum (K) ve Ca serbest iyonlar halinde, diğer mineraller ise kompleks bileşikler halinde bulunurlar (15).

Anne sütündeki Na içeriği düşüktür ve bu durum bebeğin immatür olan böbrek fonksiyonları için uygundur. Bu nedenle anne sütü ile beslenen bebeklerde hipernatremik dehidratasyon daha az görülür. Yapılan çalışmalarda hayatın ilk bir ayında ortaya çıkan hipernatremik dehidratasyonun yetersiz anne sütü alımına bağlı olduğu gösterilmiştir (36). Anne sütünde K iyonları Na iyonlarından daha fazladır. Bu özelliği ile anne sütü intraselüler sıvılarla uyumluluk gösterir (15).

Anne sütünün demir içeriği az olmakla birlikte biyoyaralanımı yüksektir (2). İnek sütündeki demirin ancak %10'u emilirken anne sütündeki demirin %50'si emilmektedir (33). Anne sütünde Ca oranı nisbeten düşüktür (inek sütünün %25'i) ancak barsak pH'sının asit olması, yağ emiliminin daha iyi olması ve kalsiyum-fosfor oranının 2/1 olması nedeniyle emilim daha iyidir ve bu oran kemik mineralizasyonu için uygundur. Anne sütündeki kalsiyumun %55'i emilirken inek sütü veya inek sütünden hazırlanan formül mamalardaki kalsiyumun %38'i emilmektedir (2,15).

Anne sütünde Zn genellikle whey proteinlerine bağlıdır. Whey ya da kazeine bağlı çinkonun emilimi inek sütüne göre daha yüksektir. Kolostrum da çinko yönünden zengindir. Anne sütündeki selenyum (Se) miktarı da fazladır. Anne sütündeki flor miktarı 0.02 ppm'dir ve bu miktarın süt çocuğu için yeterliliği tartışmalıdır. Yerel su kaynakları 0.03 ppm'den az flor içeren bölgelerde yaşayan süt çocuklarına 6. aydan itibaren 0.25 mg/gün flor verilmesi önerilmektedir (15).

Bebeklerini yapay ya da karışık besleyen anneler inek sütü veya inek sütü modifiye edilerek hazırlanan endüstriyel mamaları kullandıkları için anne sütünün özelliklerini inek sütü ile kıyaslamak aradaki farkın daha net değerlendirilmesini sağlayacaktır. İnek sütü ile anne sütünün özellikleri **Tablo 5**'de özetlenmiştir.

ANNE SÜTÜ VE EMZİRMENİN ANNE VE BEBEK AÇISINDAN FAYDALARI

Çocuk ve anne için emzirmenin kısa ve uzun vadeli faydaları oldukça iyi tanımlanmıştır. Yapılan çalışmalarda emzirilen çocuklarda idrar yolu ve solunum yolu enfeksiyonları, diyare, otitis media, bakteriyel menenjit, bakteriyemi ve nekrotizan enterokolit görülme oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Ayrıca emzirmenin çocuğun nörolojik ve kognitif gelişimine katkıda bulunduğu bilinmektedir. Bazı çalışmalar emzirmenin bazı kanserlerden risk altındaki çocukları koruyabileceğini öne sürmektedir (20,28,37).

Tablo 5: İnsan ve İnek Sütünün Bileşimi (5,15,35).

	Öğeler	İnsan sütü	İnek sütü
Genel bileşim (100 ml sütte g olarak)	Su	87.6	87.3
	Protein	1.3	3.3
	Yağ	4.2	3.7
	Laktoz	7.0	4.8
	Kazein/whey	40/60	80/20
Enerji (100 ml sütün enerjisi ve bunu sağlayan öğelerin %'si)	Toplam kalori	69	66
	Yağdan	51	50
	Laktozdan	42	30
	Proteinden	7	20
Mineraller (100 ml sütteki miktarlar mg olarak)	Kalsiyum	28	125
	Magnezyum	3.5	12
	Fosfor	14	96
	Sodyum (mg)	14	35-90
	Potasyum (mg)	58	110-170
	Klor (mg)	42	90-110
	Çinko (mg)	0.28	0.2-0.6
	İyot (mcg)	3.0	4.7
	Selenyum (mg)	14	0.5-5.0
	Kükürt	14	30
	Demir	0.15	0.10
	Bakır	0.04	0.03
	Böbrek solüt yükü	80	220
Vitaminler (100 ml sütte)	Vitamin A (mcg)	67.0	34.0
	Karoten (mcg)	27.0	38.0
	Vitamin D (IU)	0.42	0.36
	Vitamin E (mg)	0.56	0.06
	Vitamin C (mg)	4.30	1.60
	Vitamin K (mcg)	0.21	-
	Folik asit (mcg)	5.0	5.0
	Niasin (mg)	0.17	0.10
	Riboflavin (mg)	0.04	0.20
	Vitamin B ₆ (mg)	0.01	0.05
	Tiamin (mg)	0.02	0.04
	Vitamin B ₁₂ (mcg)	0.10	0.56
	Esansiyel yağ asitleri (100 gram süt yağındaki miktarlar g olarak)	Linoleik asit	8.30
α-linolenik asit		0.40	-
Araşidonik asit		1.80	1.00
Toplam		9.50	2.10
EPA-DHA		var	yok

Hayatın ilk 6 ayı için sadece anne sütü (diğer gıda veya sıvılar olmadan tek başına anne sütü) ile besleme infantlar için ideal beslenmeyi sağlar (6). Gelişmekte olan ülkelerde 4 ay tek başına anne sütünü takiben 6 ay kısmi emzirmeyle kıyaslandığında 6 ay tek başına anne sütü ile beslemenin en önemli avantajı başta gastrointestinal sistem enfeksiyonları olmak üzere enfeksiyöz hastalıklara bağlı morbidite ve mortalitede azalmadır (3,38).

Yapay beslenmenin tehlikesi çevresel hijyen koşulları kötü olduğunda daha yüksektir. Bununla birlikte endüstrileşmiş toplumlarda yapılan çalışmalar yapay beslenen çocukların çevresel hijyen koşulları iyi olsa bile anne sütü alan bebeklere göre enfeksiyonlara daha fazla yakalandıklarını göstermiştir. Yaşamın ilk 2 ayında yapay beslenen bebeklerin ishale yakalanma ihtimali anne sütü alanlardan 17 kat daha yüksektir (33).

Yaşamın ilk 6 ayında anne sütü almayan bebeklerin diyare nedeniyle ölme riski anne sütü alanlardan 6 kat, 6-11 aylık anne sütü almayan bebeklerde ise yine diyare nedeniyle ölme riski 2 kat daha yüksektir. Emzirme sadece diyareye bağlı ölümleri azaltmamakta aynı zamanda diyare ataklarının sayısını da azaltmaktadır. İnsan sütü *Vibrio cholerae*, *Shigelle* türleri, *E.coli*, *Campylobacter jejuni* ve *Giardia lamblia* gibi patojenlerin neden olduğu viral, bakteriyel ve parazitik ishalleri hastalıklara karşı koruyucudur. Bu koruyuculuk immünglobulinler, oligosakkaritler ve glikokonjugatlar gibi içerdiği antienfektif unsurlardan kaynaklanmaktadır (30).

Gelişmiş ülkelerde beslenme durumunun daha iyi olması ve temiz su kullanımı nedeniyle gastrointestinal sistem ve solunum yolu enfeksiyonlarının daha az görülmektedir. Bu nedenle endüstrileşmiş ülkelerde anne sütünün enfeksiyonlara karşı koruyucu etkisinin araştırıldığı çalışmalar kısıtlıdır. Pettigrew ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada altı aydan küçük gündüz bakımevinde kalan infantlarda doktora gitmeyi gerektirecek bir hastalık prevalansı ile emzirme durumu arasında bir ilişki olup olmadığını araştırılmıştır. Bu çalışmada evde kardeşi olmayan ve emzirilen infantların daha az sıklıkta hastalandıkları bulunmuştur (39).

İnnocenti bildirgesi bebeklerin 2 yıl veya daha uzun süre emzirilmesini önermektedir. Yaşamın 6. ayından sonra uygun ve yeterli tamamlayıcı besinlerle birlikte anne sütüne devam edildiği zaman anne sütü çocuk için önemli bir besin, sıvı ve immünolojik koruma kaynağı olmaya devam edecektir (3).

Emzirmek anneyi pek çok fiziksel ve emosyonel problemlere karşı korur. Emzirmeyen anneler doğum sonrasında daha yavaş iyileşirler, postpartum kanama

artmıştır, uterus involüsyonu gecikmiştir, fertilité daha erken başlamaktadır. Ayrıca over ve meme kanserinde de risk artışı söz konusudur. Postpartum dönemde hemen emzirmeye başlama anne ve çocuk arasındaki bağı güçlendirir ve bebeğin reddedilmesini azaltır (6,33,40).

Emzirmenin sağlık üzerine olan faydalarının emzirme süresi ve diğer beslenme yöntemlerinin uygulanmaması ile orantılı olarak artış gösterdiği artık iyi bilinmektedir. Diğer bir ifadeyle ne kadar uzun süre emzirilirse fayda o kadar çok ortaya çıkmaktadır (28,41).

Anne sütü bebek için en iyi ve en ucuz gıdadır. Bebeklerini emziren kadınlar anne sütü yerine başka gıdalar almak zorunda değildirler ve böylece ailenin parası da korunmuş olur. Dahası anne ve çocuk sağlığı üzerine olan olumlu etkileri dikkate alındığında ülkenin sağlık harcamaları yükünü de hafifletebilir. Örneğin ABD’de yıllık sağlık harcamalarının 3,6 milyar dolar azaltılabileceği hesaplanmıştır (20,21).

Emzirmek bir kadın hakkıdır. Bu hakkın kadına mı çocuğa mı ait bir hak olduğu konusunda bazı bölgelerde fikir ayrılığı vardır. Çocuk Hakları Anlaşmasına göre çocuklar zekâ, uygun büyüme ve akut ve kronik hastalıklardan korunma gibi haklara sahip oldukları kadar hayata en iyi şartlarda başlama ve en iyi sağlık şansına sahip olma hakkına da sahiptirler (42). Bütün dünyada çocuk sağlığını sağlama adı altında kadının özerkliği sıklıkla kadın hakkını çocuk hakkından daha az değerli hale getirecek şekilde kısıtlanmaktadır. Bununla birlikte emzirme ve emzirmeye devam etme seçiminin bir kadın hakkı olarak kabul edilmesi aile, toplum ve işyerlerini bu hakkın kabulü ve desteklenmesi konusunda sorumlu kılar. Biyolojik etkenler emzirme hakkının gerçekte kendi sağlığı açısından bir kadın hakkı olduğunu göstermektedir. Emziren kadınlarda doğum sonrası iyileşme daha hızlıdır, demir kaybı daha azdır. Ayrıca emziren kadınlar daha geç fertil olurlar, meme, over ve endometrium kanseri insidansı daha düşüktür ve ileri yaşlarda kemik sağlığı açısından daha iyi durumdadırlar. Gebeliğe bağlı obezite sıklığı da azalmıştır. İki uluslararası anlaşma (Çocuk Hakları Anlaşması ve Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığı Önleme Anlaşması (CEDAW)) hem çocuk hem de kadın için bu hakkı desteklemektedir (6,40,42,43).

Emzirme ve çocuk beslenme uygulaması gerçekte oldukça karmaşıktır. Genel söylem bebeklerin ilk 6 ay tek başına anne sütü ile beslenmesi, 6. aydan itibaren tamamlayıcı ek besinlerle birlikte emzirmenin devam ettirilmesi ve hayatın ikinci yılında da emzirmenin sürdürülmesidir. Prevelans verileri farklı ülkelerde ve kırsal

ve kentsel alanlarda değişkenlik göstermektedir ancak genel olarak veriler son 50 yılda bütün dünyada emzirme uygulamasında azalma olduğunu göstermektedir (21).

Emzirmenin özendirilmesi, korunması ve desteklenmesi sağlık sistemlerinin daha sağlıklı, daha güvenli ve daha mutlu çocukların oranını yükseltmek için olanakları arttırmaya yardımcı olmak ve bu doğal kaynağı korumak için yerine getirmeleri gereken elzem faaliyetlerindedir. Emzirmenin özendirilmesi bölgesel düzeyde anne sağlığını ve çocuk büyüme ve gelişmesinin iyileştirmesinde kullanılabilen en kullanışlı ve en ekonomik araçlardan biridir (21).

Hem anne hem de çocuk için emzirmenin faydalarını gösteren araştırmaların bir yansıması olarak pek çok kişi ve kuruluş tarafından emzirme önerilmekte ve desteklenmektedir. Bu kişi ve kuruluşlar arasında Amerikan Pediatristler Birliği, Amerika Tıp Kuruluşu, Amerika Aile Hekimleri Birliği, Amerika Diyetetik Birliği ve DSÖ sayılabilir (37).

Anne sütü ve emzirmenin faydalarını gösteren kanıtlara dayanarak DSÖ ve UNICEF tarafından 1989 yılında bütün ülkelerin infantlık döneminde tek başına anne sütü vermeyi desteklemek ve sürdürmek amacıyla sağlık politikalarını düzenlemeleri gerektiğini birdiren bir bildirme yayınlanmıştır (28,44).

DSÖ ve UNICEF'in desteğiyle 1990 yılında İtalya'da 32 hükümet ve 10 uluslararası kuruluşun katılımıyla gerçekleşen bir toplantı sonucu Innocenti bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirme ile bebeklerin 4-6 ay süreyle tek başına anne sütü ile beslenmesi, tamamlayıcı besinlerle birlikte 2 yıl veya daha uzun süre emzirmeye devam edilmesi, sağlık hizmetlerinin On Adım'a göre uyarlanması için ulusal komitelerin kurulması veya programların oluşturulması, anne sütü muadillerinin ücretsiz ve düşük maliyetle dağıtımının sona erdirilmesi gerekliliği bildirilmiştir (45).

Kadınların ve emzirmenin desteklenmesine yönelik uluslararası politikalar ve öneriler:

- Uluslararası İş Örgütü (ILO) (1919, 1941, 1952): normal ücretinin en az 2/3'ünü almak kaydıyla anneye doğum sonrası 12 hafta izin verilmesi
- DSÖ/UNICEF (1979): emzirmenin özendirilmesi, beslenmenin iyileştirilmesi, infant ve çocuk beslenmesi konusunda eğitimin güçlendirilmesi, kadınların sağlık ve sosyal durumlarının

iyileştirilmesi, anne sütü muadillerinin pazarlanmasının kontrol edilmesi gerekliliği

- Dünya Sağlık Asamblesi (DSA) (1981): anne sütü muadillerinin pazarlanmasıyla ilgili uluslararası kodlama
- DSA (1986): anne sütü muadillerinin ücretsiz ve düşük maliyetle pazarlanmasına kısıtlama; izlem mamaları gereksizdir
- Bellagio konsensusu (1988): uzmanlar kurulu doğumu takiben ilk 6 ay boyunca tam veya tama yakın emziren ve amenoresi olan kadınlarda gebe kalma riskinin %2 oranında azaldığı sonucuna varmıştır.
- DSÖ/UNICEF (1989): Emzirmenin Özendirilmesi, Korunması, Desteklenmesi: Doğum servislerinin rolü. Başarılı Emzirme için On Adım yayınlanmıştır.
- Innocenti bildirgesi (1990): Anne Sütünün Özendirilmesi, Korunması ve Desteklenmesi
- Birleşmiş Milletler (1990): Çocuk Hakları Sözleşmesi. Anne, çocuk ve ailelerin korunması; emzirmenin desteklenmesi.
- UNICEF/ DSÖ (1991): Bebek Dostu Hastane Programı
- Birleşmiş Milletler (1992): Kadınlara Karşı Bütün Ayrımcılık Şekillerini Engelleme Anlaşması (CEDAW)
- Birleşmiş Milletler (1994): ilk 6 ay tek başına anne sütü ile beslenmenin özendirilmesi, korunması ve desteklenmesi bebeklerin sağkalımı için elzem stratejilerden biridir; hükümetler sağlık personelinin bu konuda özendirilmesi ve eğitilmesinden sorumludur (21).

