



T. C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ

**ANTENATAL DÖNEMDE VERİLEN “ANNE SÜTÜ VE
EMZİRME EĞİTİMİNİN VE POSTNATAL DÖNEMDE
SAĞLANAN EMZİRME DANIŞMANLIĞININ”
ANNELERİN BEBEKLERİNE İLK 6 AY SADECE ANNE
SÜTÜ VERME DURUMUNA ETKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Aylin KARSANDIK AKYOL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA/2021



T. C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ

**ANTENATAL DÖNEMDE VERİLEN “ANNE SÜTÜ VE
EMZİRME EĞİTİMİNİN VE POSTNATAL DÖNEMDE
SAĞLANAN EMZİRME DANIŞMANLIĞININ”
ANNELERİN BEBEKLERİNE İLK 6 AY SADECE ANNE
SÜTÜ VERME DURUMUNA ETKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Aylin KARSANDIK AKYOL

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA/2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tecrübeleri ile yol gösteren ve tez süresi boyunca desteğini esirgemeyen, sabrı ve nezakati ile örnek insan, çok kıymetli tez danışmanım Uzm. Dr. Hüseyin Aksoy’a,

İlminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerlerini örnek edindiğim, birlikte çalışmaktan onur duyduğum ayrıca inandığı ilkeler doğrultusunda SAHU asistanlık eğitimini destekleyerek ülkemiz sağlık sisteminin gelişmesine verdiği katkılardan dolayı saygıdeğer hocam Doç. Dr. Kenan Topal’a,

Uzmanlık eğitimime beraber başladığım ve tez sürecini birlikte geçirdiğim eş kıdemlilerim Dr.Süreyya Kayhan İşgüzar, Dr. Mustafa Avşar, Dr. Levent Özdenvar, Dr.Hicri Sarıçam ve Dr.İbrahim Karnas olmak üzere, iyi ki tanımışım dediğim değerli arkadaşım Dr. Hilal Battal’a ve kliniğimizdeki tüm asistan arkadaşlarıma,

Uzmanlık tezimde Kozan sürecinin ortağı, katkıları ile iyi ki varsınız dediğim kıymetli arkadaşlarım Dr.Esengül Yılmaz Tatar ve Hem. Sare Kavak’a,

Hayatım boyunca her konuda en büyük destekçilerim olan ve emeklerini ödeyemeyeceğim nurlar içinde uyusun canım babam Osman Karsandık ve annem Fazilet Karsandık’a, motivasyon kaynağım, hayat neşem olan biricik kızlarım Eda Deniz ve Ecem Melek’e,

Bu zorlu süreçte desteğini, ilgisini ve sabrını esirgemeyen, kıymetli eşim Kemal Akyol’a

Teşekkürü bir borç bilirim.

ÖZET

Antenatal Dönemde Verilen ‘Anne Sütü ve Emzirme Eğitiminin ve Postnatal Dönemde Sağlanan Emzirme Danışmanlığının’ Annelerin Bebeklerine İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumuna Etkisinin Araştırılması.

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü’nün ‘İlk 6 ay yalnızca anne sütü’ önerisine rağmen, 6. ayındaki bebeklere sadece anne sütü (SAS, Exclusive Breastfeeding) verme oranı beklenen düzeyin çok altındadır. Bu çalışmada; antenatal dönemde verilen anne sütü-emzirme eğitimi ve postnatal dönemde sağlanan emzirme danışmanlığı ile annelerin bebeklerine ilk 6 ay SAS verme durumuna etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu müdahaleli vaka-kontrol çalışması 01.01.2020 - 31.12.2020 tarihleri arasında Adana ilinde bulunan 15 birimli 2 Bebek Dostu Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 140 anne ile gerçekleştirildi. Müdahale grubunda bulunan 58 anneye; doğum öncesi grup emzirme eğitimi, doğum sonrası ilk ay 3 kez sonra her ay birer kez olmak üzere toplam 8 yüzyüze izlem ile annelere emzirme danışmanlığı ve mobil bir uygulama üzerinden anlık iletişim imkanı-akran grup desteği verildi. Kontrol grubunda bulunan 82 anne ise Bebek Dostu Aile Hekimliği rutin pratiği içinde olan bireysel emzirme eğitimi ve uygulamaları almıştı. Bebekleri 6. ayını dolduran tüm katılımcılara sosyodemografik özellikleri, gebelik- obstetrik verileri ve bebeklerine sadece anne sütü verme durumlarına ilişkin bilgileri sorgulandı ardından Edinburgh doğum sonu depresyon ölçeği uygulandı. $p<0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması 29.12 ± 4.90 yıl , %46,4’ü yüksek eğitim ve %51,4’ü de yüksek gelir düzeyine sahip idi. Annelerin bebeklerine ilk 6 ay SAS verme oranları müdahale grubunda %69, kontrol grubunda %43,9 idi ($p=0,004$). Müdahale grubundaki bebeklerin SAS alma süreleri, kontrol grubundaki bebeklere göre daha uzun idi (4.9 ± 2.0 ay, 3.9 ± 2.1 ay, $p=0.02$).

Sonuç: Araştırmamızda annelere uygulanan doğum öncesi grup emzirme eğitimi ile doğum sonrası dönemde sağlanan emzirme danışmanlığı ve akran desteğinin, annelerin bebeklerine sadece anne sütü verme sürelerini 6 aya kadar uzatmakta etkili olduğu bulundu. Yararlı etkileri düşünülerek kullanılan bu müdahale yöntemleri Bebek Dostu Aile Sağlığı Merkezlerinde mali ek yük getirmeden, uygulanabilir etkin programlar olarak yürütülebilir. Ayrıca bu merkezlerde yapılacak daha fazla emzirmeyi destekleyici müdahale çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Anne sütü, sadece anne sütü, emzirme danışmanlığı, doğum sonrası depresyon



ABSTRACT

Investigation of the Effects of Antenatal Breastfeeding Education and Postnatal Counseling on the Duration and Exclusivity of Breastfeeding at the first 6 months of the infant's life.

Introduction and Aim: Although the World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding (EBF) for the first six months of the infant's life, the prevalence of EBF is far below the expected level. In this study; It is aimed to investigate the effects of antenatal breastfeeding education and postnatal counseling on the duration and exclusivity of breastfeeding at the first six months of infants.

Materials and Methods: This intervention controlled trial was carried out between 01.01.2020 - 31.12.2020 with 140 mothers which was formed into two groups; 58 mothers in the intervention group and 82 mothers in the control group. It was conducted in two family health centers in Adana, that were certified as "Baby Friendly" by the "Initiative" of Turkish Ministry of Health. The breastfeeding interventions included prenatal education, postnatal counseling and instant communication and peer group support via a mobile application. Control group received individual breastfeeding training and practices that were in the routine programme in family health centers. All participants whose babies were at six months of age were questioned regarding sociodemographical traits, obstetric characteristics and risk factors regarding EBF to their babies. After that the Edinburgh postpartum depression scale was applied. The value of $p < 0.05$ is considered significant.

Results: The mean age of the participants was 29.12 ± 4.90 years, 46,4 % of the participants had high education level and 51,4 % was in the high income group. The EBF ratio was higher in the intervention group (69 %) compared to control group (43.9) ($p=0.004$). The mean duration of EBF in the intervention group for the first 6th months was 4.9 ± 2.0 months and 3.9 ± 2.1 months in the control group ($p=0.02$).

Conclusion: In our research antenatal breastfeeding education, postpartum counseling and peer group support programs were found to be effective for the duration of EBF to up to six months of age. These intervention methods can be implemented in the primary care and also more larger-scale breastfeeding intervention studies are needed.

Keywords: Breastmilk, Exclusive breastfeeding, Breastfeeding Counseling



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Anne Sütü ve Emzirme.....	4
2.1.1.Memenin Anatomik Yapısı.....	4
2.1.2. Anne Sütü Yapımı	5
2.1.3. Anne Sütünün Bileşenleri	6
2.1.4. Emzirmeye Başlama Zamanı, Süresi ve Sıklığı.....	10
2.1.5. Emzirme Tekniği	11
2.1.6. Emzirmede anne ve bebeğin pozisyonları	12
2.1.7. Etkin Emme ve Memeye Doğru Yerleşme	15
2.2. Emzirmede Karşılaşılan Sorunlar	17
2.2.1. Anneye İlişkin Sorunlar	17
2.2.2. Bebeğe İlişkin Sorunlar	20
2.2.3. Emzirmeye İlişkin Sorunlar	20
2.3. Anne Sütünün Sağılması ve Saklanması	23
2.3.1. Anne Sütünün Sağılması.....	23
2.3.2. Anne Sütünün Saklanması;3-3-3 Kuralı	24
2.4. Emzirme Danışmanlığı.....	24
2.5. Başarılı Emzirmenin On Adımı.....	27
2.5.1. Birinci ve İkinci Adım: Emzirme Politikası ve Sağlık Personelinin Eğitilmesi.....	27
2.5.2. Üçüncü Adım: Gebelerin Anne sütü ve Emzirme Konusunda Eğitilmesi	28
2.5.3. Dördüncü Adım: Erken Tensel Temas ve Emzirmeye Erkenden Başlanması	28

2.5.4. Beşinci Adım: Annelerin Emzirme ve Sütlerini Sağma Konusunda Bilgilendirilmesi	29
2.5.5. Altıncı Adım: Yenidoğanlara İlk Besin Olarak Anne Sütü Verilmesi	29
2.5.6. Yedinci Adım: Anne ve Bebeğin Aynı Odada Kalması	29
2.5.7. Sekizinci Adım: Bebeğin Her İsteddiği Zaman Emzirilmesi	30
2.5.8. Dokuzuncu Adım: Emzirme Dönemindeki Bebeklere Biberon ve Emzik Verilmemesi	30
2.5.9. Onuncu Adım: Emzirmenin Desteklenmesi ve Sürdürülmesi	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Yapılandırılmış Anket Formu	37
3.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	39
3.3. İstatistiksel Analizler	39
4.BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇLAR	69
7. ÖNERİLER	70
8. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI ve KISITLILIKLARI	71
KAYNAKLAR	72
ÖZGEÇMİŞ	80
EKLER	81

KISALTMALAR LİSTESİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
EBF	: Exclusive Breastfeeding
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
PPD	: Postpartum Depresyon
SAS	: Sadece Anne Sütü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri.....	41
Tablo 2. Kontrol ve müdahale gruplarının bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması tablosu	43
Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalık ve ilaç kullanım durumları bilgileri tablosu	43
Tablo 4. Kontrol ve müdahale gruplarının kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanım durumlarının karşılaştırılması tablosu	44
Tablo 5. Katılımcıların yaş, obstetrik, yenidoğan tanıtıcı özellikleri ve gebeliğe ilişkin bilgilere ait tablo	44
Tablo 6. Kontrol ve müdahale gruplarının yaş, obstetrik, yenidoğan tanıtıcı özellikleri ve gebeliğe ilişkin bazı bilgilerinin karşılaştırılması tablosu	45
Tablo 7. Katılımcıların doğum şekline ait bilgiler tablosu.....	46
Tablo 8. Katılımcıların bebeklerinin hastaneden taburcu olma süreleri bilgi tablosu	46
Tablo 9. Kontrol ve müdahale gruplarının doğum şekli ve doğumdan sonra hastaneden taburcu olma sürelerinin karşılaştırılması tablosu	46
Tablo 10. Kontrol ve müdahale gruplarının ilk 6 ay SAS verme sıklığının karşılaştırılması tablosu	47
Tablo 11. Katılımcıların bebeklerine anne sütü verme süreleri tablosu	47
Tablo 12. Kontrol ve müdahale gruplarının bebeklerine anne sütü verme süresi bilgilerinin karşılaştırma tablosu	48
Tablo 13. Katılımcıların doğum sonrası ilk emzirme zamanı ve doğum sonrası verilen ilk besin ile ilgili bilgileri tablosu.....	48
Tablo 14. Kontrol ve müdahale gruplarının doğum sonrası ilk emzirme zamanı ve doğum sonrası verilen ilk besin ile ilgili bilgilerinin karşılaştırılması tablosu.....	49
Tablo 15. Anne sütünü erken kesme yada ek gıdaya erken başlama ile ilgili risk faktörleri sorularına verilen cevaplar tablosu	50
Tablo 16. Kontrol ve müdahale gruplarının anne sütünü erken kesme yada ek gıdaya erken başlama ile ilgili risk faktörleri soruları cevaplarının karşılaştırılma tablosu.....	51

Tablo 17. Katılımcıların doğum sonrası sosyal destek ve profesyonel destek (emzirme danışmanlığı) alma durumları bilgi tablosu	52
Tablo 18. İlk 6 ay sadece anne sütü verme durumuna göre sosyal destek ve profesyonel destek (emzirme danışmanlığı) alma durumlarının karşılaştırılması tablosu	53
Tablo 19. Katılımcıların Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği puan ortalama tablosu.....	53
Tablo 20. Kontrol ve müdahale gruplarının Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeğine göre depresyon risklerinin karşılaştırılması tablosu.....	54
Tablo 21. Emzirmeyi bırakmış ve emzirmeye devam eden iki grubun Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeğine göre depresyon risklerinin karşılaştırılması tablosu	55
Tablo 22. Kontrol ve müdahale gruplarının beyan ettiği 6.aydan önce ek besin/formül mama verme nedenlerinin karşılaştırılması tablosu	56
Tablo 23. Katılımcıların bebeklerine sadece anne sütü verme süreleri ile annenin doğum öncesi emzirme eğitimi alma ve emzirme bilgi durumu, doğum sonu ilk emzirme zamanı yetersiz süt kaygısı ve EDSD ölçek puanları korelasyon tablosu.....	58

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Meme anatomisi	4
Şekil 2. Annenin memeyi tutuşu ve bebeğin memeyi kavraması	12
Şekil 3. Memeyle aynı taraftaki kol ile (Klasik tutuş)	13
Şekil 4. Karşı taraftaki kol ile çapraz tutuş	14
Şekil 5. Koltuk altı tutuşu	14
Şekil 6. Yan yatarak emzirme	15
Şekil 7. Memeyi doğru kavramış bir bebek	15
Şekil 8. Memeyi iyi kavramamış bir bebek	16
Şekil 9. Dinleme ve öğrenme becerileri	26
Şekil 10. Özgüven ve destek becerileri	27
Şekil 11. Katılımcıların EDSD Ölçeğine göre depresyon risk oranları	54

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Anne sütü doğum sonrası ilk altı ay bebeğin tüm fizyolojik ve psikososyal ihtiyaçlarını tek başına sağlayan, biyoyararlanımı yüksek, kolay ulaşılabilen, ekonomik ideal bir besin kaynağıdır (1). Anne sütü ile beslemenin başta sağlık, beslenme ve bağışıklık konusunda olmak üzere gelişimsel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve çevresel birçok yararı bilinmektedir (2). Enfeksiyon hastalıklarını azaltıcı etkisi çok uzun zamandır bilinmekte iken artık çocuğun bilişsel gelişimine etkisi, alerji, obezite, kanser, inflamasyon ve kronik hastalıkları önleyen / azaltan yaşam boyu etkileri ile ilgili kanıtlar da bildirilmektedir (3, 4,5).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) 1990 yılında tüm dünyada bebek ölüm hızını azaltmak amacıyla; emzirmenin korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi ile ilgili “Innocenti Bildirgesi’ni” yayınlamıştır. Ülkemizde de dünyadaki bu gelişmeleri takiben 1991 yılından itibaren T.C Sağlık Bakanlığı ve UNICEF işbirliği ile” Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı” sürdürülmektedir (6). Programın temel mesajı ve hedefi “bebeklerin doğumdan hemen sonra emzirilmeye başlatılması, ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi ve sonrasında da uygun besinlerle beraber emzirmenin 2 yaşını aşacak kadar sürdürülmesi”dir (7,8). Bu amaçla hastaneler/sağlık kuruluşları için “Başarılı emzirmede 10 Öneri (On Adım)” uygulanmaktadır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verileri emzirmenin ülkemizde yaygın olduğunu göstermektedir; doğan çocukların %98’i emzirilmiştir. Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilme oranı ise %71’dir. İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme oranı TNSA-2013’te %30, TNSA-2018’de %41 olarak açıklanmıştır. Yine 2018 verilerine göre sadece anne sütü alan çocukların ortalama emzirilme süresi 1,8 aydır; başka bir deyişle bu süreye ulaşana dek çocukların yarısı sadece anne sütü ile beslenmeyi bırakmaktadır ve önerilerin aksine, emzirilen çocukların %42’si prelakteal (emzirme öncesi) besin almıştır (9). WHO-2018 verilerine göre de tüm dünyada da ilk altı ay sadece anne sütü verme oranı %41 olarak belirlenmiştir. Küresel ölçüde de ülkemizde olduğu gibi emzirme sıklığı ve süresinde olumlu gelişmeler olmasına rağmen ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenme düzeyi halen belirlenen hedeflere ulaşmamıştır. Bu veriler doğrultusunda

WHO, dünya genelinde 2030 yılına kadar yenidoğanın ilk bir saat içinde emzirilme ve ilk altı ay sadece anne sütü alma oranını %70'e yükseltilmesi hedefini belirlemiştir (6,7).

Emzirme her ne kadar fizyolojik bir eylem olup iç güdüseler olarak gelişse de emzirmeye başlamak, sürdürmek ve yönetmek için anne adaylarının desteklenmesi gereklidir. Emzirmenin başlanması ve sürdürülmesi anne ve bebekle ilgili pek çok faktörden etkilenir. Yapılan çalışmalarda anne sütü yetersizliği, annenin bebeğine sütünün yetmeyeceği endişesi, ağırlı meme başı ve bebeğin memeyi iyi kavrayamaması ilk ay içinde emzirmenin bırakılmasında önemli nedenler olarak bulunmuştur. Ayrıca annenin ev dışında uzun süre bebeğinden ayrı kalmasına yol açan çalışma saatleri, kamuya açık alanlarda emzirmenin toplum tarafından yadırganması gibi sosyokültürel etmenler de emzirmenin sürdürülmesi önündeki önemli engeller olarak bildirilmiştir (10,11). Annenin, anne sütü ile ilgili bilgi düzeyi, emzirmeye ilişkin duygu ve düşünceleri, emzirme isteği, hem yaşadığı ortamın hem de ruhsal ve fiziksel sağlığının uygunluğu da emzirme davranışını etkilemektedir (12).

Annenin bebeğine sağlıklı bir şekilde bakabilmesi ve uzun dönem emzirebilmesi için beden sağlığı kadar ruh sağlığının da yerinde olması gerekir. Depresif anneler emzirme konusunda daha fazla kaygılanmakta ve sütlerinin miktarının yetersiz olduğunu düşünmektedirler. Başlangıçta depresyonun emzirme sürelerinde kısaltmaya ve emzirmeyi erken bırakmaya neden olduğu saptanmıştır. Daha yakın zamandaki çalışmalar, ilişkinin çift yönlü olabileceğini göstermekte; bu da doğum sonrası depresyonun emzirme oranlarını azaltabileceğini ve emzirme güçlüklerinin de doğum sonrası depresyon riskini artırabileceğini göstermektedir (13,14). Emzirme ve PPD (Postpartum Depresyon) arasındaki ilişkinin yönü nasıl olursa olsun bu iki faktörün birbirini etkilediği kaçınılmaz bir gerçektir. Prenatal dönemde özellikle emzirmenin önemi ve teknikleri hakkında verilecek olan eğitimler anne bebek etkileşiminin başlaması ve doğum sonu depresyon gelişim riskinin düşürülmesi açısından önemlidir (14).

Tüm bu zorlayıcı faktörler ile annenin tek başına baş etmesi çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Emzirme ile ilgili tüm sorunların bu konuda özel eğitim almış uzman kişiler tarafından çözülmesine literatürde “emzirme danışmanlığı

(konsültanlığı)” denilmektedir. Yapılan alışmalar, emzirmenin ve anne sütünün önemi konusunda gebelik döneminde ya da doğum sonrası bilgilendirme yapılsa dahi, emzirmenin öz yeterlilik ve süreklilik arz eden bir davranış olması sebebi ile doğum sonrası 6 aylık süreçte danışmanlık ile desteklenmesinin gerekliliği yönündedir (15, 16, 17). Aynı alışmalar emzirme danışmanlığının anne sütü ile beslenmenin başlatılması ve sürdürülmesi oranlarını arttırdığını da göstermiştir (15,16).

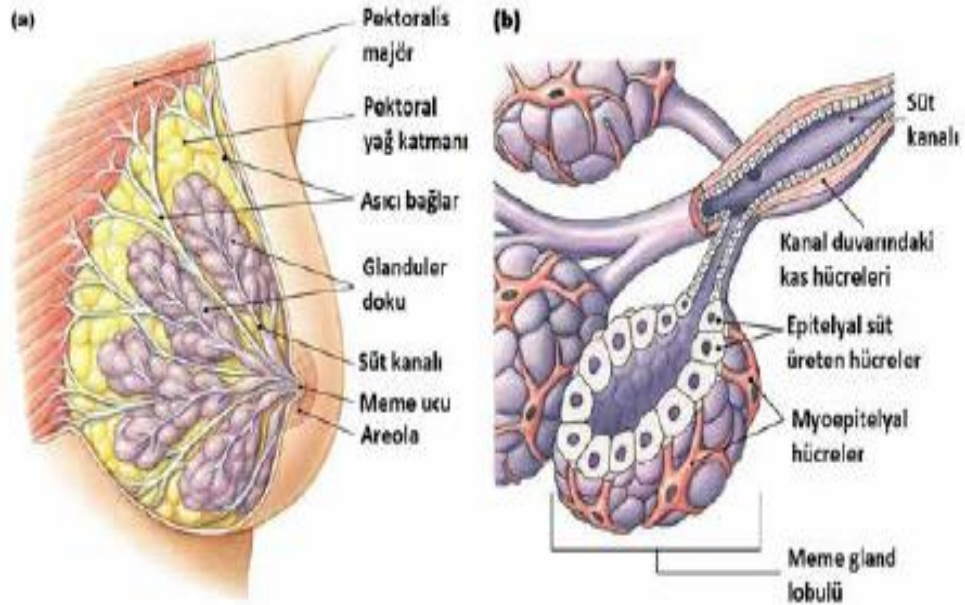
Ülkemiz sağlık sistemi incelendiğinde ‘‘Bebek Dostu Programı’nın’’ temeli bebek dostu hastanelerde atılmakta, taburculuk sonrasında bebek izlemlerinin birinci basamak sağlık kurumlarında yapıldığı düşünüldüğünde programın sürdürülebilirliği açısından kendi birimlerine bağlı tüm gebe ve bebek izlemlerini yapma zorunluluğu nedeniyle Bebek Dostu Aile Hekimliği büyük önem taşımaktadır. Birinci basamakta yapılacak emzirme müdahale araştırmalarının sonuçlarının annelerin bebeklerine SAS vermesresine etkisini görmek amacıyla çalışmamızda; antenatal dönemde verilen anne sütü-emzirme eğitimi ve postnatal dönemde sağlanan emzirme danışmanlığı ile annelerin bebeklerine ilk 6 ay SAS verme durumuna etkisi araştırıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anne Sütü ve Emzirme

2.1.1.Memenin Anatomik Yapısı

Meme dokusu göğüs ön duvarında, pektoral kas yüzeyinde gelişen, süt sekrete etmek için modifiye olmuş apokrin ter bezidir. Memelerin büyüklükleri değişken olmakla birlikte ikinci kostadan altıncı kostaya ve içte sternum kenarından, dışta ön aksiller çizgiye kadar uzanan bölgede bulunurlar (16, 17). Her bir meme “glandulae mammae” adıyla anılan süt bezlerini içerir. Her bir süt bezinde yaklaşık 15-20 adet meme lobu vardır. Her bir lob “ductuli lactiferi” denilen kanalcıklara akar ve bunlar birleşerek en sonunda meme başına açılırlar (18). Her lob içerisinde de alveol ve süt üreten hücreler olan laktositleri içeren lobüller bulunmaktadır. Alveollerden süt, duktuslardan meme ucuna kadar akmaktadır. Her alveolün çevresinde arka hipofizden salınan oksitosin hormonuna cevap olarak kasılan miyoepitelyal hücreler bulunmaktadır. Myoepitelyal hücreler laktasyon sırasında üretilen sütün asinüslerden meme başına doğru iletilmesinde rol oynarlar. Meme ucunun çevresindeki koyu bölge olan areola içerisinde montgomery glandları denilen modifiye sebase bezler bulunur(19).



Şekil 1. Meme anatomisi

Memenin apeksindeki meme başını çevreleyen pigmentli alana “areola” denmektedir. Bu pigmentasyonun östrojenin bu bölgedeki melanositleri uyarmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Pubertedeki kız çocukta meme glandları büyüyerek over kaynaklı hormonların etkisiyle yarım küre biçimini alır. Over kaynaklı hormonlar; progesteron, prolaktin, somatotropin ve kortikosteroidler gebelik sırasında lobuloalveolar sistemin büyümesinde görev alırlar. Gebelik sırasında venler belirginleşir ve memeler büyür. Areola büyür ve koyulaşır. Doğumdan sonra bu pigmentasyon azalsa da tam olarak eski rengine dönmez. Mestrüasyonda hormonal değişimler memenin siklik değişimine sebep olur. Bu değişiklikler menopoza kadar sürer, menopozda meme dokusu atrofiye uğrar (18).

2.1.2. Anne Sütü Yapımı

Laktasyonun evreleri

Annelere emzirme danışmanlığı verebilmek için, normal laktasyon sürecinin iyi bilinmesi gerekir. Laktasyonun evreleri aşağıda özetlenmiştir:

a. Mammogenez: Meme dokusunun büyümesidir; meme boyutu ve ağırlığı artar.

b. Laktogenez: Meme bezinin süt salgılama işlevini geliştirmesidir. İki evresi vardır:

Evre 1- Gebeliğin sonlarına doğru sekretuar hücrelerden alveoler hücreler farklılaşır.

