

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**UGANDA'DA BEBEKLERDE EK BESİNE
ERKEN BAŞLAMA DURUMU VE ETKİLEYEN
ETMENLER**

İBRAHİM İSA KOİRE

HALK SAĞLIĞI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR – 2017

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2013970130

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**UGANDA'DA BEBEKLERDE EK BESİNE
ERKEN BAŞLAMA DURUMU VE ETKİLEYEN
ETMENLER**

HALK SAĞLIĞI

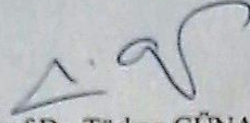
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İBRAHİM İSA KOİRE

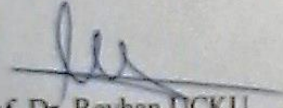
Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Türkan Günay

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2013970130

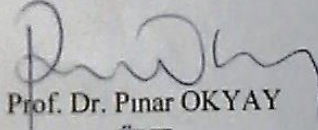
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim
Dalı, Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı öğrencisi İbrahim İsa KOİRE
“UGANDA’DA BEBEKLERDE EK BESİNE ERKEN BAŞLAMA
DURUMU VE ETKİLEYEN ETMENLER” konulu Yüksek Lisans tezini
11/04/2017 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Prof. Dr. Türkan GÜNAY
BAŞKAN
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi



Prof. Dr. Reyhan UÇKU
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp
Fakültesi



Prof. Dr. Pınar OKYAY
ÜYE
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp
Fakültesi

Prof. Dr. Bülent KILIÇ
ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp

Prof. Dr. Meltem ÇİÇEKLIOĞLU
ÜYE

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakültesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	v
ŞEKİL DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
ÖZET.....	1
Abstract.....	3
1. Giriş ve Amaç.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1 Anne sütü.....	9
2.2.1 Anne sütünün önemi.....	9
2.2.2 Emzirmenin Anne sağlığındaki önemi.....	9
2.2.3 Çocuk sağlığı için önemi.....	9
2.2.4 Ekonomik.....	11
2.3 Anne sütü tanımı.....	10
2.3.1. Kolostrum ve onun önemi.....	10
2.3.2 Anne sütünün İçeriği.....	10
2.3.3 Proteinler.....	10
2.3.4 Vitaminler.....	11
2.3.5 Karbonhidratlar.....	11
2.3.6 Yağlar.....	11

2.4 Uganda’da çocuklarda anne sütüyle beslenme ve istatistikler.....	11
2.5 Türkiye’de çocuklarda anne sütüyle beslenme ve istatistikler.....	12
2.6 Anne sütü beslenme politikaları.....	12
2.6.1 Uganda hükümetinin bebek beslenme politikaları.....	12
2.6.2 Uganda hükümet politikaları, uygun bebek ve küçük çocuk besleme uygulamaları.....	13
2.6.3 “Bebeğin / Çocukların Normal Durumda Beslenmesi”.....	13
2.6.4 “HIV’e Maruz Kalmış Çocuğa Beslenme”.....	13
2.6.5 “Çocuğun İstisnai olarak zor diğer koşullarda beslenmesi”.....	14
2.7 DSÖ ve UNICEF’in bebek beslenme.....	15
2.8 Uganda’da ve dünyada bebek dostu hastane girişimi.....	15
2.8.1 Başarılı Anne Sütüyle beslenme için On Adım.....	16
2.8.2 HIV / AIDS’e virüs bulaşmış anneler ve çocuklarının beslenmesi.....	17
2.9 Ek besine erken başlama.....	17
2.9.1 Uganda durumu.....	17
2.9.2 Diğer Ülkelerin durumu.....	18
2.9.3 Anne sütüyle emzirmeye başlamadan önce ek besin kullanımına ve anne sütü dışında ek besine beslenme erken başlamaya yol açan faktörler.....	19
2.9.4 Bebeğe erken ek besin verilmesinin dezavantajları.....	19
2.9.5 Yeni doğanlar hakkında kültürel ve dini inançlar.....	20
2.9.6 Annelerin, bebeklere formül besinler (mamalar) ve anne sütü olmayan diğer besinlerle beslenmesinin nedeni.....	21
2.9.7 Emzirmeyi geciktirmenin dezavantajları.....	21

2.9.8 Özel formülü haricinde anne sütü veya başka süt almaması gereken bebekler.....	22
2.9.9 Sınırlı bir süre anne sütüne ek olarak başka yiyeceklere ihtiyaç duyan bebekler.....	22
2.9.10 Anne sütü ile beslemenin kalıcı olarak önlenmesini haklı kılabilecek olan anne koşulları.....	22
2.9.11 Anne sütü ile beslenmenin geçici olarak önlenmesini ve ek besin ile beslenmeyi haklı kılabilecek olan anne koşulları.....	22
2.9.12 Ek besine erken başlama etkileyen diğer etmenler.....	22
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın tipi.....	24
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	24
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.4 Çalışmanın materyali.....	27
3.5 Araştırmanın değişkenleri.....	27
3.6 Veri Toplama Araçları.....	31
3.7 Araştırmanın Planı ve Takvimi.....	31
3.8 Verilerin Değerlendirmesi.....	31
3.9 Araştırmanın Sınırlıkları.....	32
3.10 Etik Kurul Onayı.....	33
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
7. Kaynaklar.....	58

8. Ekler.....63

Ek 1. Annelerle ilgili özelliklerin ek besine erken başmaya etkisi (Backward wald ile Lojistik regresyon analizi)	63
Ek 2. Prenatal ve çocuk ile ilgili özelliklerin ek besine erken başmaya etkisi (Backward wald ile Lojistik regresyon analizi)	63
Ek 3. Ek besine erken başlama konusunda yapılan araştırmaların özetleri.....	64
Ek 4. UNSA'nın Kümelerinin Haritası.....	72
Ek 5. Uganda haritası.....	73
Ek 6 Veri kullanma izni	74
Ek 7 Etik kurulu onay	75
Ek 8 Özgeçmiş	79

TABLO DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Araştırma grubunda annenin sosyodemografik ve bireysel özellikleri.....	34
Tablo 2. Araştırma grubundaki babanın eğitim düzeyi.....	35
Tablo 3. Araştırma grubunun aile özellikleri.....	36
Tablo 4. Annenin doğurganlık ve son doğuma yönelik özellikleri.....	36
Tablo 5. Son doğan çocuğun özellikleri.....	38
Tablo 6. Anneye ve çocuğa ait bazı değişkenler başlama	39
Tablo 7. Uganda’da beş yaş altı çocuklarda ek besine erken başlama durumu	40
Tablo 8. Annenin bireysel ve sosyodemografik özelliklerinin ek besine erken başlamaya etkisi	40
Tablo 9. Babanın eğitim düzeyinin ek besine erken başlamaya etkisi.....	42
Tablo 10. Annenin son gebeliği ve doğumunda hizmet alma durumu ile ek besine erken başlama ilişkisi.....	43
Tablo 11. Çocuğun özellikleri ile ek besine erken başlama ilişkisi.....	44
Tablo 12. Ek besine erken başlamayı etkileyen etmenler.....	47

ŞEKİL DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1 Araştırma grubunun akış şeması.....	27
---	----



KISALTMALAR

UNSA.....	Uganda Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF.....	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
TNSA.....	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
BDHG.....	Bebek Dostu Hastane Girişimi
UİB.....	Uganda İstatistik Bürosu
UUHA.....	Uganda Ulusal Hane Halkı Araştırması
UUSB.....	Uganda Ulusal Standartlar Bürosu

TEŞEKKÜR

Tez çalışmalarım boyunca katkı ve destek sağlayan başta tez danışmanım Prof. Dr. Türkan Günay ve Öğr.Gör.Dr. Ayla Açıkgöz olmak üzere tüm Jüri Üyeleri'ne teşekkürlerimi sunarım. Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı'na (Türkiye Bursları) burs desteği için teşekkür ederim. Ayrıca, ebeveynlerim Kamubere Isa Bay ve Nahalomo Hasifa'ya Hanım, onlardan sayısız aldığım faydalar, kardeşlerim bana çok desteği sağladıkları için teşekkür ediyorum. Hac Zakariyah Lujja ve Şeyh Musa Guloba'nın ailelerine eğitimim sırasında sağladıkları destek için teşekkür ediyorum.

Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Bölümü'ndeki tüm öğretim üyelerine; Prof.Dr. Hüseyin Gazanfer Aksakoğlu, Prof.Dr. Şerife Reyhan Uçku, Prof. Dr. Gül Ergör, Prof. Dr. Belgin Ünal, Prof.Dr. Osman Alparıslan Ergör, Prof. Dr. Türkan Günay, Prof. Dr. Yücel Demiral, Prof. Dr. Bülent Kılıç, Doç. Dr. Hatice Şimşek Keskin, Öğr. Gör. Dr. Ahmet Soysal'a ve araştırma görevlilerine teşekkür ederim.

Özden Özilice, Özge Kahramanoğlu ve Mochamad İqbal Nurmansyah sınıf arkadaşlarıma Akademik Türkçe konusundaki yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

UGANDA'DA BEBEKLERDE EK BESINE ERKEN BAŞLAMA DURUMU VE ETKİLEYEN ETMENLER

Ibrahim Isa Koire

Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İnciraltı / İzmir

ÖZET

Giriş ve Amaç: Anne sütü doğumdan sonraki ilk altı ay boyunca bebeğin beslenme ihtiyacını karşılayan en iyi besin kaynağıdır. DSÖ ve UNİCEF tarafından bebeklerin doğumdan sonraki ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesi, yedinci aydan itibaren ise ek gıdalara başlanması ve iki yaşına kadar emzirmeye devam edilmesi önerilmektedir. 2006 yılı Uganda Nüfus ve Sağlık Araştırması (UNSA) sonuçlarına göre on bebekten altısı ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmektedir. Ek besine erken başlama, doğumdan sonraki ilk üç gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir sıvı ya da gıda maddesi (ilaç dışında) verilmesidir. Bu araştırmanın amacı, Uganda'da 2006-2011 yılları arasında beş yaş altı çocuklarda ek besine erken başlama sıklığı ve ek besine erken başlamayı etkileyen etmenlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırma yeri Uganda'dır. Araştırmada 2011 yılında yapılmış olan UNSA'nın verileri kullanılmıştır. Araştırmanın evreni, UNSA 2011'e katılan 15-49 yaş grubu 8674 kadından oluşmaktadır. UNSA verileri yazılı izin alınarak elde edilmiştir. Beş yaş altı çocuğu olan ve veri tabanında araştırma için gerekli verileri tam olan 4,774 kadın araştırma grubunu oluşturmaktadır. Bu araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni beş yaş altı çocuklarda ek besine erken başlama, bağımsız değişkenleri ise annenin yaşı, eğitimi, dini inancı, ekonomik ve çalışma durumu, yaşadığı yer, sigara, babanın eğitimi, evdeki kişi sayısı, yaşayan çocuk sayısı, doğum öncesi ve sonrası bakım alma, doğumun yapıldığı yer, doğuma yardım eden kişi, doğum şekli, çoğul doğum, çocuğun doğum sırası, doğum ağırlığı, cinsiyeti, çocuğun birlikte kaldığı kişi ve emzirmeye başlama zamanıdır. İstatistiksel analizde sınıflanmış değişkenlerin sayı ve yüzdesi hesaplanmıştır. Tek değişkenli

analizlerde kıkare ve bağımsız gruplarda t-testi, Pearson korelasyon, çok değişkenli analizde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Kadınların %40.3'ünün çocuklarına ek besine erken başladıkları saptanmıştır. Annenin 15-19 yaş grubunda olması, eğitiminin ortaokul/lise düzeyinde olması, evli olmaması, kentte yaşaması, ekonomik durumunun orta düzeyde olması, Müslümanlık ve Hristiyanlık dini dışındaki diğer dini inancının olması, babanın eğitim düzeyinin ortaokul ve üstünde olması ek besine erken başlamayı anlamlı olarak artırmaktadır ($p < 0.05$). Yanında hiç kimse olmadan kendi kendine doğum yapan, yaşayan çocuk sayısı bir-iki olan annelerde ek besine erken başlama anlamlı olarak daha fazladır ($p < 0.05$). Sezaryenle doğan, ikiz doğan, doğum sırası ikinci sırada olan, emzirmeye geç başlanan bebeklerde ek besine erken başlamanın anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Ek besine erken başlama ekonomik olarak en yoksul dilimde olan annelere göre orta düzeyde olan annelerde 2.15 kat (OR:2.1 %95 GA= 1.38-3.36), zengin olan annelerde ise 2.02 kat (OR:2.02 %95GA= 1.44-2.821.49 – 2.33) daha fazladır. Ek besine erken başlamanın sağlık personeli yardımıyla doğum yapan annelere göre sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapan annelerde 1.73 kat (OR:1.73 %95 GA=1.04-2.88), doğum sırasında hiç kimseden yardım almayan annelerde 4.35 kat (OR:4.35 %GA = 1.01-18.67), doğurduğu çocuk sayısı tek olanlara göre ikiz doğum yapan annelerde 2.49 kat (OR:2.49 %95GA= 1.04-5.94) daha fazla olduğu görülmüştür. Emzirmeye hemen başlayanlara göre ilk bir gün içinde emzirmeye başlayanlarda ek besine erken başlama 5.08 kat (OR:5.08 %95GA= 2.98-8.64) anlamlı olarak daha fazladır.

Sonuç ve Öneriler: Annenin yaşı, eğitimi, medeni durumu, yaşadığı yer, ekonomik durumu ve dini, babanın eğitimi, doğuma yardım eden kimsenin olmaması, doğum şekli ve çoğul doğum, doğan çocuğun sırası, emzirmeye başlama zamanı ek besine erken başlamayı etkilemektedir. Uganda'da ek besine erken başlamayı önleme ve sadece anne sütüyle beslenmeyi teşvik etmeye yönelik girişimlerin başında kadınlara yönelik eşitsizliklerin önlenmesi ve doğum öncesi ve sonrası bakım kalitesinin artırılması gelmelidir.

Anahtar sözcükler: Anne sütü, emzirme, ek besine erken başlama, Uganda.

THE STATUS OF EARLY INITIATION OF NUTRITIONAL SUPPLIMENTS AND ITS INFLUENCING FACTORS AMONG BABIES IN UGANDA

Ibrahim Isa Koire

Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Abstract

Introduction and Aim

Breastmilk is the best source of nutritional needs of the baby during the first six month of life. The World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) recommend that the baby should be exclusively breastfed in the first six months, with introduction of other feeds with predominant breastfeeding at seven months and continued breastfeeding up to two years' time.

According to results from the 2006 Uganda Demographic and Health Survey (UDHS), for every ten babies, six of them are exclusively breastfed in the first six months.

Early initiation of nutritional supplements refers to the introduction of any non-breastmilk liquid or semi-solid food (with exclusion of medication) to the new-born baby in its first three days of life.

The aim of this study is to identify the underlying situation and factors influencing early initiation of nutritional supplements among under-five year old children in the years between 2006 – 2011 in Uganda.

Materials and Methods:

This is a cross-sectional research. The study was done utilizing data from the Uganda Demographic and Health Survey (UDHS), which was carried out in Uganda between the years 2006 and 2011. The study population consisted of women aged 15-49 years who participated in the Uganda Demographic and Health Survey between years 2006-2011 (2011 UDHS). Data was collected from 8,674 of the 9,247 women in the selected households who met the selection criteria of the 2011 UDHS. A sample of 8,674 women participated in the

2011 UDHS. No sample selection process was carried out in our study. The 2011 UDHS micro-data used in this study was obtained with written permission, after which sorting, evaluation and analysis of data was done between November and December 2016.

This study constituted a study sample of 4,774 females with their under-five year old children who were found in the used 2011 UDHS data. Approval permission to do this study was obtained from Dokuz Eylül University Non-Interventional Research Ethics Committee. The dependent factor was early initiation of supplementary nutrition in children of under-five years of age, whereas the independent variables were; mother's age, education level, religious beliefs, economic and working status, place of residence, smoking status, husband's education level, number of household members, number of living children, prenatal and postnatal care, place of giving birth, multiple birth (twins), child's birth order number, child's birth weight, child's gender, person with whom the child lives and time of initiation of breastfeeding.

During the statistical analysis, values and percentages of the grouped variables were calculated. In the univariate analysis, chi-square and independent samples t-test, Pearson correlation, whereas logistic regression analysis was used in multivariate analysis.

Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results:

It was determined that 40.3% of the women initiated supplementary nutrition among their babies at an early age.

Mothers in the 15-19 age group, mother's education level (the middle school / high school), not being married, living in the city, economic level (middle), other religious beliefs (other than Islam and Christianity) and father's education level (middle school and above) were found significant to increase early initiation of supplementary nutrition ($p < 0.05$). Early initiation of supplementary nutrition was significantly higher in mothers with one or two living children and self-delivered mother ($p < 0.05$).

It was also found that babies born by caesarean section, twin babies, babies who are in the second rank of birth and babies who delayed to initiate breastfeeding were significantly more likely to initiate early supplementary nutrition ($p < 0.05$).

Compared to mothers in the poorest economic level, mothers in the middle economic level had a 2.15 times (OR: 2.1, %95 CI= 1.38-3.36), where as those in the rich economic level had a 2.02 times (OR: 2.02, %95 CI= 1.44-2.82) increased risk of early initiation of supplementary nutrition.

On the other hand, mothers who during delivery got assistance from other non-medical staff had risk of 1.73 times (OR: 1.73, %95 CI=1.04-2.88), where as those who were assisted by nobody were at a 4.35 times (OR: 4.35, %95 CI = 1.01-18.67) risk of early initiation of supplementary nutrients compared with mothers who were assisted by the health professionals. It was also found that mothers who had given birth to twins had a 2.49 times (OR: 2.49, %95CI = 1.04-5.94) increased chances of early introduction of supplementary nutrients to their babies compared to those who had delivered a single baby for each pregnancy. The time of first breastfeeding, comparing to those who immediately breastfed their babies, mothers who initiated breastfeeding during the first day had a 5.08 times (OR: 5.08, %95 CI= 2.98-8.64) increased risk of initiation of supplementary nutrition.

Conclusion and Recommendations:

Mother's age, education, marital status, place of residence, economic status and religion, father's education, being assisted by nobody during delivery, mode of birth and multiple birth (twins), child's birth order number and time of initiation of breastfeeding were significant factors that had an effect on early initiation of supplementary nutrition.

Among the initiatives to prevent and reduce early initiation of supplementary nutrition as well as promoting exclusive breastfeeding could be initially the prevention of gender (women) related inequality and increasing the quality of antenatal and postnatal care.

Key words: Breastmilk, Breastfeeding, Early initiation of nutritional supplements, Uganda

1. Giriş ve Amaç

Giriş

Uganda'da 2006-2011 yılları arasında bebeklerde ek besine erken başlama durumunu ve etkileyen etmenleri belirlemeyi amaçlayan bu çalışma kesitsel tiptedir. Uganda Nüfus ve Sağlık Araştırması (UNSA) 2011 verileri kullanılarak yapılmaktadır.

Araştırma evreni, 2011 yılında yapılan Uganda Nüfus ve Sağlık Araştırması'na katılan 15-49 yaş grubu kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmada örnek seçimi yapılmamıştır. UNSA'na katılan 8674 kadın araştırmanın örneğini oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni, son çocuğun ek besine erken başlama durumudur.