DSÖ'ne üye ülkeler; annelerin emzirmediği ya da kısmen emzirdiği durumlarda bebek mamaları ve bunların hazırlanmasında kullanılan uygun malzemeler için azımsanmayacak bir pazar olduğunu öngörmüşlerdir. Bu ürünlerin tümünün ticari ya da ticaret dışı dağıtım sistemleri aracılığıyla ihtiyaç duyanlara gerektiği gibi ulaştırılması ve bunların emzirmenin korunması ve yaygınlaştırılması için gösterilen çabaları engelleyecek biçimde pazarlanıp dağıtılmaması gerektiğini vurgulamışlardır. Bu nedenle yaşamın ilk aylarında bebeklerin çok kolay zarar görebildiğini, anne sütü muadillerinin pazarlanma yöntemlerinin özel olarak ele

alınması gerektiğine ve bu ürünlerin alışılmış yöntemlerle pazarlanmasının uygun olmadığına inanarak mama kodları ve anne sütü muadillerinin pazarlanması ile ilgili yasayı çıkarmıştır (6,46,47). Uluslararası mama kodları ve anne sütü muadillerinin pazarlanması ile ilgili bu yasaya göre;

1. “anne sütü muadili” ve “formüle bebek maması” tanımlamaları yapılmıştır.
2. Gebelerin ve küçük çocuklu annelerin eğitiminde kullanılacak materyallerde öncelikle anne sütünün özendirilmelidir.
3. Ürün ambalajları üzerinde bebek resimleri gibi anne sütü muadillerini idealize eden herhangi bir resim ya da metin içermemelidir.
4. Bu ürünlerin üzerinde bulunan etiketler, emzirmenin teşvik edilmesi esasını zedelememek koşuluyla, ürünün doğru kullanılması konusunda gerekli bilgileri verecek biçimde tasarlanmalıdır.
5. Bu ürünler için satış amaçlı reklâmlar, eşantyonlar, tüketiciyi doğrudan etkileyecek yöntemlerle perakende satışları artıracak özel gösteriler, indirim kuponları, satış kampanyaları, zararına satışlar, başka bir ürünün yanında ücretsiz satış gibi herhangi bir satış artırma yöntemine başvurulmamalıdır.
6. Sağlık sistemi olanaklarından hiçbiri formüle bebek maması ya da yasa kapsamı içerisine giren diğer ürünlerin yaygınlaştırılması amacıyla kullanılmamalıdır. Sağlık çalışanlarına, gebe kadınlara, bebek ve küçük çocuk annelerine ve onların ailelerine ücretsiz bebek maması örnekleri vermemelidir.
7. Sağlık çalışanlarına verilen bilgiler bilimsel ve gerçekçi olmalıdır (46,47,48).

Mayıs 1986’da DSA’de alınan ortak karara göre anne sütü muadillerinin kullanımına ihtiyaç duyan doğum servisi ve hastanede yatan infantlar için gerekli olan anne sütü muadilleri normal yollardan temin edilmeli ve ücretsiz veya düşük maliyetli (tam fiyatın %80’inden daha ucuz olmamalı) ürünler kullanılmamalıdır (DSA 39.28). DSÖ/UNICEF’in Bebek Dostu Hastane Programının hedeflerinden biri bütün ülkelerde ücretsiz veya düşük maliyetli anne sütü muadilleri sağlanmasının sona erdirilmesidir. Eğer bir hastane ücretsiz veya düşük maliyetli olarak anne sütü muadili temin ediyorsa Bebek Dostu Hastane değildir (31,34).

Doğum hizmeti veren hastanelerden; gebeliklerinden itibaren anne adaylarını anne sütü ve emzirme konusunda bilgilendiren, doğumdan hemen sonra annelerin bebeklerini emzirmesini sağlayan, güncel bilgilerle eğitilmiş sağlık personeli ile annelere bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda yardımcı olan hastaneler ‘Bebek Dostu Hastane’ unvanını almaktadır. Türkiye’de anne sütünün özendirilmesine ve annelere emzirme konusunda bilgi ve doğru alışkanlıkları kazandırılmasına yönelik Sağlık Bakanlığının çalışmaları kapsamında, doğum hizmeti veren hastanelerde emzirmenin başarılı ve yerleşik bir uygulama haline gelmesini sağlamak üzere 1991 yılında *Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı* başlatılmıştır (9). Anne Sütü Ulusal Komitesi 2001 yılında kurulmuştur. Başarılı Emzirmede On Adım ile birlikte DSÖ/UNICEF kaynaklı eğitim materyalleri Türkçeye çevrilerek 18 ve 48 saatlik kurslarla eğitim programı başlatılmıştır (49).

Bebek dostu il olabilmek için il merkezindeki doğum yapılan tüm hastanelerin bebek dostu olması ve sağlık ocakları ile Ana Çocuk ve Aile Planlaması Merkezleri’nin %20’sinde emzirme odası bulunması, sağlık personelinin eğitilmiş olması, annelere emzirme konusunda danışmanlık hizmetleri verilmesi, bu sağlık kuruluşlarında ek gıda/mama reklâmlarının yapılmaması, ilk altı ay ek gıda/mama verilmemesi ve bölgedeki eczanelerin bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Bebek Dostu Hastane olarak başlayan bu çalışmalar, 2001 yılında anne sütünün desteklenmesinde önemi olan, birinci basamak sağlık kuruluşlarını da kapsamına almıştır.

Bebek Dostu Hastane plaketi alan hastanelerde her iki yılda bir tazeleme eğitimleri yapılmaktadır ve Sağlık Bakanlığı merkez değerlendirme ekipleri tarafından kontrol edilmektedir. Başarılı çalışmalarını sürdürenlere teşekkür belgesi verilmekte ve başarılı olmayanların plaketi geri alınmaktadır (9).

Kayseri ilinde özel ve kamu hastaneleri dahil olmak üzere 9 hastane “Bebek Dostu Hastane” ünvanı almıştır, 3 hastane ise başvurusunu yapmış ve Sağlık Bakanlığından cevap beklemektedir. Melikgazi ve Kocasinan Sağlık Grup başkanlıklarına bağlı 18 sağlık ocağı “Bebek Dostu” olmuştur. 2007 yılında ise Kayseri Bebek Dostu iller arasındaki yerini almıştır (veriler Kayseri İl Sağlık müdürlüğünden alınmıştır). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi 2004 yılında “Bebek Dostu Hastane” olmuştur (hastanenin yazılı emzirme politikası Ek 2’de verilmiştir).

TÜRKİYE'DE EMZİRME DURUMU

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA)-2003 verilerine göre emzirme oldukça yaygındır. Tüm çocukların %97'si bir süre emzirilmiştir (**Tablo 6**). Yine TNSA-2003 verilerine göre doğumdan sonra emzirmeye başlama süresinin oldukça geç olduğu görülmektedir. Emzirilen çocukların sadece %54'ü doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmiş ve %16'sı doğumdan sonraki ilk 24 saat hiç emzirilmemiştir. Bu oranlar TNSA-1998 verileriyle benzerlik göstermektedir.

Tablo 6 : Türkiye'de yaşa göre emzirilme durumu ve biberon kullanan çocukların yüzdesi, TNSA-2003 (12).

Ay olarak yaş	Emzirilmeyen	Sadece anne sütü	Anne sütü ve:				Toplam	Biberon kullananların yüzdesi	Çocuk sayısı
			Sadece su	İçinde su olan sıvılar/ meyve suları	Diğer süt	Ek gıdalar			
<2	1.8	43.5	32.0	15.2	6.4	1.1	100.0	16.4	95
2-3	6.2	15.7	30.9	17.2	21.5	8.5	100.0	39.1	129
4-5	13.4	10.6	15.0	10.8	35.6	14.6	100.0	47.5	148
6-7	18.8	1.8	2.4	4.4	38.5	34.1	100.0	55.5	143
8-9	29.0	1.4	3.0	0.7	23.7	42.2	100.0	62.0	118
10-11	31.5	0.5	1.5	7.7	14.0	44.7	100.0	48.7	109
12-15	44.8	0.0	0.1	2.3	14.0	38.8	100.0	56.9	244
16-19	67.5	0.0	1.2	1.7	7.1	22.5	100.0	55.2	267
20-23	75.7	0.0	0.0	0.2	3.7	20.4	100.0	49.3	238
24-27	89.5	0.0	0.0	0.2	1.6	8.7	100.0	41.6	230
28-31	92.5	0.0	0.0	0.4	0.4	6.6	100.0	33.3	310
32-35	95.7	0.0	0.0	1.0	0.0	3.3	100.0	35.2	305
<6	7.9	20.8	24.9	14.2	23.2	9.0	100.0	36.6	372
6-9	23.4	1.7	2.6	2.7	31.9	37.7	100.0	58.4	261

Not: Emzirme durumu son "24 saat"e aittir (dün gündüz ve gece). Sadece anne sütü ve su alan çocuklar başka bir ek gıda almamaktadırlar. Emzirilmeyen, sadece anne sütü, anne sütü ve su, anne sütü ve diğer sıvılar, anne sütü ve diğer süt, anne sütü ve ek gıdalar kategorileri birbirlerinden tamamen farklıdır ve toplamları 100'e eşittir. Bu nedenle anne sütü ve içinde su olan diğer sıvıları alan ancak başka ek gıda almayan çocuklar normal su içseler bile içinde su olan sıvılar kategorisinde değerlendirilmiştir. Anne sütü ile birlikte ek gıda alan çocukların tümü ek gıda kategorisinde değerlendirilmiştir.

Doğumdan sonraki bir saat içinde emzirilen çocukların yüzdesi Orta Anadolu'da (yüzde 63) en yüksek iken, Doğu Anadolu'da (yüzde 41) en düşüktür. Doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirmeye başlanan çocukların yüzdesi hiç eğitimi olmayan annelerin doğurdukları çocuklarda yüzde 39 iken, en az lise eğitimi gören annelerin çocuklarında yüzde 61'dir (12).

Doğumdan sonra ilk bir gün içinde emzirmeye başlanan çocukların yüzdesi bölge ve eğitime göre değişmektedir. Annelerin daha düşük eğitime sahip oldukları ve doğumların çoğunlukla sağlık personeli yardımı olmaksızın gerçekleştiği Doğu

Anadolu bölgesi en düşük yüzdeye sahiptir; bu bölgedeki çocukların %25'i doğumdan sonraki ilk bir gün içerisinde hiç emzirilmemiştir. Eğitime göre bakıldığında, hiç eğitimi olmayan annelerin yüzde 27'si doğumdan sonraki ilk bir gün içinde emzirilmemişken en yüksek seviyede eğitim gören annelerin çocuklarının yüzde 12'si ilk gün içinde emzirilmemiştir (12).

Anne sütünden önce başka gıda verilmesi ise, doğumdan hemen sonra ve anne sütü düzenli olarak gelmeden önce bebeğe diğer sıvı gıdaların verilmesidir. Genel olarak, çocukların yüzde 40'ı anne sütünden önce başka bir gıda almışlardır. Bu yüzde Güney Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan çocuklar arasında en yüksektir (yüzde 63) (12).

Aykut ve arkadaşlarının 1985 yılında Kayseri'de malnutrisyon durumunu araştırdıkları bir çalışmada araştırma grubundaki çocukların %5.2'sinin hiç anne sütü almadığı, %18.3'üne ise 6 aydan daha az süre ile anne sütü verildiği saptanmıştır. Yine bu çalışmada lise ve üzerinde eğitim gören annelerin %48.5'inin bebeklerini 6 aydan daha kısa süre emzirdiği tespit edilmiştir (11).

Yine Kayseri bölgesinde 1997 yılında Çetinkaya ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada bebeklerin %96.5'inin emzirildiği, çalışan annelerde emzirme sıklığının düştüğü, ortalama emzirme süresinin ise 11.8 ± 6.5 ay olduğu bulunmuştur (10).

MATERYAL VE YÖNTEM

Bu çalışmada Kayseri ilinde kırsal ve kentsel alanda yaşayan 0-24 aylık bebeği olan annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının yanısıra bebeklerin emzirilme durumlarının da saptanması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Kayseri il merkezinden Bünyamin Somyürek Sağlık Ocağı bölgesi ve kırsal bölgeden Pınarbaşı Merkez Sağlık Ocağı bölgesi seçildi.

Bünyamin Somyürek Sağlık Ocağı Kayseri ili Melikgazi merkez ilçesinde yer alır, 2007 yılı Ev Halkı Tespit Fişi (ETF) kayıtlarına göre 33419 kişiye sağlık hizmeti vermektedir. Hizmet verdiği nüfus içerisinde 2007 yıl ortası nüfus çalışmalarına göre “0” yaş grubu bebek sayısı 411’dir.

Pınarbaşı ilçesi Kayseri ilinin kuzeydoğusunda yer alır ve ilçe sınırları içerisinde 5 sağlık ocağı bulunmaktadır. Merkez Sağlık Ocağı 2007 ETF kayıtlarına göre 14200 kişiye sağlık hizmeti vermektedir. 2007 yıl ortası nüfus çalışmalarına göre “0” yaş grubu bebek sayısı 277’dir.

Bölgelerin nüfus istatistiklerinde doğrudan 0-2 yaş çocuk nüfus verisi bulunmadığı için “0” yaş bebek sayısının iki katı 0-24 aylık bebek çocuk sayısı olarak kabul edilmiş ve örneklem büyüklüğü bu sayılar dikkate alınarak hesaplanmıştır. Bu bölgelerde ikamet eden 0-24 aylık bebeği olan anneler $\frac{1}{4}$ örneklem alınarak çalışma kapsamına alınmıştır. Sağlık Ocaklarının nüfus verileri Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik Şubesinden alınmıştır.

Çalışma süresince her iki sağlık ocağına aşı veya bir başka nedenle başvuran annelerle doğrudan yüz yüze görüşülerek ve sağlık ocağı Gebe-Bebek izlem kartlarından telefon numaraları alınarak telefon görüşmesi yoluyla annelerin

demografik verilerini de içeren toplam 61 sorudan oluşan anket formu doldurulmuştur. Anket formunun uygulanabilirliği 44 kişi üzerinde yapılan bir pilot çalışmayla test edilmiştir. Annelere bebeklerini ne kadar süre emzirdikleri, doğumdan sonra anne sütünden önce herhangi başka gıda verip vermedikleri, ek gıdalara ilk başlama zamanları gibi anne sütü ve emzirmeyle ilgili tutumlarını ölçen sorular yanısıra bebeklerin hangi sıklıkta emzirmeleri gerektiği, emzirmenin anneye olan faydalarının ve anne sütünün bebeğe olan faydalarının neler olduğu gibi bilgi düzeylerini ölçen sorular yöneltilmiştir. Ankette ayrıca ev dışında gelir getiren bir işte çalışan annelere doğumdan sonra işe dönüş süreleri ve anne sütünün hangi koşullarda, ne kadar süre saklanabileceği gibi sorular da sorulmuştur.