Evre 2- Doğumdan sonraki 2-3 günden 8. güne kadar olan süredir. Alveol hücresindeki sıkı bağlantılar kapanır, süt salgısı artar, memeler dolgun ve sıcaktır. Endokrin kontrol, otokrin kontrole dönüşür (isteğe bağlı üretim).

c. Galaktopoez: Doğum sonrası 9. günden involüsyona kadar geçen süredir. Süt salgısı ve otokrin sistem kontrolü devam eder.

d. İnvolüsyon: Son emzirmeden yaklaşık 40 gün sonra inhibe edici peptidlerin birikmesine bağlı olarak süt salgısı azalır ve durur (20).

Endokrin kontrol: Laktogenezin 2. evresinde başlayan süt yapımı ve salgısının devam etmesi için meme bezinin hormonal sinyaller alması gerekir. Laktasyon iki hormonun yardımıyla gerçekleşir: Prolaktin ve oksitosin. Bu

hormonlar farklı hücresele reseptörler üzerine etkili olmakla beraber, laktasyonun başarısı için ikisinin bir arada etki etmesi gerekir.

a.Prolaktin: Süt yapımı, meme bezi epitel hücrelerindeki prolaktin reseptörlerinin aktivasyonu ile olur. Ön hipofizden salgılanan prolaktin, memede glandüler duktal büyümeyi ve epitel hücrelerinin çoğalmasını uyarır; süt protein sentezini indükler. Süt yapımı annenin ruhsal ve fiziksel durumu ile yakın ilişkilidir. Stres ve yorgunluk, dopamin veya norepinefrin veya her ikisinin düzeylerinde artışa yol açarak prolaktin sentezinde inhibisyona, bu da süt yapımının azalmasına neden olabilir.

b.Oksitosin: Süt boşalması için gereken ve arka hipofizden salgılanan hormondur. Bebeğin emmeye başlamasıyla meme ucu ve areolada yoğun olarak bulunan duyuşal reseptörlerin uyarılması sonucu salgılanır (boşalma refleksi). Oksitosin memedeki miyoepitelyal hücreleri uyararak sütün alveollerden süt kanallarına ve sinüslere boşalmasını sağlar (20).

Otokrin kontrol (isteğe bağılı üretim): Bir annenin süt üretimi günde yaklaşık 800 ml'dir; ancak bu miktar bebeğin isteğine bağılı olarak değışir. Süt yapımının hızı memenin dolu veya boş olmasıyla ilgilidir. Boş memedeki süt yapımı dolu memeden daha hızlıdır. Yeterince boşalmayan memede süte salgılanan lokal bir faktörün etkisi sonucu laktasyon inhibe olmaktadır. Bu mekanizma emzirmenin devamı için her iki memenin de etkin olarak boşaltılması gereğini açıklamaktadır. Sonuç olarak başarılı emzirme için gereken iki bileşen, süt yapan ve boşaltan bir meme ile etkin olarak emen bir bebektir (20).

2.1.3. Anne Sütünün Bileşenleri

Anne sütünün bileşiminde doğum sonrası ilk bir ay içinde önemli değışiklikler olmaktadır. Anneler arasında farklılık olabildiğı gibi bebeğin gebelik haftasına, postnatal yaşına ve emzirmenin başından sonuna doğru da değışkenlik gösterir:

i. **Term süt/preterm süt:** Preterm doğum yapan anne sütünün protein, yağ ve sodyum içeriğı ilk haftalarda term anne sütünden daha yüksektir. İlerleyen haftalarda aradaki fark ortadan kalkar (20).

ii. **Kolostrum/Geçiş sütü/Olgun süt:**

Kolostrum: Doğum sonrası ilk beş gün boyunca salgılanan süttür. Yüksek beta karoten içeriği nedeniyle sarı renklidir. Yağ içeriği yönünden fakir (%2) olan kolostrumun enerjisi matür süttten fazladır. Aynı zamanda sekretuar IgA, protein, sodyum, klor, magnezyum gibi minerallerden ve bazı vitaminler (karoten, A, C, E vitaminleri) açısından da zengin bir içeriğe sahiptir. (20, 21). Laksatif ve proteolitik etkisi sayesinde barsakların çalışmasına yardımcı olarak mekonyumun çıkarılmasını kolaylaştırır. Normal barsak florasının oluşmasına katkıda bulunur. Epidermal büyüme faktörü içermesinden dolayı barsağın olgunlaşmasını sağlayarak, besinlere karşı intolerans ve alerji gelişmesini önlemektedir (21). Kolostrum bebeğin ilk doğal aşısı olarak nitelendirilir ve içerdiği antienfektif bileşenler sayesinde bebeği yenidoğan enfeksiyonlarına karşı korunmada oldukça etkilidir. Kolostrumun alınmasıyla doğumda steril olan gastrointestinal pasaj, immünoglobülinlerle ve savunma elemanlarıyla yıkanarak kaplanmakta ve mukozal bir tabaka oluşumu sağlanmaktadır. Bu mukozal tabaka dış ortamdan gelecek olan mikroorganizmalara karşı koruyucu bariyer görevi yapmaktadır (21).

Geçiş sütü: Doğum sonrası 5 gün ile 2 hafta arasında salgılanan ve kolostrumun bazı özelliklerini taşıyan süttür. Miktarı daha fazladır ve protein içeriği azalırken, laktoz, yağ ve kalori içeriği artar (20).

Matür süt (Olgun süt): Doğum sonrası iki haftadan sonra üretilen süttür. Anne sütü postnatal 4-6. haftada tamamen matür süt özelliğini kazanır. Protein ve böbrek solüt yükü açısından daha fakirdir. Ancak beyin ve retina gibi hayati organların gelişmesinde önemli rol oynayan uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinden (linoleik ve linolenik asit) zengindir. Bu dönemde toplam yağ konsantrasyonu %3.4-4.5 grama ulaşmakta ve sabit bir seviyede kalmaktadır. Bu yüksek yağ oranı emzirme döneminin sonuna doğru bebekte doygunluk hissine neden olarak obezite gelişimini önlemektedir (20, 21).

Ön süt/ Son süt: Emzirmenin başlangıcında karbonhidrattan zengin, sonunda ise yağdan zengin bir süt üretilmektedir. Emzirme sürecinde bu değişimin ne zaman olduğunu kestirmek güçtür; ancak önemli olan, bebeğin tüm gereksinimlerini sağlayabilmesi için memeyi boşaltması ve kendiliğinden memeden ayrılmasıdır. Bu durumda yağdan zengin son sütü aldığı söylenebilir (20).

Sıvı Miktarı

Anne sütünün %87'sinin sıvıdan oluşması nedeniyle, ilk altı ay bebeğin anne sütü dışında su ya da benzeri sıvı gıdalara ihtiyacı yoktur (22).

Protein İçeriği

Protein içeriği inek sütüne göre düşük (1. 1 g/dl ve 3. 2 g/dl), fakat biyolojik değeri yüksektir ve ilk altı ayda tek başına bebeğin protein gereksinimini karşılar. Whey proteini toplam protein içeriğinin %60'ını oluşturur. İnek sütünde ise bu değer %18 civarındadır. Whey proteinin sindirimi kolay ve biyolojik değeri yüksektir. Whey proteinlerinin önemli bir kısmını meme alveollerinde laktoz sentezinde görev alan alfa lakta albümin oluşturur. Lizozim, laktoferrin, nükleotitler, büyüme etkenleri, sekretuar IgA ve diğer immünoglobülinler bağışıklıkta önemli rol oynar. Sindirimi daha zor olan kazein anne sütünde inek sütüne oranla düşüktür (%40 ve %82). Anne sütünde beta kazein parçası hakimdir (22).

Karbonhidrat İçeriği

Anne sütü karbonhidratlarının en önemli bileşeni laktozdur. İnek sütünde anne sütüne oranla düşük düzeyde bulunmaktadır (4. 1 g/dl ve 7. 1 g/dl). Lipitlerle laktozun galaktoz bileşeninin yaptığı bileşikler beyin gelişiminde rol alır. Ayrıca kalsiyum emilimini arttırarak kemik mineralizasyonunu olumlu yönde etkiler. Sindirilemeyen laktoz bölümü fermente olarak bağırsaklarda asidofilik bakteriyel floranın (laktobasillus bifidus) gelişimine katkıda bulunur ve patojen mikroorganizmaların üremesini engel olur (22).

Lipit İçeriği

Anne sütü kalorisinin %50'sini sağlayan lipidler, anne sütünde inek sütüne oranla daha yüksektir (4. 5 g/dl ve 3. 8 g/dl) ve küçük çaplı yağ globülleri halinde bulunur. Anne sütünde bulunan lipaz düşük safra düzeyinde bile yağ sindirimine yardımcı olur. Ayrıca anne sütü, sinir ve retina hücrelerinin yapısına giren ve sinir sistemi ve görme işlevlerinin gelişiminde rol oynayan araşidonik asit, linoleik asit ve alfa linolenik asit gibi uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinden zengindir. Özellikle erken doğmuş bebeklerin annelerinin sütlerindeki uzun zincirli, çoklu doymamış yağ asitleri diğerlerine oranla daha yüksektir (22).

Anne sütü içeriğindeki yağ oranı emzirme süresince değişiklik gösterir. Emzirmenin başlangıcında düşük olan yağ oranı, emzirmenin sonuna doğru artış

göstermektedir. Bu durum bebekte doygunluk hissi yaratmakta ve şişmanlığın gelişimini önlemektedir. Anne sütünde erken laktasyon döneminde fosfolipit ve kolesterol içeriği yüksektir. Bu durumun lipit enzim sisteminin erken etkinleşmesi ve ileride gelişebilecek hiperlipidemi ve aterosklerozun önlenmesinde etkili olabileceği öne sürülmektedir (22).

Vitamin İçeriği

Anne sütünde K ve D vitaminleri dışında yağda ve suda eriyen vitaminler süt çocuğu için yeterli düzeydedir. Yeni doğanda bağırsak florasının henüz tam gelişmemiş olması nedeniyle yeni doğan hemorajik hastalığının önlenmesi için K vitamini paranteral veya ağız yoluyla uygulanmaktadır. D vitamini ihtiyacının karşılanması için 15 günden başlanarak günde 400 IU D vitamini ilavesi birinci yaşın sonuna kadar gereklidir (22).

Mineral İçeriği

Anne sütünün mineral içeriği inek sütüne oranla düşüktür ve yeni doğanın olgunlaşmamış böbrek işlevleri ile uyum gösterir. Anne sütünün kalsiyum içeriği, inek sütüne oranla düşük olmasına (34mg/dl ve 120 mg/dl) rağmen, kalsiyumun fosfora oranı 2/1 olup emilimi daha yüksektir (%55; %38). Bu özelliği ile anne sütü kemik mineralizasyonu için uygundur. Anne sütünde bulunan demirin emilimi de inek sütüne göre daha yüksektir (%50; %5-10). Bu nedenle anne sütü, bebeği ilk altı ayda demir eksikliğinden korur (22).

Büyüme Faktörleri

Anne sütünde başta sindirim sistemi, merkezi sinir sistemi, solunum sistemi olmak üzere pek çok sistemin gelişimini sağlayan büyüme faktörleri vardır. Epidermal büyüme faktörü, transforming büyüme faktörleri, sinir büyüme faktörü, insüline benzer büyüme faktörü, meme kaynaklı büyüme faktörü, eritropoietin, taurin, etanolamin, fosfoetanolamin, interferon başlıcalarıdır. Beynin bilişsel işlevlerinin anne sütü ile beslenen çocuklarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (22).

Enzim ve Hormonlar

Anne sütünde çok sayıda etkin enzim varlığı bilinmektedir. Yağ sindirimi için gereken lipaz, meme bezlerinde süt lipitleri sentezi için gerekli olan lipoprotein lipaz, laktoz sentezinde rol oynayan galaktozil transferaz, antibakteriyel etkiye sahip

laktoperoksidaz, tiyosiyanat, hidrojen peroksit başlıcalarıdır. Ayrıca, anne sütü lipazının lipitleri hidrolize etmesi sonucu ortaya çıkan ürünler; Giardia lamblia, Entamoeba histolitica, Trichomonas vaginalis enfeksiyonlarını önlemektedir. Enzimlerin yanı sıra, anne sütünde çok sayıda hormon (GnRH, TRH, TSH, LNRH, T3, T4, parathormon, kalsitonin, prolaktin, östrojen, progesteron, kortikosteroidler vs.) bulunmaktadır (22).

Antimikrobiyal ve Antienflamatuvar faktörler, İmmünomodülatörler

Laktoferrin, lizozim, fibronektin, IgAs, musin, oligosakkaritler, lipitler anne sütündeki antimikrobiyal faktörlerdendir. Vitamin A, C, E, katalaz, glutatyon peroksidaz, alfa-1 antitripsin, alfa-1 antikemotripsin, prostoglandin E 1-2, antienflamatuvar faktörlerdir. Ayrıca, anne sütünde intertökinler, interferon gama ve TNF α gibi immünomodülatörler bulunmaktadır.

Monosit, makrofaj, PNL, T ve B lenfositleri ise hücresel bileşenleri oluşturmaktadır. Başta salgısal IgA olmak üzere diğer immünoglobulinler; salmonella, şigella, kolera, poliyovirüs, rotavirüs, RSV ve diğer mikroorganizmalarla gelişen enfeksiyonları önler. Anne sütü bu özellikleri ile bebeği sepsis, bakteriyemi, menenjit, solunum yolları enfeksiyonları, gastroenteritler, üriner sistem enfeksiyonları, akut otitis mediadan korur. Bunun yanı sıra Tip 1 diabetes mellitus, lenfoma, crohn hastalığı, çölyak hastalığı ve atopik hastalıkların gelişim riskini azaltır (22).

2.1.4. Emzirmeye Başlama Zamanı, Süresi ve Sıklığı

Emzirme esnasında meme başının uyarılması sonucu salgılanan prolaktinin sekresyonu süt üretimini sağladığı için, emzirmenin bir an önce başlatılması önerilmektedir. Bu nedenle yenidoğanın ilk yarım saat içerisinde emzirilmesi için çaba gösterilmelidir (24).

Her anne bebeğini, emzirmenin başlangıcındaki ön süttten ve emzirmenin sonlarına doğru gelen yağdan zengin son süttten yararlanması için en az 10 dakika emzirmelidir. Bazı annelerde süt salgılanma refleksinin yerleşmesinin gecikmesi nedeni ile bebeğin emme süresi değişebilir. O nedenle emzirmenin sonlandırılmasında bebeğin isteği dikkate alınmalıdır. Ancak bu sürenin 30 dakikanın üzerine çıkması meme sorunlarına yol açmaktadır. Emzirme süresinin kısa tutulması ise yağ içeriği yüksek son süttten yararlanamayan bebekte yetersiz tartı

alımına, memenin yeterince boşalmamasına bağlı olarak annede meme sorunlarına ve yetersiz süt yapımına neden olmaktadır (22). Bebek doğumdan sonraki ilk günlerde 2-3 saatlik aralarla sıkça emzirilmelidir. İlk günlerden sonra bebek her istediğinde emzirilmeye devam edilir. Bebeğin ağlaması emzirme için geç bir bulgudur. Bebek acıkmanın erken belirtilerini gösterdiğinde emzirilmelidir. Bebeğin emme hareketleri yapması, elini ağzına götürmesi, kol ve bacaklarını girmesi gibi davranışlar sergilemesi; onun emmeye hazır olduğunun işaretleridir (22, 24).

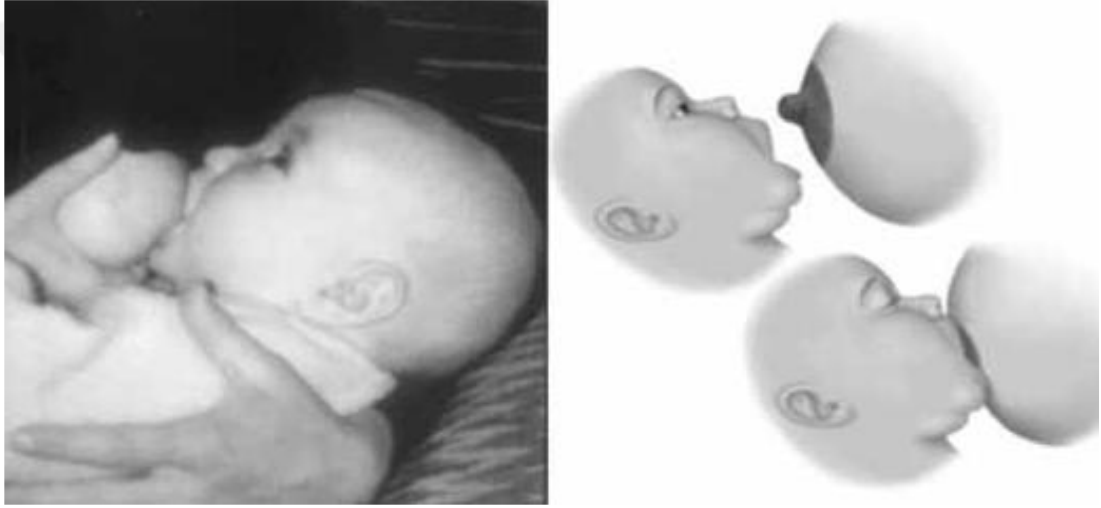
2.1.5. Emzirme Tekniği

Emzirmenin başarılı bir şekilde gerçekleşmesi, annenin yeterince süt üretebilmesi için bebeğin yeterli sıklıkta, sürede ve doğru şekilde emmesi gerekmektedir. Bebeğin etkin emmesi de annenin bebeği memeye tutuşu ve bebeğin memeye yerleşmesinin doğru bir şekilde olması ile mümkündür.

Annenin bebeği memeye tutuşu: Annenin memeyi tutuşu C tekniği olarak adlandırılan tutuş ile olmalıdır. Bu tutuş bebekte en etkin emmeyi sağlamaktadır. Anne elinin başparmağı memenin üst tarafında, diğer parmaklar göğüs duvarına yaslanırken işaret parmağı memenin altına destek yapmalıdır (Şekil 2).Anne bebeğini oturarak ya da yatarak emzirmek isteyebilir. Annenin kendini rahat hissettiği konumda emzirmesi en uygun olanıdır. Hangi konumda olursa olsun bebeğin memeye tutuluşunda dikkat edilmesi gereken temel noktalar şunlardır; bebeğin başı ve gövdesi düz bir hatta olmalı, yüzü memeye bakmalı ve burnu tam meme ucunun karşısında olmalı, vücudu annesininkine yakın olmalı, yeni doğmuşsa poposundan desteklenmelidir. Bebeğin memeye yerleştirilmesi esnasında önce meme ucuyla bebeğin dudaklarına dokunulmalı, bebeğin ağzını genişçe açması beklenmeli, bebeğin alt dudağı meme ucunun altına gelecek şekilde çabucak memeyi tutmalıdır (22).

Bebeğin memeye yerleşmesi: Memeye iyi yerleşmiş bir bebek annenin meme ucunu değil, aerolanın ve alttaki dokunun çoğunu ağzına almış olmalıdır. Areolanın bebeğin alt çenesine yakın olan kısmı görülmez, üstte kalan kısmının üstten 1/3' lük kısmı görülür. Bebeğin alt çenesi annenin memesine dayanmış olmalı, bebeğin yanakları dolgun olmalı, bebek ritmik bir şekilde yavaş yavaş emmeli, yutkunma sesleri duyulmalıdır. Memeye uygun olmayan yerleşme nedenleri

arasında; geç beslenme, emzik ya da biberon kullanımı nedeniyle ‘‘meme başı şaşkınlığı’’, bebeğin küçük ve zayıf olması, annenin meme başı ve alt dokusunun esnekliğinin az olması, memede tıkanıklık, deneyimsiz anne, deneyimli destek eksikliği sayılabilir. Memeye yanlış yerleştirmenin sonucunda bebek anne sütünü etkin alamaz ve buna ‘‘etkisiz emme’’denir. Sonuçta; meme ucunda ağrı, çatlak, anne sütünün tam boşalamaması sonucu memede gerginlik, az süt yapımı, bebeğin yeterince süt alamamasından dolayı bebeğin doymaması, memeyi reddetmesi ve yeterli kilo alamaması durumu ortaya çıkmaktadır (22).



Şekil 2. Annenin memeyi tutuşu ve bebeğin memeyi kavraması

2.1.6. Emzirmede anne ve bebeğin pozisyonları

Kucak pozisyonu (Klasik tutuş)

- Bebeğin başı kolun iç dirsek kısmına, altta kalan kolu ise anneye ‘‘sarılmalı’’, anneye arasında kalmamalıdır.
- Annenin eli bebeğin poposunu kavramalı, bebek annenin kolunun üzerine yatmalı, diğer el ise meme başını ağzına yerleştirmede kullanılmalıdır.
- Bebek sadece başından değil tüm vücudu ile desteklenmelidir. Göbekler karşılıklı gelmelidir.
- Baş meme ile tam karşılıklı olacak şekilde dirsek üçgeni içinde kalmalıdır, boşluğa kaymamalıdır. Annenin kol altına minder/yastık ile destek olunabilir.

- Bebeğin ağızı meme başı-burun hizasında olmalıdır.



Şekil 3. Memeyle aynı taraftaki kol ile (Klasik tutuş)

Çapraz tutuş

- Özellikle prematüre, hasta veya kavrama sorunu olan bebeklerde yararlıdır.
- Anne dört parmak aşağıda, baş parmak üstte olacak şekilde memesini kavrar ve emzirdiği taraftaki eli ile memeyi tutar. Diğer el bebeğin kafasını kavrayarak meme ile buluşturur. Anne hem bebeğin ağızını açtığı anı hem de meme başını rahat görür ve bebeğin memeyi kavraması ve anne başı desteklemesi kolaylaşır.
- Diz üzerine bir minder/yastık koymak bebeği kontrol etmeyi kolaylaştırır.
- Bebeğin başını tutarken hareket etmesini engelleyecek kadar bastırılmamalıdır.



Şekil 4. Karşı taraftaki kol ile çapraz tutuş

Koltuk altı tutuşu

- Prematürelerde, ikizlerde veya memenin tüm bölgelerinin boşaltılması gereken durumlarda yararlıdır.
- Sezaryen doğumlardada annenin insizyonuna baskı ve ağrı azalacağından uygun pozisyonudur.
- Bebeğin gövdesi için koltuk altına doğru bir destek olarak yastık kullanılabilir.
- Aşırı hareketli bebekleri memede kontrol etmek için de kullanışlı bir pozisyonudur.



Şekil 5. Koltuk altı tutuşu

Yan yatarak emzirme

- Annenin sırtı ve başı yastıkla desteklenerek yan yatması sağlanır. Sezaryen doğumların ilk günlerinde çok kullanışlıdır. Bebek ve anne için konforlu bir pozisyon olduğundan her dönemde denenebilir.

- Anne bebeğin üzerine abanma riskini azaltmak için kolunu dışarıda bırakmalıdır.

- Bebek annenin kolunun üzerinde yatmamalıdır.
- Bebeğin burnu meme ucuyla aynı hizada olmalıdır.



Şekil 6. Yan yatarak emzirme

2.1.7. Etkin Emme ve Memeye Doğru Yerleşme

Memeyi doğru kavramış bir bebekte

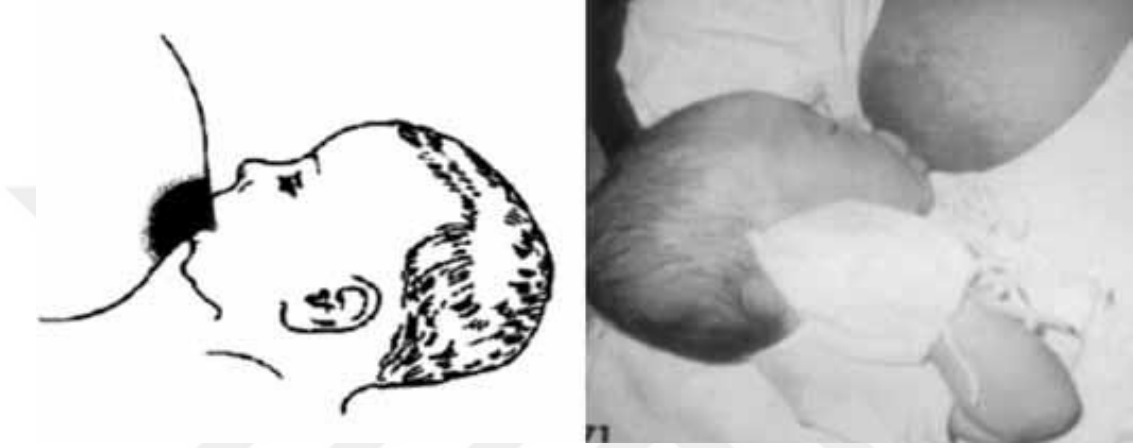
- Çenesi memeye çok yakın yada dayanmış
- Ağız iyice açık
- Alt dudak dışa dönük
- Bebeğin dudağının üzerinde görülen aerola alt areoladan fazla
- Yanaklar dolgun
- Yutkunma sesi duyulur



Şekil 7. Memeyi doğru kavramış bir bebek

Memeyi iyi kavramamış bir bebekte

- Bebek meme ucunu emer, aerolayı iyi kavramamıştır. Çene memeden uzakta
- Ağız dar yuvarlak olarak açık
- Alt dudak içe dönük veya dudaklar ileri uzanmış
- Areola hemen tümü dışarıda
- Yanaklar içe çökük
- Yutkunma sesi duyulmaz, şapırtı olabilir



Şekil 8. Memeyi iyi kavramamış bir bebek

Etkin emen bebek

- Sakin, ritmik ve derin 3-5 emme-yutkunma sesi-3-5 sn bekleme döngüsü ile emer
- Emme sırasında bebeğin yanakları dolgundur
- Bebek emmeyi, doyup tatmin olunca kendi bırakır
- Meme bebeğin ağzındayken anne ağrı duymaz
- İlk günler günde 10-12 kez, sonra 6-8 kez emer
- İlk 3-4 hafta memede 20-40 dakika kalabilir, sonra 5-10 dakikada emmeyi tamamlar.