Bağımsız değişkenler; anneye ve babaya ait özellikler (yaş, eğitim durumu, medeni durum ekonomik durum, çalışma durumu, yaşadığı yer, sigara kullanımı, hanedeki kişi sayısı), annenin doğurganlık özellikleri, babanın eğitim ve çalışma durumudur. Veriler SPSS bilgisayar programında değerlendirilmektedir. Tanımlayıcı değişkenler sıklık ve ortalamalar ile verilmiştir. Verinin çözümlenmesinde tek değişkenli analizlerde Ki-kare ve t-testi, çok değişkenli analizde logistik regresyon kullanılmıştır.

1.1 Tez konusunun önemi, bilime ve uygulamaya yaptığı katkı:

Emzirme, bir bebeğin anne memesinden anne sütü ile beslenmesi işlemidir. Anne sütü doğumdan sonraki ilk altı ay boyunca bebeğin beslenme ihtiyacını karşılayan en iyi besin kaynağıdır. Anne sütü aynı zamanda bebeğin psikososyal ihtiyaçlarını da karşıladığı için, dünyanın her yerinde hem anne hem de bebek sağlığı için emzirmenin faydalı olduğu tespit edilmiştir (1,2,3). Anne sütü ile beslenme bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişmesini sağlamakta, bebek morbidite ve mortalite oranlarını azaltmaktadır. Ek olarak hem aileye hem de ülke ekonomisine katkı sağladığı bilinmektedir (4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından anne sütü ile beslenmenin tüm dünyada yaygın olarak kullanılması için uzun yıllardır çalışmalar yapılmaktadır. DSÖ ve UNICEF tarafından bebeklerin doğumdan sonraki ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesi, yedinci aydan itibaren ise ek gıdalar başlanması ve iki yaşına kadar emzirmeye devam edilmesi önerilmektedir (1,3,5). Uganda'da, Sağlık Bakanlığı tarafından bebeklerin özellikle

ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenmesi önerilmekle birlikte ülkede kadınların %63'ü doğumdan sonra ilk altı ay emzirmektedir

(6).

UNSA-2006 sonuçlarına göre 10 bebekten 6'sı ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmektedir (6). UNSA-2011'de annelerin %98'inin anne sütüne ek olarak (herhangi bir zamanda) diğer gıdaları da verdikleri saptanmıştır (7).

Ek besine erken başlama, doğumdan sonraki ilk üç gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir sıvı veya gıda maddesi verilmesidir. Uganda'da anne sütünden önce başka besin verilmesi HIV yükü olan bölgelerde özellikle yüksektir (8). UNSA 2011'e göre annelerin %53'ü doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirmeye başlamış, %89'u ise doğumdan sonraki ilk günde bebeklerini emzirmeye başlamışlardır. Uganda'da yeni doğanların %16'sı doğum sonrası ilk 3 günden itibaren ek besin almaya başlamakta ve bu sayı 2 aylık bebeklerde iki katına çıkmaktadır (7).

Uganda'da yapılan bir araştırmada kadınların yaklaşık %56'sının doğum sonrası ilk bir saatte emzirmeye başladıkları, %46'sının ise altıncı aya kadar bebeklerini sadece anne sütü ile besledikleri bulunmuştur (9). Uganda'da UNSA-2006'da 0-6 aylık bebeklerin %63'ünün sadece anne sütü ile beslendikleri, 0-23 aylık bebek ve çocukların %67'sinin yaşa uygun olarak anne sütü ile beslendikleri saptanmıştır. Emzirmeye 12 aya kadar devam edenlerin %87, 24 aya kadar devam edenlerin ise %46 oranında olduğu belirlenmiştir (7).

Doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirmeye başlama, doğan bebeğin cinsiyetine, doğum şekli ve doğum yerine bağlı olarak değişmektedir. Doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirmeye başlama kız bebeği olanlarda %54, sağlık personeli yardımıyla ya da sağlık kurumlarında doğum yapanlarda %55, kentsel alanda yaşayanlarda %60 oranında saptanmıştır (10). Uganda'da doğum öncesi bakım alanlarda erken emzirmeye başlamanın %5-6 daha fazla olduğu, kız çocuklarında erken emzirmeye başlama ve ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenmenin daha fazla olduğu görülmüştür (sırasıyla: %58, %46,3) (9). Uganda'da yapılan bir araştırmada hastanede doğum yapan kadınlarda, evde doğum yapan kadınlara göre erken emzirmeye başlamanın %4-5, ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmenin %7-8 daha fazla olduğu saptanmıştır (9). Uganda'da doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirmeye başlama ülkenin coğrafi bölgelerine göre farklılık göstermektedir. Doğumdan sonraki ilk bir saat

içinde emzirmeye başlayan annelerin oranı Batı Nil bölgesinde en düşük (%27), Karamoja bölgesinde ise en yüksek olduğu (%70) belirlenmiştir (7).

Emzirme Türkiye’de oldukça yaygındır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)-2013 verilerinde emzirme annelerin sosyodemografik ve temel özelliklerine göre farklılık göstermekle birlikte tüm çocukların %96’sının bir süre emzirildiği görülmektedir. Erkek çocuklarda bir süre emzirilme ve doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilme kız çocuklarından daha fazladır (sırasıyla: %96,7, %50,1). TNSA-2013 verilerine göre Türkiye’de bebeklerin %50’si doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmeye başlanmaktadır (2). Türkiye’de 0-2 ay, 2-3 ay ve 4-5 ay arasındaki bebeklerde sadece anne sütü ile beslenme oranlarının yıllar içinde arttığı görülmektedir (2,3,11). Türkiye’de ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme TNSA-2008’de yüzde 42 iken, TNSA-2013’te yüzde 30’a düşmüştür. Bu gösterge, Türkiye’de anne sütü desteklenmesine rağmen ilk altı ay sadece anne sütü alımında sorun olduğunu, ek besine erken geçildiğini göstermektedir (2).

Emzirmeye erken başlanması ve ilk altı ay sadece anne sütü verilmesi oranları ülkenin önemli çocuk sağlığı göstergelerindedir. İlk altı ayda sadece anne sütü ile beslenmeyi ve emzirmeyi etkileyen etmenlerin saptanması çocuk sağlığının geliştirilmesinde yön gösterici bilgilerdir. Ülke çapında yapılan bu araştırmalardan elde edilen veriler ışığında emzirmenin yaygınlaştırılması ve sürdürülmesi konusunda sağlık yöneticileri ve uygulayıcıları için önemli veriler ortaya konacaktır. Bu veriler ışığında anne sütü ve emzirmenin teşvik edilmesine yönelik yeni politikalar geliştirilebilir.

1.2 Tezin amacı:

1. Uganda’da 2006-2011 yılları arasında bebeklerde ek besine erken başlama durumu,
2. Uganda’da 2006-2011 yılları arasında bebeklerde ek besine erken başlamayı etkileyen etmenlerin belirlenmesi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Anne sütü

Anne sütü doğumdan sonraki ilk altı ay boyunca bebeğin beslenme ihtiyacını karşılayan en iyi besin kaynağıdır. Anne sütü aynı zamanda bebeğin psikososyal ihtiyaçlarını da karşıladığı için, dünyanın her yerinde hem anne hem de bebek sağlığı için emzirmenin faydalı olduğu tespit edilmiştir (1,2,3).

Afrika'da çocukların çoğunluğu emzilir, bu kültür olarak iyi kabul görmüş bir uygulamadır (12). Uganda'da; 6 aydan küçük çocukların% 63'ü sadece anne sütüyle beslenirken, % 98'i belli bir süre anne sütüyle beslenmektedir. Emzirme, kadınların tüm gruplarında yaygın olarak uygulanmaktadır ve anne özelliklerine göre değişimler çok azdır (7).

2.2.1 Anne sütünün önemi

Anne sütüyle beslenme, Uganda, Afrika ve dünya genelinde bilinen ve yaygın bir uygulamadır; formül ve diğer ek besinler kıyaslandığında farklı avantajlar ve önemi kazanır.

2.2.2 Emzirmenin anne sağlığındaki önemi

Bebeklerin emzirilmesi, meme kanserini önleyerek annelere yarar sağlar, doğum aralıklarını iyileştirir ve annelerin diyabeti ve yumurtalık kanseri riskini azaltabilir (13).

Bebeklerin sürekli anne sütüyle beslenmesi, ani bebek ölümlerini %36'sı azaltmaktadır (13). Başka araştırmada, emzirmenin devam ettiği ülkelerde; Uganda ve Burkina Faso gibi, emzirilmediğinde doğumların % 50 daha fazla olacağı tahmininde bulunmaktadır (13).

2.2.3 Çocuk sağlığı için önemi

Uzun süre emzirilen bebeklerde, kısa süre emzirilen veya anne sütü almayan bebeklere kıyasla, enfeksiyon hastalıklarının ve buna bağlı ölümler daha az görülmektedir.

Araştırmalarda; anne sütüyle beslenmenin, çocuğu yetişkin dönemdeki obezite ve şeker hastalığından koruyabileceği belirtilmektedir (13).

2.2.4 Ekonomik

Emzirme, inek sütü, formül mama ve anne sütü dndaki diğer besinlerin satın alınması için yapılan harcamaları azaltmaktadır.

Emzirme, bebeğe ek besin vermek için kullanılan araçların kirliliğinden kaynaklanan hastalıkları da önleyerek tedavi masraflarını drmektedir.

2.3 Anne sütü tanımı

Anne sütü, bebek için annenin memelerinde üretilen sttr (14).

2.3.1. Kolostrum ve nemi

Kolostrum ya da 'ilk süt' doğumdan sonraki ilk üç günde üretilen anne stdr. Yenidoğan için, yüksek miktarda protein ve daha az yağ içermektedir (15).

Kolostrum bebeğin gastrointestinal sisteminin gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır.

Ayrıca, hastalıklara neden olan bakteri ve virüsleri öldüren immünolojik maddeleri (lökositler, koruyucu beyaz hücreler) yüksek miktarda içermektedir. Kolostrum, doğumdan sonraki ilk iki hafta içinde olgun süte dönüşmektedir (17, 16, 15).

2.3.2 Anne sütünün İçeriği

Anne sütü iyi birlemi bileşenler içerir. Var olan proteinler, yağlar, vitaminler ve karbonhidratlar, bebekler için benzersiz ve en iyi oranlardadır.

Anne sütünde var olan antikorları, canlı hücreleri, enzimleri ve formül mamada bulunmayan hormonları içerir (16,15).

2.3.3 Proteinler

İnsan sütü iki tür protein içerir; peynir altı suyu ve kazein. Yaklaık% 60'ı peynir altı suyu, % 40'ı ise kazeinden oluşmaktadır. Yapay süt (formül), bebeğin sindirimini zorlaştıran daha yüksek bir kazein oranına sahipken, anne sütündeki proteinlerin bu dengesi hızlı ve kolay bir sindirim sağlamaktadır (16).

Anne sütünde bulunan spesifik proteinler ve yararları:

Laktoferrin: Gastrointestinal sistemde olan laktoferrin, demire bağımlı bakterilerin ve mayaların büyümesini engellemektedir.

İmmünoglobulinler: Sekretuar IgA, IgG ve IgM gibi immünoglobulinler, bebeği E. Coli ve muhtemelen bebeğin, annenin ve ailesinin maruz kaldığı allerjiler gibi, virüslerden ve bakterilerden korurlar.

Lizozim: Anne sütündeki lizozim, bebeği E. Coli ve Salmonella'ya karşı koruyan bir enzimdir. Ayrıca anti-inflamatuvar fonksiyonlara sahiptir ve sağlıklı bağırsak florasının gelişimini teşvik eder (16, 15).

2.3.4 Vitaminler

Anne sütünün vitamin miktar ve türleri, annenin vitamin alımına doğrudan bağlıdır.

Bu nedenle bebeğin sağlığı için, önemli olan yağda çözünür A, D, E ve K vitaminleri gibi vitaminleri; ve C vitamini, riboflavin, niasin ve panthothenic asit gibi suda çözünen vitaminleri içeren besinleri annelerin yeterli alması önemlidir (16).

2.3.5 Karbonhidratlar

İnsan sütünün birincil karbonhidratı laktozdur. Laktoz, anne sütünün sağladığı toplam kaloringin yaklaşık% 40'ını oluşturur.

Laktoz, hastalığa karşı koruyucudur, midede sağlıklı bakterilerin gelişmesini sağlamaktadır. Kalsiyum, fosfor ve magnezyumun emilimini geliştirmektedir (16).

2.3.6 Yağlar

İnsan sütü, bebeğinin sağlığı için gerekli olan yağları da içerir. Bu yağlar, beyin gelişimi, yağda çözünen vitaminlerin emilmesi için gereklidir ve bebek için birinci kalori kaynağıdır. Anne sütünde var olan uzun zincirli yağ asitleri beyin, retina ve sinir sistemi gelişimi için gereklidir (16).

2.4 Uganda'da çocuklarda anne sütüyle beslenme ve istatistikler

Emzirmeye erken başlanması ve ilk altı ay sadece anne sütü verilmesi oranları ülkenin önemli çocuk sağlığı göstergelerindedir. İlk altı ayda sadece anne sütü ile beslenmeyi ve emzirmeyi etkileyen etmenlerin saptanması çocuk sağlığının geliştirilmesinde yön gösterici bilgilerdir.

Uganda'da DSÖ ve UNICEF işbirliği ile beş kez Uganda Nüfus ve Sağlık Araştırması (UNSA) yapılmıştır. İlki 1988-89 yılında olmak üzere 1995, 2000-2001, 2006 ve 2011

yıllarına ait UNSA bulunmaktadır. Son UNSA 2016 yılında yapılmıştır. UNSA 2011'e göre annelerin %53'ü doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirmeye başlamış, %89'u ise doğumdan sonraki ilk günde bebeklerini emzirmeye başlamışlardır (7). 2006 yılı UNSA'daki sonuçlarına göre 10 bebekten 6'sı ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmektedir (18).

Uganda'da 2011 yılındaki UNSA'nda 0-6 aylık bebeklerin ise % 63'ünün sadece anne sütü ile beslendikleri, 0-23 aylık bebek ve çocukların %67'sinin yaşa uygun olarak anne sütü ile beslendikleri saptanmıştır. 12 aya kadar emzirmeye devam edenlerin %87, 24 aya kadar emzirmeye devam edenlerin ise %46 oranında olduğu belirlenmiştir (7). Annelerin %98'inin anne sütüne ek olarak (herhangi bir zamanda) diğer gıdaları da verdikleri tespit edilmiştir (7). Uganda'da sadece anne sütü verilen bebeklerin oranı 0-1 aylık bebeklerde %82, 2-3 aylık bebeklerde %69 iken, bu oran 4-5 aylık bebeklerde %41'e düşmektedir (7).

2.5 Türkiye'de çocuklarda anne sütüyle beslenme ve istatistikler

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2013) verilerinde emzirme oranı annelerin sosyodemografik ve temel özelliklerine göre farklılık göstermekle birlikte tüm çocukların %96'sının bir süre emzirildiği görülmektedir. Erkek çocuklarda bir süre emzirilme oranı ve doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilme oranı kız çocuklarından daha fazladır (sırasıyla: %96,7, %50,1). TNSA-2013 verilerine göre Türkiye'de bebeklerin %50'si doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlanmaktadır (2). Türkiye'de sadece anne sütü ile beslenme TNSA-2008'de yüzde 42 iken, TNSA 2013'te yüzde 30'a düşmüştür. Bu gösterge, Türkiye'de anne sütünün desteklenmesine rağmen yaygın olarak kullanılmadığını ortaya koymaktadır (2). Türkiye'de son verilere göre sadece anne sütü verilen bebeklerin oranı 0-1 aylık bebeklerde %57,9, 2-3 aylık bebeklerde %35,4 iken, bu oran 4-5 aylık bebeklerde %9,5'e düşmektedir (2).

2.6 Anne sütü beslenme politikaları

2.6.1 Uganda hükümetinin bebek beslenme politikaları

Uganda'da, Sağlık Bakanlığı tarafından bebeklerin özellikle ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenmesi önerilmekle birlikte ülkede kadınların %63'ü doğumdan sonra ilk altı ay emzirmektedir (6).

2.6.2 Uganda hükümet politikaları, uygun bebek ve küçük çocuk besleme uygulamaları (19)

- I. “Emzirme politikalarını desteklemek için Bebek Dostu Hastanenin ve Topluluk Girişimleri'nin uygulanması”
- I. “Uygun tamamlayıcı beslenme uygulamalarının kabulünü teşvik etmesi”
- II. “İki yaşın altındaki çocuklar için çoklu mikrobesein tozu sağlaması”
- III. “Güçlendirilmiş temel gıda kullanımını teşvik etmesi”
- IV. “İyotlu tuz kullanımını teşvik etmesi”
- V. “Emzirme ve tamamlayıcı beslenme için anne destek gruplarını başlatması”
- VI. “Bebek beslenme danışmanlığı: Emzirme, tamamlayıcı beslenme ve HIV pozitif kadınlar için HIV ve bebek beslenmesi konusunda danışması”

Bebeğin belirli koşulları için özel politikalar arasında şunlar vardır (20)

2.6.3 “Bebeğin / Çocukların Normal Durumda Beslenmesi”

Politika Rehberi 1

“Doğum sonrası ilk bir saat içinde emzirmeyi başlatmak ve tıbbi kontrendikasyon olmadıkça bebeğin hayatının ilk 6 ayında emzirilmesi için danışma ve destekleme”.

Politika Rehberi 2

Ebeveynlere, bebeğe 6. aydan itibaren yeterli, güvenli, uygun tamamlayıcı gıdalar vermesi konusunda danışmanlık verme ve 2 yıl veya daha uzun süre emzirmeyi destekleme”.

Politika Rehberi 3

“Gebe kadınlar ve emziren annelere, uygun miktarda besleyici gıdalar tüketmeye özen gösterilmesi ve tüketilmesi teşvik edilmesi”.

2.6.4 “HIV'e Maruz Kalmış Çocuğa Beslenme”

Politika Rehberi 4

4a)“Sağlık hizmeti verenlerin, tüm gebe kadınların ve emziren annelerin HIV durumunu belirlemesi”.

4b)“Bütün hamile kadınların ve emziren annelerin, uygun sağlık hizmetlerini alabilmesi için HIV durumlarını servis sağlayıcılar ve önemli aile üyeleri ile gizli olarak paylaşmaları konusunda teşvik edilmesi”.

Politika Rehberi 5

“HIV bulaşmış kadının bebeğini ilk 6 ay sadece anne sütüyle emzirmesinin önerilmesi.

Politika Rehberi 6

“HIV ile yaşayan annelerden doğan bebeklerin, 6. haftadan itibaren HIV enfeksiyonu açısından test edilmesi, anneye kişisel durumuna uygun olarak beslenme danışmanlığı verilmesi”.

2.6.5 “Çocuğun zor koşullarda beslenmesi”

Politika Rehberi 7

“Malnutrisyonu olan çocukların uygun tıbbi bakım, beslenme rehabilitasyonu ve takibinin yapılması”.