Veriler SPSS 15.0 istatistik paket (2006, SPSS inc.) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Bebeklerin yaşı anketin uygulandığı tarihten bebeğin gün, ay, yıl olarak doğum tarihi çıkarılarak hesaplanmıştır. Bebeklerin yaşı hesaplanırken yaş 0-29 günlük olan bebekler için “0” ay, 31-59 günlük bebekler 1 aylık olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizinde χ^2 testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 363 anne katıldı. Katılımcıların 140'ı (%38.6) Pınarbaşı ilçesinde, 223'ü (61.4) Bünyamin Somyürek Sağlık Ocağı bölgesinde yaşamaktaydı. Annelerin yaş ortalaması 27.53 ± 5.16 (en küçük 17, en büyük 42 yaş) idi. Annelerin %85.1'i gelir getiren herhangi bir işte çalışmamaktaydı. Kentsel alanda yaşayan annelerin de büyük kısmını ev hanımları oluşturmakla birlikte çalışan anne sayısı kırsal alandan daha fazlaydı (%17.9'a karşılık %10). Yine kentsel alanda lise ve üzerinde eğitim alan anne sayısı kırsal alana göre daha yüksekti (%56.1'e karşılık %27.9). Farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.001$). Annelerin demografik özellikleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Bebeklerin yaş ortalaması 8.49 ± 6.52 ay (en küçük 0, en büyük 35 ay), gestasyon haftaları ise 40 ± 2 hafta idi. Bebeklerin %6.9'unu prematüre ve %5.4'ünü düşük ve çok düşük doğum ağırlıklı bebekler oluşturmaktaydı. Bebeklerin %29.1'i 3 ay ve daha küçük, %55.4'ü ise 6 aydan daha büyüktü. Kırsal alanda normal vajinal doğum oranı daha yüksek iken kentsel alanda sezaryen ile olan doğumlar daha fazlaydı. Farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.001$). Bebeklerin demografik özellikleri Tablo 8'de gösterilmiştir. Ailelerin %69.1'i çekirdek aile olarak tespit edildi. Ailelerin demografik özellikleri ise Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 7: Çalışma kapsamına alınan annelerin demografik özellikleri

Annelerin Özellikleri	Kırsal n(%)	Kentsel n(%)	Toplam n(%)	
Yaş (yıl) (Ort.±SS)	25±5.10	28.29±5.07	27±53	
İlk gebelik yaşı (yıl) (Ort.±SS)	21.34±3.34	21.89±3.59	21.68±3.46	
Gebelik sayısı (Ort.±SS)	2.14±1.33	2.41±1.39	2.30±1.37	
Yaşayan çocuk sayısı (Ort.±SS)	1.95±1.15	1.98±1.02	1.97±1.06	
Doğum aralığı (yıl) (Ort.±SS)	3.75±2.53	4.93±3.18	4.52±3.01	
İşe dönüş (ay) (Ort.±SS)	6.8±4.5	6.78±4.7	6.78±4.8	
Eğitim düzeyi				
Okur yazar değil	5 (3.6)	7 (3.1)	12 (3.3)	
Okur-yazar	7 (5.0)	5 (2.2)	12 (3.3)	
İlkokul mezunu	76 (54.3)	61 (27.4)	137 (37.7)	$\chi^2=34.6$
Ortaokul mezunu	13 (9.3)	25 (11.2)	38 (10.5)	p<0.001
Lise mezunu	25 (17.9)	70 (31.4)	95 (26.2)	
Üniversite mezunu	14 (10.0)	55 (24.7)	69 (19.0)	
Meslek				
Ev hanımı	126 (90.0)	183 (82.1)	309 (85.1)	
Öğretmen	7 (5.0)	7 (3.1)	14 (3.9)	$\chi^2=11.3$
Sağlık personeli	6 (4.3)	17 (7.6)	23 (6.3)	p=0.019
Diğer	1 (0.7)	16 (6.7)	17 (4.8)	
Antenatal izlem				
Evet	137 (97.9)	222 (99.6)	359 (98.9)	$\chi^2=2.2$
Hayır	3 (2.1)	1 (0.4)	4 (1.1)	p=0.132
Antenatal izlem sıklığı				
Bir kez	4 (2.9)	1 (0.5)	5 (1.4)	
2-3 ayda bir	41 (30.1)	34 (15.4)	75 (21.0)	$\chi^2=15.6$
ayda bir	91 (66.9)	221 (84.2)	277 (77.6)	p<0.001
Antenatal izlem yeri				
Sağlık ocağı	90 (65.7)	50 (22.5)	140 (39.0)	
Doğumevi-hastane (kamu)	10 (7.3)	11 (5.0)	21 (5.8)	
Üniversite hastanesi	-	4 (1.8)	4 (1.1)	$\chi^2=74.7$
Özel hastane	32 (23.4)	121 (54.5)	153 (42.6)	p<0.001
Özel doktor	5 (3.6)	36 (16.2)	41 (11.4)	
Doğumların yapıldığı yer				
Hastanede	136 (97.1)	223 (100.0)	359 (98.9)	
Evde kendi kendime	3 (2.1)	-	3 (0.8)	$\chi^2=6.4$
Evde sağlık personeli yardımıyla	1 (0.7)	-	1 (0.3)	p=0.021

Tablo 8: Bebeklerin demografik özellikleri

Bebeklerin özellikleri	Kırsal n(%)	Kentsel n(%)	Toplam n(%)	
Yaş (ay) (Ort.±SS)	8.39 ± 5.99	8.54 ± 6.82	8.48 ± 6.51	
Gestasyon haftası				
Prematüre (< 36 hafta)	4 (2.9)	12 (5.4)	16 (4.4)	
Term gebelik (≥ 36 hafta)	136 (97.1)	210 (94.6)	346 (95.6)	
Doğum ağırlığı				
Çok düşük doğum ağırlıklı (≤1500g)	1 (0.8)	4 (1.8)	5 (1.4)	
Düşük doğum ağırlıklı (1501-2500g)	3 (2.3)	11 (5.0)	14 (4.0)	
Normal ağırlık (2501-3999g)	119 (90.8)	187 (85.0)	306 (88.2)	
İri bebek (≥4000 g)	8 (6.1)	18 (8.2)	26 (7.4)	
Bebeğin cinsiyeti				
Kız	78 (55.7)	114 (51.4)	192 (53.0)	
Erkek	62 (44.3)	108 (48.6)	170 (47.0)	
Doğum şekli				
Normal doğum	88 (62.9)	77 (34.5)	165 (45.5)	$\chi^2=27.8$
Sezaryen	52 (37.1)	146 (65.5)	198 (54.5)	p<0.001
Emzirilme süreleri (ortanca±SS)				
0-3 aylık bebekler	1.0 ± 0.84 (n=18)	2.0 ± 0.75 (n=57)	2.0 ± 0.78 (n=75)	
4-6 aylık bebekler	4.0 ± 0.80 (n=36)	3.50 ± 0.78 (n=38)	4.0 ± 0.80 (n=74)	
6-9 aylık bebekler	7.0 ± 1.37 (n=17)	6.0 ± 1.34 (n=33)	6.0 ± 1.34 (n=50)	
9-12 aylık bebekler	9.0 ± 2.47 (n=29)	9.50 ± 2.86 (n=24)	9.0 ± 2.63 (n=53)	
12-18 aylık bebekler	12 ± 3.24 (n=26)	12 ± 3.69 (n=43)	12 ± 3.54 (n=69)	
18 aydan büyük bebekler	15 ± 6.60 (n=11)	8 ± 7.30 (n=28)	11 ± 7.10 (n=39)	

Annelerin %99.2'sinin bebeğini bir süre emzirmiş olduğu gözlemlendi. Bu değer TNSA-2003 verilerinden daha yüksek olarak bulundu. Bebeğini hiç emzirmeyen 3 annenin emzirmeme nedeni bebeğin prematürite nedeniyle hastanede yatması ve meme başı problemi olarak saptandı. Her üç annenin de bebeğini emzirme niyeti ve girişiminin olduğu ancak başarısız olduğu öğrenildi. Bölgelere göre değerlendirildiğinde Pınarbaşı'nda yaşayan annelerin tamamının bebeğini bir süre emzirdiği, bebeğini emzirmeyen 3 annenin de Kayseri merkezde yaşadığı görüldü. Kırsal ve kentsel alanda bebeğini emzirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0.05) (Tablo 10).

Tablo 9: Ailelerin demografik özellikleri

Ailenin özellikleri	Kırsal n(%)	Kentsel n(%)	Toplam n(%)	
Babanın işi				
İşçi	41 (29.5)	63 (28.4)	104 (28.8)	
Esnaf	6 (4.3)	62 (27.9)	68 (18.8)	
Memur	17 (12.2)	8 (4.1)	26 (7.2)	
Öğretmen	11 (7.9)	10 (4.5)	21 (5.8)	$\chi^2=63.7$
Çiftçi	17 (12.2)	-	17 (4.7)	$p<0.001$
Sağlık personeli	5 (3.6)	12 (5.4)	17 (4.7)	
İşsiz	3 (2.1)	2 (0.9)	5 (1.4)	
Diğer	39 (27.9)	64 (28.8)	103 (28.5)	
Babanın eğitim düzeyi				
Okur yazar değil	1 (0.7)	-	1 (0.3)	
Okur-yazar	2 (1.4)	-	2 (0.6)	
İlkokul	68 (48.9)	55 (24.7)	123 (34.0)	$\chi^2=30.4$
Ortaokul	14 (10.1)	30 (13.5)	44 (12.2)	$p<0.001$
Lise	31 (22.3)	65 (29.1)	96 (26.5)	
Üniversite	23 (16.5)	73 (32.7)	96 (26.5)	
Ailenin gelir düzeyi (YTL olarak)				
400'den az	42 (30.0)	18 (8.1)	60 (16.6)	
401-800 arası	62 (44.3)	69 (31.1)	131 (36.2)	$\chi^2=52.4$
801-1500 arası	21 (15.0)	63 (28.4)	84 (23.2)	$p<0.001$
1500'den fazla	15 (10.7)	72 (32.4)	87 (24.0)	
Aile yapısı				
Geniş	43 (30.7)	69 (30.9)	112 (30.9)	$\chi^2=0.0$
Çekirdek	97 (69.3)	154 (69.1)	251 (69.1)	$p=0.964$

Tablo 10: Kırsal ve kentsel alanda emzirme durumu

Bebeginizi hiç emzirdiniz mi?	Çalışma bölgesi			χ^2	p değeri
	Kırsal n(%)	Kentsel n(%)	Toplam n(%)		
Evet	140 (100.0)	220 (98.7)	260 (99.2)	1.8	=0.168
Hayır	0 (0.0)	3 (1.3)	3 (0.8)		
Toplam	140 (100.0)	223 (100.0)	363 (100.0)		

Annelerin antenatal sağlık bakımını nereden aldıklarına bakıldığında kırsal ve kentsel alanda önemli farklılık olduğu saptandı. Kırsal alanda annelerin daha çok sağlık ocağına gittikleri, bir başka deyişle 1. basamak sağlık kuruluşunu tercih ettikleri; kentsel alanda ise özel hastane ve özel doktoru tercih ettikleri tespit edilmiştir (p<0.001) (**Tablo 7**).

Annenin eğitim düzeyi hem kırsal hem de kentsel alanda antenatal bakım sıklığını ve antenatal bakımın nereden alındığını etkilemektedir. Eğitim düzeyi düşük anneler daha az sıklıkta antenatal bakım aldığı ve bu bakımı daha çok sağlık ocaklarından aldıkları gözlemlendi (p<0.001) (**Tablo 11 ve 12**).

Tablo 11: Annenin eğitim düzeyi ve antenatal sağlık bakımın verildiği sağlık kuruluşu

Antenatal bakımın verildiği sağlık kuruluşu	Annenin eğitim düzeyi			χ^2	p değeri
	En az ortaokul mezunu n(%)	Lise ve üzerinde eğitim alanlar n(%)	Toplam n(%)		
Sağlık Ocağı	120 (61.5)	20 (12.2)	140 (39.0)	107.3	<0.001
Doğumevi-hastane (kamu)	18 (9.2)	7 (4.3)	25 (7.0)		
Özel hastane-doktor	57 (29.2)	137 (83.5)	194 (54.0)		
Toplam	195 (100.0)	164 (100.0)	359 (100.0)		

Tablo 12: Annenin eğitim düzeyi ve antenatal bakım sıklığı

Antenatal bakım sıklığı	Annenin eğitim düzeyi			χ^2	p değeri
	En az ortaokul mezunu n(%)	Lise ve üzerinde eğitim alanlar n(%)	Toplam n(%)		
Bir kez	5 (2.6)	0 (0.0)	5 (1.4)	19.0	<0.001
İki-üç ayda bir	55 (28.4)	20 (12.3)	75 (21.0)		
Ayda bir	134 (69.1)	143 (87.7)	277 (77.6)		
Toplam	194 (100.0)	163 (100.0)	357 (100.0)		

Şu ana kadar yapılan çalışmalarda emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesini etkileyen faktörler arasında annenin emzirme niyetinin olması, emzirme kararını ne zaman aldığı, annenin yaşı ve eğitim düzeyi gibi faktörlerin olduğu gösterilmiştir.

Bu çalışmada emzirme kararını gebelikten önce ve gebelik sırasında alan annelerin daha çok kırsal alanda yaşadığı tespit edildi. Yine annenin eğitim düzeyi

ile emzirme kararının verilmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Yüksek eğitim düzeyine sahip anneler emzirme kararını daha erken dönemde vermekteydi ($p<0.001$) (**Tablo 13 ve 14**).

Tablo 13: Kırsal ve kentsel alanda emzirme kararını verme zamanı

Emzirme kararı	Çalışma bölgesi			χ^2	p değeri
	Kırsal n(%)	Kentsel n(%)	Toplam n(%)		
Gebelikten önce	69 (49.6)	134 (60.6)	203 (56.4)	34.6	<0.001
Gebelik sırasında	60 (43.2)	38 (17.2)	98 (27.2)		
Doğumdan sonra	10 (7.2)	49 (22.2)	59 (16.4)		
Toplam	139 (100.0)	221 (100.0)	360 (100.0)		

Tablo 14: Annenin eğitim düzeyi ve emzirme kararını verme zamanı

Emzirme kararı	Annenin eğitim durumu			χ^2	p değeri
	En az ortaokul mezunu n(%)	Lise ve üzerinde eğitim alanlar n(%)	Toplam n(%)		
Gebelikten önce	90 (45.5)	113 (69.8)	203 (56.4)	21.4	<0.001
Gebelik sırasında	67 (33.8)	31 (19.1)	98 (27.2)		
Doğumdan sonra	41 (20.7)	18 (11.1)	59 (16.4)		
Toplam	198 (100.0)	162 (100.0)	360 (100.0)		

Emzirme kararını doğumdan sonra alan annelerin %27.6'sı ilk bir ay içinde ek gıdaya başlarken emzirme kararını gebelikten önce ve gebelik sırasında alan annelerin ilk bir ay içinde ek gıda başlama yüzdeleri sırasıyla %9.9 ve %8.2 olarak bulundu ($p=0.001$) (**Tablo 15**).