Etkin olarak ememeyen bebek

- Hızlı ve yüzeysel emme, yutkunma sesi yok, şapırtı duyulur
- Emme sırasında bebeğin yanakları içe göçer
- Sık sık memeyi bırakıp, meme ile “kavga eder”
- Meme bebeğin ağzındayken anne ağrı duyar
- Çok sık (günde 12 den fazla) ve uzun süre (40 dakikadan uzun) emer.

Bu belirtilerden sadece birinin gözlenmesi bile emzirmede bir sorun olduğunu gösterir.

2.2. Emzirmede Karşılaşılan Sorunlar

2.2.1. Anneye İlişkin Sorunlar

Sezaryenle doğum: Vajinal doğumda artan oksitosin düzeyi kontraksiyonların başlamasına neden olduğu gibi süt kanallarından süt akışını da sağlamaktadır. Sezaryen doğumda ise oksitosin artışı olmadığından süt salgısı gecikmektedir (25). Bu nedenle sezaryenle doğum yapan anneler emzirme konusunda daha çok desteğe ihtiyaç duyarlar. Ayrıca vajinal doğumda anne bebek etkileşiminin hemen başlaması, emzirme için bir avantaj sağlamaktadır. Literatür incelendiğinde; sezaryenle doğumu gerçekleştiren annelerin vajinal doğum yapan annelere göre, emzirmeye başlama sürelerinin daha geç, anne sütü verme sürelerinin kısa, emzirme başarılarının daha düşük olduğu ve desteğe daha çok ihtiyaç duydukları vurgulanmaktadır (26-30).

İlaç kullanımı: Laktasyon döneminde anneye, akut ve kronik sağlık problemi nedeniyle ilaç tedavisi gerekebilir. Emziren anneye ilaç önerirken; “İlaç mutlaka gerekli mi?”, “Annenin kullandığı ilacı bebeğe verebilir miyiz?” sorularına doğru yanıt verilmeli ve en güvenli ilaç seçilmelidir. İlaç mutlaka gerekli ise kullanılmalı ve bebekte kullanabildiğimiz ilacı anneye vermeliyiz. Bebeğe zarar verecek ilaç ise, mümkünse bebekteki serum konsantrasyonu izlenmelidir. Bebek, ilaç alımı öncesinde emzirilmeli ve anne bebeğini uyutmadan önce ilacını almalıdır (31). Annede malnütrisyonu neden olan ciddi kronik hastalıklar, bağımlılık yapan ilaç kullanımı, annenin ağır metallerle karşılaşması (cıva, kurşun, arsenik), radyoaktif ajanla karşılaşması, kemoterapi ve annede ağır psikiyatrik bozukluklarda anne sütü kontraendikedir (22).

Sigara kullanımı: Sigara içme, emzirme başarısını düşüren en önemli risk faktörlerinden biridir. Tavoulare ve arkadaşlarının çalışmasında; gebelik öncesi düzenli olarak sigara içen annelerin bebeklerinin ilk altı ay sadece anne sütü alma oranlarının düşük olduğu, nikotinin prolaktin üretimini inhibe ettiği ve anne sütü miktarını azalttığı kanıtlanmıştır (32). Yapılan diğer çalışmalarda, sigara içen

annelerin ek gıdaya daha erken başladıkları ve emzirme döneminde sigarayı bırakmanın emzirme süresini arttırdığı saptanmıştır (33,34).

Çalışan anne: Annelerin işe başlaması nedeniyle bebeği formül mama ile beslemeye başlamak emzirme başarısını düşürmekte ve emzirme süresini kısaltmaktadır (35,37). Yapılan çalışmalarda, anne dostu ve emzirme destek programı olan iş yerlerinde çalışan kadınların emzirme oranlarının daha yüksek olduğu, meme pompaları ve emzirme odalarının sağlanması ile emzirme engellerinin azaldığı vurgulanmaktadır (35). Çalışan annelere, sütünü el ile veya pompa ile sağabilmesi öğretilmeli ve sağılan sütün, kapağı ve şişesi 5 dakika kaynatılarak mikroplardan arındırılmış cam kavanozlarda saklanması önerilmelidir. İşe gitmeden önce bebeğini emzirmesi, sağılan sütün anne isteyken bebeğe kaşıkla verilmesi ve annenin eve dönüşünde bebeğini emzirmesi tavsiye edilmelidir.

Mastit ve apse: Mastit, laktasyon dönemindeki kadınların yaklaşık %20-33'ünde gözlemlenen memenin bağ dokusu ve salgı bezlerini içine alan sellülitidir (39,40). Meme başı çatlağı veya süt kanalı tıkanıklığı sonrası gelişebilir. Memede süt birikimi enfeksiyona neden olan faktörlerden biridir. Göğüsler şiş, kızarıklık ve ağrılıdır. Halsizlik, üşüme, titreme ve ateş görülebilir. Tedavisinde; emzirmeye ara verilmemelidir. Tedavide temel yaklaşım; yatak istirahati, memelere nemli sıcak uygulama, sıvı alımının artırılması, antibiyotik verilmesi ve emzirme sonrasında göğüsteki fazla sütün sağılmasıdır (41). Dünya Sağlık Örgütü, 24 saatte yeterli süt üretimi olmasına rağmen bulgu ve semptomlarında düzelme yoksa, belirgin meme başı çatlağı varsa veya alınan kültür sonucu mastiti gösteriyorsa antibiyotik önermektedir (39,41). Genellikle antibiyotik tedavisi sonrasında 48 saat içerisinde mastitte gerileme olur. Bebek sütü almakta isteksizse meme mutlaka bir pompa yardımı ile boşaltılmalıdır (41).

Meme kanseri: Laktasyon döneminde anne meme kanseri tanısı alırsa anne sütü ile beslenme sonlandırılabilir. Tedavi almayan annede süt üretimi vardır. Radyasyon süt yapımını azaltır. Meme kanserli anneler etkilenmemiş olan memeden bebeklerini emzirebilirler. Emziren kadınlarda meme kanser riskinin düşük olduğu çalışmalarda vurgulanmaktadır (42,43).

Laktasyonda doğum kontrolü ve gebelik: Emzirme esnasında yükselen prolaktin düzeyi ovülasyonu önlemektedir (22). Emzirme dünya genelinde, anne ve

çocuk sağlığı programları kapsamında aile planlaması seçeneklerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Laktasyonel amenore yöntemi aşığıdaki durumlarda önerilmektedir; (44,45)

- Tam veya tama yakın emzirme: Bebeğin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesidir. Emzirme gece ve gündüz devam etmeli; iki emzirme arası altı saatten fazla olmamalıdır. Tam emzirme sürecine uyumsuzluk amenoreik sürenin azalması ile ilişkilidir.
- Emzirme süresi en az 4 dakika olmalıdır.
- Eğer 8 haftadan sonra postpartum menstruasyon ve bebek altı aylıktan büyük ise anne emzirmeye devam etse bile gebelik riski artar. Östrojen ve progesteron içeren preparatlar laktasyon süresini kısaltmakta ve süt yapımını azaltmaktadır. Anneye rahim içi araç tavsiye edilmelidir. Laktasyon da gebelik olursa süt yapımı azalır ve sütün tadı değiştir. Gebeliğe bağlı göğüste ağrı olsa da anne bebeğini son trimestire kadar emzirebilir.

2.2.2. Bebeğe İlişkin Sorunlar

Doğum sırasında kullanılan anestezipler: Kullanılan anestezipler doğum sonrasında bebeğin uykulu olmasına neden olabilir ve emme davranışlarını etkileyebilir. Bebek kuvvetli emmiyorsa, mümkün olduğu kadar emzirildikten sonra annenin sütü elle veya pompa ile boşaltılmalı ve süt kaşıkla verilmelidir (48).

Biberon ile beslenen bebek: Biberon emziğine alışan bebeğin anne memesini emmeyi öğrenmesi çok zordur. Anne sabırla bebeğini emzirmeye çalışmalı emziremiyorsa sağdığı sütü kaşıkla vermelidir (49).

Yarık dudak ve yarık damak: Bu bebeklerde anne sütü ile beslenmeye devam edilmelidir. Meme dokusunun esnekliği dudak ve/veya damaktaki defektin emme sırasında kapatılmasına yardımcı olur. Ayrıca anne sütü, bu bebeklerde sık olan otitis media ve solunum sistem enfeksiyonları sıklığını azaltır (50).

Memeyi reddetme: Bebekte hastalıklar, anneye verilen ilaçların sedatif etkisi, emzirme tekniğinde sorunlar, biberon ve yalancı emzik kullanma, bebeği üzen değişiklikler, burun tıkanıklığı ve oral moniliyazis bebeğin memeyi ret etme nedenleridir (51).

Ankiloglossi: Beslenme ve konuşma problemlerine neden olan konjenital bir anomalidir. Dil bağı çok kısa olan bebek, dilini uygun şekilde hareket ettiremediği için annesinin meme başını emme yerine çiğner. Meme başında çatlak, sütü tam boşaltamama, meme ucunda ağrı, süt kanalında tıkanıklık, mastit ve güven kaybı gibi problemler erken ek besin başlanmasına neden olur (52).

Bebekte kalıtsal metabolizma hastalığı: Galaktozemi ve galaktoz metabolizması bozuklukları, uzun zincirli CoA dehidrogenaz eksikliği, hiperlipidemi tip I, abetalipoproteinemi, üre siklusu enzim eksikliğinde anne sütü kontraendikedir (22).

2.2.3. Emzirmeye İlişkin Sorunlar

Anne ve bebeğin ayrılması: Bebeğin hastalığı nedeniyle serviste veya yoğun bakımda izlenmesi gerekiyorsa sık sık elle veya pompa ile memeler sağılarak sütün kesilmesi önlenmelidir. Hasta bebeğe anne sütü verilmesi tedavi başarısını yükseltir (53,54).

Düz veya çökük göğüs başları: Düz veya içe çökük meme başı doğum öncesi dönemde tespit edilmeli ve erken tensel temasla bebeğin memeye kendi başına yerleşmesine izin verilmelidir. Memeye iyi yerleştirilmiş bir bebek, meme başının şekli ne olursa olsun emme sırasında zorluk çekmez. Annelere bebeklerin meme başını değil, memeyi emdiği ve bebeklerin emerken oluşturdıkları negatif basınçla meme ucunun belirginleşeceği açıklanmalıdır. Meme ucunun çıkartılmasında meme başlığı, piston giriş yeri değiştirilmiş bir enjektör ve elektrikli meme pompası gibi aletler kullanılabilir. Ancak gebelikte meme başına masaj erken doğuma neden olabileceğinden uygulanmamalıdır. Meme başı problemi çözümleninceye kadar anne sütünün sağılıp bebeğe kaşıkla verilmesi ya da sütü bebeğin ağzına sağma gibi uygulamalar yapılarak sütün boşaltılması gerekmektedir (38,51).

Ağrılı ve çatlak meme başı: Laktasyondaki annelerin %34-99'unun ağrılı ve çatlak meme başı sorunu yaşadıkları bildirilmiştir. Özellikle ilk bebeğini emziren annelerde meme başı çatlakları doğum sonu ilk 5-10 gün içinde görülebilmektedir (55). Meme başında görülebilen ağrı ve çatlaklara ilişkin koruyucu önlemler; Sabun ve diğer kimyasal ajanlar meme başında irritasyona neden olabileceği için meme başı sade ılık su ile temizlenmelidir. Emzirmeye daha az ağrılı olan taraftan başlanmalıdır. Bebek kısa sürelerle, fakat sık beslenmelidir. Bebeğin pozisyonu sık sık değiştirilerek, memenin farklı noktalarına basınç uygulanması sağlanmalıdır. Emzirme sırasında sadece memenin başı değil, areolanın bir kısmı da bebeğin ağzında olmalıdır. Emzirmenin sonunda meme başları birkaç damla süt ile ıslatılıp, açık havada kuruması sağlanmalıdır. Çatlak meme başlarına bitkisel yağ sürülebilir. Bitkisel yağın emzirme öncesi yıkanması gerekmez ve plastik tabanlı göğüs pedlerinin kullanılmasından kaçınılmalıdır. Çatlak meme başlarına hekim önerisi ile uygun krem/pomatlar ince bir tabaka halinde sürülebilir. Göğüs pompaları uygun teknikle kullanılmalıdır. Kronik meme başı çatlak ve ağrıların bir diğer nedeni de monilia enfeksiyonudur. Bu enfeksiyonlar, genellikle çocuğun ağız içerisinde de gözlemlenebilir. Tedavisinde meme başının karbonatlı suyla temizliğine ve memenin kuru tutulmasına dikkat edilmelidir. Hekim önerisi doğrultusunda Nistatin içeren preparatlar da kullanılabilir. Vajinal kandidiazis ile meme başı kandidiazisi

arasındaki ilişki nedeniyle, gebelik sırasında vajinit tedavi edilerek bebeğin enfekte olması önlenmelidir (25,51)

Az süt oluşumu: Anneye ya da çocuğa ait nedenlerle göğüsler yeterince boşaltılmadığı durumlarda süt yapımı azalabilir. İlk emzirmeye başlama zamanının ve süresinin uygun olmaması, yetersiz sosyal destek, iyi tedavi edilmemiş mastit ve abse, ağırlı meme ve emzirme tekniğinin iyi olmaması gibi nedenlerle süt yapımı azalır (56,57). Az süt oluşumunu etkileyen diğer bir faktör annelerin sütlerinin yeterli olmadığını, bebeklerinin doymadığını düşünmeleridir (56,58). Yetersiz süt kavramı bebeğin büyüme takibinde; ağırlık kazanımında yavaşlama veya duraksama var ise düşünülür (58).

Memede dolgunluk ve tıkalı süt kanalları: Laktasyondaki annelerin %25-85'inde gözlenen memede dolgunluk, ilk 36 saatte daha belirgin, geçici, memede süt hacminin, kan ve lenf akımının artmasıdır (43). Meme yumuşak ve ağrısızdır. Bir veya birden fazla meme lobunun ürettiği sütün boşalamaması ise, süt kanalları ve alveoller içinde sütün birikmesine ve tıkanıklığa neden olur. Anne sütünün fazla olması, bebeğin geç emzirilmesi, bebeğin memeye iyi yerleştirilmemesi nedeniyle memenin tam olarak boşalmaması, emzirme süresinin kısa tutulması ve sıkı sütyen kullanılması sonucu oluşabilir (41).

Aşırı Süt Yapımı: Kontrolsüz süt üretimine hipergalaktia denilmektedir. Bir memede yeterli boşalma olmadan diğer göğüsten emzirmeye başlamak hipergalaktia'ya neden olur. Bebeğin yağdan zengin olan son sütü az, laktozdan zengin ön sütü çok tüketmesi sonucunda, bebekte gaz oluşumu artarak, emilim bozukluğu oluşabilmektedir. Her emzirme sürecinde, emzirilen memenin yeterince boşaltılıp boşaltılmadığının kontrolü yapılmalıdır. Bebeğin emmesine rağmen göğüsler yeterince boşatılmamışsa pompa veya el ile boşaltılmalıdır (59).

Emzirme tekniğinde hata: Emzirme sırasında en uygun pozisyon bebek ve annenin en rahat olduğu pozisyonudur. Anne emzirirken C tekniği ile memeyi tutmalıdır. Meme, başparmak yukarıda, areoladan geride olacak şekilde, diğer parmaklar ise memenin altında olacak şekilde desteklenir. Bebek, meme başı ve areolanın büyük bir kısmını alacak şekilde memeye tutturulmalıdır (54).

2.3. Anne Sütünün Sağılması ve Saklanması

Emzirme başarı ile sağlandıktan sonra, annelerin büyük bir bölümü bebeklerinin ihtiyacından daha fazla süt üretebilmektedir. Üretilen bu fazla süt, annenin bebekten ayrı kaldığı veya bebeğini emmediği durumlarda sütün devamlılığını sağlamak için memelerden boşaltılmalıdır (60). Yapılan çalışmalar sağılan sütün uygun koşullarda saklanması durumunda anne sütünün güvenle kullanılabileceğini göstermektedir (61, 62, 63). Bu nedenle her anneye anne sütünü nasıl boşaltacağı ve sütü nasıl saklayacağı hakkında bilgi verilmesi gerekir. Böylece annenin bebeğini emzirmemesi sonunda sütün devamlılığının azalmasını ya da kesilmesini önlemiş olur (64).

2.3.1. Anne Sütünün Sağılması

El ile Sağma: Anne sütünü sağmanın en kolay ve ekonomik yolu elle sağmaktır. Önce eller iki üç dakika süre ile bol sabunlu su kullanarak yıkanmalı ve kurulmalıdır. Sonra anne rahat bir pozisyonda oturmalı, sütü sağacağı temiz ve uygun bir kabı yakınına almalıdır. Sağma işlemine başlamadan önce memelere dairesel hareketler ile masaj yapılmalıdır. Masajın ardından anne öne eğik durumda, bir eli ile memeyi sağarken, diğer eli ile kaba gelen sütü toplayabilir. Eğer memede sertlik ve ağrı varsa sağmadan önce ılık uygulama yapmak yararlı olacaktır (62,65). Memeyi sağarken el ile göğüs duvarına doğru areolanın arkasından ve memenin her iki yanından basınç yapılır, meme başı ve meme ucuna baskı uygulanmaz. Bir meme süt akışı yavaşlayıncaya kadar, yaklaşık 5 dakika sağılmalı ve işlem her iki memeye de yapılmalıdır (66) . Sağma işlemi bittikten sonra anne sütünün saklanacağı kabın üzerine tarih ve sağılan saat yazılarak buzdolabında veya derin dondurucuda saklanabilir (61,62).

El Pompası ile veya Elektrikli Pompa ile Sağma: Eğer anne sütü el pompası ile sağılacaksa pompanın ucu düz şekilde ve meme ucu tam ortaya gelecek şekilde yerleştirilmelidir. Piston çekme ve bırakma hareketi ritmik ve yumuşak olmalıdır (67). Sağma işlemi elektrikli pompa ile sağılacaksa da el pompasında olduğu gibi memeye yerleştirilecek olan kısım meme ucunun tam ortasına gelmelidir (65). Çünkü bu kısa sürede daha fazla süt boşaltılmasını sağlar. Meme ucunun hasar görmemesi için makinenin sağma gücü en düşük seviyeden başlatılmalı ve yavaş

artırılmalıdır. Her iki memeyi sağmada 30 dakika süre her iki meme beşer dakika süre ile dönüşümlü olarak sağılmalıdır (68, 69, 70).

2.3.2. Anne Sütünün Saklanması;3-3-3 Kuralı

Anne sütünün faydalarından yenidoğanın en üst düzeyde yarar sağlayabilmesi için uygun şartlarda saklanması çok önemlidir. Anne sütü cam kavanoz ya da steril süt saklama poşetleri ile saklanmalıdır. Ortalama 50-100cc kadar sağılan anne sütü temiz bir süt saklama poşetine konulmalı, ancak derin dondurucuda ısı değişimine uğradığı sırada genleşebileceğinden, tepeleme doldurulmamalıdır. Tüm torbalara mutlaka tarih, sağılan saat ve miktar yazılır. Sağılan anne sütü; oda sıcaklığında (serin loş bir ortamda) 3 saat, buzdolabı rafında (+4 derecede) 3 gün ve derin dondurucuda (-18 derecenin altında) 3 aya kadar saklanabilir (3-3-3 Kuralı). Farklı zamanlarda sağılan sütler birbirine karıştırılmamalıdır. Saklanan sütleri kullanmadan önce tarihlerin kontrol edilerek en eski olan süttten başlanmalıdır (61,62). Dondurulmuş anne sütü doğrudan oda ısısında değil buzdolabı rafında çözündürülmelidir. Çözürülen anne sütünün beslenmeye hazırlık aşamasında ocak üzerinde ısıtma, kaynatma veya mikrodalga fırın kullanmak uygun değildir. Bu tür yöntemler süt proteinini yapısını bozar, immunolojik maddelerin kaybına neden olur ve sütün içinde oluşan sıcak noktalar bebeğin ağzına zarar verebilir. Süt poşeti çözünmesi için alınan kapta ılık suyun içinde ve ağzı dışarıda kalacak şekilde olmalıdır (Benmari usulü). Sonra sıcaklık kontrol edilerek bebeğe verilmelidir. Çözülen anne sütünü 24 saat içinde bebek tüketmelidir, bebeği besledikten sonra sütün tamamı tükenmemişse geriye kalan miktarı atılmalıdır (62).

2.4. Emzirme Danışmanlığı

Emzirme hakkındaki sorunların bu konuda eğitim almış profesyoneller tarafından çözülmesine “emzirme danışmanlığı” denilmektedir (71). Danışmanlık eğitimleri almış, doğru ve güncel bilgilere sahip sağlık çalışanları tarafından verilen danışmanlık ve eğitim, anne adayının emzirmeye yönelik “niyetini” güçlendirir (72-73). Anne sütü ile beslenmenin sürdürülmesi, etkili ve doğru teknikle emzirme, anneye gerekli davranış ve tutumların öğretilmesi danışmanlıkla sağlanır (74). Verilen uygun danışmanlık ve destek sayesinde bebeklerin “sadece anne sütü” ile beslenmesi yönündeki süreler de uzatılmaktadır (73).

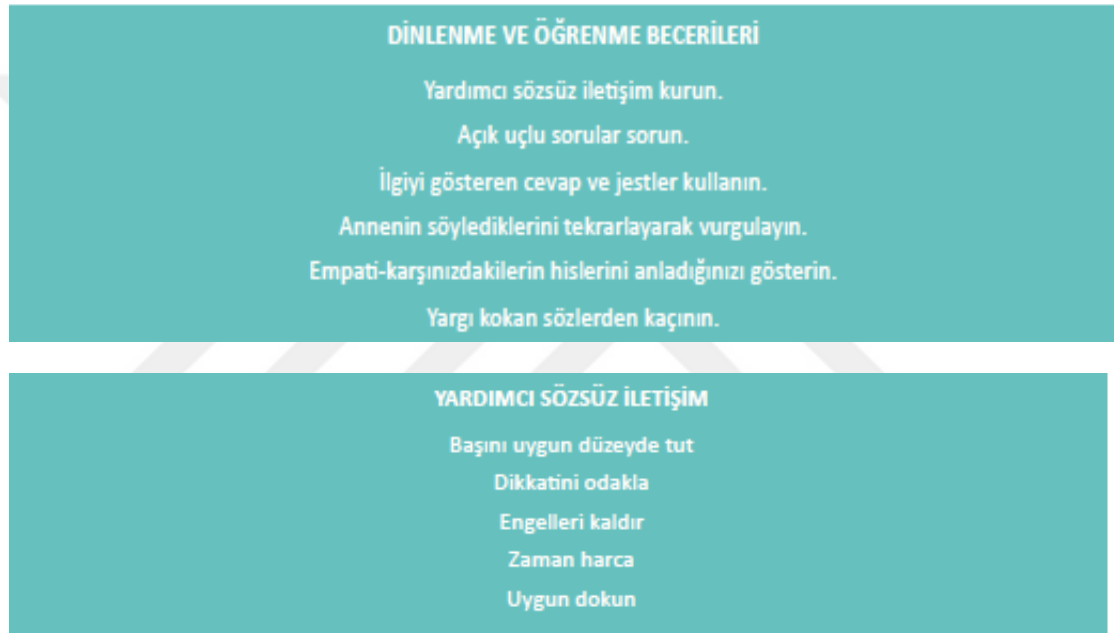
Gebeliğin 32. haftasından başlayarak bütün gebelik izlemleri ile doğumdan sonra lohusalık takiplerinde ve yeni doğanın 2 yaşına kadar olan aşılama ve büyüme takiplerini de içeren bebek takiplerinde emzirme ile ilgili bilgilendirme ve değerlendirme yapılması gereklidir (75-76). Bebeklerin doğum sonrası takiplerinde ağırlığına göre büyüme eğrileri takip edilerek yeterli düzeyde anne sütü alıp almadığı değerlendirilmelidir (75,77). Eğer bebeğin kilo alımı iyiye anneye sütünün yeterliliği konusunda ve formül süt desteği gerekli olmadığı konusunda güven verilmelidir (78). Annelerin her türlü kaygılarını, neler hissettiklerini, emzirme hakkındaki bilgi ve tecrübelerini gösterme olanağı sağlayan emzirme danışmanlık görüşmeleri annelere emzirme konusunda özgüven vermektedir (74).

Doğum sonrası ilk birkaç hafta erken dönemde emzirme problemlerini ve emzirme ile ilgili zorlukları tespit etmede en kritik dönemdir. Emzirme tekniği (annenin bebeği memeye tutuşu, bebeğin memeye yerleşmesinin uygunluğu, emzirme süresi ve sıklığının yeterliliği), meme ile ilgili sorunlar (düz veya çökük meme başı varlığı, ağrılı meme başı ve meme başı çatlağı, dolu meme veya memede tıkanıklık), annenin ilaç kullanması gibi durumlar sağlık profesyonellerince değerlendirilmelidir (74,79). Emzirme ile ilgili sorunu olan hem anne hem de bebeğe acil müdahale ederek uygun yaklaşım ile sorunu çözmenin emzirme süresini ve emzirme kapasitesini artırdığı gözlenmiştir (77,79).