Politika Rehberi 8

“Düşük doğum ağırlığı ile doğan bebeklerin tıbbi bir kontrendikasyon olmadığı sürece emzirmeye teşvik edilmesi. Düşük doğum ağırlıklı ememeyen bebeklere, anne sütünün bardak, kaşık veya nazo-gastrik tüp ile verilmesinin teşvik edilmesi ve desteklenmesi”.

Politika Rehberi 9

“Annelere, bakıcılara ve ailelere acil durumlarda ve diğer olağan dışı zor / özel durumlarda, uygun bebek beslenmesini uygulamak konusunda danışmanlık verilmesi ve desteklenmesi”.

2.7 DSÖ ve UNICEF'in bebek beslenme politikası

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından anne sütü ile beslenmenin tüm dünyada yaygın olarak kullanılması için uzun yıllardır çalışmalar yapılmaktadır. DSÖ ve UNICEF tarafından bebeklerin doğumdan sonraki ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesi, yedinci aydan itibaren ise ek gıdalar başlanması ve iki yaşına kadar emzirmeye devam edilmesi önerilmektedir (1,2,5,14).

2.8 Uganda'da ve dünyada bebek dostu hastane girişimi

Bebek Dostu Hastane Girişimi (BDHG), 1991 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) tarafından bebeği korumak, emzirmeyi teşvik etmek ve desteklemek için doğum hizmeti veren sağlık kuruluşlarında emzirmenin niteliğini ve sürekliliğini sağlamak için başlatılan küresel bir programdır (18,21). BDHG, "Başarılı Emzirme için On Adımı" uygulayan doğum hizmeti veren sağlık kuruluşlarını bebek dostu hastane olarak kabul etmektedir(21).

Başarılı emzirme için 10 kriteri ve Uluslararası Mama Kodunu başarıyla uygulayan doğum hizmeti veren sağlık kuruluşları, bebek dostu hastaneler olarak kabul edilmektedir (21). 1991'den bu yana dünya genelinde 20,000'den fazla doğum hizmeti veren sağlık kuruluşu Bebek Dostu Hastane olarak belirlenmiştir; Bununla birlikte, doğum hizmeti veren tüm sağlık kuruluşlarının emzirmeyi başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmesi için On Adımı uygulayabilmesine hala ihtiyaç duyulmaktadır (22).

2015'te Uganda Ülke Raporuna göre, Uganda'da doğum hizmetleri sunan 1.687 sağlık kuruluşundan (devlet ve özel kuruluşlar) ve doğumhanelerden, sadece 11 tanesi (% 0.1)

"Bebek Dostu" olarak belirlenmiştir (23). Aynı zamanda Uganda, bebek beslenmesi uygulamalarını iyileştirmenin bir aracı olarak Bebek Dostu Hastane Girişimi (BDHG) yaklaşımını benimsemiştir. Ancak uygulama, orta derecede desteğin olduğu az sayıda doğum hizmeti veren sağlık kuruluşu ile sınırlı kalmıştır (23).

Buna ek olarak, BDHG uygulamasının kalitesi sağlık personelinin ilgi eksikliğinden ve doğum hizmeti veren sağlık kuruluşlarının hiç de küçümsenmeyecek önemli bir çoğunluğunda görülen izlem ve denetim yetersizliğinden etkilenmektedir (23).

Bebek dostu bir sağlık kuruluşu, yenidoğan ve erken çocukluk dönemlerinde önce sağlık personeline ve sonrasında sağlık personeli aracılığıyla anneye başarılı emzirme hakkında

daha nitelikli bilgi vermektedir. Başarılı emzirme, bebek ve çocuk beslenmesi uygulamalarını iyileştirmektedir ve bu sayede yetersiz beslenme, ishal, ani bebek ölümü sendromu yaygınlığını azaltılmaktadır.

Uganda'daki Kitgum ilçesindeki sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının sadece %2.3'ünün BDHG hakkında bilgiye sahip olduğu ve %54.0'ının emzirme konusunda anneleri nasıl destekleneceğini bilmedikleri saptanmıştır (24).

Bebek Dostu Hastane Girişimi (BDHG), her sağlık kuruluşunun güvenli doğum ve yenidoğan klinik bakım konularına odaklanmasını da arttırmaktadır. Sağlık kuruluşlarının Bebek Dostu Hastane Girişimini benimsemesi sağlık çalışanlarının emzirmeyi teşvik etme konusunda kendilerini geliştirmesine olanak sağlayacak ve rollerini netleştirecektir.

Bununla birlikte; periyodik eğitimler, emzirme rehberliği ve izlemine yürütmek için politika yapıcılardan sürekli destek gerekmektedir (24).

2.8.1 Başarılı Anne Sütüyle beslenme için On Adım (25)

- i. “Emzirme politikası yazılı olarak, tüm emzirme personeline düzenli olarak bildirilmelidir”.
- ii. “Tüm sağlık personelinin, bu politikayı uygulamak için gerekli beceriler konusunda eğitilmelidir”.
- iii. “Tüm gebe kadınlar emzirmenin yararları ve yönetimi konusunda bilgilendirilmelidir”.
- iv. “Annelere doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlaması için yardım verilmelidir”.
- v. “Annelere, doğru emzirme tekniklerini göstermekve bebeklerinin yanında olmadıkları durumlarda bile anne sütünü nasıl muhafaza edileceği konusunda bilgi verilmelidir”.
- vi. “Tıbben önerilmediği sürece, bebeğe anne sütüne ek olarak sıvı besin ya da mamaverilmemelidir”
- vii. “Annelerin ve bebeklerin 24 saat boyunca birlikte kalmalarını sağlanmalıdır”.
- viii. “Emzirme konusunda anne ve bebek gerekirse teşvik edilmelidir”.
- ix. “Emziren bebeklere emzik veya yapay meme başı verilmemelidir”.

x. “Annelere emzirme grupları ve diğer anne-bebek grupları hakkında bilgi verilmeli ve bu grupların oluşturulması desteklenmelidir”

2.8.2 HIV / AIDS'e virüs bulaşmış anneler ve çocuklarının beslenmesi

HIV pozitif annelerin emzirme yoluyla bebeklerine bulaştırma riskleri göz önüne alındığında, yenidoğanlarına beslenmesinin nasıl yapılacağı konusunda özel bir dikkat gösterilmektedir. Uganda'da, 2015'te, 15 yaş ve üzeri kadınlarda HIV / AIDS prevalans %7.1'dir ve yaklaşık 790 000 (730 000 - 870 000) kadın HIV/AIDS ile yaşamını sürdürmektedir (26).

Bu durum, HIV/ AIDS'in anneden çocuğa geçişinin engellenmesi için HIV pozitif annelere ve çocuklarına özel bir yaklaşımı sağlamayı gerektirmektedir.

Uganda'nın 2015 yılıdaki raporuna göre, HIV bağlamında bebek beslenmesi hem politik duruş hem de programlar sayesinde iyileştirilmektedir.

Bununla birlikte, yerel bağlam göz önünde bulundurarak DSÖ tavsiyeleri ile entegre etmek için bebek ve çocuk beslenmesi kurallarının gözden geçirilmesi gerekmektedir (23).

Tanzanya'da yapılan bir araştırmada, Ilala Belediyesindeki HIV pozitif anneler arasında sadece anne sütü ile beslenme oranı %46.0'dır. Başka bir çalışmada; Tanzanya, Kenya, Etiyopya ve Uganda'da sırasıyla; %13.3, %16.0, %30.6 ve %40.0'dır (12).

2.9 Ek besine erken başlama

Ek besine erken başlama, doğumdan sonraki ilk altı ay içinde ek besine başlamadır. Bu dönemde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir sıvı veya gıda maddesi verilmesidir (27).

2.9.1 Uganda durumu

Uganda'da yeni doğanların %16.0'ı doğum sonrası ilk 3 günde ek besin almaya başlamakta ve bu sıklık iki aylık bebeklerde iki katına çıkmaktadır (7). Uganda'da anne sütünden önce başka besin verilmesi HIV yükü yüksek olan bölgelerde özellikle yüksektir (27). Bu nedenle bebeklerin büyük bir kısmı kolostrumun faydalarından yararlanamamaktadır.

Uganda 2006 Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda (2006 UNSA), yenidoğan bebeklerin %54.0'ına anne sütünden önce başka besinler başlandığı saptanmıştır. Uganda'daki Güneybatı ve Doğu bölgeleri, anne sütünden önce başka besine başlama sıklığı açısından en

yüksek bölgelerdir. En yaygın verilen besinler sadece su (%37.0), şeker veya glikozlu su (%31.0), hayvan sütü (%16.0) ve çay (%5.0) olarak saptanmıştır (28).

Doğu Uganda'da yapılan başka bir çalışmada, bebeklerin %64.0'ından fazlasının ilk üç günde anne sütünden önce başka besin aldığı saptanmıştır. Benzer şekilde, başka bir çalışmada Doğu ve Batı Uganda'da çocukların sırasıyla %57.0'ı ve %43.0'ı anne sütünden önce başka besin aldığı saptanmıştır. Anne sütünden önce başka besin kullanımı, eğitim ve refah seviyesi yüksek kadınlar arasında daha yaygındır (28).

Uganda'da, Kampala şehrindeki yapılan başka bir araştırmada, annelerin %29.6'sının bebeklerine glikoz çözeltisi, inek sütü, su ve çay gibi anne sütü dışındaki besinleri emzirmeye başlamadan önce verdikleri tespit edilmiştir (29).

2.9.2 Diğer Ülkelerin durumu

Diğer ülkelerde bebeklerin beslenme durumlarını etkileyen ortak faktörler; ailenin sosyo-ekonomik statüsü, okur yazarlık düzeyleri, akrabaların etkisi ve tamamlayıcı besine erişim olanakları olarak saptanmıştır (6).

Hindistan'da yapılan bir araştırmada annenin eğitimi, sosyal sınıfı ve din gibi bazı faktörlerin emzirmeyi etkilediği belirlenmiştir: Annenin eğitiminin olması, müslüman olması ve üst sosyal sınıf statüsünde bulunması emzirmeyi etkilemektedir (30).

Nairobi'deki hastanede yapılan bir çalışmada anne sütünden önce ek besin verme %26.8 ve Tanzanya'da %17.0-25.0 arasında olarak saptanmıştır. (27).

Türkiye'de bebeklerin %25.0'ının anne sütünden önce ek besin aldığını bildirilmektedir

(7). Türkiye'de yapılan başka bir araştırmada, bebeklerin %42.6'sına (31), diğer bir araştırmada ise %78.0'ına (40) ilk 3 gününde ek besin verildiği saptanmıştır.

Kuzeydoğu Etiyopya'da yapılan başka bir çalışmada, emzirmeye başlamadan önce ek besin verme prevalansı %38.8'dir (33). Etiyopya'nın farklı bir bölgesinde yapılan bir çalışmada ise, bebeklerin %28.9'una yaşamın ilk günlerinde emzirme başlamadan önce ek besin verilmektedir (34). Vietnam'da doğumdan sonraki ilk üç gün boyunca yenidoğan bebeklerinin %73.3'üne emzirme başlamadan önce ek besin verildiği, bunların %53.5'ü bebek mamasıyla, %44.1'i suyla beslenmektedir (35).

Ingunn Meria ve ark. tarafından üç ülkede yapılan çalışmalarda, müdahale ve kontrol grupları arasında anne sütüyle beslenen üç günlük bebeklerin prevalansı; Burkina Faso'da %36.0(m), %11.0(k); Uganda'da %44.0(m), %13.0(k); Güney Afrika %33.0(m), %30.0 olarak saptanmıştır.

2.9.3 Anne sütüyle emzirmeye başlamadan önce ek besin kullanımına ve anne sütü dışında ek besine erken başlamaya yol açan faktörler.

Sadece anne sütüyle emzirmenin çok sayıda önemli faydaları bulunsada anne sütü verilmeden önce ek besine geçilmesi halen tüm dünyada yaygın olarak uygulanmaktadır.

Asya, Latin Amerika ve Sahra altı Afrika ülkelerinde (Uganda dahil) ek besine erken geçilmesi oldukça yaygındır (36). Anne sütü dışındaki diğer besinlerin bebeğe erken verilmesi, çok çeşitli faktörlerden etkilenir. İstihdam edilen 15-49 yaş aralığındaki kadınların sayısındaki artış; doğum iznini, emzirme saati izinlerini ve işyerindeki emzirme odalarını gündeme getirmiştir (18).

Farklı araştırmalar, doğum sonrası kadınların çalışma yaşamına erken dönmesinin yenidoğan bebeklerin sadece anne sütüyle beslenmeleri olumsuz etkilediğini saptamıştır. Doğumdan sonra işine geri dönmeyi planlayan kadınların emzirmeye başlama ya da emzirmeye devam etmesi daha az olası iken, kısa doğum iznine sahip olanların (<6 hafta) emzirmeyi başlatamama veya erken bırakma riski 4 kat yüksektir (18).

Bebek ağlaması anneyi sütünün yetmediği konusunda telaşlandırmakta ve ek besine erken geçişine sebep olmaktadır.

Sigara, fazla kiloluk/obezite ve depresyon gibi anneye ait diğer bireysel faktörler emzirme açısından oldukça önemlidir. Bu faktörler çok sayıda kadını etkilediğinden önemli belirleyicilerdir (18).

2.9.4 Bebeğe erken ek besin verilmesinin dezavantajları

Ek gıdalara erken başlama bebeklerde enfeksiyonlara ve sindirim sorunlarına yol açmaktadır (37). Ek besine erken başlama, bebeklerde obesite riskini arttırmakta, başarılı emzirmeyi engellemekte ve bebeklerde enfeksiyon riskini arttırmaktadır "(28).

Emzirilmeye başlanmadan ek besine başlanması, doğumdan sonraki ilk günlerde anne sütü yanında ek besinin de verilmesi; anne sütü ve ek besin arasında etkileşimi arttırmakta, sadece anne sütünden kazanılacak immünolojik faydaları azaltmaktadır.

Erken ek besin verilmesi, bebeklerin enfekte besinlere, mutfak eşyalarına, suya veya ellere maruz bırakılmasıyla hastalığın doğrudan bir nedeni olabilmektedir. Gastrointestinal sistemin florasınıbozarak bebeğin sağlığını da etkileyebilmektedir. Ayrıca anne-bebek bağları erken ek besine beslenme ile kesilebilmekte, çünkü anne ve bebeği arasındaki cilt-cilt yakın temasını azalmaktadır (34).

2.9.5 Yeni doğanlar hakkında kültürel ve dini inançlar

Uganda'da doğumdan sonra bebeğe yapılan bazı kültürel uygulamalar; yaprakların, köklerin ve ağaç kabuğu gibi çeşitli otların karışımı "ekyogero" olarak bilinen bitkisel ilaçlar bebeklere içirilmektedir. Bunlar cildin kızarıklıklarını "nnoga" önlediği ve tedavi ettiği, abdominal koliği tedavi ettiği ve bebeğe bol şans verdiğine inanıldığı için kullanılmaktadır (29).

Birçok düşük-orta gelirli ülkede bebeklere anne sütünden önce verilen besinleri arasında üç kategori söylenebilir; sadece su, su bazlı (bitki karışımı, meyve suları) ve süt esaslı (hayvan sütü, formula mamalar) (36).

Bazı İslam ve Arap kültürlerinde yeni doğan çocuğa yumuşatılmış bir hurma verilir. Bu hurma yumuşatılır ve bebeğin ağzına konulur. Hurmanın, temiz bir parmakla yenidoğanın ağzının sert damağına sürünmesi gereklidir (Tahneek). Bunun nedeni, bebeğin aranan "tatlılığın zevkini" almasıdır. Bazen bal veya kamış şekeri kullanılır (38).

Nijerya'da yapılan bir çalışmada, doğumdan sonraki ilk üç içinde, bebeğe emzirmeden önce ek başka besin verme hakkında yapılan bir çalışmada; sade su, şeker veya glikoz suyu, nar suyu, şeker / tuzlu su çözeltisi, meyve suyu, süt, bebek formülü, çay / infüzyon, bal ve başkaları verildiği saptanmıştır (36).

Hindistan'da yapılan bir çalışmada, bebeklere anne sütünden önce başka ek besin 'Ghutti' türler verildiğini ortaya koymuştur.

Bunlar arasında, annelerin %66.0'ı tarafından kullanılan bir 'ajwain', 'saunf', şeker ve sudan oluşan bir karışımın kaynatılarak hazırlandığı bir ek besin verilmektedir. Başka bir hazırlama

şekli, kaynatma ile hazırlanan ve daha sonra yenidoğan bebeklerin %20.5'ine verilen reçel, süt ve 'ajwain' karışımıdır. Bebeklerin %5.0'ına bal verilirken, %7.8'ine hazır satılan katı karışım verildiği saptanmıştır (32).

2.9.6 Annelerin, bebeklere formül besinler (mamalar) ve anne sütü olmayan diğer besinlerle beslemesinin nedeni

Anne sütünün yetersiz debi akışı, bazı tıbbi endikasyonlar (dehidratasyon veya hipoglisemi önlenmesi gibi) ve kültürel inançlar (örneğin bebeğin sindirim kanalını temizleme, susuzluk giderme, mesanenin yıkanması ve anneye bir miktar dinlenme imkanı sağlaması), annelerin anne sütüyle emzirmeden önce ek besine geçişin olası nedenlerinden bazıları olarak bulunmuştur (33). Kadınların çalışması, hiç emzirmeme veya erken süttten kesme için önde gelen bir nedendir (18).

Emzirmeye başlamadan önce ek besine erken geçişte belirtilen diğer önemli nedenler "kötü göz" ve hastalığa engel olmak ve "bebeğin karnını temizlemek" olarak belirtilmiştir (33).

2.9.7 Emzirmeyi geciktirmenin dezavantajları

Yüksek riskli gebelikler, hastanede kalış süresinin uzaması, annenin hastalıkları, preterm bebekler, hasta veya düşük doğum ağırlıklı yenidoğan bebekler, anne bebek ayrımı, emzirmeye başlamadan önce ek besin veya mama verilmesi; gibi olumsuz hastane uygulamaları, emzirmenin gecikmesiyle sonuçlanabilmektedir (18).

Bir çok geleneksel toplumda, kolostrum zararlı olarak değerlendirmekte ve atılmaktadır.

Anne sütünden önce ek besinlerin verilmesi, emzirmeyi birkaç gün geciktirebilmektedir.

Babaların tutum ve tercihleri de emzirmeyi etkileyebilmekte: emzirme için destek veren eşlere sahip olan kadınlar bebeklerini daha uzun süre emzirmektedir (18).

Annelerin ilk 6 ay sadece anne sütü vermemelerinin nedenleri

Emzirmek, anne adanmışlığını gösteren, ideal bir davranış olarak tasvir edilir. Bununla birlikte, bazı durumlarda, emzirmek isteyen kadınlar topluluk içinde olumsuz tepkilerle karşılaşılırlar. Bazı işverenler ve çalışanlar işyerinde kadınların işyerinde emzirmesinden rahatsız olabilmektedir (18).

2.9.8 Özel formülü haricinde anne sütü veya başka süt almaması gereken bebekle (39).

- I. Klasik galaktozemili bebekler: özel bir galaktoz içermeyen formül gereklidir.
- II. Akçağaç şurubu idrar hastalığı olan bebekler: lösin, izolösin ve valine sahip olmayan özel bir formül gereklidir.
- III. Fenilketonüri bulunan bebekler: özel bir fenilalanin içermeyen formülasyona ihtiyaç duyulmaktadır (dikkatle izlenerek, emzirmek mümkündür).