Türkiye'de yapılan çalışmalar anne sütü ile besleme davranışının yaygın olduğunu ancak ek gıdalara çok erken dönemde başladığını göstermektedir. Benzer şekilde bu çalışmada da annelerin tamamına yakınının bebeklerini bir süre emzirdikleri ancak ek gıdalara erken dönemde başladıkları tespit edilmiştir. Annelerin %23.3'ü ilk bir ay içinde ek gıdaya başlamaktadır ve kentsel alanda ilk bir ay içinde ek gıdaya başlama oranı daha yüksektir ($p=0.001$) (**Tablo 16**).

Tablo 15: Annelerin emzirme kararını verme zamanı ve anne sütü dışında ek gıdaya başlama zamanı

Anne sütü dışında ek gıda başlama zamanı	Emzirme kararının ne zaman alındığı			
	Gebelikten önce n(%)	Gebelik sırasında n(%)	Doğumdan sonra n(%)	Toplam n(%)
İlk bir ay içinde	20 (9.9)	8 (8.2)	16 (27.6)	44 (12.3)
2-3 ay arasında	28 (13.9)	12 (12.4)	8 (13.8)	48 (13.4)
4-6 ay arasında	56 (27.7)	30 (30.9)	14 (24.1)	100 (28.0)
6 aydan sonra	35 (17.3)	27 (27.8)	14 (24.1)	76 (21.3)
Henüz başlamadım	63 (31.2)	20 (20.6)	6 (10.3)	89 (24.9)
Toplam	202 (100.0)	97 (100.0)	58 (100.0)	357 (100.0)

$\chi^2=26.4$; $p=0.001$

Tablo 16: Kırsal ve kentsel alanda annelerin anne sütü dışında ek gıdaya başlama zamanı

Anne sütü dışında ek gıda başlama zamanı	Çalışma bölgesi			χ^2	p değeri
	Kırsal n(%)	Kentsel n(%)	Toplam n(%)		
İlk bir ay içinde	8 (5.8)	36 (16.4)	44 (23.3)	18.0	=0.001
2-3 ay arasında	12 (8.6)	37 (16.8)	49 (13.6)		
4-6 ay arasında	46 (33.1)	55 (25.0)	101 (28.1)		
6 aydan sonra	38 (27.3)	38 (17.3)	76 (21.2)		
Henüz başlamadım	35 (25.2)	54 (24.5)	89 (24.8)		
Toplam	139 (100.0)	220 (100.0)	359 (100.0)		

Bebeklerin yaş gruplarına göre ek gıdaya başlama zamanına bakıldığında 3 aydan küçük bebeklerin %24.3'üne ilk 1 ay içinde, %28.4'üne ise ilk 3 ay içinde ek gıda başlanmaktadır. Üç-altı aylık bebeklerde henüz ek gıda başlanmayan, sadece anne sütü alan bebeklerin oranı %46.6'ya düşmüştür ($p=0.001$) (Tablo 17).

Tablo 17: Bebeklerin yaş gruplarına göre ek gıdaya başlama zamanı

Bebeklerin yaş grupları	Ek gıda başlama zamanı					
	İlk 1 ay içinde n(%)	2-3 ay arasında n(%)	4-6 ay arasında n(%)	6 aydan sonra n(%)	Henüz başlamadım n(%)	Toplam n(%)
< 3 aylık	18 (24.3)	3 (4.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	53 (71.6)	74 (100.0)
3-6 aylık	3 (4.1)	14 (19.2)	22 (30.1)	0 (0.0)	34 (46.6)	73 (100.0)
6-9 aylık	5 (10.0)	5 (10.0)	18 (36.0)	22 (44.0)	0 (0.0)	50 (100.0)
9-12 aylık	6 (11.3)	10 (18.9)	24 (45.3)	12 (22.6)	1 (1.9)	53 (100.0)
12-18 aylık	5 (7.4)	10 (14.7)	26 (38.2)	27 (39.7)	0 (0.0)	68 (100.0)
> 18 aylık	6 (15.4)	7 (17.9)	11 (28.2)	15 (38.5)	0 (0.0)	39 (100.0)
Toplam	43 (12.0)	49 (13.7)	101 (28.3)	76 (21.3)	88 (24.6)	357 (100.0)

$\chi^2=243.2, p < 0.001$

Ek gıdaya başlama nedenleri sorgulandığında ilk 3 sırayı yetersiz süt, sağlık personeli önerisi ve ek gıdalara alışması gibi nedenler almaktadır. Kırsal ve kentsel alanda “süt yetersizliği” dışında diğer ek gıda başlama nedenleri farklılık göstermektedir (p=0.001) (Tablo 18).

Tablo 18: Kırsal ve kentsel alanda annelerin ek gıdaya başlama nedenleri

Anne sütü dışında ek gıda başlama nedeni	Çalışma bölgesi			χ^2	p değeri
	Kırsal n(%)	Kentsel n(%)	Toplam n(%)		
İşe dönüş	0 (0.0)	6 (4.8)	6 (3.2)	25.0	=0.001
Sütüm yetersizdi	54 (84.4)	68 (54.4)	122 (64.6)		
Sağlık personeli önerdi	2 (3.1)	14 (11.2)	16 (8.5)		
Alışsın diye	5 (7.8)	5 (4.0)	10 (5.3)		
Susuz kalmasın diye	0 (0.0)	9 (7.2)	9 (4.8)		
Bebek emmek istemedi	1 (1.6)	5 (4.0)	6 (3.2)		
Bebeğin hastalığı	1 (1.6)	7 (5.6)	8 (4.2)		
Gebelik	1 (1.6)	2 (1.6)	3 (1.6)		
Diğer	0 (0.0)	9 (7.2)	9 (4.8)		
Toplam	64 (100.0)	125 (100.0)	189 (100.0)		

Ek gıda başlama zamanını etkileyebilecek faktörler araştırıldığında geniş aile yapısı, babanın eğitim düzeyi, emzirme kararının erken dönemde verilmesinin ve doğumdan sonra prelakteal gıda verilme durumu ile ek gıda başlama zamanı arasında ilişki olduğu ancak annenin yaşı, eğitim durumu, anne sütü ve emzirme konusunda eğitim alma durumunun ve eğitimi kimden aldığı ek gıdaya başlama zamanını etkilemediği gözlemlendi.

Aile yapısına bakıldığında geniş ailede yaşayan bebeklerin %23.4'üne 2-3 ay arasında ek gıda başlanırken çekirdek ailede yaşayanlarda bu oran %9.3 olarak bulundu ($p=0.008$) (**Tablo 19**).

Tablo 19: Aile yapısı ve ek gıda başlama zamanı

Anne sütü dışında ek gıda başlama zamanı	Eşinizin ailesiyle birlikte mi oturuyorsunuz?			χ^2	P değeri
	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam n(%)		
İlk bir ay içinde	12 (10.8)	32 (12.9)	44 (12.3)	13.8	=0.008
2-3 ay arasında	26 (23.4)	23 (9.3)	49 (13.6)		
4-6 ay arasında	26 (23.4)	75 (30.2)	101 (28.1)		
6 aydan sonra	24 (21.6)	52 (21.0)	76 (21.2)		
Henüz başlamadım	23 (20.7)	66 (26.6)	89 (24.8)		
Toplam	111 (100.0)	248 (100.0)	359 (100.0)		

Annenin eğitim düzeyi ile ek gıda başlama zamanı arasında ilişki bulunmazken ($\chi^2=5.7$, $p=0.217$) ilginç olarak babanın eğitim düzeyi ile ek gıda başlama zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0.042$) (**Tablo 20**). Ailenin gelir düzeyi ile ek gıda başlama zamanını etkilememekteydi ($\chi^2=18.2$, $p=0.108$).

Tablo 20: Babaların eğitim durumu ve anne sütü dışında ek gıdaya başlama zamanı

Anne sütü dışında ek gıda başlama zamanı	Babanın eğitim düzeyi			χ^2	p değeri
	En az ortaokul mezunu n(%)	Lise ve üzerinde eğitim alanlar n(%)	Toplam n(%)		
İlk bir ay içinde	21 (12.6)	23 (12.0)	44 (12.3)	9.9	=0.042
2-3 ay arasında	21 (12.6)	28 (14.7)	49 (13.7)		
4-6 ay arasında	35 (21.0)	65 (34.0)	100 (27.9)		
6 aydan sonra	42 (25.1)	34 (17.8)	76 (21.2)		
Henüz başlamadım	48 (28.7)	41 (21.5)	89 (24.9)		
Toplam	167 (100.0)	191 (100.0)	358 (100.0)		

Doğumdan sonra prelakteal gıda veren annelerin %24.1'i ilk 1 ay içinde ek gıdaya başlarken vermeyen annelerin sadece %4.2'si ilk bir ay içinde ek gıdaya başlamaktaydı ($p<0.001$) (**Tablo 21**).

Tablo 21: İlk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda verme durumu ve anne sütü dışında ek gıdaya başlama zamanı

Anne sütü dışında ek gıda başlama zamanı	İlk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda verdiniz mi			χ^2	p değeri
	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam n(%)		
İlk bir ay içinde	33 (24.1)	9 (4.2)	42 (12.0)	31.6	<0.001
2-3 ay arasında	18 (13.1)	31 (14.6)	49 (14.0)		
4-6 ay arasında	34 (24.8)	66 (31.0)	100 (28.6)		
6 aydan sonra	22 (16.1)	50 (23.5)	72 (20.6)		
Henüz başlamadım	30 (21.9)	57 (26.8)	87 (24.9)		
Toplam	137 (100.0)	213 (100.0)	350 (100.0)		

Kırsal ve kentsel alanda prelakteal gıda verme durumu incelendiğinde kentsel alanda yaşayan annelerin prelakteal gıda verme oranının daha yüksek olduğu saptandı (**Tablo 22**). Bu durum kentsel alanda sezaryen ile doğumların oranının yüksekliğine ve buna bağlı olarak ilk bir saat içinde bebeğin emzirilmemiş olmasına bağlı olabilir (**Tablo 23**).

Tablo 22: Kırsal ve kentsel alanda ilk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda verme durumu

İlk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda verdiniz mi	Çalışma bölgesi			χ^2	p değeri
	Kırsal n(%)	Kentsel n(%)	Toplam n(%)		
Evet	39 (29.5)	99 (44.6)	138 (39.0)	7.8	=0.005
Hayır	93 (70.5)	123 (55.4)	216 (61.0)		
Toplam	132 (100.0)	222 (100.0)	354 (100.0)		

Tablo 23: Doğum şekli ile bebeklerin ilk bir saat içinde emzirilme durumu

İlk bir saat içinde emzirme	Doğum şekli			χ^2	p değeri
	Normal n(%)	Sezaryen n(%)	Toplam n(%)		
İlk bir saat içinde	135 (82.8)	136 (70.1)	271 (75.9)	7.8	=0.005
Bir saatten sonra	28 (17.2)	58 (29.9)	86 (24.1)		
Toplam	163 (100.0)	194 (100.0)	357 (100.0)		

Yine prelakteal gıdaların türü de kırsal ve kentsel alanda farklılık göstermekteydi. Kentsel alanda yaşayan anneler daha çok hazır mama başlarken kırsal alanda yaşayan anneler şekerli su vermekteydi ($p<0.001$) (**Tablo 24**).

Tablo 24: Kırsal ve kentsel alanda ilk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında hangi gıdalar verildi

İlk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında gıda olarak ne verildi	Çalışma bölgesi			χ^2	p değeri
	Kırsal n(%)	Kentsel n(%)	Toplam n(%)		
Anne sütü dışında süt	8 (21.1)	1 (1.0)	9 (6.6)	39.1	<0.001
Şekerli su	18 (47.4)	23 (23.5)	41 (30.1)		
Hazır mama	11 (28.9)	67 (68.4)	78 (57.4)		
Diğer	1 (2.6)	7 (7.1)	8 (5.1)		
Toplam	38 (100.0)	98 (100.0)	136 (100.0)		

Bebeklerin yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde özellikle 3 aydan küçük bebek yaş grubunda prelakteal gıda alan bebeklerin %41.7'sine, almayanların ise %8.1'ne ilk 1 ay içinde ek gıda başlandığı tespit edildi (p=0.002) (**Tablo 25**). Diğer yaş gruplarında prelakteal gıda verilme durumunun ek gıda başlama zamanını etkilemediği saptandı (p=0.488) (**Tablo 26**).

Tablo 25: 0-3 aylık bebeklerde ilk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda verme durumu ve anne sütü dışında ek gıdaya başlama zamanı

Anne sütü dışında ek gıda başlama zamanı	İlk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda verdiniz mi			χ^2	p değeri
	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam n(%)		
İlk bir ay içinde	11 (41.7)	3 (8.1)	18 (24.7)	12.0	=0.002
2-3 ay arasında	2 (5.6)	1 (2.7)	3 (4.1)		
Henüz başlamadım	19 (52.8)	33 (89.2)	52 (71.2)		
Toplam	36 (100.0)	37 (100.0)	73 (100.0)		

Tablo 26: 3-6 aylık bebeklerde ilk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda verme durumu ve anne sütü dışında ek gıdaya başlama zamanı

Anne sütü dışında ek gıda başlama zamanı	İlk 3 gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda verdiniz mi			χ^2	p değeri
	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam n(%)		
İlk bir ay içinde	2 (7.4)	1 (2.3)	3 (4.2)	2.7	=0.488
2-3 ay arasında	7 (25.9)	7 (15.9)	14 (19.7)		
4-6 ay arasında	8 (29.6)	13 (29.5)	21 (29.6)		
Henüz başlamadım	10 (37.0)	23 (52.3)	33 (46.5)		
Toplam	27 (100.0)	44 (100.0)	71 (100.0)		

Yapılan çalışmalarda annelerin anne sütü ve emzirme konusunda eğitim alan annelerin bebeklerini daha uzun süre emzirdikleri ve ek gıdalara daha geç başladıkları gösterilmiştir. Ancak bu çalışmada anne sütü ve emzirme konusunda

eğitim alan annelerle almayanlar arasında ek gıda başlama zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0.273$) (**Tablo 27**). Yine anne s¼tü ve emzirme ile ilgili eğitimin kimden alındığının da ek gıda başlama zamanını etkilemediği gözlenmiştir ($p=0.415$) (**Tablo 28**).