Etkili bir emzirme danışmanlığı hizmeti dinleme ve öğrenme becerileri ile özgüven kazandırma ve destek verme becerileri olmak üzere dört temel danışmanlık özelliğinin doğru kullanılması ile olasıdır (71,80).

Dinleme ve öğrenme danışmanlık becerileri anneyi konuşması için cesaretlendirecek sözlü ve sözsüz iletişim yöntemlerinden yararlanılarak başlar. Anneyi konuşmaya yönlendirecek ve kaygılarını dile getirmesine yardımcı olacak açık uçlu sorular (örn: “Bebeğinizi nasıl emziriyorsunuz?”) sorarak devam eder (74,81). Annenin emzirme ile ilgili endişe ve duyguları dinlenirken ilgilendiğini gösteren cevap ve jestler yapılarak anne konuşmaya teşvik edilmelidir. Annenin söylediğini kendi cümlelerimizle farklı bir şekilde tekrar etmek onu dinlemiş olduğunuzu gösterir ve anneyi daha fazla konuşmak için cesaretlendirir (74). Annenin hissettiklerini annenin bakış açısıyla anlamayı ifade eden “**empati**” annenin danışmanına olan güvenini arttırarak daha fazla bilgi paylaşmasına sebep olacaktır

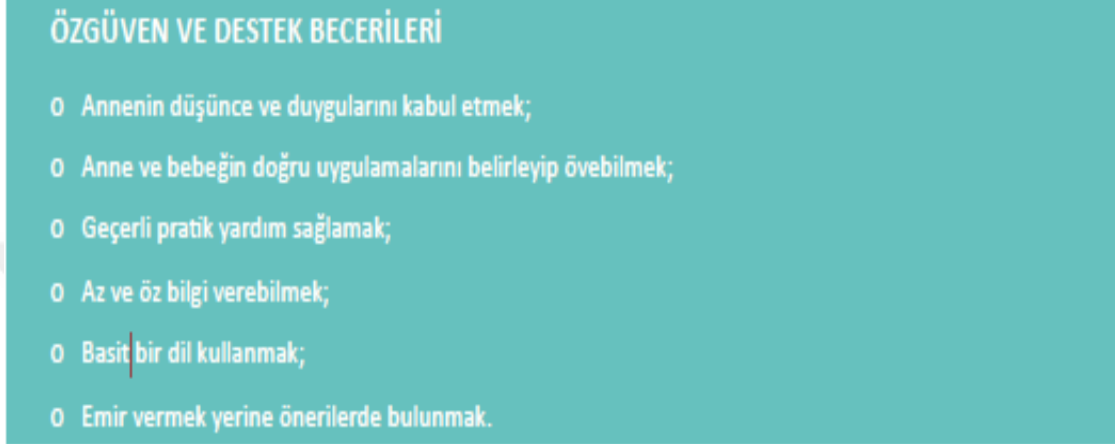
(74). Empati göstermek annenin duygularını, düşüncelerini ve bakış açısını yargılamadan yaklaşmayı gerektirir. Eleştirmenin aksine saygı duyan ve ılımlı bir yaklaşımı gerektirir. Danışmanın empati göstermesi, kişi ile aynı fikri paylaştığı anlamına gelmez. Sadece farklı davranan ve düşünen kişileri kabullenmeyi içerir (81). Annenin paylaşımları karşısında doğru, yanlış, iyi, kötü, yeterli, uygun gibi yargı sözcüklerini kullanmak ve ya bu sözcükleri içeren soru sormak (örn: “Bebeğiniz iyi emiyor mu?”) annenin kendini kötü hissetmesine ve hatalı görmesine yol açabilir. Olumlu ortamı yaratmak için açık uçlu sorular (örn: “Emzirme nasıl gidiyor”) sormalıdır (74).



Şekil 9. Dinleme ve öğrenme becerileri

Özgüven ve destek danışmanlık becerileri ile emzirme konusunda kendine güvenini yitiren anne desteklenmelidir. Annenin kendisini iyi hissetmesini sağlamak, özgüvenini kazandırmak ve sütüne güvenini arttırmak bebeğin ideal beslenmesini sürdürmek açısından çok önemlidir (74). Annenin kendine yeterliliği desteklenmeli, öz yeterliliği ve güveninin artması için olumlu davranışları pekiştirilmelidir (81). Annenin doğrularını ön plana çıkarmak, onun olumlu tutumunu sürdürmesini desteklerken, kendine güvenini arttırıp sizi daha iyi dinler hale gelmesine yol açacaktır. Emzirmeyle ilgili hatalı bir düşünceye sahipse onu yargılamadan, emzirmeye olumsuz etkisi olan tutum ve davranışları düzeltmek gerekir. Bunun için

konuyla ilgili geçerli bilgi az ve öz şekilde, sade bir dille verilmelidir. Her karşılaşmada bir ya da iki tutum, davranışı basit uygulamalarla, emir vermeden, seçenek varsa kararı kendisine bırakarak, sadece önerilerde bulunmak annenin emzirme becerisinin arttırmasına yol açacaktır. Böylelikle kendine güveni artan annenin çevrenin olumsuz tutumlarından etkilenmesi azalacaktır (74,82).



Şekil 10. Özgüven ve destek becerileri

2.5. Başarılı Emzirmenin On Adımı

2.5.1. Birinci ve İkinci Adım: Emzirme Politikası ve Sağlık Personelinin Eğitilmesi

Tüm sağlık kuruluşlarında annelerle, gebelerle, yeni doğanlarla ve çocuklarla ilgili olan bütün sağlık personelinin görebileceği ve 10 adımın tamamını içeren ve emzirmeyi destekleyen bir yazılı emzirme politikası asılmalıdır. Böylece emzirme politikası yazılı hale getirilmiş olur ve bu politikadan bütün sağlık personeli ve hastaların haberdar olması sağlanır. Emzirme politikası hazırlanırken gerekirse yerel ve ulusal emzirme durumunu gösteren veriler ve mama kodları ile ilgili bilgiler de yazılmalıdır. Tek başına yazılı emzirme politikasının olması emzirmenin başlatılmasını etkilememektedir. Hastane çalışanlarının yeterince eğitilmesi ve emzirme politikasını öğrenerek uygulamalarının sağlanması gereklidir. Uluslararası mama kodları ve anne sütü muadillerinin pazarlanması ile ilgili yasa ve yönetmeliklerin de uygulanması da sağlanmalıdır. Gebelerle, annelerle, yeni doğanlarla ve çocuklarla teması olan bütün sağlık personeli en az 17 saat teorik-3

saat pratik olacak şekilde emzirme ve laktasyon yönetimi konusunda hizmet içi eğitim almalıdır (83).

2.5.2. Üçüncü Adım: Gebelerin Anne sütü ve Emzirme Konusunda Eğitilmesi

Antenatal bakım veren tüm sağlık kuruluşlarında gebelere anne sütünün faydaları ve emzirme tekniği ile ilgili eğitim verilmelidir. Gebeler ve yeni doğum yapan anneler anne sütünün bebek ve kendileri için faydalarından en az iki tanesini söyleyebilmeli ve aynı odada kalmanın, bebeği her istediğinde emzirilmesinin önemini, sütün yeterli olup olmadığından nasıl emin olacağını ve emzirirken doğru kavrama ve pozisyon vermeyi ifade edebilmelidir (83). Emzirme süresini ve pratiğini etkileyen faktörler hakkındaki bilgilerin artması ve emzirmenin erken kesilmesine neden olan risk faktörlerinin belirlenmesiyle, emzirme eğitimin gerekliliği ortaya çıkmıştır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki eğitim-destek sistemi yerine getirildiğinde yüksek oranda emzirme süresi ve yüzdesine ulaşılmaktadır (84,85)

2.5.3. Dördüncü Adım: Erken Tensel Temas ve Emzirmeye Erkenden Başlanması

Doğumun hemen ardından anne ile bebek arasında ten teması kurulması ve annenin bebeğini emzirmeye erkenden başlaması; iki önemli bakım müdahalesidir. Doğumdan hemen sonra bebeğin annesiyle kesintisiz ten teması kurması; yenidoğanda doğal olarak bulunan meme arama refleksi güçlendirir, bu refleks meme emme davranışının yerleşmesine yardımcı olur. Bunun yanı sıra, yenidoğanda bağırsak florası (mikrobiyom) gelişimine de destek olur ve hipotermiyi önler. Bebeğin memeyi emmeye erkenden başlaması, memede süt üretimini tetikler ve laktogenezi hızlandırır. Dolayısıyla ten teması ile süt üretimini tetikleyerek süt oluşumunu sağlamak, emzirmenin başarısı açısından kritik bir öneme sahiptir. Erken dönemde emzirme bağlanmayı sağlar, emzirmenin başarılı olma şansını artırır ve genellikle emzirme süresinin uzamasını sağlar (83,86).

2.5.4. Beşinci Adım: Annelerin Emzirme ve Sütlerini Sağma Konusunda Bilgilendirilmesi

Anne sezeryan ile doğum yapmışsa veya hastaysa veya bebek hasta veya düşük doğum ağırlıklı ise emzirme başarısı tehlikeye girmektedir. Bunu önlemek için sağlık personeli (hemşire-ebeler) doğumdan hemen sonra anneleri bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda desteklemeli ve emzirmenin sürdürülmesi için elle nasıl sütlerini sağabileceklerini öğretmelidirler (83). Trajanovska ve arkadaşlarının yeni doğan yoğun bakım ünitesinde takip edilen bebekler üzerinde yaptıkları bir çalışmada hastanede kaldıkları süre içinde anne sütü alan bebeklerin taburcu olduktan sonra daha uzun süre emzirildikleri gözlenmiştir (87).

2.5.5. Altıncı Adım: Yenidoğanlara İlk Besin Olarak Anne Sütü Verilmesi

Yenidoğan bebeklere tıbbi olarak gerekli olmadıkça anne sütü dışında herhangi bir yiyecek veya içecek verilmemelidir (83). Doğum servislerinde yenidoğan bebeklere anne sütünden önce (prelakteal beslenme) veya anne sütü alırken hazır mama, şekerli su ve benzerlerinin verilmesi yaygın bir uygulamadır. Bu uygulama emzirmenin erken dönemde sonlandırılmasıyla ilişkili bulunmuştur (83). Yapılan çalışmalarda prelakteal gıda verilmesinin emzirme süresini kısalttığı, özellikle tek başına anne sütü ile beslenmeyi olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Ayrıca anne sütü dışında bebeğe verilen prelakteal gıdalar özellikle kötü hijyen koşullarında hazırlanmışsa diyare, menenjit, sepsis gibi enfeksiyon hastalıkları riskinde artışı da beraberinde getirmektedir (83).

2.5.6. Yedinci Adım: Anne ve Bebeğin Aynı Odada Kalması

Normal bebeği olan annelerin sezaryen ile doğum yapmış olsalar bile 24 saat aynı odada kalmaları sağlanmalıdır. Bu adım aynı zamanda bebeğin her isteyişinde emzirilmesini öneren 8. adım ile de yakından ilişkilidir. Anne ve bebek ayrı odalarda kaldığı zaman bebeğin isteğe bağlı emzirilmesi mümkün olmamaktadır. Çünkü anne bebeğini emzirmek için uyandığında bebek eğer başka bir odada kalıyorsa çoğu zaman sağlık personeli tarafından biberonla beslendiği için emmemektedir (83). Anne ile bebeğin aynı odada kalması aynı zamanda sık aralıklarla emzirilmesine ve

dolayısıyla olgun süt salgılanmasının daha erken dönemde gerçekleşmesine neden olmaktadır. Yine anne ile bebek arasındaki duygusal bağlanmayı da güçlendirmektedir (83). Anne ile bebeğin aynı odada kalması (rooming-in) annenin bebeğini daha kolay emzirmesini sağlar. Yapılan çalışmalarda bebeklerin anne ile birlikte yatması ve emzirme arasında olumlu bir ilişki olduğu, annesiyle birlikte uyuyan bebeklerin daha uzun süre emzirildikleri gösterilmiştir (83,88). Anne ile bebeğin aynı odada kalmaması annenin uyku süresini ve kalitesini etkilememektedir. Ancak ayrı odada kalan bebekler daha fazla ağlamakta ve sağlık personeli daha az yanıt verdiği için daha huzursuz olmaktadır (83).

2.5.7. Sekizinci Adım: Bebeğin Her İsteddiği Zaman Emzirilmesi

Normal bebeği olan anneler sezaryen ile doğum yapmış olsalar bile sıklık veya süre bakımından herhangi bir kısıtlama yapmadan bebek her istediğinde emzirmelidirler. Özellikle yenidoğan döneminde eğer bebek çok uzun süre uyumuşsa veya annenin göğüsleri fazla dolmuşsa bebek uyandırılarak emzirilmelidir. Sabit aralıklarla besleme yetersiz süt üretimine neden olmakta ve bu da annelerin yapay beslemeye başlamalarına neden olabilmektedir (83).

2.5.8. Dokuzuncu Adım: Emzirme Dönemindeki Bebeklere Biberon ve Emzik Verilmemesi

Emzirilen bebeklere biberon, yalancı meme veya emzik türünden bir şey verilmemelidir. Biberon veya emzik emme mekanizması, anne memesini emme mekanizmasından farklıdır. Biberon veya emzikte areolayı kavrama işlevi yoktur. Bu nedenle bu tür emmeye alışan bebekler anne memesini emmeyi reddedebilir (emme şaşkınlığı). Biberon ve emzik bebeğin emme gücünü zayıflatarak süt üretiminde azalmaya neden olmaktadır. Eğer bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda veya sağılmış anne sütü vermek gerekiyorsa biberonla değil fincanla veya kaşıkla verilmelidir (89).

2.5.9. Onuncu Adım: Emzirmenin Desteklenmesi ve Sürdürülmesi

Emzirmenin sürdürülmesi için sadece doğum öncesi emzirme eğitimi yeterli değildir. Doğumdan sonra emzirme sırasında oluşabilecek sorunlarla baş etme konusunda annelerin desteklenmesi gerekmektedir (90). Pek çok toplumda bu destek aile bireyleri ve yakın akrabalar tarafından sağlanmaktadır. Sağlık personelinin, özellikle anne olan arkadaşlardan, kendi annesi ve çocuğun babasından gelen destek daha önemli olmaya başlamıştır. Bazı ülkelerde bu amaçla oluşturulan anne destek grupları emzirmenin desteklenmesi konusunda etkili olabilmektedir. Başarılı bir emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için, anneler doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrasında sadece aileleri ve toplum tarafından değil, bütün sağlık sistemi tarafından etkin olarak desteklenmelidir (91).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu eğitim-müdahaleli vaka-kontrol çalışması 01.01.2020 - 31.12.2020 tarihleri arasında Adana ili Seyhan ilçesi Rotary Gürselpaşa 1 Aile Sağlığı Merkezi ve Kozan ilçesi 5 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde bulunan toplam 15 birime kayıtlı 18 yaş üzeri 140 anne ile gerçekleştirildi

Bu tez çalışması için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04.12.2019 tarihli, 45 sayılı toplantısında onay alındı (Ek-1) ve araştırma Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütüldü.

Araştırmanın evreninin yukarıda adı verilen iki Aile Sağlığı Merkezlerindeki (ASM) birimlere kayıtlı anneler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem hesabında CDC-Epi-info™ programı kullanılmıştır. %99 güven düzeyinde, %10 hata payıyla, müdahale sonrasında iki grup arasındaki SAS verme farkın 2 katına çıkması öngörülerek, örneklemimiz müdahale ve kontrol gruplarının her biri için 41 kişi olarak hesaplanmıştır. Vaka kaybı olabileceği düşüncesi ile müdahale grubundan 60 anne, kontrol grubunda 90 anne araştırmaya alınması planlanmış, müdahale grubunda 2 vaka kaybı ile 58 anne, kontrol grubunda ise 82 anne ile çalışma tamamlanmıştır.

Müdahale grubunun belirlenmesi; adı geçen her iki ASM birimlerine kayıtlı 32-38. hafta arası gebeliği olan anne adaylarının toplam sayısı belirlendi ve telefon numaraları temin edildi. Kozan 5 nolu ASM'deki 9 birimde kayıtlı 72 gebe, Gürselpaşa ASM'deki 6 birimde kayıtlı 61 gebe telefon ile arandı, çalışma hakkında bilgi verildi ve çalışmaya davet edildi. Emzirme danışmanlığı eğitimi almış 2 hekimden biri Kozan 5 nolu ASM'de araştırmaya katılmayı kabul eden 30 anne ile, diğeri de Rotary Gürselpaşa 1 ASM'de araştırmaya katılmayı kabul eden 30 anne ile müdahale sürecini yönetti. Doğum öncesi anne adaylarına gruplar halinde emzirme eğitimi verildi. Eğitimi tamamlayan annelere mobil bir uygulama üzerinden yine bu iki hekimin yöneticiliğini yaptığı'' Emziren Anneler'' grubu kuruldu, anlık iletişim ve tecrübeli annelerden akran desteği imkanı sağlandı. Eğitim alan anne adaylarından birisinin 36. haftada bebeğinin ex olması ve diğeri de Adana ilinden ikametini taşıması nedeniyle müdahale grubunda 58 anne ile çalışmaya devam edildi. Doğum sonrası her anne-bebek çifti bağlı bulunduğu ASM'de bireysel olarak ilk ay

3 kez sonra her ay birer kez olmak üzere toplamda 8 izlem ve emzirme danışmanlığı aldı. Bebekleri 6. ayını tamamlayana kadar takipleri yapıldı.

Kontrol grubunun oluşturulması; müdahale grubundaki annelerin bebeklerinin 6.ayını doldurmaya başladığı 3 ay süresince (Temmuz-Ağustos-Eylül) adı geçen her iki aile sağlığı merkezine kayıtlı bebeğini 6.ay aşısı ve izlemi için getiren ve çalışmamıza katılmayı kabul eden annelerden oluşturuldu. Kozan 5 Nolu ASM'den 42 anne, Rotary Gürselpaşa 1 ASM'den 40 anne olmak üzere toplam 82 anne çalışmaya dahil edildi. Bebek Dostu Aile Hekimliğinde bireysel emzirme ve anne sütü eğitimi günlük klinik pratik içindeki uygulamalar arasındadır. Çalışmamızda bu duruma dayanarak kontrol grubundaki annelerin de anne sütü ve emzirme eğitimi aldığı kabul edildi. Bebeğinin 6.ay aşısı ve izlemi için aile sağlığı merkezine başvuran müdahale ve kontrol grubundaki annelere kullanılan formlar hakkında ayrıntılı bilgi verilerek katılımcılara yazılı onam formu imzalatıldı (Ek-2) ve uygun bir ortamda araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek anket formu dolduruldu (Ek-3).

Katılımcılardasosyodemografik özellikler, obstetrik özellikler ve gebeliğe ilişkin bilgiler, anne sütünü erken kesme, erken ek gıdaya başlama ile ilgili risk faktörleri, danışmanlık alma durumları ve katılımcıların bebeklerine ilk altı ay sadece anne sütü verme durumlarına ilişkin bilgiler sorgulanmıştır. Ardından Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği (EDSDÖ) uygulanmıştır.

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- ✓ İletişim kurmakta zorluk çekilen kişiler,
- ✓ Gönüllü olur formunu imzalamayanlar,
- ✓ Her ne sebeple olursa olsun görüşmeyi tamamlamayanlar.

I.Müdahale süreci;

Gebelik döneminde yapılan anne sütü ve emzirme eğitimi;

06.01.2020-28.02.2020 tarihleri arasında haftanın her Salı ve Perşembe günü saat 10.00 ile 14.00 saat seçenekleri olmak üzere 6-8 er kişilik eğitim grupları oluşturuldu. Annelere adı geçen ASM'lerde bulunan emzirme odalarında T.C. Sağlık Bakanlığı ve UNICEF'in hazırlamış olduğu Emzirme Danışmanlığı el kitabı temel alınarak, Adana Halk Sağlığı Müdürlüğünden temin edilen anne sütü ve emzirme

eğitimi sunumu 45 şer dakikalık, 2 sunum şeklinde toplam 90dk verildi. Toplantıda ayrıca anne adaylarının kaygılarını, neler hissettiklerini, emzirme hakkındaki bilgi, tecrübe ve düşüncelerini ifade etmelerine olanak sağlandı, anne sütü ve emzirme ile ilgili soruları yanıtlandı.

Eğitimin içeriğinde;

- Anne sütünün yapısı ve önemi
- Emzirmenin anne ve bebek açısından faydaları
- Emzirmeye başlama zamanı, emzirme sıklığı, doğru emzirme tekniği,
- İlk 6 ay sadece anne sütü vermenin ve 2 yaşına kadar emzirmenin devam edilmesinin önemi,
- Emzirme sırasında karşılaşılan sorunlar ve sorunlarla başa çıkma yolları,
- Anne sütünün yeterli olup olmadığının anlamının yolları,
- Anne sütünü sağma ve sağdıktan sonra saklama koşulları,
- Emzirme sırasında biberon ve emzik kullanılmamasının nedeni,
- Emzirme süresince uygulanabilecek kontrasepsiyon yöntemleri konuları yer aldı.

Doğum sonrası dönemde yapılan danışmanlık görüşmeleri;

Doğum sonrası, müdahale grubunu oluşturan 58 anne ve bebeği ile aile sağlığı merkezlerimizde bulunan emzirme odalarımızda en az 30 dakika süren görüşmeler yapıldı.

I. Görüşme (Postpartum 5. gün);

I. Anne ve bebek mahremiyeti sağlanmış bir ortamda nazikçe karşılandı ve uygun iletişim kuruldu

II. Bebeğe tam bir sistemik muayene yapıldı; bebeğin baş çevresi ölçüldü, tartıldı (ilk hafta %5 -7 arası kilo kaybı olabileceği ve 7.günden sonra artı tartıya geçeceği anlatıldı), bebeğin genel görünümüne bakıldı ve fizik muayenesi yapıldı.

III. Aşağıdaki konularda anneye danışmanlık verildi;

Emzirme, gaz çıkarma tekniği, uyku, emzik ve biberon kullanmama, el yıkama, bebek ile sağlıklı iletişim, göbük bakımı, önemli hastalık bulguları ve kazalardan korunma.

IV. Emzirme görüşmesi için emzirme odasına geçildi; Anneyi konuşmaya yönlendirecek ve kaygılarını dile getirmesine yardımcı olacak **açık uçlu sorular soruldu;**”Emzirme nasıl gidiyor?” ,”Son bir saat içinde bebek emdi mi?” ,”Emzirmede güçlük var mı?”,”Bebek emmekten mutlu mu?” ,”Bebeğe başka bir gıda verildi mi?” ,”Memeleriniz ile ilgili bir sorun var mı? “,”Herhangi bir kaygınız var mı?”,”Bir günde kaç kez emzirdiniz?” gibi sorular soruldu.

Emzirme gözlendi: Eğer bebek son 1 saat içinde emmemişse, emzirme odasına geçildi ve annenin bebeğini emzirmesi en az 5 dakika gözlendi.

Emzirme değerlendirildi;”Bebek memeye iyi yapışıyor mu? ,Pozisyonu doğru mu? , Etkin emiyor mu?,Anne bebek bağlanması iyi mi?”değerlendirmesi yapıldı.”Gece ve gündüz 24 saatte en az 8 kez emiyor mu?,Bebek günde ≥ 6 kez idrar yapıyor mu?, Mekonyum çıktı mı?,Gaita sayısı?” ,sorularak anne sütü yeterliliği ve emzirme hakkında bilgi alındı.

Emzirme desteklendi; Olumlu davranışları pekiştirildi, emzirmeye olumsuz etkisi olan tutum ve davranışları yargılamadan, nazıkçe anlatıldı ve doğruları ile düzeltildi. Bebek her istedikçe gece ve gündüz emzirmesi için anne desteklendi.

V. Diğer kontrol için randevu tarihi belirlendi.

II. Görüşme (Postpartum 15.gün) ;

Bebeğin genel fizik muayenesi yapıldıktan sonra bebeğin baş çevresi, boyu ve kilosuna bakıldı (15.gün doğum kilosuna ulaşp ulaşmadığı; anne sütü yeterliliği için önemli bulgulardan). Emzirme değerlendirildi. Bebeğin günlük idrar çıkışı, emzirme sıklığı ve süresi ve emzirme ile ilgili açık uçlu sorular soruldu. Anne, sütünün yeterliliği konusunda desteklendi. Annede doğum sonrası hüznü, sorgulandı. Eş ve aile desteği sorgulandı. Annenin kaygıları giderildi. Aile planlaması yöntemleri hakkında ki düşüncesi soruldu? Diğer kontrol için randevu tarihi belirlendi.

III. Görüşme (Postpartum 1.ay) ;

Genel fizik muayenesi yapıldıktan sonra bebeğin baş çevresi, boyu ve kilosu alındı yeterli büyüme ve gelişme olup olmadığı gözlendi ve büyüme eğrisine kaydedildi. Görme ve işitme değerlendirildi. Büyüme atağı ve formül mama desteği kararının hekim tarafından belirlenmesinin gerektiği ve bebeğin beslenmesinde asıl hedefin ilk 6 ay sadece anne sütü olduğu kararı yenilendi. Annenin sütünün devamlılığı için annenin dengeli ve yeterli beslenmesi hakkında bilgi verildi.

Kullanacağı aile planlaması yöntemi kararı alındı. Anne doğum sonrası depresyonu açısından gözlemlendi ve değerlendirildi.