2.9.9 Sınırlı bir süre anne sütüne ek olarak başka yiyeceklere ihtiyaç duyan bebekler

- I. 1500 g'dan (çok düşük doğum ağırlığı) daha düşük doğum kilosu olan bebekler.
- II. 32 haftanın altında gebelik haftasında (erken doğum) doğan bebekler.
- III. Metabolik adaptasyon bozukluğu veya artmış glukoz talebi nedeniyle hipoglisemi riski taşıyan yenidoğan bebekleri (preterm olanlar, gebelik haftasıyla karşılaştığında küçük olanlar veya önemli intrapartum hipoksik / iskemik stres yaşarlar, hasta olanlar ve anneleri diyabetik olanlar), kan şekeri optimal emzirmeye cevap vermeyen bebekler (39).

2.9.10 Anne sütü ile beslemenin kalıcı olarak önlenmesini haklı kılabilen olan anne koşulları

HIV enfeksiyonu: yedek besleme uygulanabilir, ekonomik, sürdürülebilir ve güvenli ise kabul edilebilir.

2.9.11 Anne sütü ile beslenmenin geçici olarak önlenmesini ve ek besin ile beslenmeyi haklı kılabilen olan anne koşulları

Sepsis gibi şiddetli hastalıklar, annenin bebeğini emzirmesine engel olabilmektedir. Herpes simpleks virüs tipi 1 (HSV-1): tüm aktif lezyonlar giderilinceye kadar memedeki lezyonlar ile bebeğin ağız arasındaki doğrudan temastan kaçınılmaktadır (39).

Anne sütüne geçebilecek bazı ilaçların kullanımında, annenin emzirmeyi bırakması ve anne sütü dışında diğer ek besine ya da yedek besine geçilmesi önerilmektedir (39).

2.9.12 Ek besine erken başlama etkileyen diğer etmenler

Literatürde doğum öncesi bakım sayısı, doğumun yapıldığı yer, anne sütünün yararları ve ek besine erken başlamanın zararları hakkında bilgi sahibi olma, annenin eğitim durumu gibi birçok faktörün ek besine erken başlamaya olan etkisi gösterilmiştir.

Uganda gibi sosyoekonomik açıdan dezavantajlı ülkelerden biri olan Burkina Faso'da doğum öncesi bakım sayısının ek besine erken başlama üzerine etkisi olduğu bulunmuştur (40). Kuzeydoğu Etiyopya'da yapılan bir başka çalışmada, evde doğum yapan annelerin, doğumunu sağlık kurumlarında gerçekleştiren annelere göre ek besine erken başlama olasılığının yedi kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (33). Anne sütünün yararları ve ek besine erken başlamanın riskleri hakkında bilgi sahibi olmayan annelerin ek besine erken başlama olasılıkları daha fazladır (33). Nepal'de annenin eğitimsizliği, çalışmaması, orta refah düzeyinde olması, en az dört doğum öncesi bakım almaması, ilk gebeliği olmasının ek besine erken başlamada etkili olduğu saptanmıştır (35).

Vietnam'da yapılan bir çalışmada doğumun sezaryen ile gerçekleşmesi, emzirme hakkındaki bilgilerin yanlış olması, emzirmede sorun yaşanması, doğum sonrası aile desteği olmamasının ek besine erken başlama riskini arttırdığı saptanmıştır (34). Etiyopya'da yapılan bir çalışmada etnik ve dini gruplar ve bölgeler arasında ek besine erken başlama açısından önemli farklılıklar olduğu saptanmış ve sağlık eğitiminin önemi vurgulanmıştır (41). Ek besine erken başlamayı etkileyen diğer faktörler; geleneksel olarak kolostrumun verilmemesi, dini ritüeller, doğum odasında mama bulunması, kentte yaşam, anne ve/veya babanın eğitim düzeyinin düşüklüğü, annenin 15-24 yaş arası olması, doğumun evde yapılması, doğumun geleneksel ebe tarafından veya kendi kendine gerçekleştirilmesi, annenin gazete okumaması, radyo dinlememesi ve televizyon izlememesi olarak belirtilmektedir (36).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın tipi

Kesitsel tipte bir araştırma yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 2015 yılının Eylül ayında konu seçimi ve literatür tarama ile başlamıştır. Uganda Nüfus Sağlık Araştırması 2011 veri tabanını kullanma izni Aralık 2015'te alınmıştır. Etik kurul izni, Mayıs 2016'da alınmıştır. Veri tabanı temizliği ve çözümlenme Mayıs-Kasım 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri tabanı incelemesinde saptanan eksiklikler nedeniyle tezin konusu değiştirilerek Aralık 2016'da yeniden etik kurul onayı alınmıştır. Tezin yazımı Şubat 2017'de tamamlanmıştır.

Bu çalışma UNSA 2011 verileri kullanılarak yapılmıştır.

Uganda'da her beş yılda bir Uganda Nüfus ve Sağlık Araştırması (UNSA) yapılmakta olup, Uganda'nın 10 demografik bölgesinden veri toplanmaktadır. UNSA'nın verileri Haziran-Aralık 2011 tarihleri arasında toplanmıştır (42).

Araştırmanın yeri Uganda'dır. UNSA verileri Demographic and Health Survey Merkez Ofisi tarafından 14.12.2015 tarihinde yazılı izinle elde edilmiş olup, planlanmış olan bu tez araştırması verilerinin ayıklanması ve değerlendirilmesi Kasım-Aralık 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

Uganda Hakkında Kısa Bilgi

Uganda, Kampala başkent olarak doğu Afrika'da bulunan ve karaya oturmuş bir ülkedir.

Doğuda Kenya, kuzeyde Sudan, batıda Kongo Demokratik Cumhuriyeti, güneybatıda Ruanda ve güneyde Tanzanya ile komşu olarak çevrilidir (Ek 3).

Coğrafi konumu Enlem 4°12'N & 1°29'L Boylam 29°34'E & 35°0'E, yükseklik (minimum) 620 metre - (maksimum) 5,111 metre'dir. Uganda'nın 36,527.4 km²'lik kısmını (% 15.3'ünü) kapsayan açık su gövdeleri, 4,500 km²'yi (% 1.9'u) sulak alan ve 200,523.2 km²'si (% 83.0'ı) arazi alanı olarak toplam 241,550.7 km²'lik bir alana sahiptir. Tarım arazisi 91,151.8 km² (2010), sıcaklıklar (2015) 16-31°C ve yağış miktarı 1000 -1639 mm / yıl (2015) olan tropik bir ülkedir.

Uganda'nın para birimi şilin'dir (34). Nominal GSYİH 84.4 trilyon şilin'dir (2015/16).

Cari fiyatlarla kişi başına düşen GSYİH 2,347,754 şilin idi (2015/16) (45).

Uganda İngiltere tarafından sömürgeleştirildi ve bağımsızlığını 9 Ekim 1962'de aldı. 39 milyon (2015) (46) bir nüfusa sahipken nüfusun yüzde 80'inden fazlası kırsal alanda yaşıyor (47). Nüfus yoğunluğu (2014 nüfus sayımı) 173 kişi / km², doğumda beklenen yaşam süresi (2014 nüfus sayımı) 63.3 yıl (Kadın 64.2 yıl Erkek 62.2 yıl). Anne Ölüm Hızı yüzbin canlı doğumda 118 (2014/15) ve Bebek Ölüm Hızı binde 53'tür (2014 nüfus sayımı) (64, 65).

Uganda'da beş yaş altı çocukların en sık ölüm nedenleri (2015 sıralaması); HIV / AIDS, Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları, sıtma, ishalleri hastalıklar, serebrovasküler hastalık, neonatal ensefalopati, konjenital kusurlar, iskemik kalp hastalığı, menenjit, prematürite ve tüberkülozdur (48, 49).

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni 2011 yılında UNSA'ya katılan beş yaş altı çocuğu olan, 15-49 yaş grubu 7581 kadından oluşmaktadır. Araştırmada örnek seçimi yapılmamıştır. Beş yaş altı çocuğu olan ve veri tabanında araştırma için gerekli verileri tam olan 4774 kadın araştırma grubunu oluşturmaktadır.

Uganda Nüfus ve Sağlık Araştırmasının Metodolojisi Örneklem çerçevesi:

- 2011 UNSA için kullanılan örneklem çerçevesi Uganda İstatistik Bürosu (UİB) tarafından sağlanan 2002 nüfus sayımıdır.
- UİB'nun 2002 nüfus ve ev sayımı için oluşturulan 48,715 sayım alanını içeren elektronik dosyaları vardır.
- Bir sayım alanı sayım için kullanılan uygun sayım birimlerini (ünitelerini) içeren bir coğrafya alanıdır.
- Bir sayım alanının ortalama büyüklüğü, kentsel sayım alanı için 135 hane, kırsal sayım alanı için 100 hane olarak belirlenmiştir. Sayım alanına düşen ortalama hane sayısı 104'dur.

Örneklem Aşamaları:

2011 UNSA'nın örneği, ülkenin büyüklüğüne, kentsel ve kırsal alanlarına göre nüfus ve sağlık göstergelerini saptamak için yapılandırılmıştır. Bu örnek UİB tarafından sağlanmıştır. Örnek iki aşamalı tabakalı küme yöntemi kullanılarak seçilmiştir:

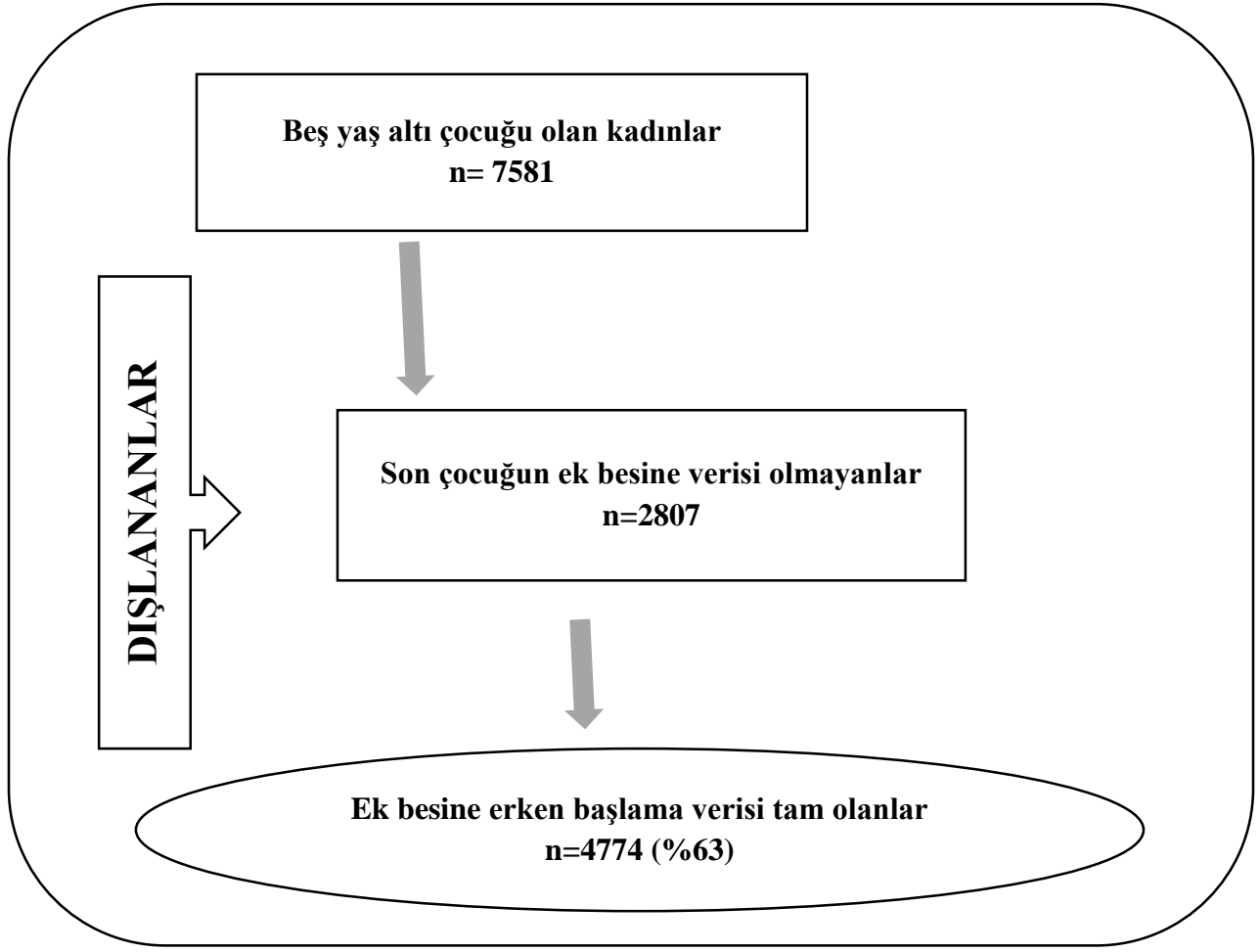
Örneklemenin ilk aşamasında: Kümeler (405 sayım alanları) 2009/2010 Uganda Ulusal Hane Halkı Araştırması (UUHA) örnek listesinden seçilmiştir. UDSA tüm ülkeyi kapsayan bir çalışmadır: Merkez 1, Merkez 2, Orta Doğu, Doğu, Kampala, Karamoja, Kuzey, Güneybatı, Batı Nil ve Batı Bölgesi olmak üzere ülkenin 10 sayım noktasını içermektedir (7).

Örneklemenin ikinci aşamasında: 2009/2010 UUHA'na göre belirlenen 405 sayım alanı içinde var olan tüm haneler UNSA'nın örneğine alınmıştır. UDSA verileri toplanırken görüşmeler sırasında evde bulunan ev sahibi ve seçilen evlerde ankettten önceki gece misafir olarak kalan 15-49 yaş grubu kadınlarla görüşme yapılmıştır (42).

UNSA seçilmiş hane halkından araştırmanın kriterlerine uygun bulunan 9,247 kadının 8,674'üyle görüşme yapılmıştır. UNSA'ya katılım oranı %94.0'dır. Bu oran kırsal alanda %95.0, kentsel alanda ise %91.0'dır (42).

Araştırma grubunun seçimi

Elde edilen UNSA veri tabanında beş yaş altı çocuğu olan toplam 7581 kadının verisi olduğu saptanmıştır. Bunlardan 2,807 kadının son çocuğuna ek besine erken başlama verisi kaydedilmediği için veri tabanından silinmiştir. Bu tez araştırmasında toplam 4,774 (%63) kadının verisi üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Araştırma grubunun veri tabanı akış şeması şekil 1'de sunulmuştur.



Şekil 1. Araştırma grubunun akış şeması

3.4 Çalışmanın materyali

Yapılması planlanan bu araştırmada yeni bir materyal kullanılmamış, sekonder veri tabanı değerlendirilmiştir. Araştırmada 2011 yılında yapılmış olan Uganda Nüfus ve Sağlık Araştırmasının verileri kullanılmıştır.

3.5 Araştırmanın değişkenleri

Bağımlı değişken: Uganda’da beş yaş altı çocuklarda ek besine erken başlama durumu.

Doğumdan sonraki ilk 3 günde bebeğe anne sütünden başka (su bile) herhangi bir şey verenler ek besine erken başlayan olarak değerlendirilmiştir. UNSA veri tabanında sadece anne sütü alma süresi ve ek besine başlama zamanı değişkenleri olmadığından very içinde

bulunan ilk 3 günde bebeğe anne sütünden başka herhangi bir şey verme değişkenli ek besine erken başlama olarak alınmıştır.

Bağımsız değişkenler:

Annenin yaşı: Sürekli değişken olarak kaydedilmiş olan annenin yaşı beşerli yaş aralığında 7 yaş grubuna ayrılmış: 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49 yaş grubu olarak gruplandırılmıştır.

Annenin eğitim durumu: Uganda'da ilköğretim altı yaşında başlamakta ve zorunlu eğitim süresi (ilkokul) yedi yıldır (43). UNSA veri tabanında annenin eğitimi mezun olunan okula göre eğitimi yok, ilkokul, ortaokul ve lise, yüksekokul ve üniversite olarak gruplandırılmıştır. Lojistik regresyon analizde annenin eğitimi ilkokul ve altı ve ortaokul ve üstü olarak iki gruba ayrılarak değerlendirilmiştir.

Annenin medeni durumu: Veri tabanında hiç evlenmemiş, evli, partneri ile birlikte yaşayan, boşanmış, ayrı yaşayan olarak gruplandırılmıştır. Çözümlemede evli ve partneri ile birlikte yaşayanlar 'evli' olarak, hiç evlenmemiş, boşanmış ve ayrı yaşayanlar birleşerek 'evli olmayan' olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

Annenin ekonomik durumu: Ekonomik durum hanehalkının mülkiyetine bağlı olarak, televizyon, bisiklet, konut inşaatı için kullanılan malzemeler, suya erişim ve sanitasyon koşullarına göre değerlendirilme yapılmıştır. Veri tabanında annenin ekonomik durumu en yoksul, yoksul, orta, zengin ve en zengin olarak 5 grupta toplanmıştır (42). Bu araştırmada annenin ekonomik durumu en yoksul ve yoksul grup birleştirilerek 'fakir', zengin ve en zengin grup birleşerek 'zengin' olarak gruplanmıştır. Ekonomik durumu orta olarak kaydedilenler 'orta' olarak değerlendirilmiş olup, bu üç gruba göre analizler yapılmıştır.

Annenin çalışma durumu: UNSA'nın yapıldığı zaman anketi yanıtlayan annelerin son yedi gün içindeki çalışma durumuna (kendi ev işleri dışında) göre kaydedilmiştir.

Kişilerin belirttiğine göre çalışanlar ve çalışmayanlar olarak gruplandırılmıştır.

Annenin yaşadığı yer: Araştırmanın yapıldığı zaman diliminde görüşülen annenin yaşadığı yere göre kentsel ya da kırsal olarak kaydedilmiştir. Bu kategorizasyon, örnek seçiminde kullanılan tabakaya göre oluşturulmuştur (44).

Annenin dini: Annelerin beyanına dayalı olarak annenin dini inancı kaydedilmiştir. Bu araştırmada Katolikler, Protestanlar, Pentekostal ve SDA Hıristiyanlar, İsa Mesih'e olan

inançlarına bağlı olduğundan bir grupta birleştirilerek ‘Hıristiyanlar’, Müslüman olduğunu belirtenler ‘Müslümanlar’ ve diğer dinlere inananlar ‘diğer’ olarak üç grupta birleştirilmiş ve değerlendirilmiştir.

Annenin sigara kullanımı: Sigara kullananlar ‘içen’, kullanmayanlar ‘içmeyen’ olarak iki grupta tablolarda sunulmuştur.