Tablo 27: Annelerin anne s¼tü ve emzirme ile ilgili bilgi alma durumu ve anne s¼tü dışında ek gıdaya başlama zamanı

Anne s¼tü dışında ek gıda başlama zamanı	Anne s¼tü ve emzirme ile ilgili eğitim alma			χ^2	p değeri
	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam n(%)		
İlk bir ay içinde	32 (10.5)	12 (19.7)	44 (12.3)	5.1	=0.273
2-3 ay arasında	43 (14.4)	6 (9.8)	49 (13.6)		
4-6 ay arasında	87 (29.2)	14 (23.0)	101 (28.1)		
6 aydan sonra	64 (21.5)	12 (19.7)	76 (21.2)		
Henüz başlamadım	72 (24.2)	17 (27.9)	89 (24.8)		
Toplam	298 (100.0)	61 (100.0)	359 (100.0)		

Tablo 28: Annelerin anne s¼tü ve emzirme ile ilgili bilgiyi kimden aldığı ve anne s¼tü dışında ek gıdaya başlama zamanı

Anne s¼tü dışında ek gıda başlama zamanı	Anne s¼tü ve emzirme ile ilgili eğitimin kimden alındığı			
	Sağlık personeli n(%)	Ailem n(%)	Tv-medya, kitap, broşür n(%)	Toplam n(%)
İlk bir ay içinde	24 (10.5)	2 (15.4)	6 (10.7)	32 (10.7)
2-3 ay arasında	31 (13.5)	2 (15.4)	10 (17.9)	43 (14.7)
4-6 ay arasında	68 (29.7)	2 (15.4)	17 (30.4)	87 (29.2)
6 aydan sonra	53 (23.1)	5 (38.5)	6 (10.7)	64 (21.5)
Henüz başlamadım	53 (23.1)	2 (15.4)	17 (30.4)	72 (24.3)
Toplam	229 (100.0)	13 (100.0)	6 (100.0)	298 (100.0)

$\chi^2=8.2$; $p=0.415$

Kırsal ve kentsel alanda anne s¼tü ve emzirme ile ilgili bilgi alma durumu kıyaslandığında kentsel alanda annelerin %22.1'inin, kırsal alanda ise %8.6'sının bu konuda eğitim almadığı saptandı ($p=0.001$) (**Tablo 29**). Bunun nedeni kırsal alanda

annelerin büyük çoğunluğunun antenatal sağlık bakımını 1. Basamak sağlık kuruluşlarından alıyor olması olabilir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde kırsal alanda annelerin %92.2'sinin, kentsel alanda ise sadece %76.7'sinin anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitimi sağlık personelinden aldığı tespit edildi ($p<0.001$) (Tablo 30).

Tablo 29: Kırsal ve kentsel alanda anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi alma durumu

Anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim alma	Çalışma bölgesi			χ^2	p değeri
	Kırsal n(%)	Kentsel n(%)	Toplam n(%)		
Evet	128 (91.4)	173 (77.9)	301 (83.1)	11.1	=0.001
Hayır	12 (8.6)	49 (22.1)	61 (16.9)		
Toplam	139 (100.0)	221 (100.0)	360 (100.0)		

Annelerin kırsal ve kentsel alanda anne sütü ve emzirmenin faydaları ile ilgili 20 soruya doğru cevap verme oranları birbirine yakın olarak bulundu. Kırsal alanda ortalama doğru cevap sayısı 14.1 ± 2.25 (en az 7, en çok 19) iken kentsel alanda 14.3 ± 2.41 (en az 5, en çok 20) olarak bulundu. Genel olarak bakıldığında ise ortalama doğru cevap sayısının 14.25 ± 2.35 (en az 5, en çok 20) olduğu gözlemlendi.

Tablo 30: Kırsal ve kentsel alanda emzirme anne sütü ve emzirme ile ilgili bilginin kimden alındığı

Anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitimi kim verdi	Çalışma bölgesi			χ^2	p değeri
	Kırsal n(%)	Kentsel n(%)	Toplam n(%)		
Sağlık personeli	118 (92.2)	113 (65.3)	231 (76.7)	31.3	<0.001
Ailem	4 (3.1)	10 (5.8)	14 (4.7)		
Tv-medya, kitap ve broşür	6 (4.7)	47 (27.2)	53 (17.6)		
Diğer	0 (0.0)	3 (1.7)	3 (1.0)		
Toplam	128 (100.0)	173 (100.0)	301 (100.0)		

Kırsal ve kentsel alanda bebeklerin isteğe bağlı emzirme durumu karşılaştırıldığında kırsal alanda yaşayan annelerin %63.6'sı, kentsel alanda yaşayanların ise %86.1'i bebeklerini her istediğinde/ağladığında emzirmekteydi ($p<0.001$) (Tablo 31). Bu durum annenin eğitim düzeyi ile ilişkili olabilir. Zira lise

ve üzerinde eğitim alan annelerin %17.1'inin, ortaokul ve altında eğitim alan annelerin ise %27.1'inin bebeğini sabit aralıklarla emzirdiği saptandı (p=0.023) **(Tablo 32)**.

Tablo 31: Kırsal ve kentsel alanda bebeklerin emzirilme sıklığı

Emzirme sıklığı	Çalışma bölgesi			χ^2	p değeri
	Kırsal n(%)	Kentsel n(%)	Toplam n(%)		
İsteğe bağlı	89 (63.6)	192 (86.1)	281 (77.4)	24.9	<0.001
Sabit aralıklarla	51 (36.4)	31 (13.9)	82 (22.6)		
Toplam	140 (100.0)	223 (100.0)	363 (100.0)		

Tablo 32: Annenin eğitim düzeyi bebeklerin emzirilme sıklığı

Emzirme sıklığı	Annenin eğitim durumu			χ^2	p değeri
	En az ortaokul mezunu n(%)	Lise ve üzerinde eğitim alanlar n(%)	Toplam n(%)		
İsteğe bağlı	145 (72.9)	136 (82.9)	281 (77.4)	5.2	=0.023
Sabit aralıklarla	54 (27.1)	28 (17.1)	82 (22.6)		
Toplam	199 (100.0)	164 (100.0)	363 (100.0)		

Annelerin doğum yapma şekli annelerin eğitim düzeyi ile ilişkili bulundu. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça sezaryen ile doğum yapma yüzdesinin de arttığı görüldü. Ortaokul ve üzeri eğitim alan annelerin sadece %32.2'inin normal vajinal yoldan doğum yaptığı tespit edildi (p<0.001) **(Tablo 33 ve 34)**.

Tablo 33: Annenin eğitim düzeyi ve doğum yapma şekli

Annenin eğitim düzeyi	Doğum şekli			χ^2	p değeri
	Normal n(%)	Sezaryen n(%)	Toplam n(%)		
İlkokul ve altında eğitim alanlar	100 (62.1)	61 (37.9)	161 (100.0)	32.3	<0.001
Ortaokul ve üzerinde eğitim alanlar	65 (32.2)	137 (67.8)	202 (100.0)		
Toplam	165 (45.5)	198 (54.5)	363 (100.0)		

Tablo 34: Annenin eğitim düzeyi ve doğum yapma şekli

Annenin eğitim düzeyi	Doğum şekli			χ^2	p değeri
	Normal n(%)	Sezaryen n(%)	Toplam n(%)		
Okur-yazar değil	8 (4.8)	4 (2.0)	12 (3.3)	49.6	<0.001
Okur-yazar	9 (5.5)	3 (1.5)	12 (3.3)		
İlkokul mezunu	83 (50.3)	54 (27.3)	137 (37.7)		
Ortaokul mezunu	22 (13.3)	16 (8.1)	38 (10.5)		
Lise mezunu	31 (18.8)	64 (32.3)	95 (26.2)		
Üniversite mezunu	12 (7.3)	57 (28.8)	69 (19.0)		
Toplam	165 (100.0)	198 (100.0)	363 (100.0)		

TARTIŞMA

Türkiye’de anne sütü ile beslenme durumunu araştırmak için yapılan çalışmalarda anne sütü verme oranlarının oldukça yüksek olduğu ancak anne sütü dışındaki gıdalara erken başlandığı gösterilmiştir. TNSA-2003 verilerine göre bebekler 2-3 aylık olduklarında yalnız %16’sı tek başına anne sütü ile beslenmektedir. 2-3 aylık bebeklerde ek gıda alanların yüzdesi artarak %78’e çıkmıştır (12).

Bu çalışmada da TNSA-2003 verilerine benzer şekilde neredeyse bebeklerin tamamının bir süre anne sütü aldığı tespit edilmiştir. Ancak TNSA-2003’ten farklı olarak 3 aylıktan küçük bebeklerin %71.6’sının tek başına anne sütü ile beslendiği, %28.4’üne ise anne sütü dışında ek gıda başlandığı görüldü ($p<0.001$) (**Tablo 17**). Bu yaş grubu için tek başına anne sütü ile beslenme oranı TNSA-2003 verilerinden daha yüksek olarak bulundu.

Türkiye’de emzirme davranışının yüksek olmasının nedeni Türk toplumunun gelenekleri ve dini inançları olabilir.

İbn-i Sina El-Kanun Fi’t-Tıbb adlı eserinde bebek bakımı ile ilgili bir bölüme yer vermiştir. Bu bölümde ünlü tıp adamı bebek beslenmesiyle ilgili olarak bebekler için en uygun besinin anne sütü olduğunu söylemiş ancak kolostrumla ilgili olarak bebeğe verilmemesini, yenidoğan bebeğe ilk olarak ılık bal verilmesini önermiştir (25). Türk toplumunda geleneksel olarak kolostrumun verilmemesi, onun yerine şekerli su veya bal gibi prelakteal gıda verilmesinin altında yerleşmiş olan bu kültür yatıyor olabilir.

Bebeklerin yaş gruplarına göre ortanca emzirilme sürelerine bakıldığında 12-18 aylık bebeklerin ortanca emzirilme süresinin 12 ± 3.54 ay olduğu gözlemlendi (**Tablo 8**). Bu sonuç Çetinkaya ve arkadaşlarının bulgularıyla benzerlik göstermektedir, ancak TNSA-2003 verilerinden daha düşüktür (14 aya karşılık 12 ay) (10,12).

Orta ve üst tabaka evli kadınların ve eğitim düzeyi iyi daha yaşlı kadınların daha uzun süre emzirdikleri bildirilmektedir. Genç, desteklenmeyen, düşük gelir düzeyine sahip, tam gün çalışan, emzirme kararını geç veren, olumsuz deneyimi olan ve emzirme hakkında az bilgisi olan kadınlar emzirme başarısızlığı yönünden risk altındadırlar (50).

Türkiye’de emzirme davranışını etkileyen faktörler üzerine yapılan çalışmalara göre çocuğun doğum sırası arttıkça çocuğun 6 aydan daha uzun süreli emzirilme olasılığı artmaktadır. Anne sütü ile beslenme olasılığını arttıran diğer faktörler; düşük sosyoekonomik düzey, annenin ev dışında bir işte çalışmıyor olması, annenin geniş ailede yaşıyor olması ve annenin eğitim düzeyinin düşük olması olarak tespit edilmiştir (10).

Bu çalışmada yer alan bebeklerin yaklaşık olarak %75’inin 15 ay ve daha küçük bebekler olması, henüz ek gıda başlanmamış 89 (%24.8) bebekten biri hariç tamamının 5 aydan küçük olması ve ülkemizde esas sorunun ek gıdalara erken dönemde başlanması olduğu için anne sütüyle beslenme süresinden ziyade ek gıda başlama zamanı ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesine ağırlık verilmiştir.

Bu çalışmada ek gıda başlama zamanını etkileyebilecek faktörler araştırıldığında geniş aile yapısı, babanın eğitim düzeyi ve doğumdan sonra prelakteal gıda verilme durumu ile ek gıda başlama zamanı arasında ilişki olduğu ancak annenin yaşı, eğitim durumu, anne sütü ve emzirme konusunda eğitim alma durumunun ve eğitimi kimden aldığı ek gıdaya başlama zamanını etkilemediği gözlemlendi.

Doğumdan sonra prelakteal gıda veren annelerin %24.1’i ilk 1 ay içinde ek gıdaya başlarken vermeyen annelerin sadece %4.2’si ilk bir ay içinde ek gıdaya başlamaktaydı. Bu durum hastaneden taburcu olmadan önce sağlık personelinin annenin sütünün olmadığı düşüncesiyle annelere biberonla mama bırakmasından ve annenin de bu durumu taburcu olduktan sonra da devam ettirmesinden kaynaklanıyor olabilir. Bu durumu açıklığa kavuşturmak için ileri araştırmaların yapılması uygun olacaktır.

Çetinkaya ve arkadaşlarının (10) yaptıkları çalışmadan farklı olarak geniş ailede yaşayan bebeklerin %23.4'üne 2-3 ay arasında ek gıda başlandığı, bu oranın çekirdek ailede yaşayanlarda %9.3 olduğu gözlemlendi ($p=0.008$) (**Tablo 19**). Annenin eğitim düzeyi ile ek gıda başlama zamanı arasında ilişki bulunmazken ($\chi^2=5.768$, $p=0.217$) ilginç olarak babanın eğitim düzeyi ile ek gıda başlama zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0.042$) (**Tablo 20**). Ailenin gelir düzeyi ek gıda başlama zamanını etkilememekteydi ($\chi^2=18.266$, $p=0.108$).

Karaçam ve arkadaşlarının (51) yaptıkları bir çalışmada bebeğin erkek cinsiyette olması, düşük doğum sayısı ve vajinal yoldan doğum yapmış olmanın emzirme insidansını arttırdığı ve doğru emzirme tekniği ve annenin sürekli olarak desteklenmesinin emzirme süresini uzattığı gösterilmiştir. Yine bu çalışmada 1-5 haftalık bebeklerin %58.3'ünün tek başına anne sütü aldığı gözlemlenmiştir. Ayrıca sık ağlayan bebeklere daha erken dönemde ek gıda başlandığını tespit etmişlerdir.

Bu çalışmada bebeğin cinsiyetinin, doğum şeklinin ve düşük doğum sayısının ek gıda başlama zamanını etkilemediği saptandı. Sezaryen ile doğum yapan annelerin bebeklerini çoğunlukla doğumdan 1 saat sonra emzirdikleri görüldü ($p=0.005$) (**Tablo 23**). Bu durum Tunçel ve arkadaşlarının çalışmasındaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir (13). Prelakteal gıda verilme durumu doğum yapma şeklinden etkilenmemekteydi ($\chi^2=0.7$, $p=0.383$). Prelakteal gıda alan bebeklerin ise almayanlardan 6 kat daha yüksek oranda ilk 1 ay içinde ek gıda almaya başladıkları tespit edildi (%24.1'e karşılık %4.2) ($p<0.001$) (**Tablo 21**).

Tunçel ve arkadaşlarının (13) çalışmasında annelerin %37.6'sının son gebelikleri sırasında ve doğum sonrası dönemde emzirme ile ilgili bilgi almadıkları gösterilmiştir.

Koç ve arkadaşlarının (52) Ankara'da gebelerin emzirmeyle ilgili tutumlarını ve emzirme davranışlarını etkileyen faktörler üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise gebelerin %60.1'inin şimdiki gebeliklerinde anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim almadıkları gösterilmiştir.