IV. Görüşme (Postpartum 2.,3.,4.,5.,6.,ay)

Bebeğin her aşlamaları ve büyüme takiplerini de içeren bebek izlemlerinde emzirmeyle ilgili bilgilendirme ve değerlendirme yapıldı. Bebeklerin ayına ve ağırlığına göre büyüme eğrileri takip edilerek yeterli düzeyde anne sütü alıp almadığı değerlendirildi. Eğer bebeğin kilo alımı iyiye anneye sütünün yeterliliği konusunda ve formül süt desteği gerekli olmadığı konusunda güven verildi. Annelerin her türlü kaygılarını, neler hissettiklerini, emzirme hakkındaki bilgi ve tecrübelerini gösterme olanağı sağlayan emzirme danışmanlık görüşmeleri yapıldı ve emzirme konusunda özgüven kazanmaları sağlandı. Emzirme ile ilgili sorunu olan hem anne hem de bebeğe acil müdahale ederek uygun yaklaşım ile sorunlara çözüm bulundu.

DSÖ'nün sadece anne sütü (SAS, exclusive breastfeeding) tanımı ilk 6 ay boyunca vitamin mineral ORS ve ilaçlar dışında su da dahil hiçbir katı-sıvı gıda verilmemesini gerektirmektedir. DSÖ' nün farklı emzirme tanımları da bulunmakta olduğundan, araştırmalarda emzirme tanımına, annenin son 24 saatte bebeğini nasıl beslediği sorgulanarak karar verildi (10,11). TNSA 2018'de annelere bebeklerini son 24 saat içinde nasıl besledikleri sorulmaktadır. Çalışmamızda bu esasa dayanılarak kısa süre hekim kararı ile formül mama başlanan daha sonra sadece anne sütüne devam eden anneler SAS grubu içinde ele alındı.

Bebek Dostu Programı'nın temeli bebek dostu hastanelerde atılmaktadır. Taburculuk sonrasında bebek izlemlerinin birinci basamak sağlık kurumlarında yapıldığı düşünüldüğünde programın sürdürülebilirliği açısından kendi birimlerine bağlı tüm gebe ve bebek izlemlerini yapma zorunluluğu nedeniyle Bebek Dostu Aile Hekimliği büyük önem taşımaktadır. 2016 Anne sütü Üst Komite kararları gereğince Adana ili Altın Bebek Dostu İl Unvanını almıştır. Bu unvana göre il genelindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarının %70'inin bebek dostu olmasının, il merkezindeki tüm hastanelerin, ilçelerde bulunan ve doğum yapılan yada çocuk hastanelerinin %75'inin Bebek Dostu Hastane (BDH) olması kriteri vardır. Unvan 5 yıl süreyle geçerlidir, süre sonunda yeniden değerlendirme yapılır.

3.1. Yapılandırılmış Anket Formu

Hazırlanan veri toplama formunun (Ek-3) sosyodemografik veriler bölümünde katılımcıların sosyodemografik verileri kaydedildi. Bu bölümde yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eşinin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, aylık ortalama gelirleri ve aile tipi ile ilgili 8 soru mevcuttu.

Katılımcılar eğitim durumuna göre hiç eğitim almamış, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu olmak üzere beş grup oluşturuldu. Eşinin eğitim durumuna göre de hiç eğitim almamış, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu olmak üzere beş grup oluşturuldu. Ancak eğitim almamış gruptaki anne ve eş sayısı az olduğu için yeniden anlamlı gruplar oluşturuldu. Eğitim almamış ve ilkokul mezunu olanlar düşük eğitim, ortaokul ve lise mezunları orta eğitim ve üniversite mezunları yüksek eğitim olacak şekilde tekrar üçlü gruplandırıldı.

Çalışma durumuna göre anneler ev hanımı ve çalışan, eşler ise çalışan ve çalışmayan (işsiz) olarak iki gruba ayrıldı.

Gelir durumuna göre aylık 2300 TL ve altında olanlar düşük gelirli, 2300 ile 4000 TL arasında olanlar orta gelirli, 4000 TL üzerinde olanlar yüksek gelirli şeklinde gruplandı. Kişiler aile tipine göre çekirdek aile ve geniş aile olarak iki gruba ayrıldı.

Kişilerin kronik hastalık durumları ile ilgili doktor tarafından konulmuş bir tanısı, ilaç kullanımı olup olmadığı sorgulanarak evet-hayır olarak gruplandırıldı.

Katılımcılara hazırlanan anket formunda obstetrik özellikler ve gebeliğe ilişkin bilgilerin olduğu toplam 14 sorunun olduğu bölümde katılımcıların toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kaçınıcı doğumu olduğu, doğum şekli, anestezi yöntemi doğum haftası, bebeğin doğum kilosu, bebeğin cinsiyeti kaydedildi. Katılımcılara doğumdan önce bebeğini ne kadar istediği sorularak cevaplar hiç istemiyordum, biraz istiyordum, istiyordum, fazla istiyordum, çok fazla istiyordum şeklinde beşli likert olarak gruplandı.

Katılımcıların gebeliğinde sağlık problemi yaşama durumları sorgulanarak cevaplar hiç yaşamadım, biraz yaşadım, orta sıklıkta yaşadım, sık yaşadım, çok sık yaşadım şeklinde beşli likert olarak gruplandı.

Katılımcının bir önceki çocuğu emzirme durumu, emzirdiyse ne kadar süre emzirdiği ve son bebeği ile bir önce ki çocuk arasında ki yaş farkı sorgulandı.

Veri toplama formunda anne sütünü erken kesme, erken ek gıdaya başlama yada hiç vermeme ile ilgili risk faktörleri ile ilgili toplam 15 sorunun olduğu bölümde katılımcıya doğumdan sonra bebeğin hastaneden taburcu edilme süresi, bebeğe hastanede yatış süresi boyunca formül mama verilip verilmediği, doğum sonu emzirilme zamanı soruları sorularak cevapları kaydedildi.

Katılımcılara “İlk altı ay sadece anne sütü bebekler için ne derece önemlidir?” sorusu beşli likert tipi sorgulama ile (1:hiç, 2:biraz, 3:ortaderecede, 4:fazla, 5:çok fazla) soruldu. Anne sütü ve emzirme ile ilgili bilginizi yeterli buluyor musunuz sorusu sorularak 1:hiçyeterlideğil, 2:birazyeterli, 3:ortaderecede, 4:oldukça, 5:çok yeterli şeklinde beşli likert tipi cevaplar oluşturuldu.

“Taburculuk sonrası bebeğinizi emzirir iken sütünüzün yeterli olmadığını düşündünüz mü? ” sorusu sorularak (1:hayır, hiçbir zaman 2:çok sık değil 3:evet bazen 4:evet, çoğu zaman 5:evet, sürekli) şeklinde beşli likert tipi cevaplar oluşturuldu.”

Katılımcının doğum sonrası dönemdeki problemleri çözmek için herhangi bir sağlık personelinden emzirme danışmanlığı aldınız mı?” sorusu sorularak beşli likert tipi şeklinde (1: hiç almadım, 2: biraz, 3: orta derecede, 4: fazla, 5: çok fazla aldım) sorgulandı.

Bebek bakımı, ev işleri için yakınlarından destek alıp almadığı beşli likert şeklinde (1: hiç almıyorum, 2: biraz, 3: orta derecede, 4: fazla, 5: çok fazla alıyorum) sorgulandı. Katılımcının doğum sonrası eşinden ne düzeyde destek aldığı beşli likert şeklinde (1: hiç almadım, 2: biraz aldım, 3: orta derecede aldım, 4: fazla aldım, 5: çok fazla aldım) sorgulandı.

“Katılımcının doğum sonrası dönemde kendinizi ümitsiz, çökkün, kaygılı, mutsuz hissettiniz mi? ” sorusu sorularak (1:hayır hiçbir zaman 2:çok sık değil 3:evet bazen 4:evet çoğu zaman 5:evet sürekli) şeklinde beşli likert tipi cevaplar oluşturuldu.

Katılımcılara hazırlanan anket formunda bebeklerine anne sütü verme durumlarına ilişkin bilgiler ile ilgili toplam 5 sorunun olduğu bir bölüm oluşturuldu. Bu bölümde sadece anne sütü alma süresi, ek gıda başlama zamanı, emzirmeyi

bırakma zamanı ve bebeğini kaçınıcı aya kadar emzirmeyi düşündüğü ile ilgili sorular soruldu. Katılımcılara toplam 46 soruluk anketin ardından ruhsal durumları ile ilgili Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği (Ek-4) uygulanmıştır.

3.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EDSDÖ doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla hazırlanmış bir tarama testidir. Bu ölçekten alınan puanlar ile beraber hastanın genel durumu ve anamnez ile ayırıcı tanıya gidilebilir.

EDSDÖ 10 maddeden oluşan, dörtlü Likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0–3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1. ,2. ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken, 3. 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır ve Türkçe uyarlaması Engindeniz ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Engindeniz’ in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, bu ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,79, iki yarım güvenilirliği 0,80, kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılığı 0,84, özgüllüğü 0,88, pozitif tahmin ettirici değeri 0,69 ve negatif tahmin ettirici değeri 0,94 olarak bulunmuştur. EDDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon $r: 0,7$ ($p<0.001$) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir. EDSDÖ’ nün kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir (26,27).

3.3. İstatistiksel Analizler

Bu çalışmada sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Veriler SPSS 21.0 programında analiz edildi. Çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik verileri, kronik hastalık durumları, obstretrik özellikleri, gebeliğe ilişkin bilgileri, bebeklere ait veriler, anne sütü ile beslenme, ek gıda verilme durumları ve çalışmada kullanılan ölçekten aldıkları puanla ilgili tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Frekans, Oran) yanı sıra niceliksel verilerden iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. İki ya da daha fazla kategorik veri içeren gruplar

arasındaki karşılaştırmalarda Ki-kare testi uygulandı. Sayısal veri içeren iki grup arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasında ise Student t testi uygulandı. Sayısal kabul edilen verilerin birbirleriyle olan ilişkilerinin değerlendirilmesinde Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. P değeri <0.05 olması durumunda aradaki fark anlamlı olarak kabul edildi.



4.BULGULAR

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında %25'i (n=35) düşük eğitilmiş, %28.6' sını (n=40) orta eğitilmiş, %46.4'ü (n=65) yüksek eğitilmiş idi. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığında %20'si (n=28) düşük eğitilmiş, %30.7' si (n=43) orta eğitilmiş, %49.3' ü (n=69) yüksek eğitilmiş idi.

Katılımcıların çalışma durumlarına bakıldığında %56.4' ü (n=79) ev hanımı idi. %27.9' u (n=39) doğumdan önce çalışmakta iken halen işe başlamamış, %15.7'si (n=22) ise doğumdan önce ve halen çalışmakta idi. Katılımcıların eşlerinin çalışma durumuna bakıldığında %1.4' ü (n=2) çalışmıyor, %98.6'sı (n=138) çalışıyordu.

Katılımcılar gelir durumlarına göre gruplandırıldıklarında %19.3' ü (n=27) 2300 TL nin altında (düşük gelirli) , %41'i (n=29.3) 2300 ile 4000 TL (orta gelirli) arasında bir gelire sahip iken %51.4'ü (n=72) 4000 TL'nin üzerinde (yüksek gelirli) gelire sahipti. Katılımcıların aile tipine bakıldığında %87.9' u (n=123) çekirdek aile, %12.1'i (n=17) geniş aile olarak yaşamakta idi.

Tablo 1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler		n	%
Eğitim durumu (n=140)	Düşük Eğitilmiş	35	25.0
	Orta Eğitilmiş	40	28.6
	Yüksek Eğitilmiş	65	46.4
Eşlerinin eğitim Durumu (n=140)	Düşük Eğitilmiş	28	20.0
	Orta Eğitilmiş	43	30.7
	Yüksek Eğitilmiş	69	49.3
Çalışma durumu (n=140)	Ev hanımı	79	56.4
	Doğumdan önce çalışan, işe başlamamış	39	27.9
	Doğumdan önce çalışan, işe başlamış	22	15.7
Eşlerinin çalışma durumu (n=140)	Çalışmıyor	2	1.4
	Çalışıyor	138	98.6
Gelir durumu (n=140)	Düşük gelirli	27	19.3
	Orta gelirli	41	29.3
	Yüksek gelirli	72	51.4
Aile tipi (n=140)	Çekirdek aile	123	87.9
	Geniş aile	17	12.1

Kontrol ve müdahale grubunun eğitim durumları karşılaştırıldığında; kontrol grubunun ortalama skoru $2,15 \pm 0,80$, müdahale grubunun ortalama skoru $2,31 \pm 0,84$ idi. Her iki grubun eğitim durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Eş eğitim durumları karşılaştırıldığında kontrol grubunun ortalama skoru $2,22 \pm 0,79$, müdahale grubunun ortalama skoru $2,40 \pm 0,77$ idi ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Gelir durumları karşılaştırıldığında kontrol grubunun ortalama skoru $2,26 \pm 0,81$, müdahale grubunun ortalama skoru $2,41 \pm 0,73$ idi ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Çalışma durumları karşılaştırıldığında kontrol grubunun %62,2'si ($n=51$) ev hanımı, %37,8'i ($n=31$) çalışıyor, müdahale grubunun ise %43,3'ü ($n=28$) ev hanımı, %51,7'si ($n=30$) çalışıyor idi, istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Eş çalışma durumu karşılaştırıldığında ise kontrol grubunun %98,8'inin ($n=81$) , müdahale grubunun ise %98,3'ünün ($n=57$) eşleri çalışıyor idi ve istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Aile tipleri karşılaştırıldığında kontrol grubunun %91,5'i ($n=75$) çekirdek aile , %8,5'i ($n=7$) geniş aile idi, müdahale grubunun ise %82,8'i ($n=48$) çekirdek aile , %17,2'si ($n=10$) geniş aileden oluşuyor idi ve istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Tablo 2. Kontrol ve müdahale gruplarının bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		Kontrol grubu Ort. Skor $\pm$ SD		Müdahale grubu Ort. Skor $\pm$ SD		Z*	p
Eğitim durumu		2,15 $\pm$ 0,80		2,31 $\pm$ 0,84		-1,299	0,19
Eş eğitim durumu		2,22 $\pm$ 0,79		2,40 $\pm$ 0,77		-1,400	0,16
Gelir durumu		2,26 $\pm$ 0,81		2,41 $\pm$ 0,73		-1,071	0,28
		n (82)	(%)	n (58)	(%)	X ^{2**}	p
Çalışma durumu	Ev hanımı	51	(62,2)	28	(43,3)	2,67	0,10
	Çalışıyor	31	(37,8)	30	(51,7)		
Eş çalışma durumu	Çalışmıyor	1	(1,2)	1	(1,7)	0,61	0,80
	Çalışıyor	81	(98,8)	57	(98,3)		
Aile tipi	Çekirdek	75	(91,5)	48	(82,8)	2,41	0,12
	Geniş	7	(8,5)	10	(17,2)		

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. ** Ki-kare testi uygulanmıştır

Katılımcıların kronik hastalık durumlarına bakıldığında %8.6' sında (n=12) kronik bir hastalık varken, %91.4 ünde (n=128) kronik bir hastalık yok idi.

Katılımcıların ilaç kullanma durumlarına bakıldığında %7.1' inin (n=10) devamlı kullandığı bir ilaç varken, %92.9'unun (n=130) devamlı kullandığı bir ilaç yoktu.

Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalık ve ilaç kullanım durumları

Kronik hastalık ve ilaç kullanım durumları	Var % (n)	Yok % (n)
Kronik hastalık	8,6 (12)	91,4 (128)
Sürekli kullanılan ilaç	7,1 (10)	92,9 (130)

Müdahale ve kontrol grubunun kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanım durumları karşılaştırıldığında; kontrol grubunun %89,0'unda (n=73), müdahale grubunun ise %94,8'inde (n=55) kronik hastalık durumu yok idi ve istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p>0,05).

Kontrol grubunun %91,5'inin (n=75) , müdahale grubunun ise %94,8'inin (n=55) sürekli ilaç kullanımı yok idi ve istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p>0,05).

Tablo 4. Kontrol ve müdahale gruplarının kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanım durumlarının karşılaştırılması tablosu

		Kontrol grubu n=82 (%)	Müdahale grubu n=58 (%)	X²*	P
Kronik hastalık durumu	Var	9 (11,0)	3 (5,2)	1,46	0,36
	Yok	73 (89,0)	55 (94,8)		
Sürekli ilaç kullanımdurumu	Var	7 (8,5)	3 (5,2)	0,58	0,52
	Yok	75 (91,5)	55 (94,8)		

*Ki-kare testi uygulanmıştır

Katılımcıların yaş ortalaması 29.12±4.90 yılı. Kişilerin toplam gebelik sayısının ortalaması 2.06±0.99 idi. Kişilerin yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.77±0.79 idi. Son gerçekleştirilen doğum katılımcıların ortalama 1.80±0.84' uncu doğumu idi. Katılımcıların ortalama doğum yaptıkları hafta değeri 38,45±1,35 idi. Bebeklerin ortalama doğum kilosu 3290,32±505,13 gramdı. Son bebek ile bir önceki çocuk arasındaki yaş farkına bakıldığında bu sürenin ortalama 4.93±3.40 yıl olduğu görüldü. Katılımcıların önceki çocuğunun sadece anne sütü alma süresi 4,53±2,09 ay idi. Önceki çocuğun toplam emzirilme süresi 14,85±8,57 ay idi.

Tablo 5. Katılımcıların yaş, obstetrik, yenidoğan tanıtıcı özellikleri ve gebeliğe ilişkin bilgilere ait tablo

Obstetric Özellikler	Ortalama	SD*
Anne yaşı (yıl)	29,12	4,90
Yaşayan çocuk sayısı	1,77	0,79
Bebeğin doğum haftası	38,45	1,35
Bebeğin doğum kilosu (gr)	3290,32	505,13
Son bebek ile önceki çocuk arasındaki yaş farkı (yıl)	4,93	3,40
Önceki çocuğun sadece anne sütü alma süresi (ay)	4,53	2,09

*SD: Standart Deviasyon

Her iki grubun obstetrik ve gebeliğe ilişkin bilgileri karşılaştırıldığında; kontrol grubunun anne yaş ortalama skor±standart sapması 28,74±4,77, müdahale grubunun anne yaş ortalama skor±standart sapması 29,69±5,08 idi ve istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu (p>0,05).

Kontrol grubunun yaşayan çocuk sayısı ortalama skor±standart sapması 1,83±0,87, müdahale grubunun ortalama skoru ±standart sapması 1,76±0,80 idi ve istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Kontrol grubunun bebeğinin doğum haftası ortalama skoru ±standart sapması 38,30±1,50, müdahale grubunun ortalama skor±standart sapması 38,66 ± 1,12 idi ve istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Kontrol grubunun bebeğinin doğum kilosu ortalama skoru ±standart sapması 3222,32±513,46 (gr), müdahale grubunun ortalama skoru ±standart sapması 3386,47±481,17 (gr) idi ve istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Kontrol grubunun bir önceki çocuğunun sadece anne sütü alma süresi ortalama skoru±standart sapması 4,57±2,36 (ay), müdahale grubunun ortalama skor±standart sapması 4,45±1,7 (ay) idi ve istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo 6. Kontrol ve müdahale gruplarının yaş, obstetrik, yenidoğan tanıtıcı özellikleri ve gebeliğe ilişkin bazı bilgilerinin karşılaştırılması tablosu

	Kontrol grubu Ort. Skor ±SD	Müdahale grubu Ort. Skor ±SD	t*	p
Yaş (yıl)	28,74± 4,77	29,69 ± 5,08	-1,15	0,25
Yaşayan çocuk sayısı	1,83 ± 0,87	1,76 ± 0,80	-0,49	0,63
Bebeğin doğum haftası	38,30 ± 1,50	38,66 ± 1,12	-1,51	0,13
Bebeğin doğum kilosu (gr)	3222,32 ± 513,46	3386,47 ± 481,17	-1,91	0,06
Bir önceki çocuk ile yaş farkı	5,31 ± 3,65	4,35 ± 2,94	1,22	0,23
Önceki çocuğun sadece anne sütü alma süresi (ay)	4,57 ± 2,36	4,45± 1,7	-0,25	0,80

*Student t test uygulanmıştır

Katılımcıların doğum şekline bakıldığında %17.9' u (n=25) normal doğum, %82.1'i (n=115) sezeryan doğum gerçekleştirmiş idi.

Tablo 7. Katılımcıların doğum şekline ait bilgilerin tablosu

n =140		n	%
Doğum şekli (n=140)	Normal doğum	25	17,9
	Sezaryen	115	82,1

Katılımcılar doğumdan sonra bebeklerinin hastaneden taburcu olma süresi yönünden sorgulandığında %85'i (n=119) iki gün yada daha kısa sürede, %15,0'i (n=21) ise bebeklerinin iki günden daha fazla sürede taburcu edildiğini belirtti.

Tablo 8. Katılımcıların bebeklerinin hastaneden taburcu olma sürelerine ait bilgilerinin tablosu

n=140		n	%
Hastaneden taburcu olma süresi	≤48 saat	119	85,0
	>48 saat	21	15,0

Kontrol ve müdahale gruplarının doğum şekilleri karşılaştırıldığında; kontrol grubunun %89,0'u (n=73) , müdahale grubunun ise %94,8'i (n=55) sezaryan doğum yapmış; kontrol grubunun %11'i (n=9),müdahale grubunun ise %5,2'si (n=3) normal doğum yapmış idi ve istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Doğumdan sonra bebeklerinin hastaneden taburcu olma süreleri karşılaştırıldığında; kontrol grubunun %79,3'ü (n=65), müdahale grubun %93,1'i (54) iki gün yada daha kısa sürede taburcu olmuş; kontrol grubunun %20,7'si (17), müdahale grubunun ise %6,9'unun (4) bebekleri hastaneden iki günden daha fazla sürede taburcu edilmişti ve her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,05$).

Tablo 9. Kontrol ve müdahale gruplarının doğum şekli ve doğumdan sonra hastaneden taburcu olma sürelerinin karşılaştırılması tablosu

		Kontrol grubu n=82 (%)	Müdahale grubu n=58 (%)	X ² *	P
Doğum şekli	Normal doğum	9 (11,0)	3 (5,2)	1,46	0,23
	Sezaryen doğum	73 (89,0)	55 (94,8)		
Hastaneden taburcu olma süresi	≤48 saat	65 (79,3)	54 (93,1)	5,10	0,03
	>48 saat	17 (20,7)	4 (6,9)		

*Ki-kare testi uygulanmıştır.

Kontrol ve müdahale grubun ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumları karşılaştırıldığında; kontrol grubunun %43,9'u (36), müdahale grubunun ise %69,0'u (40) bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü vermişti ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var idi ($p<0.05$).

Tablo 10. Kontrol ve müdahale gruplarının ilk 6 ay SAS verme sıklığının karşılaştırılması tablosu

(n=140)		Kontrol grubu n=82 (%)	Müdahale grubu n=58 (%)	X ² *	P
İlk 6 ay sadece anne sütü verme durumu	Hayır	46 (56,1)	18 (31,0)	8,599	0,004*
	Evet	36 (43,9)	40 (69,0)		

*Ki-kare testi uygulanmıştır. * $p<0.01$.

Katılımcıların bebeklerini sadece anne sütü ile beslediği gün ortalaması 130.66 ± 66.13 , 6.aydan önce ek gıda/formül mama başlama zamanı gün ortalaması 134.33 ± 64.13 , emzirmeyi bırakma gün ortalaması ise 90.98 ± 47.62 idi.

Tablo 11. Katılımcıların bebeklerine anne sütü verme süreleri bilgi tablosu

Sadece anne sütü verme süreleri (n=140)	Ortalama	SD*
Sadece anne sütü ile beslendiği süre (gün)	130,66	$\pm 66,13$
6.aydan önce ek gıda/formül mama başlama zamanı (gün)	134,33	$\pm 64,13$
Emzirmeyi bırakma zamanı (gün)	90,98	$\pm 47,62$

*SD: Standart Deviasyon

Her iki grubun bebeklerine anne sütü verme sürelerine ilişkin bilgileri karşılaştırıldığında; kontrol grubunun ilk 6 ay SAS ile besleme süresi ortalama skoru $\pm$ standart sapması $119,36 \pm 64,22$ gün, müdahale grubunun ortalama skoru $\pm$ standart sapması $149,20\pm61,03$ gündü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var idi ($p<0.05$).

Altıncı aydan önce ek gıda /formül mama başlama zamanları karşılaştırıldığında; kontrol grubunun ortalama skoru $\pm$ standart sapması $123,04\pm64,70$ gün, müdahale grubunun ortalama skoru $\pm$ standart sapması $155,61\pm63,55$ gündü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var idi ($p<0.05$).

Emzirmeyi bırakma zamanları karşılaştırıldığında; kontrol grubunun ortalama skoru $\pm$ standart sapması $98,10 \pm 40,70$ gün, müdahale grubunun ortalama skoru $\pm$ standart sapması $83,89 \pm 54,53$ gün idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Tablo 12. Kontrol ve müdahale gruplarının bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü verme süresi bilgilerinin karşılaştırma tablosu

		N	Ort. Skor $\pm$ SD	t*	p
İlk 6 ay sadece anne sütü ile besleme süresi (gün)	Kontrol grubu	81	$119,36 \pm 64,22$	-2,29	0,02
	Müdahale grubu	57	$149,20 \pm 61,03$		
6. aydan önce ek gıda/formül mama başlama zamanı (gün)	Kontrol grubu	81	$118,04 \pm 64,70$	-2,03	0,04
	Müdahale grubu	57	$155,61 \pm 63,55$		
Emzirmeyi bırakma zamanı (gün)	Kontrol grubu	20	$103,00 \pm 34,81$	0,53	0,59
	Müdahale grubu	8	$94,38 \pm 47,62$		

*Student t test uygulanmıştır.