Babanın eğitim düzeyi: UNSA veri tabanında annenin eğitimi gibi babanın eğitimi de mezun olunan okula göre eğitimi yok, ilkokul, ortaokul ve lise, yüksekokul ve üniversite olarak gruplandırılmıştır. Veri tabanına babanın eğitim durumu kaydedilmeyen kişiler kayıp veri olarak değerlendirilmiş, bu veriler dışlanarak analiz yapılmıştır. Lojistik regresyon analizde babanın eğitimi ‘ilkokul ve altı’ ve ‘ortaokul ve üstü’ olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

Hanedeki kişi sayısı: UNSA veri tabanında hanedeki kişi sayısı sürekli değişken olarak kaydedilmiştir. Uganda’da, 2011 UNSA sırasında hanedeki ortalama kişi sayısı 4.9 olduğundan hanedeki kişi sayısına referans olarak alınmıştır (42). Bu araştırmada hanedeki kişi sayısı ‘≤5 kişi’ ve ‘≥6 kişi’ olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

Yaşayan çocuk sayısı: UNSA veri tabanında hanedeki kişi sayısı sürekli değişken olarak kaydedilmiştir. Bu araştırmada yaşayan çocuk sayısı ‘1-2 çocuk’, ‘3-4 çocuk’ ve ‘5 ve daha fazla çocuk’ olmak üzere olarak üç grupta değerlendirilmiştir.

Doğum öncesi bakım alma durumu: Annelerin kaç kez doğum öncesi bakım aldıkları veri tabanına sürekli değişken olarak kaydedilmiştir. Doğum öncesi en az birkez bakım alanlar ‘alan’, hiç bakım almayanlar ise ‘almayan’ olarak kaydedilmiştir. Doğum öncesi bakım alıp almadığı hiç kaydedilmemiş olan anneler dışlanmıştır.

Doğum öncesi bakım alma sayısı: Doğum öncesi bakım alanlarının izlem sayısına göre, ‘1-4 kez’ ve ‘5 kez ve üstü’ olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

Son doğumun yapıldığı yer: UNSA veri tabanına annenin son doğumunu yaptığı yer kadının evi, başka bir ev, geleneksel ebenin evi, devlet hastanesi, Kamu Halk Sağlığı Merkezi, Sağlık hizmet veren sivil toplum kuruluşları, özel hastane/klinik, diğer özel sektör ve diğer olmak üzere 9 farklı grupta kaydedilmiştir. Bu gruplardan bazıları bir araya getirilerek annenin doğum yaptığı yer üç grupta incelenmiştir. Sağlıkla ilgili hizmet sunan tüm kurumlar (Sağlık Hizmet Sivil Toplum Kuruluşları, Özel Hastane / Klinik, Diğer Özel Sektör) ‘sağlık kurumu’, doğumu evde yapanlar (kadının evi, diğer ev, geleneksel ebe'nin evi) ‘evde’, diğer yerlerde doğum yapanlar ‘diğer’ olarak gruplanmış ve değerlendirilmiştir.

Doğuma yardım eden kişi: UNSA veri tabanına annenin son doğumu sırasında doğuma yardım eden kişi doktor, hemşire/ebe, tıp asistanı, hemşire yardımcısı, geleneksel ebe, akraba/ yakın arkadaşı, diğer ve kendi kendine olmak üzere 8 farklı grupta kaydedilmiştir. Bu gruplardan bazıları bir araya getirilerek annenin doğumuna yardım eden kişi üç grupta incelenmiştir. Eğer annenin doğumuna doktor, hemşire/ebe, tıp asistanı ve hemşire yardımcısı yardım ettiyse ‘sağlık personeli yardımıyla’, yardım eden kişi geleneksel ebe, akraba/ yakın arkadaşı ve diğer olarak belirtildiyse ‘sağlık personeli olmayan kişilerin yardımıyla’, doğum sırasında hiç yardım almayan olarak belirtildiyse ‘kendi kendine doğum’ olarak gruplanmış ve değerlendirilmiştir.

Doğum sonrası bakım alma: Doğum sonrası bakım alanlar ‘alan’, hiç bakım almayanlar ‘almayan’ olarak kaydedilmiştir.

Çocuğun cinsiyeti: Veri tabanında kaydedilme durumuna göre erkek ve kız olarak değerlendirilmiştir.

Doğumu şekli: Normal doğum yapan anneler ‘normal’, sezaryen ile doğum yapan anneler ‘sezaryen’ olarak iki grupta incelenmiştir.

Çoğul doğum (ikiz varlığı): Doğan bebeğin sayısı tek ise ‘tek doğum’, ikiz ise ‘ikiz doğum’ olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

Çocuğun doğum sırası: UNSA veri tabanında doğan çocuğun doğum sırası sürekli değişken olarak kaydedilmiştir. Veri tabanında ilk çocuk olarak doğanların doğum sırası kaydedilmemiş, hiç veri girilmediği için net bilgi yoktur. Çocuğun doğum sırası ikinci sırada ise ‘2. sırada’, doğum sırası üçüncü sırada ise ‘3. sırada’, doğum sırası dört ve sonrası ise ‘4.ve üstü sırada’ olarak üç grupta değerlendirilmiştir.

Çocuğun doğum kilosu: Doğumdan sonra tartılmamış olanlar, anneleri tarafından bebeğin doğum kilosu hatırlanmayanlar ve UNSA veri tabanına çocuğun doğum kilosu >6000 gram olarak kaydedilmiş olanlar dışlanmıştır. Sürekli değişken olarak kaydedilmiş olan çocuğun doğum kilosu verisi bulgularda ‘<2500 gram’ ve ‘2500-6000 gram’ olarak iki grupta tablolarda sunulmuştur.

Emzirmeye başlama zamanı: Doğumdan sonra hemen emzirmeye başlayanlar ‘hemen’, doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirme başlayanlar ‘ilk bir saat içinde’ ve doğumdan sonraki ilk bir gün içinde emzirme başlayanlar ‘1 gün içinde’ olarak üç grupta değerlendirilmiştir.

Çocuğun birlikte yaşadığı kişi: Annesinin yanında olan çocuklar ‘annesinin yanında’, babasıyla, başka bir akrabasıyla, başka birisiyle ya da başka yerde yaşayan çocuklar ‘anneden başka bir yerde’ olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

3.6 Veri Toplama Araçları

Bu araştırma için yeni bir ölçüm yöntemi ya da anket gibi herhangi bir araç kullanılmamıştır. UNSA verileri kullanılarak bu araştırma gerçekleştirilmiştir.

3.7 Araştırmanın Planı ve Takvimi

	2015				2016											2017	
Ay	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat
Konu seçimi																	
Kaynak inceleme																	
Araştırma izni ve ön hazırlık																	
Etik kurul izni																	
Veri temizliği & çözümlenme																	
Konu değişikliği ve etik kurul onayı																	
Yazım																	

3.8 Verilerin Değerlendirmesi

İstatistiksel analiz SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada sınıflanmış değişkenler sayı ve yüzde olarak özetlenmiştir. Sürekli değişkenlerin ortalaması ve standart sapması hesaplanmıştır. Tek değişkenli analizlerde Ki-kare, bağımsız gruplarda t-testi ve Pearson korelasyon analizi, çok değişkenli analizde lojistik regresyon analizi yapılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Çok değişkenli analizde; ek besine erken başlamayı etkileyen etmenleri belirlemek için backward Wald ile lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki bulunan değişkenler; annenin yaşı, annenin yaşadığı yer, annenin medeni durumu, annenin eğitim düzeyi, annenin ekonomik durumu, annenin dini, babanın eğitim düzeyi, son doğuma yardım eden kişi, doğum şekli, ikiz varlığı, çocuğun doğum sırası, emzirmeye başlama zamanı lojistik regresyon analizine alınmıştır. Ek olarak literatürde ek besine erken başlamayla ilişkili bulunan değişkenler; annenin çalışma durumu, hanedeki kişi sayısı, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım alma durumu, doğumun yapıldığı yer, bebeğin cinsiyeti ve doğum kilosunu, bebeğin birlikte yaşadığı kişi de lojistik regresyon analizine kategorik olarak alınmıştır.

Annenin yaşı ile yaşayan çocuk sayısı arasında, annenin eğitim düzeyi ile doğum öncesi bakım alma sayısı arasında anlamlı korelasyon bulunduğu için yaşayan çocuk sayısı ve doğum öncesi bakım alma sayısı lojistik regresyon analize alınmamıştır.

3.9 Araştırmanın Sınırlıkları

Tez araştırmasının sınırlılıkları aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır.

1. UNSA'nın verilerinin anketle toplanmış olması bizim araştırmamız için de bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Geriye yönelik bilgi toplandığından hatırlama etmeni rol oynamış olabilir.
2. Uganda İstatistik Bürosu tarafından gönderilen very tabanına ait kısıtlılıklar bulunmaktadır: Doğum sırası birinci olan çocuklara ait very bulunmamaktadır. Veritabanında ek besin almayı etkileyebilecek çocuğun erken doğumuna (prematürite) ait veri bulunmamaktadır. Ek besine erken başlama ile ilgili veri tabanında sadece ilk 3 günde anne sütü dışında besin verme verisi vardır. Altı ay altında ek besine başlama bu nedenle değerlendirilememiştir. Bu nedenle ek besine erken başlama düşük bulunmuş olabilir.

3.10 Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05.05.2016 tarih ve 2682-GOA protokol ile alınan etik kurul onayı, konu değişikliği nedeniyle 19.12.2016'da yeniden alınmıştır.



4. BULGULAR

Araştırma grubundaki annelerin %27.9'u 25-29 yaş grubundadır. Annelerin yaş ortalaması 28.7 ± 7.1 'dir.–Annelerin %58.1'i ilkokul mezunu, %47.6'sı evlidir. Annelerin %24.6'sının ekonomik durumu en yoksul dilimde, %74.9'unun çalışmakta, %76.1'inin kırdan yaşamakta, %85.1'inin Hristiyan olduğu belirlenmiştir. Annelerin %99.5'nin sigara içmediği saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Araştırma grubunda annenin sosyodemografik ve bireysel özellikleri

Annenin sosyodemografik özellikleri (n= 4774)		Sayı	%
Yaş grubu (n= 4774)	15–19	363	7.6
	20–24	1154	24.2
	25–29	1331	27.9
	30–34	847	17.7
	35–39	664	13.9
	40–44	310	6.5
	45–49	105	2.2
Eğitim düzeyi (n= 4774)	Eğitim almamış	837	17.5
	İlkokul mezunu	2772	58.1
	Ortaokul ve Lise mezunu	937	19.6
	Yüksekokul mezunu	226	4.7
Medeni durumu (n=4773)	Hiç evlenmemiş	209	4.4
	Evli	2271	47.6
	Partneri ile birlikte yaşayan	1752	36.7
	Boşanmış	147	3.1
	Ayrı yaşayan	394	8.3
	En yoksul	1173	24.6

Ekonomik durumu (n= 4774)	Yoksul	901	18.9
	Orta	816	17.1
	Zengin	771	16.1
	En Zengin	1113	23.3
Çalışma durumu (n=4773)	Çalışmıyor	1200	25.1
	Çalışıyor	3573	74.9
Yaşadığı yer	Kent	1143	23.9
	Kır	3631	76.1
Annenin dini	Hristiyan	4061	85.1
	Müslüman	664	13.9
	Diğer	49	1.0
Sigara kullanımı (n=4772)	İçen	26	0.5
	İçmeyen	4746	99.5

Araştırma grubundaki çocukların babalarının %51.2'sinin ilkokul mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2: Araştırma grubundaki babanın eğitim düzeyi

Babanın eğitim düzeyi (n=4445)	Sayı	%
Eğitim almamış	521	11.7
İlkokul mezunu	2275	51.2
Ortaokul ve Lise mezunu	1233	27.7
Yüksekokul mezunu	416	9.4

Araştırma grubundaki çocukların %56.6'sının hanesinde altı ve daha fazla kişi yaşamaktadır. Annelerin sahip olduğu yaşayan çocuk sayısı incelendiğinde %37.0'ının bir ya da iki çocuğu yaşamaktadır (Tablo 3).

Tablo 3: Araştırma grubunun aile özellikleri

Özellikler	Sayı	%	
Hanedeki kişi sayısı (n= 4774)*	≤5 kişi	2071	43.4
	≥6 kişi	2703	56.6
Yaşayan çocuk sayısı (n=4744)	1-2 çocuk	1753	37.0
	3-4 çocuk	1388	29.3
	5 ve üstü	1603	33.8

Araştırma grubundaki annelerin %96.3'ünün doğum öncesi bakım aldığı, bunların %76.8'i bir-dört kez doğum öncesi bakım aldığı, %29.9'unun kendi evinde doğum yaptığı saptanmıştır. Son doğuma yardım eden kişi incelendiğinde, %52.6'sının doğumuna hemşire ya da ebenin yardım ettiği görülmüştür. Doğum sonrası bakım almayanların oranı %64.8'dir (Tablo 4). Doğum öncesi bakım alma sayısı ortalaması 3.7 ± 1.5 'tir.

Tablo 4: Annenin doğurganlık ve son doğuma yönelik özellikleri

Annelerin son doğumuna yönelik özellikleri	Sayı	%	
Doğum öncesi bakım (n=4689)	Alan	4514	96.3
	Almayan	175	3.7
Doğum öncesi bakım alma sayısı (n= 4514)	1-4 kez	3466	76.8
	5 kez ve üstü	1048	23.2
	Kadının Evi	1428	29.9
	Diğer Ev	101	2.1

Son doğumun yapıldığı yer (n= 4774)	Geleneksel Ebe'nin Evi	263	5.5
	Devlet Hastanesi	923	19.3
	Kamu Halk Sağlığı Merkezi	1283	26.9
	Sağlık hizmet veren sivil toplum kuruluşları	8	0.2
	Özel Hastane/Klinik	714	15.0
	Diğer Özel Sektör	6	0.1
	Diğer	48	1.0
	Doğuma yardım eden kişi (n= 4774)	Doktor	426
Hemşire/Ebe		2510	52.6
Tıp Asistanı		27	0.6
Hemşire yardımcısı		53	1.1
Geleneksel ebe		792	16.6
Akraba/Yakın arkadaşı		650	13.6
Diğeri		26	0.5
Kendi kendine		290	6.1
Doğum sonrası bakım alma (n= 2845)	Alan	1001	35.2
	Almayan	1844	64.8

Araştırma grubundaki çocukların %50.3'ünün cinsiyeti erkek olduğu, %93.3'ü normal doğum yöntemiyle, %98.2'sinin ise tek bebek olarak doğduğu bulunmuştur.

Çocukların %83.5'inin doğum sırası dört ve üstünde, çocukların %9.4'ünün doğum kilosu 2500 gram altındadır. Annelerin %72.3'ünün bebeklerini doğumdan sonra hemen emzirmeye başladığı saptanmıştır. Çocukların %95.6'sı anneleriyle birlikte yaşamaktadır (Tablo 5).

Tablo 5: Son doğan çocuğun özellikleri

Özellikler (n=4774)		Sayı	%
Cinsiyeti (n= 4774)	Erkek	2402	50.3
	Kız	2372	49.7
Çocuğun yaşı (n=1410)	0-11 ay	498	35.3
	12-23 ay	442	31.3
	24-35 ay	240	17.0
	36-47 ay	133	9.4
	48-59 ay	97	7.0
Doğumun şekli (n= 4774)	Normal	4456	93.3
	Sezaryen	318	6.7
İkiz varlığı (n= 4774)	Tek doğum	4689	98.2
	İkiz doğum	85	1.8
Çocuğun doğum sırası (n=4405)*	2. sırada	102	2.3
	3. sırada	625	14.2
	4. ve üstü sırada	3678	83.5
Doğum kilosu (gr) (n= 2620)* *	< 2500	247	9.4

	2500 – 6000	2373	90.6
Emzirmeye başlama zamanı (n=3362)	Hemen	2432	72.3
	İlk bir saat içinde	668	19.9
	1 gün içinde	262	7.8
Çocuğun birlikte yaşadığı kişi (n= 4612)	Annesinin yanında	4408	95.6
	Anneden başka bir yerde	204	4.4

*Doğum sırası 1. olan çocuklara ait veri veritabanında yoktur.

**Veri tabanında 2040 çocuğun doğum kilosu tartılmamış, 23 çocuğun doğum kilosu 6000 kilogramın üstündeydi, 90 çocuğun annesi çocuğun doğum kilosunu hatırlamıyor.

Araştırmada incelenen bazı sürekli değişkenlerin özellikleri tablo 6’da sunulmuştur. Çocuğun yaşadığı hanede yaşayan ortalama kişi sayısı 6.3 ± 2.8 , yaşayan ortalama çocuk sayısı 3.8 ± 2.4 ’tür. Annelerin en küçük 15, en büyük ise 49 yaşında olduğu saptanmış, annelerin yaş ortalaması 28.7 ± 7.1 ’dir. Annelerin doğum öncesi bakım alma sayısı ortalaması 3.7 ± 1.5 ’tir (Tablo 6).

Tablo 6: Anneye ve çocuğa ait bazı değişkenler

Değişkenler	N	Minimum	Maximum	Ortalama±Standart sapma
Hanedeki kişi sayısı	4774	1	24	6.3 ± 2.8
Yaşayan çocuk sayısı	4744	1	14	3.8 ± 2.4
Annenin yaşı	4774	15	49	28.7 ± 7.1
Doğum öncesi bakım alma sayısı	4514	1	20	3.7 ± 1.5
Doğum kilosu	2620	500	6000	3336.4 ± 822.7

Araştırmaya Uganda’da beş yaş altı çocuğu olan toplam 4,774 kadın katılmıştır. Bu kadınların %40.3’ünün çocuklarına ek besini erken başladıkları saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Uganda’da beş yaş altı çocuklarda ek besine erken başlama durumu

Beş yaş altı çocuklarda ek besine erken başlama durumu	Sayı	%
Başlayan	1923	40.3
Başlamayan	2851	59.7
Toplam	4774	100.0

ARAŞTIRMA GRUBUNDA EK BESİNE ERKEN BAŞLAMAYI ETKİLEYEN ETMENLER

Araştırma grubunda ek besine erken başlamaya etki eden etmenleri belirlemek için yapılan tek değişkenli çözümlenmeler yapılmıştır. Annenin yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, yaşadığı yer, ekonomik durumu ve annenin dini ek besine erken başlamayı anlamlı olarak etkilemektedir ($p<0.05$): Annelerin 15-19 yaş grubunda olması, eğitiminin ortaokul/ lise düzeyinde olması, evli olmaması, kentte yaşaması, ekonomik durumunun orta düzeyde olması, Müslümanlık ve Hristiyanlık dini dışındaki diğer dini inancının olması anlamlı olarak ek besine başlamayı artırmaktadır ($p<0.05$). Annenin çalışma durumu ve sigara kullanımı ek besine erken başlamayı anlamlı olarak artırmaktadır ($p>0.05$), (Tablo 8).