Bu çalışmada annelerin % 83.1'inin ($n=301$) anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim aldığı, eğitim alan bu annelerin ise %76.7'sinin ($n=231$) bu eğitimi sağlık personelinden aldığı gösterilmiştir (**Tablo 29 ve 30**). Ancak ne var ki anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim alma durumu ve ek gıdaya başlama zamanı karşılaştırıldığında eğitim aldığını belirten anneler ile almadığını belirten annelerin ek gıdaya başlama zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık

bulunmamıştır ($p=0.243$) (**Tablo 27**). Ayrıca anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitimi sağlık personelinden almış olma durumunun da ek gıda başlama zamanını etkilemediği tespit edilmiştir ($p=0.415$) (**Tablo 28**). Bu durum verilen eğitimin yeterli olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca bu eğitimi veren sağlık personelinin de anne sütü ve emzirme ile ilgili ne bildiği ve bilgilerini güncelleyip güncellemedikleri de önemli olabilir. Eğer sağlık personeli annelere sadece bilgi veriyor ve belirli aralıklarla anneleri emzirme başarısı konusunda izlemiyor ve emzirmede annelerin karşılaştıkları sorunların çözümü için onlara destek olmuyorsa sonuçta ortaya çok erken dönemde ek gıdalara başlanması veya emzirmenin erken dönemde sonlandırılması gibi sorunlar ortaya çıkacaktır.

Karaçam ve Kitiş'in (53) ebe ve hemşirelerin bebek beslenmesi ile ilgili bilgi düzeylerini araştırdıkları bir çalışmada ebe ve hemşirelerin anne sütünün özellikleri ve faydaları konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olduklarını göstermişlerdir.

Varol'un (54) İstanbul'da yaptığı bir çalışmada anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim verilip 6 ay boyunca ev ziyaretleri ve telefon görüşmesi yoluyla annelerin sürekli olarak desteklenmesi durumunda bebeklerin 6 ay tek başına anne sütüyle beslendikleri gösterilmiştir. Groleu ve arkadaşları (28) Vietnamlı göçmen kadınlar arasında yapay beslenmenin oldukça yaygın olduğunu, tek başına anne sütü veren annenin neredeyse hiç olmadığını tespit etmişler ve bu durumu Vietnamlı göçmen kadınların emzirmeyi başlatmak ve sürdürmek için sosyal ve aile desteklerinin olmayışına bağlamışlardır.

Neyzi ve arkadaşlarının (55) İstanbul'da yaptıkları bir çalışmada primipar annelere emzirme, hijyen konusu ve diyare ile ilgili hastanede verdikleri eğitimi 6 ay süreyle ayda bir kez ev ziyaretleri yoluyla takip etmişler ve takip edilen annelerin bebeklerini daha uzun süre tek başına anne sütü ile beslediklerini göstermişlerdir.

Annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim alma durumu ve bu eğitimi kimden aldığı kırsal ve kentsel alanda farklılık göstermekteydi. Kentsel alanda anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim almadığını belirten anne sayısı daha yüksekti ($p=0.001$) (**Tablo 29**). Kırsal alanda annelerin %92.2'si, kentsel alanda ise annelerin sadece %65.3'ü eğitimi sağlık personelinden aldığını belirtmiştir. Kentsel alanda TV-medya, kitap ve broşürlerden bilgi edindiğini belirten anne sayısı daha yüksekti ($p<0.001$) (**Tablo 30**). Bu farklılık kentsel alanda antenatal sağlık bakımını

daha çok 2. basamak sağlık kuruluşlarından alıyor olmasına bağlanabilir ($p<0.001$) (Tablo 7). Bu bağlamda değerlendirildiğinde 2. basamak sağlık kuruluşlarında çalışan ve anne adayı veya annelerle karşılaşan tüm sağlık personelinin anne sütü ve emzirme konusunda eğitim verme konusunda daha duyarlı olması gerektiği söylenebilir.

Annelerin gebelikleri boyunca antenatal izlem durumuna bakıldığında annelerin %98.9'unun en az bir kez antenatal sağlık bakımı aldığı görülmektedir. Yine doğumların %99.2'si sağlık personeli yardımıyla olmaktadır. Bu da gebelerin en az iki kez sağlık personeli ile karşılaştığı anlamına gelmektedir. Ancak annelerin % 76.7'si sağlık personelinden anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi almaktadır.

Varol'un (54) İstanbul'da yaptığı bir çalışmada annelerin büyük çoğunluğunun gebelik süresince herhangi bir sağlık kuruluşunda gebelik takibinin olduğu ancak annelerin %90'nın bu takipler sırasında sağlık personelinden anne sütü ile ilgili bilgi almadıkları tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada gebelik takiplerinin olmasının tek başına anne sütü ile beslenme süresini etkilemediği gösterilmiştir.

Arora ve arkadaşlarının (56) yaptıkları bir çalışmada kadınların prenatal takipler için obstetrisyen ve Aile Hekimlerine gittiklerini ve bebeklerini emzirme kararlarını gebelik öncesi dönemde ve gebeliğin ilk 3 ayında aldıklarını bulmuşlardır. Anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgileri ise kadınların %45'nin aile büyükleri ve arkadaşlardan edindiğini tespit etmişlerdir. Sonuç olarak emzirme oranlarını arttırmak için annelerle birlikte babaların ve özellikle anneannelerin ve sağlık çalışanlarının eğitiminin gerekli olduğuna karar vermişlerdir.

Erzurum'da Ünal'ın(57) yaptığı bir çalışmada annelerin %33.7'sinin düzenli olarak, %34.7'sinin ise rasgele aralıklarla antenatal takiplere gittiği %31.6'sının ise hiç gitmediği tespit edilmiştir. Antenatal takiplere giden annelerin ise sadece %2'sine emzirme tekniği ile ilgili bilgiler verildiği, annelerin % 76.4'ünün emzirme tekniği ile ilgili bilgileri aile büyüklerinden aldıkları gözlenmiştir. Annelerin %84.7'sinin bebeğini ağladıkça emzirdiği gösterilmiştir.

Bu çalışmada annelerin %77.4'ünün bebeğini isteğe bağlı emzirdiği gözlendi. Kırsal ve kentsel alanda isteğe bağlı emzirme yüzdelerinin de farklı olduğu görüldü. Farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı. Yine eğitim düzeyi düştükçe sabit aralıklarla emzirme yüzdesi artmaktaydı.

Sabit aralıklarla emzirmenin anne sütü üretimini azalttığı bilinmektedir (22). Bu durum da sıklıkla annelerin yapay beslenmeye başlamalarına neden olabilmektedir.

Yıldön'ün (58) İstanbul'da yaptığı bir çalışmada gebelikleri süresince herhangi bir sağlık kuruluşunda kontrole giden kadınların %62'sinin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi almadığı görülmüştür. Doğum sonrası ilk emzirme sırasında annelerin %51'i hiç yardım almadığı sadece %25'inin sağlık personelinden yardım aldığı tespit edilmiştir.

Kore'de yapılan bir çalışmada emzirme oranlarındaki düşüşün meme ve meme başı problemleri, anne sütünün olmayışı, yeterince süt üretemeyeceği endişesi ve emzirmeyle ilgili bilgi yetersizliği gibi annelere bağlı sebepler olduğu tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada emzirme ve emzirmenin özendirilmesi ile ilgili eğitim yetersizliği, ailelerin daha çok çekirdek aile haline dönüşmesi ve kadınların iş hayatında daha fazla yer alması gibi sosyal faktörlerin de emzirmeyi etkilediği gözlenmiştir (40).

Tunçel ve arkadaşlarının (13) çalışmasında ortalama ek gıdaya başlama zamanı 2 ay olarak bulunmuş olup ilk ek gıda olarak bebeklerin %68'ine formül mama, %11'ine unlu sütlü mama başlandığı görülmüştür. Ortalama emzirme süresi ise 4.8 ay olarak bulunmuştur. Sütten kesme nedenleri bebeğin emmek istememesi ve sütün yetmemesi ve bebeğin hastalığı olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışmada ilk ek gıda olarak bebeklerin %54.8'ine hazır mama, %9.5'ine meyve suyu/püresi, %7'sine su ve %6'sına yoğurt verildiği tespit edilmiştir ($\chi^2=31.2$, $p<0.001$). Altıncı aydan daha önce ek gıda başlama nedenleri ise süt yetersizliği, sağlık personeli önerisi, bebeğin alışması ve susuz kalmaması olarak bulundu. Annelerin %64.6'sı sütünün yetmediğini düşünmekteydi ($p=0.001$) (**Tablo 18**).

Yapılan bir çalışmada emzirme kararının gebelikten önce veya gebelik sırasında verilmiş olmasının emzirme süresini etkilediği, gebelikten önce bebeğini emzirme kararı alan kadınların bebeklerini daha uzun süre emzirdikleri gösterilmiştir. Emzirme kararını “doğal” olması, bebek için “en iyisi” olduğunun düşünülmesi, duygusal bağlanma gibi faktörler etkilemektedir. Yapay beslenme kararını etkileyen en önemli faktörlerin ise sütün yetmeyeceğinin düşünülmesi, babanın tercihi olması ve işe dönüş olduğu gözlenmiştir. (56).

Bu çalışmada emzirme kararını doğumdan sonra veren annelerin ilk bir ay içinde ek gıdalara başlama yüzdesinin daha yüksek olduğu gözlendi (**Tablo 15**).

Kentsel alanda yaşayan annelerin ve eğitim düzeyi daha düşük olan annelerin emzirme kararını daha yüksek oranda doğumdan sonra verdikleri gözlemlendi ($p<0.001$) (**Tablo 13 ve 14**). Trajanovska ve arkadaşlarının (24) yaptıkları bir çalışmada annenin yaşı ve eğitim düzeyi gibi faktörler arasında emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde en güçlü göstergenin annenin bebeğini emzirme niyetinin olup olmadığı olarak tespit edilmiştir.

Hannon ve arkadaşlarının (59) yaptıkları bir çalışmada adölesan annelerin emzirmenin faydalarını algılama durumu, emzirme ile ilgili problemleri algılama durumu ve bu faktörlerin pek çoğunu etkileyen birlikte yaşadıkları insanların etkilerinin emzirmeye başlama ve sürdürme kararında etkili olduğu gösterilmiştir.

Gelişmiş toplumlarda çalışan kadınların bebeklerini daha az ve daha kısa sürede emzirdikleri gözlenmektedir. Kadınların ekonomik olarak gelirleri azalacağı için daha kısa sürede işe dönmeleri, iş yerlerinde emzirmek veya sütlerini sağlamak için ayrılmış özel yerlerin olmaması, sağdıkları sütleri saklamak için uygun koşulların bulunmayışı, patronun emzirmeleri için kadınlara izin vermemesi ve biberonla beslemenin kadına daha fazla özgürlük tanınması daha kısa süre emzirme veya emzirmeme ile sonuçlanmaktadır. Yine erkek egemen toplumda memelerin annelik objesi değil de cinsel obje olarak algılanması kadınların “annelik” ve “cinsellik” kavramları arasında kavram kargaşası yaşamasına neden olmaktadır (60).

Anne sütü ile beslenme oranlarının artırılması için sadece annelerin anne sütü ve emzirmenin faydaları konusunda eğitilmesi yeterli değildir. Anneler kadar toplumun da özellikle çalışan kadınlar için işverenlerin de bu konuda eğitilmesi ve emziren anneleri desteklemeleri sağlanmalıdır. Çalışan anneler için işyerlerinde bebeklerini emzirebilecekleri veya sütlerini sağıp saklayabilecekleri uygun ortamın sağlanması, gerekirse hükümetler tarafından bu konuyla ilgili yasal düzenlemeler yapılması anne sütü ile beslenme oranlarını arttıracaktır (43,60).

SONUÇ

Başarılı bir emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için kadınların gebelikleri süresince ve doğumdan sonraki dönemde sadece aileleri ve toplum tarafından değil aynı zamanda bütün sağlık sistemi tarafından da desteklenmesi gerekir. Bu nedenle bebek bekleyen veya yeni anne olmuş bütün kadınların muhatap olduğu tüm sağlık personeli emzirme ve anne sütüyle beslenmeden yana tavır almalı ve bu kadınlara gerekli bilgilerin yanısıra diğer pratik uygulama becerileri ile ilgili bilgileri de sunmalıdır.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ebelerin rolü oldukça fazladır. Sadece çalıştıkları sağlık kuruluşlarına başvuran bireylere hizmet vermemektedirler, ev ziyaretleri yoluyla da hizmet verdikleri tüm bireylere ulaşmak durumundadırlar. Günlük çalışmalarının bir parçası olarak yürüttükleri ev ziyareti hizmetlerinde özellikle emzikli kadınların ziyaretine öncelik verilmesi ve bu ziyaretlerde emzirmenin desteklenmesi ilimizde tek başına anne sütü ile beslenme oranlarını arttıracaktır.

Bebek ve küçük çocuk beslenmesi için küresel strateji (DSÖ; 2003) tıp fakültelerini, halk sağlığı okullarını, sağlık alanında çalışanların eğitimlerini yapan tüm kuruluşları aşağıdakilerin yapılması konusunda sorumlu tutar;

- Bütün sağlık çalışanlarının emzirme fizyolojisi, sadece anne sütüyle beslenme, tamamlayıcı besinlerle birlikte emzirme, emzirmenin sürdürülmesi, zor durumlarda emzirme, anne sütü muadilleri ile beslenen bebeklerin besin gereksinimlerinin karşılanması ve

uluslararası mama kodlar ve anne sütü muadilleri ile ilgili yasalar konusunda temel eēitimleri almalarının saēlanması

- Neonatal, pediyatrik, üreme saēlıēı ve toplum saēlıēı hizmetlerinde optimal infant ve küçük ocuk beslenmesinin desteklenmesini nasıl yapacakları konusunda bütün saēlık alıēanlarını eēitilmesi
- Bebek Dostu Hastane giriēimlerinin baēlatılması ve yaygınlaētırılması
- Anne sütü muadillerinin pazarlanması ile ilgili uluslararası yasanın yklediēi sorumlulukların takibi
- Toplumda destek gruplarının oluēturulması ve annelerin buralara yönlendirilmesi konusunda teēvik edilmesi (37).

Bütün bu sorumluluk taēıyıcılar arasında özellikle hem anne hem de bebeklerle çok sık temas halinde olan Aile Hekimlerinin rolü ön plana çıkmaktadır. Aile Hekimlerinin aldıkları eēitim gereēi karēılaētıkları bireylerin ve rahatsızlıklarının eēitliliēi dikkate alındıēında tek baēına anne sütü ile beslenmenin desteklenmesi konusunda sadece annelere deēil aynı zamanda onların yakın sosyal ve aile çevresine de gerekli eēitimleri vermesi ve desteklemesi tek baēına anne sütü ile beslenme baēarısını arttıracaktır.

Sonuç olarak saēlık personelinin bazı alışkanlık haline gelmiē rutinlerini deēiētirmek her zaman kolay deēildir ve zaman ister. Her ne kadar Kayseri ili bebek dostu il olsa da saēlık personelinin antenatal dönemde ve postnatal dönemde anne adaylarına ve annelere anne sütü ile ilgili verdikleri eēitimin yetersiz olduēu dēnlebilir. Bu nedenle eēer tek baēına anne sütü verme oranlarını arttırmak istiyorsak yapmamız gereken tek Şey doēurganlık aēındaki tüm kadınlara anne sütü ile beslenme konusunda eēitim vermek için her türlü “fırsatı” deēerlendirmektir.

Sadece anne ve anne adaylarına deēil onların ailelerine de her fırsatta gerekli eēitimi vermeli ve verdiēimiz bu eēitimin davranıē deēiēikliēine yol açıp amadıēının da yakın birer takipçisi olmalıyız.