Katılımcıların %84,3'ü (n=118) bebeğini doğum sonrası ilk bir saat içinde, %14,3'ü (n=20) ilk bir saatten sonra, %1,4'ü (n=2) bebeğini hiç emzirmemiştir.

Katılımcıların bebeklerine doğum sonrası verilen ilk besin %87,2'sine (n=122) anne sütü, %12,8'inde (n=18) diğer olarak cevaplanmıştır.

Tablo 13. Katılımcıların doğum sonrası ilk emzirme zamanı ve doğum sonrası verilen ilk besin ile ilgili bilgilerinin tablosu

		n	%
Doğum sonrası ilk emzirme zamanı (n=140)	İlk 1 saat içinde	118	84,3
	İlk 1 saatten sonra	20	14,3
	Hiç emzirmedi	2	1,4
Doğum sonrası verilen ilk besin (n=140)	Anne sütü	124	88,6
	Diğer*	16	11,4

*Sadece anne sütü hariç, formül mama, şekerli su gibi besinler.

Her iki grubun bebeklerini ilk bir saat içinde emzirme durumları karşılaştırıldığında; kontrol grubunun %80,5'i (n=66), müdahale grubunun ise %89,7'si (n=52) bebeklerini ilk bir saat içinde emzirmiş idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Her iki grubun doğum sonrası bebeklerine verilen ilk besin maddesi karşılaştırıldığında; kontrol grubunun %86,6'sı (n=71), müdahale grubunun ise %87,9'u (n=51) bebeklerine doğum sonrası anne sütü vermiş idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Tablo 14. Kontrol ve müdahale gruplarının doğum sonrası ilk emzirme zamanı ve doğum sonrası verilen ilk besin ile ilgili bilgilerinin karşılaştırılması tablosu

		Kontrol Grubu n=82 (%)	Müdahale Grubu n=58 (%)	X²*	P
İlk emzirme zamanı	İlk 1 saat içinde	66 (80,5)	52 (89,7)	2,16	0,16
	İlk 1 saatten sonra	16 (19,5)	6 (10,3)		
Doğum sonrası verilen ilk besin	Anne sütü	71 (86,6)	53 (91,3)	0,05	1,00
	Diğer*	11 (13,4)	5 (8,7)		

*Ki-kare testi uygulanmıştır. *Sadece anne sütü hariç, formül mama, şekerli su gibi besinler.

Katılımcılar bebeklerini ilk altı ay sadece anne sütü ile beslemenin ne derece önemli olduğu sorgulandıklarında %17,1'i (n=24) fazla önemli olduğunu, %82,9'u (n=116) çok fazla önemli olduğunu belirtti. İlk altı ay sadece anne sütünün bebekler için öneminin ortalama skoru; 4.67 ± 0.49 idi.

Katılımcılar anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgilerinin yeterliliği yönünden sorgulandıklarında %2,9' u (n=4) hiç yeterli değil, %2,1'i (n=3) biraz yeterli, %17,1' i (n=24) orta derecede yeterli, %45'i (n=63) fazla yeterli ve %32,9'u (n=46) çok fazla yeterli olduğunu belirtti. Anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgilerinin yeterliliği ortalama skoru; 3.93 ± 0.87 idi.

Katılımcılara’’Bebeğinizin beslenmesinde biberon kullandınız mı?’’ sorusuna %55.7’ si (n=78) hiç kullanmadım, %17.9’u (n=25) biraz kullandım, %12.1’i (n=17) orta sıklıkta kullandım, %10.7’si (n=15) fazla kullandım ve %3.6’sı (n=10) ise çok fazla sıklıkta biberon kullandığını belirtti. Biberon kullanım sıklığı ile ilgili sorunun ortalama skoru; 1.89 ± 1.19 idi.

Katılımcılara’’Taburculuk sonrası bebeğinizi emzirirken sütünüzün yeterli olmadığını düşündünüz mü?’’ sorusuna %32.1’i (n=45) hiç düşünmedim, %11.4’ü (n=16) biraz düşündüm, %24.3’ü (n=34) orta derecede düşündüm, %25.0’ı (n=35) fazla düşündüm ve %7.1’i (n=10) çok fazla düşündüğünü belirtti. Sütünün yeterli olma düşüncesi ile ilgili sorunun ortalama skoru; 1.75 ± 0.44 idi.

Tablo 15. Anne sütünü erken kesme yada ek gıdaya erken başlama ile ilgili risk faktörleri sorularına verilen cevaplar tablosu

(n=140)	1 Hiç % (n)	2 biraz % (n)	3 orta % (n)	4 fazla % (n)	5 ç.fazla % (n)	Ortalama skor* ± SD
Sizce ilk 6 ay sadece anne sütü ile bebekleri beslemek ne derece önemlidir?	0 0	0 0	0 0	17,1 (24)	82,9 (116)	4,67±0,49
Anne sütü ve emzirme ile ilgili bilginizi yeterli buluyor musunuz?	2,9 (4)	2,1 (3)	17,1 (24)	45,0 (63)	32,9 (46)	3,93±0,87
Bebeğinizin beslenmesinde biberon kullandınız mı?	55,7 (78)	17,9 (25)	12,1 (17)	10,7 (15)	3,6 (5)	1,89±1,19
Taburculuk sonrası bebeğinizi emzirirken sütünüzün yeterli olma dığını (yetersiz süt kaygısı) düşündünüz mü?	32,1 (45)	11,4 (16)	24,3 (34)	25,0 (35)	7,1 (10)	1,75±0,44

* Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1:hiç 5:çok fazla 5’li Likert skala ile puanlanmıştır.
SD: Standart Deviasyon

Kontrol ve müdahale gruplarının ilk altı ay sadece anne sütü ile bebeğini beslemenin önemi ile ilgili soruya verdikleri cevapların ortalama skoru karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($Z=-4,51$, $p<0.01$). Bu fark incelendiğinde danışmanlık alan grubun cevap ortalama skoru daha yüksekti.

Kontrol ve müdahale grubunun anne sütü ve emzirme bilgisinin yeterliliği ile ilgili soruya verdikleri cevapların ortalama skoru karşılaştırıldığında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark vardı ($Z=-4,31$, $p<0.01$). Bu fark incelendiğinde danışmanlık alan grup anne sütü ve emzirme bilgilerini daha yeterli bulmuştu.

Kontrol ve müdahale grubunun biberon kullanma sıklığı ile ilgili soruya verdikleri cevapların ortalama skoru karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($Z=-0,74$, $p<0.01$). Bu fark incelendiğinde danışmanlık alan grubun daha az sıklıkta biberon kullandığı görüldü.

Kontrol ve müdahale grubunun yetersiz süt kaygısı ile ilgili soruya verdikleri cevapların ortalama skoru karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok idi ($Z=-0,96$, $p=0,46$). Bu fark incelendiğinde her iki grubunda kaygı düzeyi benzer idi.

Tablo 16. Kontrol ve müdahale gruplarının anne sütünü erken kesme yada ek gıdaya erken başlama ile ilgili risk faktörleri soruları cevaplarının karşılaştırılma tablosu

(n=140)	Kontrol grubu Ort. Skor $\pm$ SD (n=82)	Müdahale grubu Ort. Skor $\pm$ SD (n=58)	Z*	p
İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme ne derecede önemlidir?	4,71 $\pm$ 0,46	5,00 $\pm$ 0,00	-4,51	<0,01*
Anne sütü ve emzirme ile ilgili bilginizi yeterli buluyor musunuz?	3,79 $\pm$ 0,88	4,36 $\pm$ 0,87	-4,31	<0,01*
Bebeğinizin beslenmesinde biberon kullandınız mı?	2,10 $\pm$ 1,31	1,59 $\pm$ 1,03	-0,74	<0,01*
Bebeğinizi emzirir iken sütünüzün yeterli olmadığını (yetersiz süt kaygısı) düşündünüz mü?	2,57 $\pm$ 1,38	2,72 $\pm$ 1,31	-0,96	0,46

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. *p<0.01.

Katılımcıların bebek bakımı ve ev işleri için yakınlarından destek alma durumu sorgulandığında %16,4'ü (n=23) hiç almadığını, %20,0'si (n=28) biraz aldığını, %24,3'ü (n=34) orta derecede aldığını, %22,1' i (n=31) fazla aldığını ve %17,1'i (n=24) çok fazla aldığını belirtti. Yakınlarından destek alma ortalama skoru; 3,02 $\pm$ 1,28 idi.

Katılımcıların doğum sonrası eşinden aldığı destek sorgulandığında %4,3'ü (n=6) hiç almadığını, %10,0' u (n=14) biraz aldığını, %34,3'ü (n=48) orta derecede

aldığını, %25,7'si (n=36) fazla aldığını ve %25,7'si (n=36) çok fazla aldığını belirtti. Katılımcının eşinden aldığı destek ortalama skoru; $3,40 \pm 1,14$ idi.

Katılımcıların doğum sonrası emzirme danışmanlığı alma durumları sorgulandığında %24,3'ü (n=34) hiç almadığını, %9,3'ü (n=13) biraz aldığını, %15,7'si (n=22) orta sıklıkta aldığını, %25,0'i (n=35) fazla aldığını ve %25,7'si (n=36) çok fazla aldığını belirtti. Katılımcıların danışmanlık alma ortalama skoru; $3,00 \pm 1,48$ idi

Tablo 17. Katılımcıların doğum sonrası sosyal destek ve profesyonel destek (emzirme danışmanlığı) alma durumları bilgi tablosu

(n=140)	1 Hiç % (n)	2 Biraz % (n)	3 Orta % (n)	4 Fazla % (n)	5 Ç. fazla % (n)	Ortalama Skor* ± SD
Bebek bakımı, ev işleri için yakınlarınızdan destek alıyor musunuz?	16,4 (23)	20,0 (28)	24,3 (34)	22,1 (31)	17,1 (24)	$3,02 \pm 1,28$
Doğum sonrası dönemde eşinizden ne düzeyde destek aldınız?	4,3 (6)	10,0 (14)	34,3 (48)	25,7 (36)	25,7 (36)	$3,40 \pm 1,14$
Doğum sonrası dönemde emzirme ile ilgili karşılaştığınız sorunlar için emzirme danışmanlığı aldınız mı?	24,3 (34)	9,3 (13)	15,7 (22)	25,0 (35)	25,7 (36)	$3,00 \pm 1,48$

*Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1:hiç 5:çok fazla 5'li Likert skala ile puanlanmıştır.
SD: Standart Deviasyon

İlk altı ay sadece anne sütü almayan ve alan grup bebek bakımı ve ev işlerinde aile desteği durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($Z=-1,02, p=0,31$).

İlk altı ay sadece anne sütü almayan ve alan grup bebek bakımı ve ev işlerinde eş desteği durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($Z=-0,12, p=0,90$).

İlk altı ay sadece anne sütü almayan ve alan grup emzirme sorunları olduğunda sağlık personelinden emzirme danışmanlığı alma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($Z=-5,65, p<0,01$). Bu fark incelendiğinde ilk altı ay sadece anne sütü alan bebeklerin annelerinin emzirme danışmanlığı alma oranı daha yüksekti.

Tablo 18. İlk 6 ay sadece anne sütü verme durumuna göre sosyal destek ve profesyonel destek (emzirme danışmanlığı) alma durumlarının karşılaştırılması tablosu

(n=140)	İlk 6 ay sadece anne sütü veremeyen Ort. Skor $\pm$ SD (n=64)	İlk 6 ay sadedece anne sütü veren Ort. Skor $\pm$ SD (n=76)	Z*	p
Bebek bakımı ve ev işleri için aile desteği durumu	66,78 $\pm$ 0,46	73,63 $\pm$ 0,00	-1,02	0,31
Bebek bakımı ve ev işleri için eş desteği durumu	70,94 $\pm$ 0,46	70,13 $\pm$ 0,87	-0,12	0,90
Emzirme sorunlarında sağlık personelinin destek (emzirme danışmanlığı) alma durumu	49,93 $\pm$ 1,38	87,82 $\pm$ 1,31	-5,65	<0,01*

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. *p<0.01

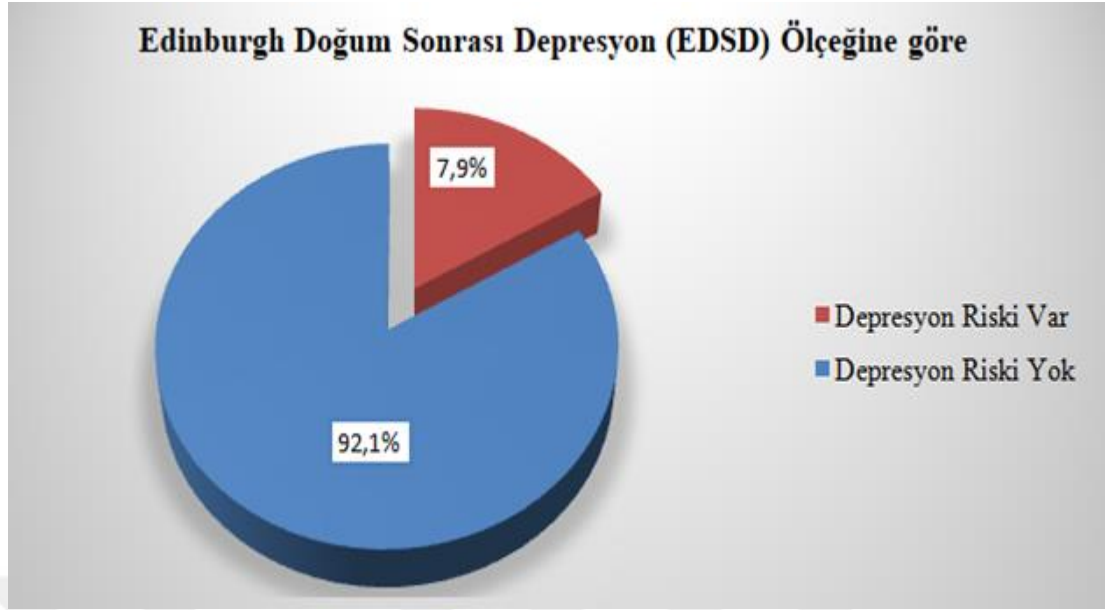
Katılımcıların (n=140) Edinburgh doğum sonrası depresyon (EDSDÖ) ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 8.12 $\pm$ 5.21 idi.

Tablo 19. Katılımcıların Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği puan ortalama tablosu

	Ortalama	SD*
Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği puan ortalaması (n=140)	8,12	$\pm$ 5,21

*SD: Standart Deviasyon

Katılımcılara uygulanan Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği sonuçlarına göre %7,9’unda doğum sonrası depresyon riski var idi.



Şekil 11. Katılımcıların EDSD Ölçeğine göre depresyon risk oranları.

Edinburgh doğum sonu depresyon ölçeği sonuçlarına göre her iki grup karşılaştırıldığında control grubunun %8,5'inde (n=7) depresyon riski var iken müdahale grubunun %6,9'unda (n=4) depresyon riski var idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Tablo 20. Kontrol ve müdahale gruplarının Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeğine göre depresyon risklerinin karşılaştırılması tablosu

		Kontrol Grubu n=82 (%)	Müdahale Grubu n=58 (%)	X ² *	P
Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeğine göre depresyon	Yok	75 (91,5)	54 (93,1)	0,13	0,72
	Var	7 (8,5)	4 (6,9)		

*Ki-kare testi uygulanmıştır.

Edinburgh depresyon ölçeği sonuçları emzirmeyi kesmiş ve emzirmeye devam eden iki grubun karşılaştırılmasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark var idi ($p<0.001$).Emzirmeyi kesmiş grupta depresyon riski %23,3 (n=7) iken, emzirmeye devam eden grupta depresyon riski %3,6 (n=4) idi.

Tablo 21. Emzirmeyi bırakmış ve emzirmeye devam eden iki grubun Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeğine göre depresyon risklerinin karşılaştırılması tablosu

		Emzirmeyi bırakmış n=30 (%)	Emzirmeye devam eden n=110 (%)	X ² *	P
Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeğine göre depresyon	Yok	23 (76,6)	106 (96,4)	12,6	<0,01*
	Var	7 (23,3)	4 (3,6)		

*Ki-kare testi uygulanmıştır. *p<0.01

Altıncı aydan önce formül mamaya başlayan 64 katılımcının erken formül mama başlama nedenleri sorgulandığında; süt gelmemesi/anne sütü yetersizliği, yetersiz süt kaygısı, bebeğin yeterli kilo almaması, bebeğin yeterli emmemesi, meme ucunda çatlak/ağrı/hassasiyet ve annenin işe geri dönmesi en sık nedenler arasında idi. Bu nedenlerin her iki grup arasında karşılaştırılması yapıldığında aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Kontrol ve müdahale gruplarının beyan ettiği anne sütü yetersizliği nedeni karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($X^2=10,7$, $p<0.01$). Bu fark incelendiğinde kontrol grubunda daha fazla anne sütü yetersizliği nedeniyle formül mamaya başlanmış idi.

Kontrol ve müdahale grubunun beyan ettiği yetersiz süt kaygısı nedeni karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($X^2=9,31$, $p<0.01$). Bu fark incelendiğinde kontrol grubundaki annelerde daha fazla yetersiz süt kaygısı nedeniyle formül mamaya başlanmış idi.

Kontrol ve müdahale grubunun beyan ettiği bebeğin yeterli emmemesi nedeni karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($X^2=4,92$, $p<0.03$). Bu fark incelendiğinde kontrol grubundaki annelerin bebeğinde daha fazla bebeğin yeterli emmesi nedeniyle formül mamaya başlanmış idi.

Kontrol ve müdahale grubunun beyan ettiği bebeğin yeterli kilo almaması nedeni karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($X^2=4,58$, $p<0.04$). Bu fark incelendiğinde kontrol grubundaki annelerin bebeklerinde yeterli kilo almaması nedeniyle formül mamaya başlanma oranı daha fazla idi.

Kontrol ve müdahale grubunun beyan ettiği meme ucunda çatlak/ağrı nedeni karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($X^2=4,09$, $p<0.04$). Bu

fark incelendiğinde kontrol grubundaki annelerde daha fazla meme ucunda çatlak/ağrı/hassasiyet nedeniyle formül mamaya başlanmış idi.

Tablo 22. Kontrol ve müdahale gruplarının beyan ettiği 6.aydan önce ek besin/formül mama verme nedenlerinin karşılaştırılması tablosu

		Kontrol grubun=46 (%)	Müdahale grubun=18 (%)	X²*	P
Süt gelmemesi/Anne sütü yetersizliği	Hayır	20 (43,0)	15 (88,2)	10,07	<0,01*
	Evet	26 (56,5)	2 (11,8)		
Yetersiz süt kaygısı	Hayır	28 (60,9)	17 (94,44)	9,31	<0,01*
	Evet	18 (39,1)	1 (5,56)		
Bebeğin yeterli emmemesi	Hayır	35 (76,1)	17 (94,44)	4,92	0,03
	Evet	11 (23,9)	1 (5,56)		
Bebeğin yeterli kilo almaması	Hayır	41 (89,1)	12 (66,7)	4,58	0,04
	Evet	5 (10,9)	6 (33,3)		
Meme ucunda çatlak/ağrı/hassasiyet	Hayır	37 (80,4)	18 (100,0)	4,09	0,04
	Evet	9 (19,6)	0 (0,0)		

*Ki-kare testi uygulanmıştır. *p<0.01

Çalışmamızda yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre annenin emzirme bilgi durumu ile bebeğine sadece anne sütü verme süresi arasında pozitif yönde orta kuvvette anlamlı bir ilişki mevcuttu ($r= 0.425$, $p<0.001$).

Annenin sütünün yeterli olmadığı düşüncesi (yetersiz süt kaygısı) ile annelerin bebeklerine sadece anne sütü verme süreleri arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı, orta kuvvette bir korelasyon saptandı ($r= -0.39$, $p<0.001$).

Doğum sonu ilk emzirme zamanı ile annelerin bebeklerine sadece anne sütü verme süreleri arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı, zayıf kuvvette bir korelasyon saptandı ($r= -0.182$, $p<0.05$).

EDSDÖ puanı ile annelerin bebeklerine sadece anne sütü verme süreleri arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı, orta kuvvette bir korelasyon saptandı ($r= -0.278$, $p=0.001$).

Annenin doğum öncesi emzirme eğitimi alma durumu ile emzirme bilgisini yeterli bulma derecesi arasında pozitif yönde orta kuvvette anlamlı bir ilişki mevcuttu ($r= 0.425$, $p<0.001$).

Annenin doğum öncesi emzirme eğitimi alma durumu ile doğum sonu ilk emzirme zamanı arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı, zayıf kuvvette bir korelasyon saptandı ($r= 0.158, p=0.05$).

Annenin emzirme bilgi durumu ile annenin sütünün yeterli olmadığı düşüncesi (yetersiz süt kaygısı) arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı, orta kuvvette bir korelasyon saptandı ($r= -0.218, p<0.05$).

Annenin emzirme bilgi durumu ile EDSDÖ puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı, orta kuvvette bir korelasyon saptandı ($r= -0.21, p<0.01$).

Doğum sonu ilk emzirme zamanı ile EDSDÖ puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı, orta kuvvette bir korelasyon saptandı ($r= -0.265, p<0.01$).

Annenin sütünün yeterli olmadığı düşüncesi (yetersiz süt kaygısı) ile annenin emzirme bilgi durumu arasında negatif yönde orta kuvvette anlamlı bir ilişki mevcuttu ($r=-0.218, p=0.01$).

Annenin sütünün yeterli olmadığı düşüncesi (yetersiz süt kaygısı) ile EDSDÖ puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı, orta kuvvette bir korelasyon saptandı ($r= -0.354, p<0.001$).

Tablo 23. Katılımcıların bebeklerine sadece anne sütü verme süreleri ile annenin doğum öncesi emzirme eğitimi alma ve emzirme bilgi durumu, doğum sonu ilk emzirme zamanı yetersiz süt kaygısı ve EDSD ölçek puanları korelasyon tablosu

		Sadece anne sütü verme süresi	Doğum öncesi emzirme eğitimi alma durumu	Annenin emzirme bilgi durumu	Doğum sonu ilk emzirme zamanı	Annenin sütünün yeterli olmadığı düşüncesi (ysk)	EDSDÖ Puanı
Sadece anne sütü verme süresi	r	-	0.101	0.425⁺⁺	-0.182	-0.395⁺⁺	-0.278
	P	-	0.235	<0.001⁺⁺	0.032	<0.001⁺⁺	0.001
Doğum öncesi emzirme eğitimi alma durumu	r	0.101	-	0.204	0.158	-0.45	0.27
	p	0.235	-	0.016	0.051	0.597	0.753
Annenin emzirme bilgi durumu	r	0.425⁺⁺	0.204	-	-0.019	-0.218	-0.219
	P	<0.001⁺⁺	0.016	-	0.827	0.010	0.009⁺
Doğum sonu ilk emzirme zamanı	r	-0.182	0.158	-0.019	-	0.94	-0.265
	p	0.032	0.051	0.827	-	0.267	0.002⁺
Annenin sütünün yeterli olmadığı düşüncesi (ysk)	r	-0.395⁺⁺	-0.45	-0.218	0.94	-	-0.354
	p	<0.001⁺⁺	0.597	0.010	0.267	-	<0.001⁺⁺
EDSDÖ Puanı	r	-0.278	0.27	-0.219	-0.265	-0.354⁺⁺	-
	p	0.001⁺	0.753	0.009⁺	0.002⁺	<0.001⁺⁺	-

*Spearman's korelasyon testi kullanılmıştır. r=Spearman's rho katsayısı, †p<0.05, ††p<0.

5. TARTIŞMA

Anne sütünün sayısız immünolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik ve çevresel faydaları vardır ve yenidoğan için doğal, ideal bir besindir (2). Bu nedenle, yeni doğanların ve küçük bebeklerin beslenmesi için en uygun strateji olarak emzirme önerilmektedir. DSÖ, optimum büyüme, gelişme ve sağlığı elde etmek için bebeğin yaşamının ilk altı ayı boyunca yalnızca emzirilmesini önermektedir (5,6). Bu öneriye rağmen, ilk 6 ay SAS çoğu ülkede, emzirmeye başlama oranlarının yüksek olduğu ülkelerde bile nadirdir (6). Etkili eğitim, danışmanlık ve destek programlarının sadece emzirmeyi teşvik etmek için değil, aynı zamanda SAS süresini altı aya kadar uzatmak için de gerekli olduğu düşünülmektedir. Antenatal dönemde verilen anne sütü-emzirme eğitimi ve postnatal dönemde sağlanan emzirme danışmanlığı ile annelerin bebeklerine ilk 6 ay SAS verme durumuna etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubundaki annelerin eğitim durumu, eş eğitim durumu, çalışma durumu, eş çalışma durumu, gelir durumu ve aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Yine her iki gruptaki annelerin yaşları, yaşayan çocuk sayıları, bebeklerinin doğum haftası, doğum kiloları, son bebek ile önceki çocuk arasındaki yaş farkları, önceki çocuklarının sadece anne sütü alma süreleri, doğum şekilleri, kronik hastalıkları ve sürekli ilaç kullanımlarına ilişkin bilgilerinin de istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir. Her iki grup arasında fark olmaması örneklem grubunun araştırma tasarımına uygun olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda annelerin bebeklerine ilk 6 ay SAS verme oranları müdahale grubunda %69, kontrol grubunda ise %43,9 olarak elde edilmiştir. İmdad ve arkadaşlarının 2011 yılında yayınlanan emzirme ve anne sütünü desteklemeye yönelik yapılan müdahalelerin emzirme oranlarına etkisinin araştırıldığı sistematik derlemede; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere yapılmış 268 potansiyel çalışmadan 53'ü değerlendirilmeye alınmıştır. Bu çalışmalardan 32'sindeki müdahaleler postnatal 4-6. haftadaki, 15 çalışmadaki müdahaleler ise postnatal 6. aydaki SAS verme oranlarını geliştirmekte olan ülkelere sırasıyla 1,8 ve 6 kat artırdığı görülmüştür. Gelişmiş ülkelere ise bu oran 1,3 kata kadar çıkabilmiştir. Alt grup analizlerde ise prenatal dönemde verilen danışmanlığın postpartum 4-6.

haftadaki emzirme oranlarına etkili olduğu, prenatal ve postnatal dönemde birlikte verilen danışmanlığın ise ilk 6 ay SAS verme oranlarında anlamlı derecede artma sağladığı bildirilmiştir. Grup danışmanlığının bireysel danışmanlığa göre SAS üzerinde daha etkili olduğu, postnatal 4-6. haftalarda SAS verme sıklığını %68 arttırdığı saptanmıştır. Emzirmeyi teşvik edici müdahaleler ile SAS ve herhangi bir emzirme oranında, gelişmekte olan ülkeler de gelişmiş ülkelere göre daha büyük artış tespit edilmiştir (92). Araştırmaların metodolojik olarak yürütülmesindeki farklılıklar, kadınlar arasındaki temel farkındalık ve eğitim düzeyinin gelişmiş ülkelerdekilere kıyasla daha düşük olması, erken istihdam, formül mamaya erişim kolaylığı ve farklı sosyal ortamlar ülkeler arası farka nedenler olarak sunulmaktadır.