Tablo 8: Annenin bireysel ve sosyodemografik özelliklerinin ek besine erken başlamaya etkisi (n=4774)

Anninin sosyodemografik özellikleri		Ek besine erken başlama					
		Başlayan		Başlamayan		Toplam	p
		Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	
Yaş grubu	15-19	168	46.3	195	53.7	363	0.019
	20-24	465	40.3	689	59.7	1154	

	25-29	509	38.2	822	61.8	1331	
	30-34	319	37.7	528	62.3	847	
	35-39	293	44.1	371	55.9	664	
	40-44	122	39.4	188	60.6	310	
	45-49	47	44.8	58	55.2	105	
Eđitim dűzeyi	Eğitim yok	268	32.0	569	68.0	837	<0.001
	İlkokul	1136	41.0	1638	59.0	2774	
	Ortaokul/ lise	429	45.8	508	54.2	937	
	Yűksekokul	90	39.8	136	60.2	226	
Çalışma durumu (n=3702)	Çalışan	1442	40.4	2131	59.6	3573	0.867
	Çalışmayan	481	40.1	719	59.9	1200	
Medeni durumu	Evli	1585	39.4	2438	60.6	4023	0.004
	Evli olmayan	338	45.1	412	54.9	750	
Yaşadığı yer	Kent	503	44.0	640	56.0	1143	0.003
	Kır	1420	39.1	2211	60.9	3631	
Ekonomik durumu	Fakir	710	34.2	1364	65.8	2074	<0.001
	Orta	368	45.1	448	54.9	816	
	Zengin	845	44.9	1039	55.1	1884	
	Hristiyan	1583	39.0	2478	61.0	4061	<0.001
	Műslűman	315	47.4	349	52.6	664	

Annenin dini	Diğer	25	51.0	24	49.0	49	
Sigara kullanımı (n=4772)	İçen	11	42.3	15	57.7	26	0.832
	İçmeyen	1911	40.3	2835	59.7	4746	

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Babanın eğitim düzeyinin ortaokul ve üstünde olması ek besine erken başlamayı anlamlı olarak artırmaktadır ($p<0.05$), (Tablo 9).

Tablo 9: Babanın eğitim düzeyinin ek besine erken başlamaya etkisi

		Ek besine erken başlama					
		Başlayan		Başlamayan		Toplam	<i>p</i>
		Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	
Babanın eğitim düzeyi (4445)	Eğitim yok	167	32.1	354	67.9	521	0.001
	İlkokul	917	40.3	1358	59.7	2275	
	Orta-lise	513	41.6	720	58.4	1233	
	Üniversite	173	41.6	243	58.4	416	

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Annenin son gebeliği ve doğumuna yönelik hizmet alma durumunun ek besine erken başlamaya etkisi tablo 10'da sunulmuştur. Doğum öncesi bakım alma durumu, doğum öncesi bakım alma sayısı, doğumun yapıldığı yer ve doğum sonrası bakım alma durumu ile ek besine erken başlama arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Doğuma yardım eden kişinin ek besine erken başlamaya etkisi incelendiğinde kendi kendine doğum yapan annelerde ek besine erken başlama anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 10).

Tablo 10: Annenin son gebeliği ve doğumunda hizmet alma durumu ile ek besine erken başlama ilişkisi

		Ek besine erken başlama					
		Başlayan		Başlamayan		Toplam	
Özellikler (n= 4774)		Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	<i>p</i>
Doğum öncesi bakım durumu (n= 4689)	Alan	1805	40.0	2709	60.0	4514	<i>0.447</i>
	Almayan	75	42.9	100	57.1	175	
Doğum öncesi bakım alma sayısı (n= 4514)	1-4 kez	1398	40.3	2068	59.7	3466	<i>0.385</i>
	5 kez ve üstü	407	38.8	641	61.2	1048	
Doğumun yapıldığı yer	Sağlık Kurumu	744	41.5	1048	58.5	1792	<i>0.401</i>
	Evde	1160	39.5	1774	60.5	2934	
	Başka yerde	19	39.6	29	60.4	48	
Doğuma yardım eden kişi	Sağlık personeli yardımıyla	1198	39.7	1818	60.3	3016	<i>0.005</i>
	Sağlık personeli olmayan kişilerin yardımıyla	582	39.6	886	60.4	1468	
	Kendi kendine doğum	143	49.3	147	50.7	290	
Doğum sonrası bakım	Alan	409	40.9	592	59.1	1001	<i>0.945</i>
	Almayan	751	40.7	1093	59.3	1844	

*Satur yüzdesi alınmıştır.

Çocuğun özellikleri ile ek besine erken başlama ilişkisi Tablo 11’te sunulmuştur. Sezaryen doğum yöntemi ile doğan bebeklerde, ikiz doğan bebeklerde, doğum sırası ikinci sırada olan

bebeklerde, emzirmeye geç başlanan bebeklerde ek besine erken başlamanın anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çocuğun cinsiyeti, doğum kilosu ve çocuğun birlikte yaşadığı kişi ile ek besine erken başlama arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Hanede yaşayan kişi sayısı ile ek besine erken başlama arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Yaşayan çocuk sayısı 1-2 olan annelerde ek besine erken başlama anlamlı olarak daha fazladır ($p<0.05$),(Tablo 11).

Tablo 11: Çocuğun özellikleri ile ek besine erken başlama ilişkisi (n=4774)

Çocuğun özellikleri		Ek besine erken başlama					p
		Başlayan		Başlamayan		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	
Cinsiyeti	Erkek	986	41.0	1416	59.0	2402	0.276
	Kız	937	39.5	1435	60.5	2372	
Doğum şekli	Sezaryen	179	56.3	139	43.7	318	<0.001
	Normal	1744	39.1	2412	60.9	4456	
İkiz varlığı	İkiz bebek	47	55.3	38	44.7	85	0.004
	Tek bebek	1876	40.0	2813	60.0	4689	
Çocuğun doğum sırası*	2.sırada	59	57.8	43	42.2	102	<0.001
	3. sırada	283	45.3	342	54.7	625	
	4. sırada	1431	38.9	2247	61.1	3678	
Doğum kilosu (gram) (n=2620)**	<2500	95	38.5	152	61.5	247	0.914
	2500-6000	921	38.8	1452	61.2	2373	

Emzirmeye başlama zamanı (n=3362)	1 gün içinde	180	68.7	82	31.3	262	<0.001
	İlk bir saat içinde	251	37.6	417	62.4	668	
	Hemen	758	31.2	1674	68.8	2432	
Çocuğun birlikte yaşadığı kişi (n= 4612)	Annesinin yanında	1774	40.2	2634	59.8	4408	0.167
	Anneden başka bir yerde	92	45.1	112	54.9	204	
Hanedeki kişi sayısı	≤5 kişi	848	40.9	1223	59.1	2071	0.412
	≥6 kişi	1075	39.8	1628	60.2	2703	
Yaşayan çocuk sayısı (4744)	1-2	736	42.0	1017	58.0	1753	0.038
	3-4	521	37.3	867	62.5	1388	
	≥5	652	40.7	951	59.3	1603	

*Veri tabanında birinci doğumlara yönelik bilgi yoktu.

**Veri tabanında 2040 çocuğun doğum kilosu tartılmamış, 23 çocuğun doğum kilosu 6000 kilogramın üstündeydi, 90 çocuğun doğum kilosu anneleri tarafından hatırlanmıyordu.

Ek besine erken başlamayı etkileyen etmenleri belirlemek için backward Wald ile lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki bulunan değişkenler; annenin yaşı, annenin yaşadığı yer, annenin medeni durumu, annenin eğitim düzeyi, annenin ekonomik durumu, annenin dini, babanın eğitim düzeyi, son doğuma yardım eden kişi, doğum şekli, ikiz varlığı, çocuğun doğum sırası, emzirmeye başlama zamanı lojistik regresyon analizine alınmıştır. Ek olarak literatürde ek besine erken başlamayla ilişkili bulunan değişkenler; annenin çalışma durumu, hanedeki kişi sayısı, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım alma durumu, doğumun yapıldığı yer, bebeğin cinsiyeti ve doğum kilosu, bebeğin birlikte yaşadığı kişi de lojistik regresyon analizine alınmıştır.

Annenin yaşı ile yaşayan çocuk sayısı arasında, annenin eğitim düzeyi ile doğum öncesi bakım alma sayısı arasında anlamlı korelasyon bulunduğu için yaşayan çocuk sayısı ve doğum öncesi bakım alma sayısı lojistik regresyon analize alınmamıştır.

Ekonomik olarak en yoksul dilimde olan annelere göre orta düzeyde ekonomik durumu olan annelerde ek besine erken başlama 2.15 kat (%95 GA= 1.38-3.36), ekonomik durumu zengin olan annelerde ise ek besine erken başlama 2.02 kat (%95GA= 1.44-2.82) anlamlı olarak fazladır.

Sağlık personeli yardımıyla doğum yapan annelere göre sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapan annelerde ek besine erken başlama 1.73 kat (%95 GA=1.04-2.88), doğum sırasında hiç kimseden (kendi kendine) yardım almayan annelerde ise ek besine erken başlama 4.35 kat (%GA = 1.01-18.67) anlamlı olarak daha fazladır.

Doğurduğu çocuk sayısı tek olanlara göre ikiz doğum yapan annelerde ek besine erken başlama 2.49 kat (%95GA= 1.04-5.94) anlamlı olarak daha fazladır.

Emzirmeye hemen başlayanlara göre ilk bir saat içinde emzirmeye başlayanlarda ek besine erken başlama 1.34 kat fazla (%95GA= 0.96-1.87) olduğu görülmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ek besine erken başlama ilk bir gün içinde emzirmeye başlayanlarda 5.08 kat (%95GA= 2.98-8.64) anlamlı olarak daha fazladır (Tablo 12).

Annenin yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışma durumu, dini, yaşadığı yer, sigara içme durumu, hanedeki kişi sayısı, bebeğin birlikte yaşadığı kişi, babanın eğitim düzeyi, doğum şekli, çocuğun doğum sırası, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım alma durumu, doğumun yapıldığı yer, bebeğin cinsiyeti ve doğum kilosunun ek besine erken başlamaya etkisinin olmadığı bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12: Ek besine erken başlamayı etkileyen etmenler

Değişkenler		Sayı	OR	%95 GA	<i>p</i>
Annenin ekonomik durumu	Fakir*	306	1.00		
	Orta	139	2.15	1.38-3.36	0.001
	Zengin	503	2.02	1.44-2.82	<0.001
Doğum sırasında yardım eden kişi	Sağlık personeli*	864	1.00		
	Sağlık personeli olmayan	76	1.73	1.04-2.88	0.035
	Kendi kendine	8	4.35	1.01-18.67	0.048
İkiz varlığı	Tek*	926	1.00		
	İkiz	22	2.49	1.04-5.94	0.040
Emzirme	Hemen*	663	1.00		
başlangıç zamanı	1 saat	215	1.34	0.96-1.87	0.088
	1 gün	70	5.08	2.98-8.64	<0.001

*Referans grup: ekonomik olarak “fakir” olanlar; “sağlık personeli yardımıyla” doğum yapanlar, “tek” çocuk doğuranlar; emzirmeye başlangıç zamanı “hemen” olanlar.

5. TARTIŞMA

Anne sütü be­bekler için doğumdan sonraki ilk altı ay boyunca bebeğin beslenme ihtiya­ını karşılayan en iyi besindir. Ek besine erken başlama, doğumdan sonraki ilk u gün içinde bebeğe anne sütü dışında herhangi bir sıvı ya da gıda maddesi verilmesidir. Bu alışma, son verilere göre Uganda'da be­beklerde ek besine erken başlama durumunun ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamızda yapılan tek değişkenli analizler sonucunda, annenin 15-19 yaş grubunda olması, eğitiminin ortaokul/lise düzeyinde olması, evli olmaması, kentte yaşaması, ekonomik durumunun orta düzeyde olması, Müslümanlık ve Hristiyanlık dini dışındaki diğer dini inancının olması, babanın eğitim düzeyinin ortaokul ve üstünde olması, annenin kendi kendine doğum yapmış olması, yaşayan ocuk sayısının bir-iki olması, sezaryenle doğum, ikiz doğum ve doğumdan sonra emzirmeye geç başlanmasının be­beklere ek besine erken başlamada anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda çok değişkenli analizle, annenin ekonomik durumu, doğum sırasında yardım alma durumu, ikiz varlığı ve emzirmeye başlama zamanının doğum sonrası bebeğe ek besine erken başlamayı etkileyen temel etmenler olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamıza katılan kadınların %40.3'ünün bebeğine ek besine erken başladıkları saptanmıştır. Uganda'da, Sağlık Bakanlığı tarafından be­beklerin özellikle ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenmesi önerilmekle birlikte, ülkede kadınların %63' doğumdan sonra ilk altı ay emzirmektedir (6). UNSA 2006 verisine göre Uganda'da be­beklerin %54'ne ek besine erken başladıkları saptanmıştır (6). Belirtilen bu iki bulgunun birbiriyle ilişkili olduğu görülmektedir. Ülkede anne sütünü destekleyen politikalar uygulanmasına rağmen, ek besine erken başlayan anneler yeni doğan be­beklerini sadece anne sütüyle beslenmeden mahrum bırakmakta, sonraki aylarda da ek besine devam etmektedirler. Bu durum, be­bekleri kolostrumun ve anne sütünün koruyucu ve besleyici faydalarından yararlanmasını engellemektedir. Annelerin bu uygulamaları, anne ve be­bek sağlığı için en uygun uygulama olan emzirmeyi de engellemektedir (34).

Çalışmamızda yapılan tek değişkenli analizde annenin yaşı ile bebeğe ek besine erken başlanması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Daha geç yaş grubunda olan annelerin be­beklerinde ek besine erken başlama daha fazladır. Çok değişkenli analizde ise annenin yaşının ek besine erken başlamaya etkisinin olmadığı bulunmuştur. Etiyopya'da Biliyign ve

arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, 20-34 yaş grubu annelerde ek besine erken başlama 1.9 kat fazla iken, 34 ve üstü yaş grubundaki annelerde ek besine erken başlama 2.9 kat fazla olduğu bulunmuştur (50).

Roy ve arkadaşlarının Hindistan'da yaptıkları araştırmada, 25 yaş üstünde olan annelere göre 25 yaş altında olan annelerin bebeklerine ek besine erken başlama riski 1.8 kat fazla bulunmuştur (10). Agho K, Nijerya'da yaptıkları diğer bir araştırmada ise, Hindistan'da yapılan çalışmanın ve bizim çalışmamızın bulgusunu destekler nitelikte, 35-49 yaş grubuna göre 15-24 yaş grubundaki annelerin ek besine erken başlama riskinin 1.31 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (36). Yapılan araştırmalarda genç yaşta doğum yapan annelerin bebek sağlığı ve beslenmesi konusunda daha deneyimsiz oldukları bu nedenle ek besine erken başladıkları belirtilmektedir (36, 10, 50). Ergen ve genç yaşta doğum yapan annelere verilen doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetinde emzirme danışmanlığı ve desteğine önem verilmelidir.

Çalışmamızda bebeklere ek besine erken başlamayı etkileyen faktörlerden biri de annenin eğitim düzeyidir. Annelerin eğitiminin yüksek (ortaokul/ lise) düzeyde olması anlamlı olarak ek besine başlamayı artırmaktadır. Bizim bulgumuza benzer olarak Nepal'de yapılan bir çalışmada düşük eğitilmiş annelere göre yüksek düzeyde eğitime sahip annelerin ek besine erken başlama riskinin 1.64 kat arttığı bulunmuştur (51). Nijerya'da yapılan bir çalışmada ise yüksek eğitimi olan annelere göre eğitimsiz annelerin ek besine başlama riskinin 3.20 kat arttığı görülmüştür (36).

Bu çalışmada, diğer bazı çalışmalarda olduğu gibi (6, 52), annenin medeni durumunun bebeklerin ek besine erken başlanmasında etkili bir faktör olduğu saptanmıştır. Annelerin evli olmaması anlamlı olarak ek besine başlamayı artırmaktadır. Evli olmayan anneler ve doğum sonu anne sütü olmayan annelerin bebekleri ek besine erken başlanması riski altındadır. Bunun nedeni kocadan yardım ve destek almamasının yanında, kadına yönelik kültürel baskıların da etkisi olabilir.

Evli olmayan annelerin kendi yaşamını sürdürebilmek ve yeni doğan bebeğini desteklemek için genellikle çalışma zorunluluğuyla karşı karşıya kalabilmektedir. Eğer işyerinde anne sütünü destekleyen politikalar yoksa ve analık hakları yeterince uygulanmazsa anneler bebeklerine ek besine erken başlamak zorunda kalabilmektedirler (6,28,42). Bazı evlenmemiş anneler, tecavüz, ensest ve diğer gayri resmi ilişkiler nedeniyle istemeden gebe

kaldıklarından kendini ne gebeliğe ne de bebeğe hazır hissetmektedirler. Bu annelerin duygu-durumu etkilenerек psikolojisi bozulabilmektedir.

Dolayısıyla bu annelerde doğum sonrası anne sütü salgılamasında sorunlar, bebeğini emzirmeye hazır hissetmeme gibi sorunlar nedeniyle bebeklere ek besinler erken başlatılabilmektedir. Evli olmayan kadınlarda ve seks işçisi olarak çalışan kadınlarda bebek ihmali ve istismarı daha sık rastlanabilmektedir; bebekleri sokağa ya da bir akraba yanına bırakarak terkedebilmektedirler. Böylece bu bebeklere anne sütü dışındaki herhangi bir ek besine erken başlanmaktadır (6,42). Emzirme danışmanlığında kadının evli olup olmadığı mutlaka gözönünde tutulmalıdır. Bu anneler doğum sonu izlemde anne sütünün devamı ve bebeği emzirmesi konusunda sağlık personeli tarafından daha sık izlenmeli ve desteklenmelidir.

Araştırmamızda annenin yaşadığı yer ile bebeğe ek besine erken başlama arasında ilişki saptanmıştır. Annelerin kentte yaşaması ek besine başlamayı anlamlı olarak artırmaktadır. Phuong ve arkadaşlarının Vietnam'da yaptığı bir araştırmada kentte yaşayan annelerde ek besine erken başlama riskinin 2.11 kat fazla olduğu görülmüştür (34). Uganda'da son yıllarda kentte yaşayan kadınların iş gücüne katılması giderek artmaktadır. Kadınların çalışma yaşamındaki sorunlarından olan; kısa süreli doğum izninin olması, süt izninin verilmemesi ve işyerlerinde emzirme odalarının bulunmaması gibi sorunlar kentte yaşayan annelerin ek besine erken başlamasını etkileyebilir. Diğer taraftan kentte yaşayan annelerin ekonomik olanakları daha fazla olabilir. Bu nedenle annen sütü dışındaki ek besine daha kolay erişim olanağına sahip olabilirler. Kırsal yörelerde yaşayan annelerde ise ekonomik olanakların daha düşük düzeyde olması, anne sütü dışındaki formül mamalara daha az erişim olanağı bulunması nedeniyle ek besine erken başlama daha az görülmektedir (2,11,6,42). Kentte yaşayan kadınların daha yüksek düzeyde öğrenime sahip olmasının da kentsel alandaki kadınların bebeklerine ek besine erken başlamasında katkısı olduğu düşünülmektedir (2,11,42).

Çalışmamızda yapılan tek değişkenli analizde ekonomik durumu orta düzeyde olan annelerde ek besine erken başlamanın anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur. Çok değişkenli analiz sonucunda ise ekonomik durumu en fakir gruptaki annelere göre orta ekonomik düzeyde olan annelerde bebeklerine ek besine erken başlama riskinin 2.2 kat, ekonomik olarak zengin gruptaki annelerde ise ek besine erken başlama riskinin 2.0 kat fazla olduğu görülmüştür.