KAYNAKLAR

1. Guttman N., Zimmerman D.R. Low-income mother's views on breastfeeding. *Social Science and Medicine* 2000; 50:1457-1473
2. Gür E. Anne sütü ile beslenme. *Türk Pediatri Arşivi* 2007; 42 Özel Sayı: 11-5
3. WHO; infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes; Geneva 2003
4. WHO MULTICENTRE GROWTH REFERENCE STUDY GROUP; Breastfeeding in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Pædiatrica*, 2006; 450 Suppl: 16-26
5. Neyzi O. *Pediatri* (3. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2002
6. Labbok M. Breastfeeding: A woman's reproductive right. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006; 94: 277-86
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. *Türkiye'de Sağlığa Bakış* 2007; s:18-23
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; *21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek* Ankara 2007
9. UNICEF-Türkiye; Anne Sütü ile İlgili Gerçekler. (available from: http://www.unicef.org/turkey/ir/_mc29.html)
10. Çetinkaya F. ve ark. Kayseri'de Kentsel Alanda 12-36 Aylık Çocuklarda Anne Sütü Alma Durumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 1999; 42: 375-88
11. Aykut M. ve ark. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 3-36 Aylık Çocuklarda Malnütrisyon Durumu. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi* 1987; 44 (2): 233-9
12. Tezcan S.; *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA)-2003; Bebeklerin Beslenme Alışkanlıkları, Çocukların ve Annelerin Beslenme Durumu.* Ankara 2005 Bölüm 12; s:141-155
13. Tunçel E.K., Dündar C., Canbaz S., Peşken Y.; Bir Üniversite Hastanesine Başvuran 0-24 Aylık Çocukların Anne Sütü İle Beslenme Durumlarının Saptanması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;10 (1)

14. Guyton & Hall; Textbook of Medical Physiology. (11th ed). 2006; page:1038-1041
15. Köksal G., Gökmen H.. Anne Sütü ve Emzirme. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. Hatipoğlu Yayınları, Ankara 2000
16. WHO CDD programme, UNICEF; Breastfeeding Counselling, A Training Course; Trainer's Guide, Part III, Session 20-30 (available from: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/bc_trainers_guide.pdf)
17. Fırat S.; Sağlık Personeli ve Öğretmen Kadınların Anne sütü ve Emzirme Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları; Yüksek Lisans Tezi; Kayseri 1997
18. WHO CDD programme, UNICEF; Breastfeeding Counselling, A Training Course; Trainer's Guide, Part II, Session 10-19 (available from: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/bc_trainers_guide.pdf)
19. WHO; Global Strategy For Infant And Young Child Feeding; Geneva 2003
20. American Academy of Pediatrics, Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2005; 115(2): 496-506
21. De Carvalho et al.; Breastfeeding. In Maternal and Child health activities at the local level; Chapter 11; page 247-263
22. WHO; Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva, 1998
23. Moore ER., Anderson GC., Bergman N.; Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519.DOI:10.1002/14651858.CD003519.pub2.)
24. Trajanovska M., Burns S., Johnston L.; A retrospective study of breastfeeding outcomes in an Australian neonatal intensive care unit. Journal of Neonatal Nursing (2007)
25. İbn-i Sina El-Kanun Fi't-Tıb, Birinci Kitap; Çeviren Prof. Dr. Esin Kahya; Ankara 1995; Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Atatürk Kültür Merkezi, Sayı: 103, Külliyatlar Dizisi, Sayı:5, sayfa:229-242
26. Yurdakök M. Bizanslılarda Pediatri.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 93-99
27. Galler J.R. et al. Bed-sharing, breastfeeding and maternal moods in Barbados. Infant Behavior & Development 2006; 29: 526-34

28. Groleu D., Souliere M., Kirmayer L.J.; Breastfeeding and the cultural configuration of social space among Vietnamese immigrant woman. *Health & Place* 2006;12:516-26
29. Golding J. et al.; Breast Feeding and Infant Mortality. *Early Human Development* 1997; 49 suppl: S143-S155
30. Morrow A.L., Rangel J.M.; Human Milk Protection Against Infectious Diarrhea: Implications for Prevention and Clinical Care; *Seminars in Pediatric Infectious diseases*; p:221-228
31. WHO; Department Of Nutrition For Health And Development; Department Of Child And Adolescent Health And Development; Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. Geneva 2002
32. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Mayıs 2004
33. WHO CDD programme, UNICEF; Breastfeeding Counselling, A Training Course; Trainer's Guide, Part I, Session 1-9 (available from: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/bc_trainers_guide.pdf)
34. William C. Heird; The Feeding of Infant and Children; In Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton (eds), *Nelson Textbook of Pediatrics* (18th ed) 2007, pp:214-225
35. Baysal A. Beslenme. Hatipoğlu Yayınları, Ankara 2004; s: 429-472
36. Vatansever Ü. ve ark.; Tek Başına Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerde Hipernatremik Dehidratasyon. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 24(3):190-193
37. Jacknowitz A.; Increasing breastfeeding rates: Do changing demographics explain them?. *Women's Health Issues* 2007; 17: 84-92
38. WHO; Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusively breastfeeding.; Geneva, Switzerland, 28-30 march 2001
39. Pettigrew et al. Duration of Breastfeeding, Daycare, and Physician Visits among Infants 6 Months and Younger. *AEP* 2003;13(6):431-435
40. Kang J.S. et al. Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies* (2007)

41. Tarrant M. et al; Becoming a role model: the breastfeeding trajectory of Hong Kong women breastfeeding longer than 6 months. International Journal of Nursing Studies 2004; 41: 535-46
42. TBMM İnsan Hakları İnceleme Komisyonu; Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. 4058 Sayılı Onay Kanunu; 11.12.1994 gün ve 22138 Sayılı Resmi Gazete.
43. Jacknowitz A. Understanding Gains In Breastfeeding Rates. Women's Health Issues 2006; 16:101-3
44. WHO/UNICEF; Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. 1989
45. WHO; The Innocenti Declaration; Weekly Epidemiological Record, No. 5, 30 January 1998
46. BEYHUN N. E.; Mama Kodları ve Standartlar. Hacettepe Toplum Sağlığı Bülteni 2002; 2
47. Phlipp B.L., Merewood A., O'Brien S.; Physicians and Breastfeeding Promotion in the United States: A Call for Action. Pediatrics 2001;107: 584-87
48. WHO CDD programme, UNICEF; Breastfeeding Counselling, A Training Course; Trainer's Guide, Part IV, Session 31-34 (available from: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/bc_trainers_guide.pdf)
49. UNICEF-Türkiye; Türkiye'de Bebek Dostu Hastane Girişimi (BDHG). (available from:http://www.unicef.org/turkey/ir/_mc23.html)
50. Hall W.A., Hauck Y. Getting it right: Australian primiparas' views about breastfeeding: A quasi-experimental study. International journal of Nursing Studies 2007; 44: 786-95
51. Karaçam Z.; Factors affecting exclusive breastfeeding of healthy babies aged zero to four months: a community-based study of Turkish women. Journal of Clinical Nursing 2008; 17: 341-9
52. Koç I., Tezcan S.;Gebelerin Emizirmeye İlişkin Tutumları ve Emzirme Tutumunu Etkileyen Bazı Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; s: 1-13
53. Karaçam Z, Kitiş Y. What do midwives and nurses in Turkey know about nutrition in the first six months of life. Midwifery 2005; 21: 61-70

54. Varol D. Doğum Sonrası 6 Ay Boyunca Sürdürülen Emzirme Eğitiminin Tek Başına Anne Sütüyle Beslenme Süresine ve Büyümeye Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul 2004
55. Neyzi O., Olgun P., Kutluay T. et al. An educational intervention on promotion of breast feeding. Paediatr Perinat Epidemiol, 1991; 5 (3): 286-98
56. Arora S. et al.; Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. Pediatrics 2000;106 (5)
57. Ünal G.; Erzurum Bölgesinde Emziren Annelerin Emzirme İşlemi Hakkında Bilgi Düzeyleri, Uygulamalarının Belirlenmesi ve Hemşirenin Rolü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1991
58. Yıldön Ş.; Doğum Yapan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme ile İlgili Bilgi ve Tutumları. Uzmanlık Tezi, İstanbul,1998
59. Hannon et al.; African-American and Latina Adolescent Mothers' Infant Feeding Desicions and Breastfeeding Practices: A Qualitative Study. Journal of Adolescent Health 2000; 26: 399-407
60. Gatrell C.J.; Secrets and lies: Breastfeeding and professional paid work. Social Science & Medicine 2007; 65: 393-404

EKLER

EK-1: MAMA KODLARI VE STANDARTLAR; ANNE SÜTÜ MUADİLLERİNİN PAZARLANMASIYLA İLGİLİ YASA

Madde-1: Yasanın amacı emzirmenin korunması ve yaygınlaştırılması yoluyla ve gerekli olduğunda anne sütü muadillerinin yeterli bilgi ve uygun pazarlanma ve dağıtımına dayanan uygun kullanımını sağlayarak, bebeklerin güvenli ve yeterli besin almalarına katkıda bulunmaktır.

Madde-2 : Formüle bebek maması dahil anne sütü muadilleri; aynen ya da ilavelerle, kısmen ya da tamamen anne sütü yerine kullanılmasının uygun olduğu söylenerek pazarlanan ya da başka biçimde tanıtılan, biberonla verilebilecek ek gıdalar dahil diğer süt ürünleri, yiyecek ve içecekler; biberonlar ve emzikler ile ilgilidir.

Madde-3: "Anne sütü muadili": Bu amaç için uygun olsun veya olmasın, anne sütünün yerini kısmen ya da tamamen alabilecek bir ürün olarak pazarlanan ya da başka biçimde tanıtılan herhangi bir yiyecektir. **"Formüle bebek maması":** 4-6 aylık bebeklerin normal beslenme gereksinmelerini karşılamak üzere onların fizyolojik özelliklerine uyarlanmış uygulanabilir, Gıda Kodeksi Komisyonu Standartlarına göre sınav olarak formüle edilmiş anne sütü muadilidir.

Madde-4: İster yazılı ister görsel olsun, bebeklerin beslenmesiyle ilgili ve gebe kadınlarla bebek ve küçük çocuk annelerine ulaşması amaçlanan bilgilendirme ve eğitim malzemeleri, aşağıdaki noktaların tümüyle ilgili açık, anlaşılır bilgiler içermelidir:

- a.** emzirmenin yararları ve üstünlüğü;
- b.** annenin beslenmesi ile emzirme ve emzirmenin sürdürülmesi için yapılacak hazırlıklar;
- c.** kısmen biberonla beslemenin emzirme üzerindeki olumsuz etkisi;
- d.** emzirmeme kararından geri dönüşün zorluğu;
- e.** gerekli olduğunda, ister hazır halde, ister evde hazırlanmış olsun bebek mamasının doğru kullanımı.

Bu tür malzeme, anne sütü muadillerini idealize eden herhangi bir resim ya da metin içermemelidir.

Üreticilerin ya da dağıtıcıların bilgi içeren ya da eğitsel gereç ve malzeme türünden bağışları ancak ilgili resmi otoritelerin isteği ve yazılı onayıyla ya da devletin bu amaçla belirlediği kurallar çerçevesinde yapılmalıdır.

Madde-5: Bu yasanın kapsamı içindeki ürünlerin kamuoyuna yönelik reklamlar ya da başka yollarla tanıtımı yapılmamalıdır. Üreticiler ve dağıtıcılar, gebe kadınlara, annelere ya da onların yakınlarına doğrudan ya da dolaylı olarak bu yasanın kapsamı içindeki ürünlerden örnekler vermemelidir. Bu ürünler için satış amaçlı reklamlar, eşantyonlar, tüketiciyi doğrudan etkileyecek yöntemlerle perakende satışları artıracak özel gösteriler, indirim kuponları, satış kampanyaları, zararına satışlar, başka bir ürünün yanında ücretsiz satış gibi herhangi bir satış artırma yöntemine başvurulmamalıdır. Pazarlama personeli, çalışma alanları içinde, gebe kadınlar, bebek ve küçük çocuk anneleriyle temas kurmaya kalkışmamalıdır.

Madde-6: Sağlık sistemi olanaklarından hiçbiri formüle bebek maması ya da yasa kapsamı içerisine giren diğer ürünlerin yaygınlaştırılması amacıyla kullanılmamalıdır.

Madde-7: Sağlık görevlileri emzirmeyi teşvik edip korumalıdır; anne ve bebek beslemesiyle özel olarak ilgili olanlar yasanın getirdiği tüm sorumlulukları bilmek durumundadırlar. Bu yasa kapsamındaki ürünlerle ilgili olarak, üreticilerle dağıtıcıların sağlık uzmanlarına sağladıkları bilgi, bilimsel ve olgusal konularla sınırlandırılmalı ve bu bilginin biberonla beslemenin emzirmele eş değerde ya da ondan üstün olduğu yönünde bir inanç yaratmaya ya da bunu ima etmeye yönelik olmaması sağlanmalıdır. Bu yasa kapsamında yer alan formüle bebek mamaları ve diğer ürünlerin örnekleri ya da bunların hazırlanması ve kullanımıyla ilgili araç ve gereçler, mesleki değerlendirme ya da kurumsal düzeyde araştırma amacıyla ilgili araç ve gereçler, mesleki değerlendirme ya da araştırma amacıyla gerekli olmadıkça, sağlık görevlilerine verilmemelidir. Sağlık görevlileri gebe kadınlarla bebek ve küçük çocuk annelerine ve onların ailelerine bebek maması örnekleri vermemelidir.

Madde-8: Pazarlama elemanlarına uygulanan prim sistemlerinde, bu yasa kapsamındaki ürünlerin satış miktarı prim hesaplarına dahil edilmemeli ve bu ürünlerin satışı için özel olarak kotalar belirlenmemelidir.

Madde-9: Etiketler, emzirmenin teşvik edilmesi esasını zedelememek koşuluyla, ürünün doğru kullanılması konusunda gerekli bilgileri verecek biçimde tasarlanmalıdır.

Kaptan kolayca ayırlamayacak bir etiket üzerinde şunlar bulunmalıdır:

- a. "önemli uyarı" veya buna benzer sözcükler;
- b. emzirmenin üstünlüğüne ilişkin bir cümle;
- c. ürünün sadece sağlık personelinin kullanımının gerekli olduğuna ilişkin tavsiyesi üzerine kullanılması gerektiği ve doğru kullanım yönteminin ne olduğuna ilişkin bir cümle;
- d. doğru hazırlama ile ilgili talimatlar ve hatalı hazırlanmış mamanın neden olabileceği sağlıkla ilgili felaketlere karşı uyarı. Ne kabın ne de etiketin üzerinde bebek fotoğrafları olmamalı, bebek mamasının kullanımını idealize edebilecek resimler ya da metinler kullanılmamalıdır.

Bu yasa kapsamına giren formüle bebek mamasının tüm özelliklerini taşımakla birlikte ve fakat ilavelerle formüle bebek maması haline getirilebilecek bebek beslenmesiyle ilgili gıda ürünleri, takviye edilmemiş ürünün bebeğin tek beslenme kaynağı olmaması gerektiği hususunda uyarıda bulunan bir etiket taşımalıdır.