TNSA-2013 (%30) ve TNSA-2018 (%41) sonuçlarıyla karşılaştırıldığında SAS verme oranının çalışmamızda müdahale grubunda (%69) yaklaşık 1,7 kat yüksek olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda elde edilen oran (%43,9) ülkedeki genel yükselişin yansıması olabilir.

Onbaşı ve arkadaşları, 2011 yılında doğum öncesi anne adaylarına verilen emzirme ve anne sütü eğitiminin emzirme davranışları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla Edirne’de 190 gebe ile yaptıkları çalışmada, eğitim grubundaki annelerin %67,8’inin, eğitim almayan gruptaki annelerin ise %28’inin bebeklerini ilk altı ay SAS ile beslediklerini belirlemişlerdir (91). Irmak ve Uzuner’in, 2015 yılında İstanbul’da 134 gebe ile yaptıkları çalışmada prenatal grup eğitimi ve postnatal 2. hafta, 4. ay telefon görüşmeleri ve 2.ayda yüz yüze görüşme ile emzirmeyi destekleyen müdahalenin sonucu olarak annelerin bebeklerine ilk 6 ay SAS verme oranları müdahale grubunda %42,9, kontrol grubunda ise % 22,3 olarak elde edilmiştir (93). Yurtsal ve Kocaoğlu’nun, 2015 yılında 35 hafta üzeri 76 gebe ile prenatal eğitim ve postnatal 6.aya kadar devam eden 4 telefon ve 6 ev ziyareti ile yaptıkları emzirme danışmanlığı sonucunda 6.ayda SAS verme oranı deney grubunda %94,7, kontrol grubunda ise %26,3 olarak belirlemişlerdir (94). Gölbaşı ve arkadaşları, 2019 yılında postpartum 2 ay süresince kısa mesaj ve telefon aramaları ile desteklenen emzirme danışmanlığı sonucunda müdahale grubunun %74,4’ü ilk altı ay SAS verirken, kontrol grubunda bu oran %36.2 olarak belirlenmiştir (95).

İlk 6 ay SAS verme oranlarını artırmada hangi müdahalenin daha etkin olduğunda yönelik çalışmalar incelendiğinde; Wong ve arkadaşları, 2015 yılında

yayınlağığı sistematik derlemede bireysel ve grup çalışmalarının standart eğitimle karşılaştırıldığı 12 çalışmanın 4’ünde prenatal grup eğitiminin emzirme suresi ve SAS sıklığını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (96). Derlemenin sonunda grup eğitiminin mi yoksa bireysel eğitimin mi daha etkili olduğunun kıyaslanabileceği yeterli örneklem ve kaliteye sahip çalışma bulunamadığı bildirilmiştir. Ayrıca bu derlemede prenatal dönemde verilen eğitimin sadece 3 aya kadar etkili olduğu bulunmuş, sadece iki çalışmada etkiler 6 aya kadar surmıştır. Jolly ve arkadaşlarının, 2012 yılında yaptıkları sistematik derlemede sağlık çalışanlarının ve akranların desteğini bir araya getiren müdahalelerin, emzirmenin arttırılmasında etkili olabileceği sonucuna ulaşmışlardır (97).

Çalışmamızda müdahale grubuna mobil uygulama aracılığıyla ‘‘Emziren Anneler’’ adlı grup kurularak annelere hem akran hem de anlık müdahale ile telefon desteği imkanı sağlanmıştır. Gelişen teknolojiyle birlikte eğitim-destek müdahale çalışmalarının içine telefon görüşmeleri de girmiştir (98). Yetişkin eğitim ilkelerinden sürekli liğin ve motivasyonun devamlılığının sağlanması açısından telefon önemli bir araçtır. Mobil sağlık hizmetleri özellikle sağlık kuruluşuna ulaşımı güç olan bireylerde büyük yarar sağlamaktadır (99,100). Lavender ve arkadaşları, 2013 yılında 12.256 kadını içeren 27 randomize kontrollü çalışmadan elde ettikleri verileri incelemeleri sonucunda; hamilelik sırasında ve doğumdan sonraki ilk altı hafta telefon desteğinin emzirme suresini uzatabileceğini gösteren kanıtlar elde etmişler fakat azalan depresyon skorları, artan emzirme suresi ve genel memnuniyet açısından faydalar bulunmasına rağmen, mevcut çalışmalar kaynaklara yatırımı garanti edecek kadar güçlü kanıt sağlamamıştır (101). Meedya ve arkadaşları, 2010 yılında Sidney’de ebelerin 366 anne adayı ile yaptığı multifaz müdahale içeren ‘‘milky way’’ adını verdikleri çalışmada; ikinci trimesterin başlarında  prenatal emzirme eğitimi ve ardından iki postnatal emzirme danışmanlığı içeren telefon görüşmelerine dayanan araştırmasında müdahale grubundaki annelerde 6. ay SAS verme sıklığı % 54.3 iken kontrol grubunda ise % 31.4 olarak bulunmuştur (98). Ericson ve arkadaşları, 2013 yılında İsveç’te preterm bebeği olan 1116 anne ile yürütülen bir çalışmada müdahale grubu hastaneden taburculuğu sonrasında 14. güne kadar her gün telefonla aranmış, her an ulaşabileceği bir telefon numarası kendilerine verilerek kişi merkezli proaktif telefon desteği sağlanmıştır. Kontrol grubuna ise

sadece ihtiyaç halinde arayabilecekleri telefon numarası verilmiş ve emzirme üzerine etkisi araştırılmış; desteğin emzirme süresini artırdığına dair kanıtlar elde edilmiştir (102). Annelerle anında iletişime geçmeyi sağlayan telefon görüşmeleri, ilk 6 ayda SAS verme oranlarını artırmada başvurulacak emzirme müdahalelerinden biri olabilir.

Çalışmamızda müdahale grubundaki bebeklerin ilk 6 ay SAS alma ortalama süresi $4,9 \pm 2,0$ ay iken kontrol grubunda $3,9 \pm 2,1$ ay olarak bulunmuştur. Onbaşı ve arkadaşlarının, 2011 yılında yaptıkları çalışmada müdahale grubundaki bebeklerin SAS alım ortalama süresi $4,9 \pm 1,8$ ay iken kontrol grubunda $3,2 \pm 2,4$ ay olarak bulunmuştur (91). Irmak ve Uzuner'in çalışmasında ise bebeklerin SAS alım ortalama süresi müdahale grubunda $4,8 \pm 1,8$ ay, kontrol grubunda $3,7 \pm 2,3$ ay bulunmuştur(93). Çalışmamızda elde edilen veriler benzer müdahale çalışma sonuçları ile uyumludur. Emzirme eğitimi ve doğum sonrası destek müdahaleleri alan gruplarda ilk 6 ay SAS verme süresi kontrol gruplarına göre anlamlı derecede daha fazla olduğu sonucu araştırma sonuçlarımızı desteklemektedir.

WHO'ya göre, doğum sonrası ilk 1 saatte emzirmeye başlamak, emzirmenin altın standartıdır ve daha uzun süre anne sütüne devam edilmesinin de en önemli kriterlerinden biri olarak kabul edilmektedir (6,7). Çalışmamızda bebeklerin doğum sonrası ilk 1 saatte anne sütüne başlama oranları müdahale grubunda %89,7, kontrol grubunda %80 olarak belirlenmiştir. TNSA (2018) verilerine göre bebeklerin doğum sonrası ilk 1 saatte emzirilme oranı %71'dir ve emzirmenin erken başlatılması kırsal alanlarda (%67) kentsel alanlara göre (%73) daha az yaygındır. Doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirilen bebeklerin oranı annelerin eğitim düzeyi ile birlikte artmaktadır. Ülkemizde bölgelere göre emzirmenin erken başlatılması Kuzey bölgesinde %65 kadar düşük düzeyde iken Batı bölgesinde %76'ya çıkmakta ve İstanbul'da %80 oranıyla en yüksek seviyededir (9). Yurdakul ve arkadaşlarının, 2005 yılında 92 anne ile Mersin ilinde yaptıkları çalışmada doğum sonrası bebeklerin ilk bir saat içinde emzirilme oranı %69,6 saptanmıştır (103). Yüzügüllü ve arkadaşlarının, 2016 yılında Adana ili Çukurova ilçesinde 284 anne ile yaptıkları çalışmada bebeklerin ilk yarım saat içinde emzirilme oranı %64,1 dir (104). M.Avşar' ın, 2020 yılı Adana ili Sarıçam İlçesi Merkez ve kırsal bölgede 214 anne ile yaptığı çalışmada ise bebeklerin ilk 1 saat içinde emzirilme oranı %72,4

saptanmıştır (105). Çalışmamızda kontrol grubundaki bebeklerin ilk 1 saat içinde emzirilme oranı (%80) Türkiye geneli ilk 1 saat emzirilme oranından yüksek bulunmuştur. Bu durumun çalışmanın yapıldığı ASM' lerin kentsel bölge merkezi konumda bulunması, katılımcı annelerin yüksek eğitim düzeyine sahip olması ve Adana ilinin "Altın Bebek Dostu İl" kapsamında doğum öncesi bakım hizmetlerinde sunulan emzirme eğitiminin etkisinden kaynaklanmış olabilir. Müdahale grubunun ilk 1 saat içinde emzirilme oranının da (%89,7) danışmanlık almayan gruptan daha yüksek olması annelere prenatal dönemde verilen emzirme eğitimi ve postnatal dönemde emzirme danışmanlığı müdahalesinin etkisini göstermekte ve çalışmamızı desteklemektedir.

Yeni doğmuş bebeğin, immünolojik gelişiminin sağlıklı oluşması için verilen ilk besinin anne sütü olması ve doğumdan sonraki ilk 1 saat içerisinde gastrointestinal sisteminin anne sütü ile buluşması önerilmekte iken prelakteal beslenme (yenidoğanların düzenli olarak anne sütü üretilmeden önce herhangi bir yiyecek/sıvı ile beslenmesi) ise önerilmemektedir (106). Çalışmamızda, müdahale grubundaki annelerin %91,3'ü, kontrol grubundaki annelerin %86,6'sı doğum sonrası bebeklerine ilk besin olarak anne sütü vermiştir. Ülkemizde, Onbaşı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarında eğitim grubundaki annelerin %95,6'sı, kontrol grubundaki annelerin %84'ü ilk besin olarak bebeklerine anne sütü vermiştir (91). Bangladeş'te Haque ve arkadaşlarının, 84 anne ile yaptıkları emzirme danışmanlığının 0-5 ay sadece anne sütü alma oranı üzerine etkilerini araştırmak için yaptıkları çalışmada annelerin %98,2'sinin bebeklerine kolostrumu verdikleri bulunmuştur (107). Çalık ve arkadaşlarının, çalışmalarında ise annelerin %76,3'ünün doğumdan sonra bebeklerine ilk besin olarak anne sütü, %14,0'ünün ise formül mama verdiğini belirlemiştir (108). Çalışma sonucumuz, diğer müdahale çalışma sonuçları ile benzer bulunmasına rağmen TNSA (2018) sonucu ile uyumlu değildir. Ülkemizde prelakteal beslenme oranı %42 dir, yani doğum sonrası bebeğe verilen ilk besinin anne sütü olma oranı %58 dir. Pakistan'da Fikre ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmalarında annelerin %41.7' sinin bebeği ilk olarak anne sütü ile beslediği, %24.7'sinin bal; % 17'sinin ghutti denen yerel içecek, %3.3'ünün su ve %3.1'inin inek sütü verdikleri saptanmıştır (109). Dünyada ve ülkemizde ortaya çıkan farklı oranlara eğitim durumunun, sosyoekonomik ve kültürel yapının, coğrafi

konumun, çevresel faktörler ile emzirmeyi destekleyici sosyal alt yapının eksikliği ve hastane politikaları gibi birçok alandaki farklılıkların sebep olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda müdahale grubundaki annelerin bebeklerinde çok daha az sıklıkta biberon kullandığı görüldü. Onbaşı ve arkadaşlarının, çalışmalarında eğitim grubu annelerin hem emzik ve hem de biberon kullanım oranları kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (91). Biberon kullanımı hem emzirilme süresini kısalttığı hem de enfeksiyon hastalıkları sıklığını arttırdığı için önerilmemektedir (110,111). Anne sütünün bebeğe en uygun verilme şekli emzirmektir. Bunun yanında memenin anatomik yapısı meme ucu problemleri ve annenin veya bebeğin birlikte olamaması (annenin çalışması bebeğin yoğun bakım-kuvöz yatış) gibi sebeplerle annenin sütünü sağarak vermesi gerekebilmektedir. Aytekin ve arkadaşları'nın erken doğan bebeklerde sağılan anne sütünün kaşıkla yahut biberonla verilmesi karşılaştırıldığında kaşıkla beslenen bebeklerin tam anne sütüne geçiş başarısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (112). Howard ve arkadaşları'nın yaptığı randomize klinik çalışmada sağılan sütün fincanla verildiği bebeklerin SAS alım süreleri ve emzirme süreleri biberonla verilenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (113). Dunn ve arkadaşlarının doğum sonrası 6. haftada emzirmeye düzenli devam etmeyen kadınların çoğunun başlangıçta biberon kullanan anneler olduğunu bildirmiştir (114). Biberon ve emzik kullanımının yaygın olması emzirmeyi erken sonlandırmanın nedenleri arasındadır (115). Ülkemizde biberon ile beslenme yaygındır. TNSA-2018 verilerine göre ilk altı ayda biberon kullanımı %37'dir. Kondolot ve arkadaşlarının, 2009 yılında Ankara il merkezinde 302 anne bebek çifti ile yaptığı çalışmada biberon kullanım oranı %32,5 idi ve biberon kullanımına ortalama 4,6 haftada başlandığı tespit edildi. Biberon ve emzik kullanımı ilk 6 ay SAS verme süresinin ve sıklığının azalmasında önlenabilir nedenlerden biridir (116).

Çalışmamızda annelerin bebeklerine ilk 6 ay SAS vermelerinin önemi ve emzirme ile ilgili bilgilerini yeterli görme derecelerinin belirlenmesi amacıyla sorulan sorulara verilen cevapların karşılaştırılması sonucunda, müdahale grubundaki annelerin kendilerini anne sütü ve emzirme konusunda daha bilgili bulduğu görüldü. Doğum öncesi emzirme eğitimleri ile doğru emzirme davranışının annelere kazandırılması ve emzirme öz yeterliliğinin artması bebeğin anne sütü alma

süresi ve sıklığını dolayısıyla emzirme başarısını olumlu yönde etkileyecektir (91, 117).

Çalışmamızda bebeklerine ilk 6 ay SAS veren grup ile 6 ay SAS vermeyen grubun doğum sonrası sağlık profesyonellerinden emzirme danışmanlığı alma durumları sorgulandığında; ilk 6 ay SAS veren grubun daha fazla profesyonel destek aldığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar, emzirmenin ve anne sütünün önemi konusunda gebelik döneminde ya da doğum sonrası bilgilendirme yapılsa dahi, emzirmenin öz yeterlilik ve süreklilik arz eden bir davranış olması sebebi ile doğum sonrası 6 aylık süreçte danışmanlık ile desteklenmesinin gerekliliği yönündedir (15,118,119,120). Doğum sonrası verilecek emzirme danışmanlığı ile hem emzirme konusunda verilen eğitimlerin uygulamaya geçip geçmediğinin kontrolü sağlanabilir hem de emzirme sürecinde karşılaşılan sorunlar erken dönemde çözümlenerek annenin öz yeterliliği ve motivasyonunun düşmesi engellenmiş olur (120). Doğum sonrası annelerin sağlık kuruluşlarına başvurma nedenleri ne olursa olsun, bebeklerinin beslenme durumları mutlaka sorgulanmalı, emziren annelere emzirme danışmanlığı yapılmalı, emzirme davranışı gözlemlenmeli ve ebeveynler emzirmenin sürdürülmesi için motive edilmelidir (121).

Çalışmamızda uygulanan Edingburgh doğum sonrası depresyon tarama ölçeği sonucuna göre; katılımcı annelerin postpartum 6. ayda PPD prevalansı %7,9 olarak bulunmuştur. Bulunan değer ülkemizde yapılan çalışmalardaki %6.3 -50.7 arasında değişen PPD sıklığı oranlarıyla uyumludur (122). Ülkemizde Ayvaz ve arkadaşlarının, 2006 yılında Trabzon il merkezinde 132 olgu ile postpartum 6. ayda (EDSDÖ >13) yaptıkları çalışmada PPD prevalansını %11,4 bulmuşlardır (123). Durukan ve arkadaşlarının, 2010 yılında Ankara il merkezinde 708 olgu ile postpartum 2-18. haftada (EDSDÖ >13) yaptıkları çalışmalarında PPD prevalansını %15 bulmuşlardır (124). Literatürde bildirilen PPD sıklığının hem toplumlar arasında hem de ülkemizde farklı çalışmalarda bu kadar değişkenlik göstermesinin sebebi, çalışma dizaynı, değerlendirmenin doğum sonrası farklı zamanlarda ve popülasyonda yapılması; örneklem hacmi, kullanılan metodolojik yöntemlerin ve tanı araçlarının farklılıklarıdır.

Çalışmamızda; Edinburgh doğum sonu depresyon tarama ölçeği sonuçlarına göre kontrol grubunun PPD prevalansı %8,5 iken müdahale grubunun PPD

prevelansı %6,9 idi. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da müdahale grubunda PPD görülme riski kontrol grubuna göre daha az idi. Postpartum depresyon anne sütünün erken kesilmesi için bir risk faktörü olarak tanımlanmış olsa da erken olumsuz emzirme deneyimleri de, postpartum depresyon için bir risk faktörü olabilir (125,126). Dias ve arkadaşlarının yapmış oldukları 71.245 katılımcının değerlendirildiği çok uluslu meta-analiz çalışmasında emzirmenin bırakılması, daha yüksek depresif semptom oranları ve doğum sonrası depresyon oranları ile ilişkilendirilmiştir (127). Yeni çalışmalar, ilişkinin çift yönlü olabileceğini, PPD'nin emzirme oranını azaltabileceğini, emzirme olmamasının da PPD riskini artırabileceğini göstermektedir. Ayrıca, emzirmenin anneyi PPD'ye karşı koruyabileceğine veya semptomların daha hızlı iyileşmesine yardımcı olabileceğine dair bazı kanıtlar vardır (128). Henderson ve arkadaşlarının Avustralya' da 1745 kadın ile yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmada PPD'nin emzirme süresi ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu, herhangi bir zamanda PPD yaşayan kadınların depresyonda olmayan kadınlara göre 1,25 kat daha fazla emzirmeyi bırakma riskinin olduğunu bulmuşlardır (129).

Çalışmamızda doğum sonrası depresyonun emzirme süresi ile olan ilişkisi incelendiğinde emzirmeye devam eden anne grubunda PPD prevelansı %3,6 iken emzirmeyi kesen anne grubunda PPD prevelansı %23,3 bulundu. Bu sonuç emzirmenin postpartum depresyona karşı koruyucu olabileceği savını destekleyebilir. Figueiredo ve arkadaşlarının 181 anne ile yaptığı çalışmada postpartum depresyonun emzirmenin erken bırakılmasına yol açabileceği gibi emzirmeye devam edilmesinin de postpartum depresif belirtilerin seviyelerini azaltabileceği öne sürülmüştür (128).

Çalışmamızda katılımcıların 6. aydan önce bebeklerine ek gıda/ formül mama başlama nedenleri araştırıldığında en sık nedenler sırasıyla; anne sütü yetersizliği, yetersiz süt kaygısı, bebeğin yeterli emmemesi, bebeğin yeterli kilo almaması ve annenin meme ucu sorunları yaşaması olarak bulunmuştur. Anne sütü yetersizliği nedeni ile 6.aydan önce ek gıda/formül mama başlama oranı kontrol grubunda %56,5 iken müdahale grubunda %11,8 bulunmuştur. Hauck ve arkadaşlarının Avustralya' da 2669 kadın ile yapmış oldukları emzirmeyi erken bırakma nedenlerinin araştırıldığı çalışmada emzirmeyi bırakan annelerin erken bırakma

nedenleri % 46,6 yetersiz anne sütü, % 36,3 bebeğe bağlı nedenler, %30.2 annenin emzirmesine bağlı ağrı ve rahatsızlık ve % 18.5 emzirme stresinden kaynaklanan duygusal nedenler olarak bulunmuştur (130). Hornsby ve arkadaşlarının, 221 kadında yapmış oldukları randomize çalışmada emzirmeyi erken bırakmanın nedenleri yetersiz anne sütü (%40), bebeğin emmede zorluk yaşaması (%27), anne veya bebekte tıbbi durum (%18), formül mama kullanımının rahat olması (%14) ve annenin işe dönmesi (%14) olarak bulunmuştur (131). Çatak ve arkadaşlarının, Burdur ilinde 1080 kadın ile yapmış oldukları çalışmada emzirmeyi bırakan annelerin %42.2' si anne sütü yetersizliği, %40.5' i bebeğin emmek istememesi, %8.6' sı gebe kalma, %7.3' ü meme ucu/göğüs sorunu, %6,9' sı bebeğin hasta olması nedeniyle emzirmeyi bırakmış olduğu bulunmuştur (132). Yetersiz süt gelmesi kadınların emzirmeyi bırakması için en yaygın nedenlerinden biridir ve bu neden aslında güçlü bir psikolojik bileşene sahip biyolojik bir faktördür (105). Çünkü, kadınların yaklaşık yarısı bebekleri için sütlerinin yeterli olmadığını düşünür ama sadece %5'inin fizyolojik olarak sütü yetersizdir. Fizyolojik olarak süt üretiminin yetersiz olduğu durumlar ise nadirdir. Yetersiz süt kaygısı (sütünün yetmediği düşüncesi) nedeni ile 6.aydan önce ek gıda/formül mamaya başlama oranı kontrol grubunda %39,1 iken müdahale grubunda %5,5 bulunmuştur. Yüzügüllü ve arkadaşlarının Adana ili Çukurova ilçesinde yaptıkları çalışmada annelerin 6. aydan önce ek gıda verme nedenleri, %45,8'i annenin sütünün yetersiz geldiğini düşünmesi, %23,9'u bebeğin yeteri kadar kilo almaması, %18,4'ü annenin çalışmaya tekrar başlaması, %8,5'i ise diğer nedenler olduğu tespit edilmiştir (107) Çalışmamızda erken ek gıda/formül mamaya başlama ve dolayısı ile anne sütünün erken kesilmesine yol açan yetersiz süt düşüncesi ve anne sütü yetersizliği birbirine girift olmuş iki nedenin oranları danışmanlık almayan anne grubunda oldukça yüksek olduğu görüldü ve elde edilen oranlar diğer çalışma sonuçları ile benzer idi. İlk 6 ay SAS verme ve emzirmenin sürdürülmesine engel olan yaygın sorunların başarılı yönetiminde annenin doğum öncesi anne sütü ve emzirme teknikleri ile ilgili daha kapsamlı bilgilendirilmesi ve emzirmenin her aşamasında karşılaşılabileceği sorunları yönetebilmesi için danışmanlık verilmesi önemlidir.

Çalışmamızda annenin doğum öncesi emzirme eğitimi alması ile emzirme bilgisini yeterli bulması arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edildi. Ayrıca annenin emzirme bilgisini yeterli bulması ile annenin bebeğine sadece anne sütü verme süresine pozitif, sütünün bebeğine yetmeyeceği düşüncesine ise ters yönde ilişki olduğu bulundu.