Phuong ve arkadaşları Vietnam'da yaptıkları bir çalışmada yüksek ekonomik düzeye sahip annelerin %73.3'ünün bebeklerine ek besine erken başladıklarını saptamışlardır (34). Araştırmacılar, annenin ekonomik statüsünün bebeklere ek besine erken başlamayı etkileyen etmenler arasında olduğunu belirtmişlerdir: Fakir ekonomik düzeydeki kadınlara göre ek besine erken başlama riski orta-yüksek düzeyde olanlarda 1.5 kat, en yüksek ekonomik düzeyde olanlarda ise 2.0 kat fazla bulunmuştur (34).

Kadınların bebeklerine ek besine erken başlamasında alım gücü yüksekliğiyle formül mamalara erişim kolaylığı ilişkisi yadsınamaz. Ancak ekonomik düzey ne olursa olsun sürekli ve kaliteli doğum öncesi bakım ve emzirme danışmanlığı ile doğumdan sonraki ilk üç günde emzirmenin düzenlenebileceği düşünülmektedir. Gerek bizim gerekse diğer çalışmaların sonuçları bize, gelişmekte olan bir ülkede de gelişmiş ülkelere benzer olarak ekonomik durumu daha iyi olan ve daha eğitilmiş olan annelerin anne sütüne daha az önem verdiklerini göstermektedir.

Bu çalışmada diğer bazı faktörler gibi annenin dini inancının da annenin ek besine erken başlama kararını etkilediği bulunmuştur. Annelerin Müslümanlık ve Hristiyanlık dini dışındaki diğer dini inancının olması anlamlı olarak ek besine başlamayı artırmaktadır. Etiyopya'da Bekele ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, Ortodoks inancı olan annelerde ek besine erken başlama riskinin 1.8 kat fazla olduğu bulunmuş, bebeklere ek besine erken başlamada farklı dinler ve dini mezheplerin etkilerinin olabileceği belirtilmiştir (41). Güney Afrika'da Ingunn Marie ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, geleneksel ve dinsel inanışlarda olan, bebeğe doğumdan sonra verilmesi toplum tarafından kabul görmüş uygulamaların (okunmuş su, hurma...) bebeklerde ek besine erken başlama ile ilişkili bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (40). Annenin dini uygulamalar nedeniyle çocuğunu koruma amaçlı da olsa anne sütü dışında ek besine başlayabildiği gözönünde tutularak, bu uygulamanın daha sonraki aylarda yapılabileceği annelere önerilebilir.

Anneyi gerek fiziksel gerekse psikolojik açıdan desteklemek babanın rolleri arasındadır. Emzirme başarısında ve anne sütüne devam konusunda babaların rolü önemlidir (1,5,32). Araştırmamızda babanın eğitim düzeyinin ortaokul ve üstünde olmasının ek besine erken başlamayı anlamlı olarak artırdığı saptanmıştır. Agho K, Nijerya'daki yaptıkları bir çalışmada babaların eğitimsiz olması bebeğe ek besine erken başlama riskini 2.86 kat artırdığı saptanmıştır (36). Babanın eğitim düzeyinin yüksek ya da düşük olması da ek gıdaya erken başlamayı etkileyebilir. Eğitim düzeyi düşük olan babalar anneye emzirme konusunda daha

az destek olabilir, emzirme konusunda karar vermede yetkin olmayabilir. Diğer yandan yüksek eğitimli babalar olasılıkla daha üst satüde çalışabilmekte ve daha iyi gelire sahip olabilmektedir. Bu nedenle doğum sonrası emzirmedeki en ufak bir sorunda bile formül mamalara erişim kolaylığı bulunmaktadır.

Doğum sonrası dönemde başarılı bir emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi pek çok faktörden etkilenebilir. Emzirme ile ilgili sorunların çözülmesinde sağlık profesyonelleri tarafından verilen emzirme danışmanlığının önemi kaçınılmazdır. Doğumların sağlık personeli yardımıyla olması emzirme sorunlarını azaltmaktadır (1,5,32). Çalışmamızda doğuma yardım eden kişinin ek besine erken başlamaya etkisi incelendiğinde kendi kendine doğum yapan annelerde ek besine erken başlamanın anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur. Sağlık personeli yardımıyla doğum yapan annelere göre sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapan annelerde ek besine erken başlama 1.73 kat fazlayken, kendi kendine doğum yapan annelerde ek besine erken başlama 4.35 kat fazladır.

Nijerya'da yapılan bir araştırmada, geleneksel ebe yardımıyla doğum yapan annelerin ek besine erken başlama riskinin, sağlık personeli yardımıyla doğum yapan annelere göre 2.64 kat fazla olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada herhangi bir doğum bilgisi olmayan diğer kişilerin yardımıyla doğum yapanlarda ek besine erken başlama riskinin 2.18 kat, kendi kendine doğum yapanlarda ise riskin 2.71 kat fazla olduğu belirlenmiştir (36). UNSA 2006 sonuçlarına göre Uganda'da kendi kendine doğum yapan annelerde ek besine erken başlama oranı %62.0 olarak bulunmuştur (6). 2013 TNSA sonuçlarına göre Türkiye'de kendi kendine doğum yapan annelerde ek besine erken başlama oranı % 28.8 olarak bulunmuştur (2). Uganda'da kendi kendine doğum yapan annelerde ek besine erken başlama oranı Türkiye'dekine göre daha yüksektir. Bu ülkeler arasındaki sağlık hizmetlerinin sunumu ve sosyokültürel yapıdaki farklılıkların emzirmeye etkisini göstermektedir.

Sağlık personeli dışında doğuma yardımcı olanların anne sütünün önemi ve emzirme danışmanlığı konusunda yeterince bilgisi olmayabilir. Bu nedenle doğum sonu dönemde annelerin emzirmeye teşvik edilmesinde ve desteklenmesindeki etkileri sınırlı kalabilir. Ayrıca, kendi kendine doğum yapan anneler, herhangi bir emzirme desteği ve danışmanlık alamadığından, anne sütünün önemini bilemeyebilirler. Diğer ek besinlerle bebeklerini beslemenin dezavantajları ve ek besine erken başlamanın riskleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmayabilirler. Bu sıralanan olası nedenler kendi kendine doğum yapan annelere çok

erken zamanda bebeklerine ek besin başlama seçeneğine sürüklemiş olabilir. Ülkede temel sağlık hizmetlerinin artırılarak doğumların mutlaka sağlık personeli yardımıyla yapılmasının sağlanması bu sorunun çözülmesinde etkin rol oynayabilir.

Araştırmamızda sezaryen doğum yöntemi ile doğan bebeklerde ek besine erken başlamanın anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir. Etiyopya'da (41) ve Vietnam'da (34) yapılan çalışmaların sonuçları bizim bulgumuzu desteklemektedir.

Bekele ve arkadaşlarının Etiyopya'da yaptıkları çalışmada (41) ek besine erken başlama riski 1.87 kat fazla, Phuong ve arkadaşlarının Vietnam'da yaptıkları çalışmada (34) ise ek besine erken başlama riski 2.94 kat fazla bulunmuştur. Türkiye'de Kaya ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada normal vaginal yolla doğum yapanların %61.9'u ilk bir saat içinde emzirirken, sezaryenle doğum yapanlarda bu oran %36.2'ye düşmüştür (4) Sezaryen yöntemiyle doğum annenin emzirmesine engel bir durum olmamakla birlikte sezaryen olan annelerde bazı sorunlar görülebilmektedir (1,4,5,32). Bu sorunlar, bazı sezaryen komplikasyonlarının yaşanması, annenin ağrısının olması ve bebeğin emzirilmesi için kucakta tutulmasının zor olmasıdır. Doğum sonrası dönemde emzirme ile ilgili destek sağlanmasıyla bu sorunlar çözülebilir.

Emzirmeyi etkileyen faktörlerden ikiz doğum varlığı anneye ait nedenler arasında sıralanmaktadır (1,5,32). Bu araştırmada, annenin ikiz doğum yapmasının bebeklere ek besinlere erken başlamayı etkilediği görülmüştür. Araştırmamızda ikiz doğan bebeklerde ek besine erken başlamanın anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir. Doğurduğu çocuk sayısı tek olanlara göre ikiz doğum yapan annelerde ek besine erken başlama 2.49 kat fazladır. Kabwijamu Lydia ve arkadaşlarının Uganda'nın Hoima ilçesindeki yaptıkları bir çalışmada ikiz doğum ile bebeklere ek besine erken başlanması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (53).

Araştırmamızdaki sonuçlar, ikiz doğuran annelerin ek besine erken başlamasının olasılıkla emzirme danışmanlığı eksikliği nedeniyle yaşadıkları bazı kaygılardan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. İkiz doğuran annelerde anne sütünün her iki bebek için yetersiz olabileceği korkusu, sosyal destek eksikliği nedeniyle her iki bebeğe de bakamama kaygısı yaşanabilmektedir. Bu yaşanan kaygılar hem süt salgısını, hem de bebeğe ek besine erken başlamayı etkileyebilmektedir. Kabwijamu ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile bizim çalışmamız aynı ülkede yapılmış olmasına rağmen farklı sonuçlar bulunmasının nedeni

çalışma evreni farkı ile açıklanabilir. Araştırmamız, Uganda'nın 10 farklı coğrafi bölgesinden elde edilen verilerin kullanıldığı için tüm ülkeyi temsil etmektedir. Kabwijamu ve arkadaşlarının çalışması (53) ise sadece Batı Uganda'da Hoima İlçesi'nde yapılmıştır (Bakınız: Ek 3) (7).

Etiyopya'da yapılan bir çalışmada 2. ve 3. bebeklerde ek besine erken başlama riski 2.57 kat, 4.,5. ve 6. bebeklerde ise ek besine erken başlama riski 12.28 kat artmış bulunmuştur (52).

Nijerya'da birinci, ikinci ve üçüncü bebeklerde ek besine erken başlama riski 1.22 kat artarken, beşinci ve daha sonraki bebeklerde riski 1.52 kat artmaktadır (36). Literatürde çocuğun doğum sırası ile yenidoğanlara ek besine erken başlama arasında ilişki sonuçları bulunmaktadır. İkinci ve üçüncü bebeklerde ek besine erken başlama annelerin deneyimsizliğinden, dördüncü, beşinci ve daha sonraki bebeklerde ise bebeğe yeterince önem verilmemesinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda emzirmeye geç başlanan bebeklerde ek besine erken başlamanın anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir. Emzirmeye hemen başlayanlara göre, ilk bir saat içinde emzirmeye başlayanlarda ek besine erken başlamanın 1.34 kat fazla olduğu görülmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ek besine erken başlama ilk bir gün içinde emzirmeye başlayanlarda ise 5.08 kat fazladır. Uganda'da doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirmeye başlama ülkenin coğrafi bölgelerine göre farklılık göstermektedir. Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlayan annelerin oranı Batı Nil bölgesinde en düşük (%27), Karamoja bölgesinde ise en yüksek olduğu (%70) belirlenmiştir (7).

Bekele ve arkadaşlarının Etiyopya'da yaptıkları çalışmanın sonuçları bizim bulgumuzu desteklemektedir: Doğum sonrası emzirmeye başlamayı geciktiren annelerde ek besine erken başlama riskinin 5.32 kat arttığı görülmüştür (41). Üç farklı Afrika ülkesinde (Burkina Faso, Uganda ve Güney Afrika), Ingunn Marie ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada ilk 24 saat içinde emzirmeye başlama ile bebeklere ek besine erken başlama arasında ilişki bulunmamıştır (40).

Doğumdan sonraki ilk saat içinde anne ile bebeğin yakın teması, dokunma, sıcaklık ve koku gibi duygusal uyarılar başarılı emzirmenin başlatılmasına yardımcı olmaktadır (1,5,32). Bu nedenle doğumdan sonraki olabildiğince kısa zamanda bebeğin emzirmeye başlaması

önerilmektedir. Doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanı uzadıkça süt salgılanması ve bebeğin memeye alışması gecikeceğinden ek gıdaya erken başlama riski artabilmektedir. Doğum öncesi bakım hizmeti sunumunda özellikle son trimesterde, doğumdan sonra en kısa sürede bebeklerini emzirmeye başlamaları konusunda anneler eğitilmelidir. Yeterince doğum sonu destek ve emzirme danışmanlığının sağlanmasıyla anneler doğum sonrası en kısa zamanda emzirmeye başlayabilir. Böylece ek besine erken başlama riski azaltılabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Çalışmamızda annelerin %40.3'ünün bebeklerine doğum sonrası ilk üç günde anne sütü dışında ek besine başladıkları saptanmıştır.
2. Annenin ergen ve genç yaş grubunda olması, eğitim düzeyinin yüksek olması, evli olmaması, kentte yaşaması, ekonomik durumunun orta düzeyde olması, Müslümanlık ve Hristiyanlık dini dışındaki diğer dini inancının olması, annenin kendi kendine doğum yapmış olması, yaşayan çocuk sayısının bir-iki olması, sezaryenle doğum, ikiz doğum ve doğumdan sonra emzirmeye geç başlanması gibi anneye ait nedenlerin bebeklere ek besine erken başlamada anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır.
3. Babanın eğitim düzeyinin ortaokul ve üstünde olmasının bebeklere ek besine erken başlamada etkili bir faktör olduğu görülmüştür.
4. Çok değişkenli analiz sonucunda, annenin ekonomik durumu, doğum sırasında yardım alma durumu, ikiz varlığı ve emzirmeye başlama zamanının doğum sonrası bebeğe ek besine erken başlamayı etkileyen temel etmenler olduğu görülmüştür.
5. Emzirmeyi etkileyen faktörlerden olan ikiz doğum varlığı ek besine erken başlamada bebeğe ait temel bir faktör olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

1. Çocuk sağlığı açısından önemli riskler oluşturan doğum sonrası ek besine erken başlama oranını azaltmaya ve önlemeye yönelik ülke çapında girişimler planlanmalıdır.
2. Uganda'da ek besine erken başlamayı önleme ve sadece anne sütüyle beslenmeyi teşvik etmeye yönelik girişimlerin başında kadınlara yönelik eşitsizliklerin önlenmesi ve doğum öncesi bakım kalitesinin artırılması gelmelidir.
3. Uganda'da doğum sonrası bakım alma oranının düşük olması, doğum öncesi bakımın niteliğinin düşük olması ek besine erken başlamayı etkilemiş olabilir. Bu nedenle doğumların mutlaka sağlık personeli yardımıyla yapılması, doğum sonrası bakım hizmetinin nicelik ve nitelik açısından iyileştirilmesi ve bu hizmetlerin emzirme danışmanlığını içermesi gibi önlemler ülke politikasına eklenmelidir.
4. Uganda'da sosyokültürel ve ekonomik düzeyi farklı tüm annelerin anne sütü ile emzirmesinin desteklenmesi ve emzirme sorunlarının giderilmesi için çok etkili stratejilere

gereksinim vardır. Bu konu sadece sağlık otoritesi, anneler ve sağlık personelinin sorumluluğunda olmayıp, toplum bu konuda sorumluluk almalıdır. Anne sütünün önemi, yararları ve teşviki için tüm toplumun bilinçlendirildiği yazılı ve görsel yayınlar araç olarak kullanılabilir.

5. Ülke çapında olanaklar ölçüsünde bebek ve anne dostu hastanelerin geliştirilmesi önerilir.

6. Annelerin desteklenmesi ve sosyal yardım sağlanması özellikle eş desteği olmayan annelerin emzirmeye devamında etkili bir çözüm olabilir.

7. Ülke çapında mama satışı ve kolay erişimin engellenmesi için uygun mevzuat ve politika oluşturulmalıdır. Yalnızca Uganda Ulusal Standartlar Bürosu (UUSB) tarafından onaylanan ürünlerin piyasada bulunması sağlanabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü. Breastfeeding <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/> Erişim tarihi: 29.12.2016.
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara, Türkiye, Kasım 2014.
3. İnce T, Kondolot M, Yalçın S.S, Yurdakök K. Annelerin emzirme danışmanlığı alma durumları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2010; 53: 189-197.
4. Kaya D, Pirinççi E. 0–24 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları, TAF Prev Med Bull 2009; 8(6):479-484.
5. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu. Breastfeeding and complementary feeding, http://www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html Erişim tarihi: 29/12/2016.
6. Uganda Bureau of Statistics. Uganda Demographic and Health Survey 2006, Kampala, Uganda, August 2007 <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR194/FR194.pdf> Erişim tarihi: 29.12.2016.
7. Uganda Bureau of Statistics. Uganda Demographic and Health Survey 2011, Kampala, Uganda, August 2012 <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR264/FR264.pdf> Erişim tarihi: 23.11.2016.
8. Özer, Taş F, Ekerbiçer H.Ç. 0-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Davranışları. TAF Prev Med Bull 2010; 9(4):315-320.
9. Bbaale E. Determinants of Early Initiation, Exclusiveness, and Duration of Breastfeeding in Uganda, J Health Popul Nutr 2014; 32(2): 249-260.
10. Roy M.P, Mohan U, Singh S.K, Singh V.K ve Ark. Determinants of prelacteal feeding in rural Northern India. Int J Prev Med 2014;5:658-63
11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Ankara, Türkiye.
12. Saka F.J. Factors Influencing Exclusive Breastfeeding Among HIV Positive Mothers at Ilala Municipality dar Es Salaam, Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Tanzania, November, 2012
13. Victora C.G, Rajiv B, Aluísio J.D.B, Giovanni V.A.F ve Ark. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect, Lancet 2016; 387: 475–90
14. https://en.wikipedia.org/wiki/Breast_milk erişim tarihi 28.12.2016

15. <http://www.infantnutritioncouncil.com/resources/breastmilk-information/> erişim tarihi 28.12.2016
16. <http://americanpregnancy.org/first-year-of-life/whats-in-breastmilk/> erişim tarihi 28.12.2016
17. <http://www.lalecheleague.org/faq/colostrum.html> erişim tarihi 28.12.2016
18. Nigel C.R, Nita B, Nemat H, Horton S ve Ark. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?, Lancet 2016; 387: 491–504
19. National Planning Authority. National Nutrition Planning Guidelines for Uganda, Uganda, July, 2015
20. Ministry of health. National Counselling Cards for Health Workers, Infant and Young Child Feeding, Kampala-Uganda, January 2009.
21. <https://www.babyfriendlyusa.org/about-us/baby-friendly-hospital-initiative> erişim tarihi 30.12.2016
22. http://www.who.int/nutrition/events/2016_bfhi_congress_24to26oct/en/ erişim tarihi 30.12.2016
23. The World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi). Uganda Country Report 2015, Uganda, 2015
24. Agho K. Evaluation of World Vision’s East Africa Maternal, New born and Child Health Project (EAMNeCH), April 2016
25. <http://www.babyfriendlyusa.org/about-us/baby-friendly-hospital-initiative/theten-steps> erişim tarihi 30.12.2016
26. <http://www.unaids.org/en/region/vns/countries/countries/uganda> erişim tarihi 25.12.2016
27. Ogah A.O, Ajayi A.M, Akib S, Okolo S.N. A Cross-Sectional Study of PreLacteal Feeding Practice among Women Attending Kampala International University Teaching Hospital Maternal and Child Health Clinic, Bushenyi, Western Uganda, Asian Journal of Medical Sciences 2012; 4(3): 79-85
28. Food and Nutrition Technical Assistance II Project (FANTA-2). The Analysis of the Nutrition Situation in Uganda, May 2010
29. Kayom V.O, Abel K, Kiguli S. Newborn Care Practices among Mother-Infant Dyads in Urban Uganda, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/815938> erişim tarihi 25.12.2016

30. Baruah C, Ohri P, Dabral S.B, Gupta S.K. Breast feeding practices in rural field practice area of Dehradun, Journal of Advance Researches in Biological Sciences, 2014;6(2): 134-140.
31. Songül Y.S, Yalçın S, Kurtuluş E.Y. Determinants of continued breastfeeding beyond 12 months in Turkey: secondary data analysis of the Demographic and Health Survey, The Turkish Journal of Pediatrics 2014; 56: 581-591
32. Indarjit W, Kalia R, Chopra S. Initiation of breast feeding - The cultural factors, Nursing and Midwifery Research Journal, Vol-5, No. 1, January 2009
33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4308855/> erişim tarihi 10.01.2017
34. Phuong H.N, Keithly S.C, Nam T.N, Tuan T.N ve Ark. Prolactal feeding practices in Vietnam: challenges and associated factors <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/932> erişim tarihi 25.12.2016
35. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3750657/> erişim tarihi 10.01.2017
36. Agho K.E, Ogeleka P, Ogbo F.A, Osita K.E ve Ark. Trends and Predictors of Prolactal Feeding Practices in Nigeria (2003–2013), Nutrients 2016, 8, 462; doi:10.3390/nu8080462
37. <http://dspace.africaportal.org/jspui/bitstream/123456789/33919/1/Briefing%20Paper%20NO%2026.pdf?1> erişim tarihi: 24.12.2016
38. Islamic and Cultural Practices in Breastfeeding <http://leadertoday.breastfeedingtoday-llli.org/islamic-and-cultural-practices-inbreastfeeding/> erişim tarihi 05.01.2017
39. World Health Organization (WHO). Acceptable medical reasons for use of breastmilk substitutes, World Health Organization 2009
40. Ingunn M.S, Nankabirwa V, Doherty T, Diallo A.H ve Ark. Early infant feeding practices in three African countries: the PROMISE-EBF trial promoting exclusive breastfeeding by peer counsellors, International Breastfeeding Journal 2014, 9:19
41. Bekele A.B, Kahsay A.B, Abebe Y.G. Individual and community-level factors associated with introduction of prolactal feeding in Ethiopia, Archives of Public Health (2016) 74:642.
42. Uganda Bureau of Statistics (UBOS). Uganda Demographic and Health Survey 2011. Kampala, Government of Uganda 2014.