Bu yasa kapsamındaki gıda maddelerinin etiketleri aşağıdaki noktalarda da bilgi içermelidir:

- a. içindeki malzemeler,
- b. ürünün kompozisyonu/analizi,
- c. gerekli saklama koşulları,
- d. seri numarası ve söz konusu ülkenin iklim ve depolama koşulları dikkate alınarak belirlenmiş son kullanma tarihi.

Madde-10: Bu ürünler yüksek kalite standartında olmalıdır.

Madde-11: Hükümetler, bu yasanın ilke ve hedeflerini hayata geçirmek üzere toplumsal ve yasal çerçevelerine uygun olarak, ulusal yasalar, yönetmelikler ve diğer uygun önlemler de dahil olmak üzere önlemler almalıdır (46).

EK 2 : ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ EMZİRME POLİTİKASI

- A. Hastanemizde "Bebek Dostu Hastane" olmak için tüm koşullar sağlanacak, sağlıklı anne, sağlıklı bebek ve sağlıklı nesiller için zemin oluşturulacaktır.
 - B. Hastanemiz konu ile ilgili eğitim ve bilgilendirme çalışmalarını ara vermeksizin sürdürmektedir. İlgili tüm sağlık personeli bu politika doğrultusunda sürekli eğitilir ve destekleri sağlanır.
 - C. Hastanemize başvuran tüm gebeler anne sütünden başka bir besine gereksinim olmadığı, ek besinlere mutlaka doktor önerisiyle başlanması ve bebeğini iki yıla kadar emzirmesi konusunda bilgilendirilir.
 - D. Hastanemizde doğan tüm bebekler doğumu izleyen ilk yarım saat içerisinde annelerine emzirmek üzere ulaştırılıp emzirmeye başlamaları için yardımcı olunur.
1. Hastanemizde doğum yapan anneler ilk 6 ayda anne sütünden başka bir besine gereksinim olmadığı konusunda bilgilendirilir.
 2. Kurumumuzda tıbbi zorunluluk olmadıkça tüm yenidoğanlara sadece ANNE SÜTÜ ile beslenme önerilir.
 3. Hastanemizde anne ve bebeğin aynı odada kalmaları uygulaması benimsenerek bebek her istediğinde emzirilmesi teşvik edilir.
 4. Hastane içerisinde anne sütünün önemini anlatan ve emzirmeyi özendirici pano ve görsel araçların kullanımı sağlanır.
 5. Anne sütü alan bebeklere biberon ve yalancı emzik verilmemesi sağlanır.
 6. Anneler taburcu olana kadar anne sütünün önemi, emzirme ve karşılaşılabilecekleri sorunlar hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilir ve taburcu olurken emzirmeye devam etmeleri için desteklenir.
 7. Süt sağılması tekniği konusunda anneler ve yakınları ebe ve hemşireler tarafından eğitilir ve tedavi veya başka bir nedenle annesinden ayrılmış bebeklere süt sağılarak bebeğe düzenli olarak verilmesi sağlanır.
 8. Bu kurumda ANNE SÜTÜ muadillerinin reklamı (afiş, bröşür, ücretsiz numune dağıtımı) yapılamaz.

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ
EMZİRMEYİ DESTEKLEME VE DANIŞMA KOMİTESİ

Prof. Dr. Türkan Patiroğlu	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Başkanı
Prof. Dr. Selim Kurtoğlu	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Mualla Aykut	Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Neriman İnanç	Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Serdar Serin	Kadın Hastalıkları ve Doğum AD Başkanı
Doç. Dr. Mustafa Akçakuş	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Öğretim Üyesi

EMZİRMEYİ DESTEKLEME VE YÜRÜTME KOMİTESİ

Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya	Erciyes Üniversitesi Hastaneleri Başhekim Yardımcısı
Doç. Dr. İ. Suat Öktem	Erciyes Üniversitesi Hastaneleri Başhekim
Yardımcısı Yard. Doç. Dr. Cem Batukan	Kadın Hastalıkları ve Doğum AD Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Mustafa Akçakuş	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Öğretim Üyesi
Yard. Doç. Dr. Mürüvvet Başer	Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Öğretim Üyesi
Aysel Uğur	Erciyes Üniversitesi Hastaneleri Başhemşiresi
Nevin Altun	Erciyes Üniversitesi Hastaneleri Eğitim Sorumlusu
Zehra Kartal	Kadın doğum polikliniği
Halime Acar	Kadın doğum servisi
Makbule Çolak	Sosyal pediatri polikliniği
Serpil Özmel	Kadın doğum servisi

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİNDE EMZİRMEYİ
DESTEKLEME KONUSUNDA YAPILANLAR

- Bebek dostu hastane olmak için neler yapmalıyız, çalışma grubu oluşturularak aktivite planı hazırlandı.
- Emzirmeyi Destekleme ve Danışma Komitesi ve Emzirmeyi Destekleme ve Yürütme Komitesi kuruldu.
- Emzirmeye ilişkin yazılı bir politika hazırlandı.
- Emzirmenin korunması, desteklenmesi ve yaygınlaştırılması için diğer birimlerle Halk Sağlığı AD, Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Hemşirelik bölümü ile işbirliği yapılmıştır.
- İlgili sağlık personeline bu politika doğrultusunda güncel bilgilerle sürekli olarak eğitildi ve eğitimler devam etmektedir.

- Herbir bölüm için (kadın doğum polikliniği , sosyal pediatri polikliniği, kadın doğum servisi) emzirme sorumluları belirlendi
- Hastane bünyesinde emzirme odaları oluşturuldu.
 - Mama numuneleri, mama kitapçıkları ve posterleri, mamayla ilgili promosyonlar periyodik kontrollerle hastanemizden uzaklaştırılmaktadır.
 - Hastanemizde tıbbi zorunluluk olmadıkça anne ve bebek aynı odada bulunmaktadır.
 - Perinatoloji servisinde hasta odalarına emzirme ve faydalarını anlatan posterler asıldı.
 - Hastanemizin çeşitli yerlerine emzirme ile ilgili afişler asıldı
 - Anne Sütü ile ilgili broşürler hazırlanarak Kadın Doğum, Çocuk Servisleri ve emzirme-danışma odasından dağıtılmaya başlandı.
 - Her ay hastanemizde doğum yapan kadınların listesi Sağlık Grup Başkanlığı'na bildirilerek, bebek ve annenin takibinin devamlılığı için işbirliği yapılması sağlanmaktadır.
 - Gebe polikliniğine başvuran tüm anne adayları ve diğer aile bireyleri sözlü, yazılı ve video gösterileri ile anne sütü ve emzirmenin önemi konusunda eğitilmektedir.
- Annelerin rahatça emzirebilmeleri için emzirme odaları düzenlenmiştir.
- Anne Sütü ile ilgili broşürler hazırlanarak ayaktan ve yatarak tedavi gören tüm annelerimize dağıtılmaktadır.
- Erciyes Üniversitesi Televizyonu ve diğer yerel televizyonlarda anne sütünün önemini anlatan programlar yapılması konusunda görüşmeler başlatıldı.
- Perinatoloji servisinde hemşire gözlem formları yeniden düzenlenerek, emzirmenin gözlem ve takibinin yapılması sağlanmıştır.
- Emzirme eğitimi almadan hiçbir anne taburcu olmamaktadır. Taburcu olurken anne mutlaka görülmekte, sözlü eğitimle birlikte içinde anne sütü ile ilgili ayrıntılı bilgi içeren el kitapçığının yer aldığı hediye paketi verilmektedir.
- Perinatoloji servisi için süt sağım seti alınmış, gerekli durumlarda hasta adına istek yapılarak sütün sağılması ve saklanması sağlanmıştır.

EK 3: ANKET FORMU

0-24 AY BEBEĞİ OLAN ANNELERİN ANNE SÜTÜ VE EMZİRME KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

(Ankette vereceğiniz tüm bilgiler gizli kalacak üçüncü şahıslara kesinlikle bilgi verilmeyecektir.)

1. Anket No:.....
2. Yaşınız:.....
3. Oturduğunuz yer
a) Köy b) ilçe c) İl merkezi
4. Mesleğiniz :.....
5. EĞitim Düzeyiniz
a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul mezunu
d) Ortaokul mezunu e) Lise mezunu f) Üniversite mezunu
6. Eşinizin Mesleği :.....
7. Eşinizin EĞitim Düzeyi
a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul mezunu
d) Ortaokul mezunu e) Lise mezunu f) Üniversite mezunu
8. Ailenizin aylık gelir düzeyi nedir?
a) 400 YTL veya daha az c) 801-1500 YTL arası
b) 401-800 YTL arası d) 1500 YTL'den fazla
9. İlk gebelik yaşı :.....
10. Gebelik Sayısı :.....
11. Canlı Doğum Sayısı:.....
12. Yaşayan Çocuk Sayısı:.....
13. Düşük/kürtaj sayısı :.....
14. Son iki çocuk arasındaki süre :.....
15. İki yaşından küçük olan bebeğinizin doğum tarihi (Gün/ay/yıl olarak)
.....
16. Bebeğinizin cinsiyeti : Kız Erkek

17. Eşinizin ailesiyle birlikte mi oturuyorsunuz?
a) Evet b) Hayır
18. Gebeliğiniz boyunca herhangi bir sağlık kuruluşunda kontrole gittiniz mi?
a) Evet b) Hayır (21. soruya geçiniz)
19. Evet ise kaç kez kontrole gitiniz?
a) 1 kez b) 2-3 ayda bir c) ayda bir
20. Kontrolleriniz için hangi sağlık kuruluşuna gittiniz?
a) Sağlık ocağı b) Doğumevi-hastane (kamu) c) Üniversite hastanesi
d) Özel hastane e) Özel doktor
21. Kaç haftalık/aylık gebe iken doğum yaptınız?.....
22. Doğumunuzu nerede, kim yaptırdı?
a) Evde kendi kendime
b) Evde köy ebese (ara ebeler) yardımıyla
c) Evde ebe, hemşire veya doktor yardımıyla
d) Hastanede
23. Bebeğinizin tartıldı ise doğum ağırlığı ne kadardı?.....
24. Doğum yapma şekliniz nedir?
a) Normal doğum b) Sezeryan
25. Bebeğinizi hiç emzirdiniz mi?
a) Evet b) Hayır (Nedenini belirtiniz.....)
26. Bebeğinizi hangi yöntemle besleyeceğinize ne zaman karar verdiniz?
a) Gebelikten önce b) Gebelik sırasında c) Doğumdan sonra
27. Doğumdan sonra bebeğinizi emzirmeye ne zaman başladınız?
a) İlk bir saat içinde b) Bir saatten sonra
28. Bebeğinizi hangi sıklıkta (günde kaç kez) emzirdiniz?
(.....)
29. Doğumdan sonra, ilk üç gün içinde sütünüz düzenli olarak gelmeye başlamadan önce bebeğinize anne sütü dışında herhangi bir şey verildi mi?
a) Evet b) Hayır
30. Evet ise ne verildi?
a) Süt (anne sütü dışında) e) Çay
b) Şekerli su f) Yemek suyu
c) Meyve suyu g) Bal
d) Hazır mama h) Diğer (.....)

31. Bebeğinizi anne sütü dışında herhangi bir gıda ile beslerken biberon kullandınız mı?
a) Evet b) Hayır
32. Bebeğinizi kaç ay emzirdiniz?(.....)
33. Bebeğinizi halen emziriyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
34. Herhangi bir yerde ücretli olarak çalışıyorsanız doğumdan ne kadar süre sonra çalışmaya başladınız?.....
35. Bebeğinize anne sütü dışında herhangi bir gıda vermeye ne zaman başladınız?
a) İlk 1 ay içinde b) 2-3 ay arasında c) 4-6 ay arasında d) 6 aydan sonra
36. Bebeğinize anne sütü dışında gıda olarak hangi gıda/gıdaları başladınız?
a) Süt (anne sütü dışında) e) Yoğurt
b) Hazır mama f) Yemek suları
c) orba g) Bebe bisküvisi
d) Meyve suyu / püresi h) Diğer
37. Bebeğinize anne sütü dışında gıda başlama nedenini /nedenlerini belirtiniz
a) İşe başlamam gerekiyordu.
b) Sütüm yetersizdi, doymadığını düşündüm.
c) Sütüm hiç gelmedi / kesildi.
d) Kilo almıyordu, doktor mama önerdi.
e) Diğer (.....)
38. Evde bebeğinizin bakımı konusunda size yardımcı olan biri var mı?
a) Evet (belirtiniz.....)
b) Hayır
39. Sizce bebek için en uygun gıda nedir?
(.....)
40. Size anne sütünün/emzirmenin faydaları konusunda herhangi bir eğitim verildi mi?
a) Evet b) Hayır
41. Size bu eğitim kim tarafından verildi?
a) Doktor b) Hemşire c) Ebe d) Ailem
e) Diğer (.....)

Anne sütünün / emzirmenin faydaları ile ilgili olarak aşağıdaki cümleleri DOĞRU (D), YANLIŞ (Y), BİLMİYORUM (B) olarak işaretleyiniz

1. Bebeğe ilk 6 ay sadece anne sütü verilmelidir (.....)
2. Bebek her istediğinde (ağladığında) emzirilmelidir. (.....)
3. Bebeği iki saatte bir emzirmek yeterlidir. (.....)
4. Bebeğe ilk 6 ay emzirirken şekerli su/şerbet verilmemelidir. (.....)
5. Bebeğe ilk 6 ay emzirirken su vermeye gerek yoktur. (.....)
6. Bebeği emzirmeye doğumdan sonra hemen (ilk 1 saat içinde) başlanmalıdır (.)
7. Mümkünse bebek 2 yaşına kadar emzirilmelidir (.....)
8. Anne sütü bebeği hastalıklardan korur. (.....)
9. Emzirmenin gebeliği önleyici etkisi vardır. (.....)
10. Anne sütü bebeğin en iyi şekilde büyümesini ve gelişmesini sağlar. (.....)
11. Anne sütü ekonomiktir, kolay ulaşılır. (.....)
12. Emzirmek anne ile bebeği yakınlaştırır. (.....)
13. Emzirmek doğum sonrası kanamayı azaltır. (.....)
14. Emzirmek meme, yumurtalık ve rahim kanserine karşı koruyucudur. (.....)
15. Anne sütü bebekte ishal ya da kabızlık yapmaz. (.....)
16. Meme başında çatlak oluşmuşsa iyileşene kadar emzirmeye ara verilmelidir.(.....)
17. Anne sütü sağılarak anne işe gittiğinde bebeğin beslenmesi için kullanılabilir.(.....)

Lütfen aşağıdaki cümlede boş bırakılan yerleri uygun şekilde doldurunuz.

Anne sütü; oda sıcaklığında (.....) saat, normal buzdolabında buzlukta (.....) hafta, derin dondurucuda (.....) ay kadar güvenle saklanabilir.

ANKETE KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDİYORUZ.

TC.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Dr. Hülya ŞAHAN'a ait "0-24 Ay Bebeği Olan Annelerin Anne Sütü Ve Emzirme Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışları" adlı çalışma, jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih :10.06.2008

İmza

Başkan Prof. Dr. Hasan Basri ÜSTÜNBAŞ İmza

Üye Prof. Dr. Duran ARSLAN İmza

Üye Doç. Dr. Serdar SERİN İmza

Üye Doç. Dr. Selçuk MISTIK..... İmza

Üye Yrd. Doç. Dr. M.Mümtaz MAZICIOĞLU İmza