6. SONUÇLAR

Antenatal dönemde verilen anne sütü-emzirme eğitimi ve postnatal dönemde sağlanan emzirme danışmanlığı ile annelerin bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumuna etkisini araştırdığımız çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Çalışmamızda doğum öncesi annelere verilen anne sütü-emzirme eğitimi ve doğum sonrası bebeğin 6.ayına kadar sağlanan emzirme danışmanlığının müdahale grubundaki annelerin ilk 6 ay SAS verme sıklığında kontrol grubuna göre yaklaşık 1,7 kat artış sağladığı bulundu.
2. İlk 6 ay SAS verme süresinin müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede arttığı bulundu.
3. Doğum sonrası ilk 1 saatte anne sütüne başlama oranları müdahale grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu.
4. Biberon kullanım sıklığının müdahale grubunda kontrol grubuna göre çok daha az olduğu bulundu.
5. Müdahale grubundaki annelerin, kontrol grubuna göre kendilerini anne sütü ve emzirme konusunda daha bilgili bulduğu tespit edildi.
6. İlk 6 ay bebeğine SAS veren anne grubunun, ilk 6 ay SAS vermeyen anne grubuna göre daha fazla emzirme danışmanlığı ve profesyonel destek aldığı tespit edildi.
7. Edinburgh doğum sonrası depresyon tarama ölçeği sonuçlarına göre emzirmeye emzirmeye devam eden annelerde, emzirmeyi kesen annelere göre PPD görülme riskinin daha az olduğu bulundu.
8. Erken ek gıda/formül mamaya başlamanın en sık nedenlerinden olan anne sütü yetersizliği ve yetersiz süt kaygısı sebebinin müdahale grubundaki annelerde kontrol grubundaki annelere göre çok daha az görüldü.

7. ÖNERİLER

Emzirme; anne-çocuk sağlığına yararlarının ötesinde küresel olarak sürdürülebilir kalkınma ve refah için de çok önemli bir eylemdir. Yenidoğanlara ilk 6 ay sadece anne sütü vermekle yani tek bir olumlu sağlık davranışı ile emzirme sürelerinin artırılması dolayısıyla anne-çocuk sağlığı açısından mortalite-morbiditede azalma, çevre kirliliğinde ve ekonomik yükte azalmanın yanı sıra yeni nesillerin bilişsel fonksiyonlarında artma sağlanabilir. Tüm bu yararlı etkileri düşünülerek;

1-Ülkemiz sağlık sistemi içerisinde Bebek Dostu Aile Hekimliği birimleri çalışmamızda ve diğer çalışmalarda etkinliği kanıtlanan emzirmeyi teşvik ve destekleme programlarının benzerlerini birimlerinde uygulayabilir.

2-Özellikle ilk gebeliği olan ve önceki bebekte erken ek gıdaya başlama öyküsü olan anneler tespit edilmeli doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde ayrıca değerlendirilerek bebeklerine ilk 6 ay SAS vermeleri yönünde desteklenmelidirler.

3-Annelerin hafif ve orta şiddeteki doğum sonrası depresyonları yardım arayışı desteklenmediğinde rahatlıkla gözden kaçabilmekte ve kronikleşip hastane yatışlarına, emzirme ve anne-bebek bağlanmasına olumsuz katkıları olabilmektedir. Bu nedenle, perinatal dönemde depresyonun belirlenmesi ve erken tedavisi önemlidir ve birinci basamakta çalışan Aile hekimleri bu konuda uyanık olmalıdır.

4-Özellikle primipar ve emzirmeyi erken bırakma riski olan anneler ile geniş kapsamlı müdahale çalışmaları yapılabilir.

8. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI ve KISITLILIKLARI

1. Çalışmamızın güçlü yanları, yapılan müdahalelerin tamamının birinci basamakta uygulanmış ve günlük pratikte uygulanabilir müdahaleleri içeriyor olması
2. Literatürde yapılan müdahale çalışmalarından farklı olarak doğum öncesi eğitim, telefon ile anlık iletişim imkanı-akran desteği ve bebeğin 6. ayının sonuna kadar emzirme danışmanlığı müdahalelerinin bir arada verilmiş olması
3. Çalışmamızdaki 140 katılımcı sayısının istatistik veriler için yeterli olması
4. Çalışma sonucunun literatür ile benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı çıkması ve yapılan uygulanabilir emzirme teşvik müdahalelerinin etkinliğinin kanıtlanması
5. Çalışmamızın kısıtlılığı doğum öncesi dönemde grup halinde verilen anne sütü ve emzirme eğitiminde öntest ve sontest uygulanmamasıdır. Çalışmamızda heriki grubunda eğitim almış olması, çalışma tasarımıımızın daha çok emzirme danışmanlığı müdahalesi üzerine kurulmuş olması nedeniyle öntest-son test uygulanmadı, oysa ki bebek dostu aile hekimliği günlük rutinde verilen bireysel eğitim ile grup halinde verilen eğitimin etkinliğinin karşılaştırılması için sayısal olarak daha net veriler elde edilebilirdi.

KAYNAKLAR

1. Samur G. Anne Sütü. 1. Baskı, Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008: 7-11.
2. Coutoudis A, Bentley J. Infant Feeding in Public Health Nutrition. In: Gibney MJ, Margetts MB, Kearney JM, Arab L (Eds). Blackwell Publishing Company, Oxford 2004, pp 264-282.
3. Coşkun T. Anne sütü ile beslenme. Katkı Pediatri Dergisi 2003;2:163-83.
4. American Academy of Pediatrics. Work group on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997;100:1035-9.
5. Ball TM, Benett DM. The economic impact of breastfeeding. Pediatr Clin North Am 2001; 48:253-62.
6. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>, 1990 (Erişim tarihi: 24.01.2021).
7. UNICEF and the Global Strategy on Infant and Young Child Feeding (GSIYCF). Understanding the Past-Planning the Future. <http://www.unicef.org/nutrition/files/FinalReportonDistribution.pdf>. Erişim tarihi: 17.03.2021
8. WHO. Breastfeeding. <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>. Erişim tarihi: 17.03.2021
9. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Ankara, Türkiye
10. Şensoy N, Tokuç G, Ekmekçioğlu YA, Özgüner A. Sosyal-kültürel ve ekonomik faktörlerin emzirme süresi üzerine etkileri. Kartal Eğitim ve Araştırma Klinikleri 1996;7: 14,595.
11. Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 226-233.
12. Göksen F. Normative vs. attitudinal considerations in breastfeeding behavior: multifaceted social influences in a developing country context. Soc Sci Med. 2002;54(12):1743-1753.
13. Dias CC., Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. Journal of Affective Disorders 2015;171:142-54.
14. Figueiredo B., Canario C., Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. Psychological Medicine 2014;44(5):927-36.
15. Thurman SE, Allen PJ. Integrating lactation consultants into primary health care services: are lactation consultants affecting breastfeeding success? Pediatr Nurs 2008; 34: 419-Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database Syst Rev 2007; 1: CD001141.
16. Stavros Thomas A. Breast Ultrasound. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004
17. Odar IV. Anatomi Ders Kitabı, 1.cilt. Elif Matbaacılık. Ankara: 1980; 509-512
18. Nuralina L, Boztepe G, Atakan N. Meme ve Meme Başının İnflamatuvar Hastalıkları. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2006; 16: 14-22.
19. Ezgü F. Anne Sütü ile Beslenme, İçinde: Temel Pediatri, Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A(ed), Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2010: ss 44-48. 2

20. Kültürsay N, Bilgen H, Türkyılmaz C, Sağlıklı Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi, Türk Neonatoloji Derneği, 2018.
21. Mübaccel Demirkol, Güliden Hüner. Beslenme. İçinde: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Editörler: Cantez T, Ömeroğlu RE, Baysal SU, Oğuz F. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2003.
22. Gür E. Anne Sütü ile Beslenme. Türk Pediatri Arşivi 2007; 42: 11-15.
23. Irmak N. Anne sütünün önemi ve ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyi etkileyen unsurlar. Jour Turk Fam Phy 2016; 07 (2): 27-31. Doi: 10.15511/tjtfp.16.02627
24. Saner G, Demirkol M, Gökçay G, Günöz H, Hüner G, Garibağaoğlu M. Sağlıklı çocuğun beslenmesi. içinde: Pediatri; Olcay Neyzi, Türkan Ertuğrul, editörler. Nobel Tıp Kitabevleri, 3. Baskı, 2002; 183-203.
25. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a Systematic Review and Meta-Analysis of World Literature. Am J Clin Nutr 2012;95:1113-35.
26. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and Predictors of 6-Mont Exclusive Breastfeeding among Canadian Women: a National Survey. BMC Pediatr 2010; 10: 20-8.
27. Bolat F, Uslu S, Bolat G, Bülbül A, Arslan S, Çelik M, ve ark. İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. Çocuk Dergisi 2011;11(1):5-13.
28. Dashti M, Scott JA, Edwards CA, Al-Sughayer M. Determinants of Breastfeeding Initiation among Mothers in Kuwait. International Breast feeding Journal 2010;5(1):1-9.
29. Cakmak H, Kuguoglu S. Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: an Observational Study Using The LATCH Breastfeeding Charting System. International Journal of Nursing Studies 2007;44(7):1128-37.
30. Fríguls B, Joya X, García-Algar O, Pallás CR, Vall O, Pichini S. A Comprehensive Review of Assay Methods to Determine Drugs in Breast Milk and the Safety of Breastfeeding When Taking Drugs. Analytical and Bioanalytical Chemistry 2010;397(3):1157-79.
31. Büyükkayhan D, Kurtoğlu S. Gebelikte ve laktasyon döneminde ilaç kullanımı. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrival Sciences 2006; 2(5):23-35.
32. Tavoulari EF, Benetou V, Vlastarakos PV, Andriopoulou E, Kreatsas G, Linos A. Factors affecting breast-feeding initiation in greece: What is Important.? Midwifery 2015;31(2):323- 31.
33. Hamade H, Chaaya M, Saliba M, Chaaban R, Osman H. Determinants of exclusive breastfeeding in an urban population of primiparas in lebanon: A Cross-Sectional Study. BMC Public Health 2013;13(1):702.
34. HigginsTM, HigginsST, HeilSH, Badger GJ, Skelly JM, Bernstein IM, et al. Effects of Cigarette Smoking Cessation on Breastfeeding Duration. Nikotin Tob Res 2010;12(5):483-8.
35. Hawkins SS, Griffiths LJ, Dezateux C, Law C. The impact of maternal employment on breast-feeding duration in the uk millennium cohort study. Public Health Nutrition 2007;10: 891-6.
36. Gökdemirel S, Bozkurt G, Gokcay G, Bulut A. Çalışan annelerin emzirme sürecinde yaşadıkları: Niteliksel bir çalışma. Çocuk Dergisi 2008; 8(4):221-34.

37. Desmond D, Meaney S. A Qualitative study investigating the barriers to returning to work for breastfeeding mothers in Ireland. *International Breastfeeding Journal* 2016;11(16):1-9
38. Academy of breastfeeding medicine protocol committee. ABM clinical protocol #8: Human milk storage information for home use for fullterm infants (original protocol March 2004; revision #1 March 2010). *Breastfeed Med* 2010; 5(3):127-30.
39. World Health Organization. Mastitis: Causes and Management. Geneva: World Health Organization, 2000 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66230/1/WHO_FCH_CAH_00.13_eng.pdf.
40. Cullinane M, Amir LH, Donath SM, Garland SM, Tabrizi SN, Payne MS, et al. Determinants of mastitis in women in the castle study: a Cohort Study. *BMC Family Practice* 2015;16(1):1-8.
41. Şen-Oran E, Gürdal SÖ, Soybir GR. Mastitler. *Meme sağlığı dergisi/Journal of Breast Health* 2013;9(1):1-4.
42. Cangöl E, Şahin NH. Emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirme danışmanlığı (Factors Affecting breastfeeding and breastfeeding counselling). *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014; 45(3):100-5.
43. Boskabadi H, Ramazanzadeh M, Zakerihamidi M, Omran FR. Risk factors of breast problems in mothers and its effects on newborns. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014;16(6):e8582(1-6).
44. Labbok MH, Pérez A, Valdes V, Sevilla F, Wade K, Laukaran VH, et al. The Lactational Amenorrhea Method (LAM): A postpartum introductory family planning method with policy and program implications. *Advances in Contraception* 1994;10(2):93-109
45. Şentürk Erenel A. Doğal Bir aile planlaması yöntemi: Laktasyonel amenore yöntemi, *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010;9(4):383- 90.
46. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506
47. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2008;46(1):99- 110
48. Montgomery A, Hale TW, The academy of breastfeeding medicine. ABM Clinical Protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, Revised 2012. *Breastfeeding Medicine* 2012;7(6):547-53.
49. Giray H. Anne sütü ile beslenme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2004;13(1):12-5.
50. Saner G, Durmaz Ö. Ağız Boşluğu. Neyzi O, Ertuğrul T, editör. *Pediyatri*. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2010. p. 917-34.
51. Taşkın LYeni doğanın beslenmesi. Taşkın L, editör. *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. 13. baskı, Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2016. p. 573-603.
52. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a Randomized Trial. *Pediatrics* 2011;128(2):280-8.

53. Atıcı A, Polat S, Turhan AH. Anne sütü ile beslenme. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrival Sciences 2007;3(6):1-5.
54. US Department of health and human services, office on women's health. Your Guide to Breasfeeding, Washington, 2011 <http://www.womenshealth.gov/publications/our-publications/breastfeeding-guide/BreastfeedingGuide-General-English.pdf>
55. Jain S, Parmar VR, Singla M, Azad C. Problems of breast feeding from birth till discharge- - experience in a medical college in chan digarh. Indian J Public Health 2009;53(4):264
56. Maonga AR, Mahande MJ, Damian DJ, Msuya SE. Factors affecting exclusive breastfeeding among women in muheza district tanga northeastern tanzania: A mixed method community based study. Maternal and Child Health Journal 2016;20(1):77-87.
57. Bergmann RL, Bergmann KE, von Weizsäcker K, Berns M, Henrich W, Dudenhausen J W. Breastfeeding is natural but not always easy: İntervention for common medical problems of breastfeeding mothers—a review of the scientific evidence. Journal of Perinatal Medicine 2014;42(1):9-18.
58. Haider R, Rasheed S, Sanghvi TG, Hassan N, Pachon H, Islam S, et al. Breastfeeding in İnfancy: İdentifying the program-relevant issues in bangladesh. International Breast feeding Journal 2010;5(21):1-12
59. Küçüködük Ş. Anne ve babanın kitabı: Çocuk Sağlığı Rehberi. Ankara, Pelin Ofset, 2006.
60. Özkan H, Sakar T. Emzirmenin Yeniden Başlatılması: Relaktasyon. J Contemp Med 2017; 7(1): 113-117.
61. Peters MD, McArthur A, Munn Z. Safe management of expressed breast milk: a systematic review. Women Birth. 2016; 29(6):473–481.
62. Rodrigo R, Amir L, ForsterDA. Review of guidelines on expression, storage and transport of breast milk for infants in hospital, to guide formulation of recommendations in Sri Lanka BMC Pediatr. 2018; 18: 271.
63. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. Cochrane Database of Systematic Reviews 201; 9.
64. UNICEF_Breastfeeding_A_Mothers_Gift_for_Every_Child, 2018 https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_Breastfeeding_A_Mothers_Gift_for_Every_Child.pdf. Erişim: 02.03.2019.
65. Morton J, Wong RJ, Hall JY, Pang WW, Lai CT, Lui J, Hartmann PE, Rhine WD. Combining hand techniques with electric pumping increases the caloric content of milk in mothers of preterm infants. Journal of Perinatology. 2012; 32: 791–796.
66. Mannel M, Martens PJ, Walker M, Care curriculum for lactation consultant practice, Second Edition, USA: Jones and Bartlett Publishers, 2008; 51-83: 195-233.
67. Riordan, J. Wambach K. Breastfeeding and Human Lactation. 4rd Edn. Boston Jones and Barlett, 2010; 1: 23-24.
68. Thairu L, Benitz WE, Rhine WD. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants J Morton, JY Hall, RJ Wong, Journal of Perinatology 2009; 29: 757–764.

69. Johns HM, Forster DA, Amir LH, McLachlan HL. Prevalence and outcomes of breast milk expressing in women with healthy term infants: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013; 13: 212.
70. Flaherman VJ, Gay B, Scott C, Avins A, Lee KA, Newman TB. Randomised trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012 ; 97(1): 18–23.
71. Ozkara H, Fidanci B, Yildiz D, Kaymakamgil C. Lactation consult. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2016;15(6):551-5.
72. Ross-Cowdery M, Lewis CA, Papic M, Corbelli J, Schwarz EB. Counseling about the maternal health benefits of breastfeeding and mothers' intentions to breastfeed. *Maternal and Child Health Journal.* 2017;21(2):234-41.
73. Irmak N. The importance of breastmilk and the factors that effect exclusive breastfeeding. *The Journal of Turkish Family Physician.* 2016;7(2):27-31.
74. Gür E. Emzirme danışmanlığı. Gökçay G, Beyazova U, ed. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi. İstanbul: Sosyal Pediatri Derneği Yayınları; 2017. p.285-93.
75. Kayhan Tetik B. Anne sütü ve emzirme danışmanlığında güncel bilgiler. *Ankara Medical Journal.* 2016;16(1):115-118
76. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Yayın No: 991. Ankara: 2015.
77. Alioğulları A, Esencan TY, Ünal A, Şimşek Ç. Anne sütünün faydalarını ve emzirme tekniklerini içeren görsel mesaj içerikli broşür ile annelere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.* 2016;19(4):252-60.
78. Wesley SE, Allen E, Bartsch H. Care of the Newborn. In: Rakel RE, Rakel DP, eds. *Textbook of Family Medicine.* 9th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016. p.411-29.
79. Gercek E, Sarikaya Karabudak S, Ardic Celik N, Saruhan A. The relationshipbetween breastfeeding self-efficacy and LATCH scores and affecting factors. *Journal ofClinical Nursing.* 2017;26(7-8):994-1004.
80. Çaka SY, Topal S, Altınkaynak S. Anne sütü ile beslenmede karşılaşılan sorunlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Nursing-Special Topics.* 2017;3(2):120-8.
81. Cangöl E, Hotun Şahin N. A model of breastfeeding support: motivational interviews based on pender's health promotion model. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2017;14(1): 98-103.
82. Emzirme Danışmanlığı El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi. Ankara: 2015. (erişim tarihi: 28.06.2018).
83. WHO; Evidence for the Ten Steps to Succesful Breastfeeding. Geneva, 1998.
84. Bettrini G, Perugi S, Dani C, et al. Maternal education and the incidence and duration of breastfeeding: A prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37: 447-452.
85. Forster D, McLachlan H, Lumley J, et al. Attachment to the breast and family attitudes to breastfeeding. The effect of breastfeeding education in the middle of pregnancy on the initiation and duration of breastfeeding: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2003;3: 1-12.

86. WHO; infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes; Geneva, 2003.
87. Trajanovska M, Burns S, Johnston L. A retrospective study of breastfeeding outcomes in an Australian neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing* 2005;11: 106-109.
88. Galler JR, Harrison RH, Ramsey F. Bed-sharing, breastfeeding and maternal moods in Barbados. *Infant Behavior & Development* 2006;29: 526-534.
89. Fırat S. Sağlık Personeli ve Öğretmen Kadınların Anne sütü ve Emzirme Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları; Yüksek Lisans Tezi; Kayseri 1997
90. Reeve JR, Gull SE, Johnson MH, et al. A preliminary study on the use of experiential learning to support women's choices about infant feeding. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;113:199-203.
91. Onbaşı Ş. Doğum öncesinde anne adaylarına verilen anne sütü ve emzirme eğitiminin emzirme oranına ve süresine etkisi, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edime, 2009.
92. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. *BMC Public Health* 2011;11 Suppl 3:S24.
93. Irmak N, Uzuner A. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yapılandırılmış Emzirme Eğitiminin Sadece Anne Sütünü Erken Bırakma Üzerine Etkisi, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2015
94. Yurtsal ZB, Kocoğlu G. The effects of antenatal parental breastfeeding education and counseling on the duration of breastfeeding, and maternal and paternal attachment. *Integr Food Nutr Metab*, 2015; 2(4): 222-230.
95. Gölbaşı Z. Koç G. Kadınların Postpartum İlk 6 Aylık Süredeki Emzirme Davranışları ve Prenatal Dönemdeki Emzirme Tutumunun Emzirme Davranışları Üzerindeki Etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2008; 15(1): 16–31.
96. Wong KL, Tarrant M, Lok KY. Group versus Individual Professional Antenatal Breastfeeding Education for Extending Breastfeeding Duration and Exclusivity: A Systematic Review. *J Hum Lact*, 2015.
97. Jolly K, Ingram L, Khan KS, Deeks JJ, Freemantle N, MacArthur C. Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing. *BMJ*. 2012; 344.
98. Chamberlain LB, Merewood A, Malone KL, Cimo S, Philipp BL. Calls to an inner-city hospital breastfeeding telephone support line. *J Hum Lact* 2005;21(1):53-8.
99. Whitten PS, Mair FS, Haycox A, May CR, Williams TL, Hellmich S. Systematic review of cost effectiveness studies of telemedicine interventions. *Bmj* 2002;324(7351):1434-7.
100. Wootton R. Recent advances: Telemedicine. *Bmj* 2001;323(7312):557-60
101. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RM, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7: Cd009338.

102. Ericson J, Eriksson M, Hellstrom-Westas L, Hagberg L, Hoddinott P, Flacking R. The effectiveness of proactive telephone support provided to breastfeeding mothers of preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Pediatr* 2013;13: 73.
103. Eker A, Yurdakul M. Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2006;15: 158-163.
104. Ata Yüzügüllü D, Aytaç N, Akbaba M. Investigation of the factors affecting mother's exclusive breastfeeding for six months. *Türk Pediatri Ars* 2018;53: 96-104.
105. Avşar M., Birinci Basamakta İlk 6 Ayda Annelerin Bebeklerini Besleme Tercihleri ve Etkili Olan Faktörlerin Araştırılması Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi. 2020.
106. Koksall G, Gökmen H. Anne sütü ve emzirme. Koksall G, (editör). *Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi*. 1. baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2000, s:31- 66.
107. Haque MF, Hussain M, Sarkar AK, et al. Breast-feeding counselling and its effect on the prevalence of exclusive breast-feeding. *J Health Popul Nutr*. 2002;20(4):312-16.
108. Çalık KY, Çetin FC, Erkaya R. Annelerin Emzirme Konusunda Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. *GÜSBD*. 2017; 6(3): 80-91.
109. Fikre FF., Ali TS., Duracher JM., et al. Newborn Care Practices In Low Socioeconom Settlements Of Karachi, Pakistan. *Social Sciences & Medicine*, 2005;60: 911-921.
110. Ünalın P, Akgün T, Çiftçili S ve ark. Bebek dostu bir ana çocuk sağlığı merkezinden hizmet alan anneler neden bebeklerine erken ek gıda vermeye başlıyor. *Türk Pediatri Arşivi* 2008;43: 59-64.
111. Yalcın S. Biberon. *STED* 2000;9: 312.
112. Aytekin A, Albayrak EB, Küçükoglu S, Caner İ. Erken doğmuş bebeklerde kaşık ve biberonla beslenme yöntemlerinin tam anne memesine geçiş süresi ve emme başarısı üzerine etkisi. *Türk Pediatri Arşivi* 2014;49: 307-13.
113. Howard CR, Howard FM, Langhear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511-518.
114. Dunn S, Davies B, McCleary L, et al. The relationship between vulnerability factors an breastfeeding outcome. *JOGNN Clinical Research* 2006;35: 87-97.
115. Collins CT, Ryan P, Crowther CA, et al. Effect of bottles, cups, and dummies on breastfeeding in preterm infants: a randomised controlled trial. *BMJ* 2004;379:193-198.
116. Kondolot M, Yalcın S, Yurdakok K. Sadece Anne Sütü Alım Durumuna Etki Eden Faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2009,52(3):122-127
117. Bryanton J, Beck CT, Montelpare W. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relation ships. *The Cochrane Library*. 2013; 11.
118. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Supportfor breastfeeding mothers. *Cochrane Database Systematic Review* 2007; 4: 1-61.
119. Hinic K. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. Predictors of Breastfeeding Confidence in the Early Postpartum Period. 2016;45(5):649-60.

120. Mızrak Şahin B, Özerdoğan N. Emzirmenin Sürdürülmesi ve Başarısında Anahtar Faktör: Öz-Belirleme Kuramına Dayalı Emzirme Motivasyonu. 2018; 27(4):291-
121. Sökücü YF, Aslan E. Kadının çalışma durumunun emzirmeye etkisi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2012; 20(1): 62-68.
122. İnandı T, Buğdaycı R, Dünder P, Sümer H, Şaşmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year. A Turkish study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40: 725-30.
123. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Incidence of postpartum depression in Trabzon province and risk factors at gestation. Turk Psikiyatri Derg 2006;17: 243-51.
124. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. Postpartum depression frequency and quality of life among a group of mothers having a child aged 2 weeks-18 months. Balkan Medical Journal 2011;2011.
125. McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2006;160(3):279-84.
126. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. Obstetrics & Gynecology.
127. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. Journal of Affective Disorders 2015;171:142-54.
128. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. Psychological Medicine. 2014;44(5):927-36.
129. Henderson JJ, Evans SF, Straton JAY, Priest SR, Hagan R. Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration. Birth 2003;30(3):175-180. doi:10.1046/j.1523-536x.2003.00242.x.
130. Hauck, Y. L., Fenwick, J., Dhaliwal, S. S., & Butt, J. (2010). A Western Australian Survey of Breastfeeding Initiation, Prevalence and Early Cessation Patterns. Maternal and Child Health Journal, 15(2), 260-268. doi:10.1007/s10995-009-0554-2
131. Hornsby, PP, Gurka, KK, Conaway, MR ve Kellams, AL (2019). Reasons for Early Cessation of Breastfeeding Among Women with Low Income. doi: 10.1089 / bfm.2018.0206
132. Çatak B, Sütlü S, Kılınç SA, et al. Burdur ilinde bebeklerin emzirilme durumu ve beslenme örüntüsü. Pam Tıp Derg 2012; 5: 115-22.