43. World Data on Education
http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Publications/WDE/2010/pdfversions/Uganda.pdf erişim tarihi: 07.12.2016
44. Standard record manual for DHS 6
http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG4/Recode6_DHS_22March2013_DHSG4.pdf erişim tarihi: 07.12.2016
45. http://www.ubos.org/onlinefiles/uploads/ubos/statistical_abstracts/2016%20Statistical%20Abstract.pdf erişim tarihi 24/01/2017
46. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=UG&outtype=html erişim tarihi 24/01/2017
47. <http://www.statehouse.go.ug/about-uganda> erişim tarihi 05/02/2017
48. <http://www.healthdata.org/uganda> erişim tarihi 05/02/2017
49. <http://www.infoplease.com/country/uganda.html> erişim tarihi 05/02/2017
50. Bililign N, Kumsa H, Mulugeta M, Sisay Y. Factors associated with prelacteal feeding in North Eastern Ethiopia: A community based cross-sectional study, International Breastfeeding Journal (2016) 11:13, DOI 10.1186/s13006-016-0073-x
51. Khanal V, Mandira A, Kay S, Zhao Y. Factors associated with the introduction of prelacteal feeds in Nepal: findings from the Nepal Demographic and Health Survey 2011, International Breastfeeding Journal 2013, 8:9
<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/8/1/9>
52. Muluken A. Assessment of Prevalence of Prelactal Feeding And Associated Factors Among Mothers Of Children Less Than One Year Of Age In Mizan-Aman Town Benchmaji Zone, South West Ethiopia, Addis Ababa University College Of Health Sciences, Addis Ababa, Ethiopia, June, 2015
53. Kabwijamu L, Waiswa P, Kawooya V, Nalwadda C.K ve Ark. Newborn Care Practices among Adolescent Mothers in Hoima District, Western Uganda. PLoS ONE 11(11): e0166405. doi:10.1371/journal.pone.0166405
54. Ibadin O.M, Ofili N.A, Monday P, Nwajei C.J. Prelacteal feeding practices among lactating mothers in Benin City, Nigeria, Niger J Paed 2013; 40 (2),
<http://dx.doi.org/10.4314/njp.v40i2.6>

55. Salve D, Inamdar I.F, Tambe S, Sahu P. Study of Pre Lacteal Feeding Practices and its Determinants in a Rural Area of Maharashtra, Sch. J. App. Med. Sci., 2014; 2(4D):1422-1427



8. Ekler:

Ek 1. Annelerle ilgili özelliklerin ek besine erken başmaya etkisi (Backward wald ile Lojistik regresyon analizi)

Değişkenler		Sayı	OR	%95 GA	<i>p</i>
Annenin yaşı	45-49*	105			
	40-44	300	0.80	0.51-1.26	0.338
	35-39	641	0.92	0.61-1.40	0.693
	30-34	823	0.69	0.46-1.05	0.083
	25-29	1268	0.72	0.48-1.08	0.109
	20-24	1019	0.79	0.52-1.18	0.247
	15-19	288	0.92	0.59-1.45	0.726
Annenin ekonomik durumu	Fakir*	1988			
	Orta	767	1.60	1.35-1.90	<0.001
	Zengin	1689	1.53	1.34-1.75	<0.001
Annenin dini	Hristiyan*	3796			
	Müslüman	600	1.27	1.06-1.51	0.009
	Diğer	48	1.50	0.85-2.67	0.166

Ek 2. Prenatal ve çocuk ile ilgili özelliklerin ek besine erken başmaya etkisi (Backward wald ile Lojistik regresyon analizi)

Değişkenler		Sayı	OR	%95 GA	<i>p</i>
Doğum sırasında yardım eden kişi	Sağlık personeli*	928			
	Sağlık personeli olmayan	79	1.41	0.87-2.28	0.165

	Kendi kendine	8	3.82	0.90-16.15	0.068
İkiz varlığı	Tek doğum*	993			
	İkiz doğum	22	2.20	0.93-5.18	0.072
Emzirme başlangıç zamanı	Hemen*	712			
	1 saat	228	1.25	0.912-1.72	0.165
	1 gün	75	5.05	3.02-8.43	<0.001

*referans grubu olarak alınmıştır.

Ek 3. Ek besine erken başlama konusunda yapılan araştırmaların özetleri

Yazar/ yılı	Yayın adı	Ülke	Araştırma tipi	Örnek sayısı	Ek besine erken başlama oranı	OR (%95GA)
Kayom et al 2015(2 9)	Newborn Care Practices among Mother-Infant Dyads in Urban Uganda	Uganda	Kesitsel	338	%29.6 ek besine erken başladı	-
Bekele et al 2016(4 1)	Individual and community-level factors associated with introduction of prelacteal feeding in Ethiopia	Ethiopia	Kesitsel	7,692	%28.9 (Etnisite, dinî, doğum şekli, Emzirmeni n başlama zamanı)	Somali = 7.8 Ortodoks = 1.82 Sezaryen = 1.87 Emzirmenin başlaması= 5.32
Ingunn	Early infant feeding	Burkina faso	Girişimsel	794	Olgu ve	-

et al 2014(4 0)	practices in three African countries: the PROMISE-EBF trial promoting exclusive breastfeeding by peer counsellors				kontrol sırasıyla: 11% ve 36%	
		Uganda	Girişimsel	765	Olgu ve kontrol sırasıyla: 13% ve 44%	-
		South Africa	Girişimsel	1020	Olgu ve kontrol sırasıyla: 30% ve 33%	Dini inanç / geleneksel oral damlalar = 1.15 Beslenme başlama zamanı 24saat = 1.02 Kolostrum yok = 1.12
Phuong et al, 2013(3 4)	Prelacteal feeding practices in Vietnam: challenges and associated factors	Vietnam	Kesitsel	6068	% 73.3 anne sütünden önce başka besin %53.5 formül %44.1 su	Not: herhangi anne sütünden önce başka besin Emzirme yanlış anlamının seviyesi;- 1. Orta=2.01 2. Yüksek=2.09 Vajinal doğum + epizyotomi=1.36 Sezaryen=2.94 Doğumhaneye formülü getirilmesi =2.39 Emzirme sorunlarıyla

						yaşaması =1.31 Kentte yaşaması=2.11 Orta-düşük kuantil = 1.34 Orta-yüksek kuantil= 1.47 En yüksek kuantil = 1.98
Kabwija et al 2016(53)	Newborn Care Practices among Adolescent Mothers in Hoima District, Western Uganda	Uganda	Kesitsel	410	%21.4	-
Agho et al 2016(36)	Trends and Predictors of Pre-lacteal Feeding Practices in Nigeria (2003–2013)	Nigeria	Kesitsel	6416	% 66.4 2003'ta %55.3 2008'de %59.0 2013'ta	Annenin ilköğretim olması= 1.44 Annenin eğitimsizliği = 3.20 Babamın ilköğretim olması= 1.51 Babanın eğitimsizliği = 2.86 Annenin 15-24 yaş grubu olması= 1.31 Doğum sırası (1 ila 3) = 1.22 Doğum sırası (≥5) = 1.52

						Evde doğum yapılması = 2.62
--	--	--	--	--	--	--------------------------------

						Geleneksel doğum ebe'den yardım alma= 2.64 Diğer deneyimsiz görevlinden yardım alma = 2.18 Hiç kimse'den yardım alma = 2.71 Hiç dergi ya da gazete okumaması = 2.43 Hiç radyo dinlememesi = 1.64 Hiç televizyon izlememesi
--	--	--	--	--	--	---

						= 2.22
Saka Florence jairus 2012(1 2)	Factors Influencing Exclusive Breastfeeding Among Hiv Positive Mothers At Ilala Municipality - dar Es Salaam	Tanzania	kesitsel	200	% 14	-
Mulken Amare 2015(5 2)	Assesment Of Prevalence Of Prelactal Feeding And Associated Factors Among Mothers Of Children Less Than One Year Of Age In Mizan-Aman Town	Ethiopia	Kesitsel	485	%21.9	Gelir >1500 Br / ay = 1.224 Doğum sırası 2-3 = 2.57 Doğum sırası 4-6 = 12.28 Çocuk sayısı ≥ 4 = 5.20 Mutitipara = 3.56

	Benchmaji Zone, South West Ethiopia					Geleneksel doğum görevlisi = 1.67 Anne anne sütünden önce başka besin verilme dezavantajlarını bilir (Evet) = 6.91
Roy et al 2014(10)	Determinants of prelacteal feeding in rural Northern India.	India	Kesitsel	352	%40.1	Annenin yaşı <25 yaş= 1.76 Genel Kasterler (Topluluk sınıfları) = 3.49 Diğer gelişmemiş kasterler = 1.75 Doğum yapıldığı yer (Ev)= 2.23
Biligin et al 2016(50)	Factors associated with prelacteal feeding in North Eastern Ethiopia: A community based cross-sectional study	Ethiopia	Kesitsel	844	% 11.1	Annenin yaşı (20–34 yaş)= 1.95 >34yaş= 2.9 Annenin eğitimsizliği= 1.1 Emzirmenin geç başlaması= 1.9 Hiçbir kolostrum beslenme= 8.7 Doğum öncesi bakım ziyaretinde anne sütüyle besleme danışmanlığı yok= 2.6

						Erkek çocuk olması = 1.1 Doğum yapıldığı yer (Ev)= 3.4 Doğum sırasında yardım alma (Sağlık olmayan görevlisinden)= 1.3
Khanal et al 2013(51)	Factors associated with the introduction of prelacteal feeds in Nepal: findings from the Nepal Demographic and Health Survey 2011	Nepal	Kesitsel	3948	%26.5	Annenin eğitim düzeyi (Yüksek)= 1.33 Gelir kuantil; Orta = 1.63 Zengin = 1.39 Annenin çalışması (Çalışmıyor) = 1.43 Doğum Öncesi Bakım(DÖB) sayısı: DÖB yok = 1.23 DÖB sayısı (1-3) = 1.62 Çocuğun cinsiyeti (Kız olması) = 1.17 Çocuğun doğum ağırlığı (küçük) = 1.24

Ibadin et al 2013(54)	Prelacteal feeding practices among lactating mothers in Benin City, Nigeria,	Nigeria	Kesitsel	403	%11.7	-
Salve Dawal et al 2014(55)	Study of Pre Lacteal Feeding Practices and its Determinants in a Rural Area of Maharashtra	India	Kesitsel	150	%42.7	-

Ek 5. Uganda haritasi



Ek 6. Veri kullanma izni

You have been authorized to download data from the Demographic and Health Surveys (DHS) Program. This authorization is for unrestricted countries requested on your application, and the data should only be used for the registered research or study. To use the data for another purpose, a new research project request should be submitted. This can be done from the "Create A New Project" link in your user account.

All DHS data should be treated as confidential, and no effort should be made to identify any household or individual respondent interviewed in the survey. The data sets must not be passed on to other researchers without the written consent of DHS. Users are required to submit a copy of any reports/publications resulting from using the DHS data files. These reports should be sent to: archive@dhsprogram.com.

To begin downloading datasets, please login
at: http://www.dhsprogram.com/data/dataset_admin/login_main.cfm

Once you are logged in, you may also edit your contact information, change your email/password, request additional countries or Edit/Modify an existing Description of Project.
If you are a first time user of DHS Data, please view the following videos on downloading and opening DHS data:
http://www.dhsprogram.com/data/Using-Datasets-for-Analysis.cfm#CP_JUMP_14039

Additional resources to help you analyze DHS data efficiently include:
<http://dhsprogram.com/data/Using-Datasets-for-Analysis.cfm>, a video on Introduction to DHS Sampling Procedures - found at: <http://youtu.be/DD5npelwh80> and a video on Introduction to Principles of DHS Sampling Weights - found at: <http://youtu.be/SJRVxvdlc8s>

The files you will download are in zipped format and must be unzipped before analysis. Following are some guidelines:

After unzipping, print the file with the .DOC extension (found in the Individual/Male Recode Zips). This file contains useful information on country specific variables and differences in the Standard Recode definition.

Please download the DHS Recode Manual: <http://dhsprogram.com/publications/publication-dhsg4-dhs-questionnaires-and-manuals.cfm>

The DHS Recode Manual contains the documentation and map for use with the data. The Documentation file contains a general description of the recode file, including the rationale for recoding; coding standards; description of variables etc. The Map file contains a listing of the standard dictionary with basic information relating to each variable.

It is essential that you consult the questionnaire for a country, when using the data files. Questionnaires are in the appendices of each survey's final report: <http://dhsprogram.com/publications/publications-by-type.cfm>
We also recommend that you make use of the Data Tools and Manuals: http://www.dhsprogram.com/accesssurveys/technical_assistance.cfm

For problems with your user account, please email archive@dhsprogram.com.

For data questions, we recommend that users register to participate in the DHS Program User Forum at: <http://userforum.dhsprogram.com>

The Demographic and Health Surveys (DHS) Program
ICF INTERNATIONAL
530 Gaither Road
Suite 500
Rockville, MD 20850
USA

LOGIN INFORMATION:

Login Email: koire.ibrahim@yahoo.com

Password: (use the password you entered when you registered)

Ek 7. Etik Kurulu Onay

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2682-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Uganda'da Emzirme Durumu ve Etkileyen Faktörler	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Türkan GÜNAY	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/12-25	Tarih:05.05.2016
	Prof.Dr.Türkan GÜNAY'ın sorumlusu olduğu "Uganda'da Emzirme Durumu ve Etkileyen Faktörler" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmannın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUNUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ETİK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2682-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Uganda'da Emzirme Durumu ve Etkileyen Faktörler
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Türkan GÜNAY Halk Sağlığı A.D.
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		Araştırmacı Dilekçesi	26.12.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>

	Karar No:2016/33-28	Tarih:29.12.2016
KARAR BİLGİLERİ	Prof.Dr.Türkan GÜNAY'ın sorumlusu olduğu "Uganda'da Emzirme Durumu ve Etkileyen Faktörler" isimli klinik araştırmaya ait 26.12.2016 tarihli araştırmacı dilekçesine ilişkin olarak; - Çalışma adının "Uganda'da Bebeklerde Ek Besine Erken Başlama Durumu ve Etkileyen Etmenler" olarak değiştirilmesi, -Araştırma Protokolünde yapılan değişiklikler (Araştırmanın amacı ve bağımlı değişkeninde yapılan değişiklikler)	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BILGIN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Ek 8. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyad	İBRAHİM İSA KOİRE
TC Kimlik No	99865442490
Doğum Yılı:	1982
Uyruğu	Ugandalı
Yazışma Adresi :	Kampala, Uganda
Telefon :	05534581450
e-posta :	koire.ibrahim@yahoo.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite/Okul	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Sudan	International University of Africa	Saf Ve Uygulamalı Bilimler Fakültesi	Mikrobiyoloji	Lisans	2011
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Dokuz Eylül Üniversitesi. Dil Eğitimi Uygulama Ve Araştırma Merkezi	Türkçe Dili	Hazırlık C1 sertifikası	2014
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Halk Sağlığı	Yüksek lisans	-

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Ibrahim Malik Teaching Hospital (Khartoum)	Sudan	Khartoum	Mikrobiyoloji ve Seroloji Bölümü (laboratuvar)	Gönüllü Uygulayıcı	2 haftalık(Ekim 2011)
International Hospital Kampala (Kololo Clinic)	Uganda	Kampala	Rutin Laboratuvar	Örneklerin İncelemesi Ve	6 ay (2012)
				Kayıt(Staj)	
Namungoona Salaf School	Uganda	Kampala	Okul Laboratuvar	Fen Pratik Öğretmen Ve Laboratuvar Teknisyeni	2012(1 yıl)
Central College Kawaala	Uganda	Kampala	Biyoloji Bölümü, Okul Laboratuvar	Biyoloji Öğretmeni Ve Okul Laboratuvar Teknisyeni	2012- 2013
Bombo Muslim Public School	Uganda	Luwero	Biyoloji Bölümü, Okul Laboratuvar	Biyoloji Öğretmeni Ve Okul Laboratuvar Teknisyeni	Aralık/2011 - 2013

Lisans tezi

Gebe kadınlarda sık görülen idrar yolu enfeksiyonları (UTIs), BSc Mikrobiyoloji Lisans Programı 2011.

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

Son Bir Yılda Uluslararası İndekslere Kayıtlı Makale/Derleme İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı			
Son Bir Yılda Projeler İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı			
Yayınlara Alınan Toplam Atıf Sayısı			
Danışmanlık Yapılan Öğrenci Sayısı		Tamamlanan	Devam Eden
	Yüksek Lisans		
	Doktora		
	Uzmanlık		
Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/ sorumluluk/olay/üyelik vb.)			

ÖDÜLLER

	Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı

YAYINLARI SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayımlanan makaleler

Diğer dergilerde yayımlanan makaleler

--

--

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

