



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

BAĞCILAR SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ

**EBEVEYNLERİN TAMAMLAYICI BESLENMEDE GELENEKSEL
YÖNTEM VE BEBEK LİDERLİĞİNDE BESLENME YÖNTEMLERİ
HAKKINDAKİ BİLGİ VE UYGULAMALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Zeynep Ayşe Şengör

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2021



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

BAğCILAR SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

ÇOCUK SAğLIğI VE HASTALIKLARI KLİNİğİ

**EBEVEYNLERİN TAMAMLAYICI BESLENMEDE GELENEKSEL
YÖNTEM VE BEBEK LİDERLİğİNDE BESLENME YÖNTEMLERİ
HAKKINDAKİ BİLGİ VE UYGULAMALARININ
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Zeynep Ayşe Şengör

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Meltem Erol

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalıőmam sırasında üzerimde emeği geçen, destek, ilgi ve Őefkatini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Meltem EROL'a ve beni evimde hissettiren Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nin her bir ferdine en içten teŐekkürlerimi sunarım.

Önderliğiyle ufkumu açan ve öğrencisi olmaktan büyük gurur duyduğum değerli hocam Prof. Dr. Bülent HACIHAMDİOĞLU'na, üzerimde emeği olan tüm hocalarıma Prof. Dr. Serdar CÖMERT'e, Doç. Dr. Gamze ÖZGÜRHAN'a teşekkür ederim. Beni bu günlere getiren kendi ayaklarım üzerinde durmamı sağlayan, beni her Şekilde destekleyen canım anneme, babama ve her zaman yanımda olan kardeŐlerime teŐekkürü bir borç bilirim. Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıŐmaktan zevk aldığım, kendilerinden çok Őey öğrendiğim dostlarım Dr. Aslı GÜNEŐ ARICA'ya, Dr. BüŐra AYAS'a ve Dr. Duygu HASAN DİLBER'e teşekkür ederim.

Sırtımı yasladığım, kendisinden güç aldığım, desteğini, ilgisini ve sevgisini her zaman hissettiğim hayat arkadaŐım, canım İbrahim'e ve minik kızım Sare'ye sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

MART 2021

Dr. Zeynep Ayşe ŞENGÖR

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
KISALTMALAR	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. TANIMLAR	3
2.1. Anne Sütü	3
2.2. Tamamlayıcı Beslenme	3
2.3. Duyarlı Beslenme	3
2.4. Bebek Liderliğinde Beslenme	3
2.5. Parmak Gıdalar	3
3. GENEL BİLGİLER	4
3.1. Anne Sütü ve Emzirme.....	4
3.2. Beslenme ve Bebek Beslenmesinin Önemi	6
3.3. Tamamlayıcı Beslenme	7
3.4. İyi Bir Tamamlayıcı Besinin Özellikleri	8
3.5. Tamamlayıcı Besin Çeşitleri	9
3.6. Tamamlayıcı Besinlere Başlama Zamanı ve Buna Etki Eden Faktörler	9
3.7. Tamamlayıcı Beslenmeye Erken veya Geç Başlanmasının Dezavantajları	12
3.8. Tamamlayıcı Beslenmede Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar	13
3.9. Duyarlı Beslenme	14
3.10. Duyarlı Olmayan Beslenme Davranışı	22
3.11. Bebek Liderliğinde Beslenme	27
4. GEREÇ VE YÖNTEM	32
4.1. Araştırmanın Tipi	32
4.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman	32
4.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	32
4.4. Veri Toplama Araçları.....	32

4.5. Verilerin Toplanması	33
4.6. Verilerin Analizi	33
4.7. Etik Açıklamalar	33
5. BULGULAR	35
5.1. Anne ve Bebeklerin Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular	35
5.2. Bağımsız Değişkenlerle Kullanılan Beslenme Yöntemi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular	46
6. TARTIŞMA	61
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	66
8. KAYNAKÇA	67
9. EKLER	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek-1	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
10. ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

ÖZET

Amaç: Bebek liderliğinde beslenme (BLB) bebeğin kendi isteği doğrultusunda beslenmesi temeline dayanır, çocuğun dışa dönük ve bağımsız bir kişilik yapısı geliştirmesi, obeziteyi önlemesi gibi nedenlerle son dönemlerde önem kazanmıştır. Bu çalışmanın amacı tamamlayıcı beslenme ve BLB uygulamalarını değerlendirmek ve literatüre katkı sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel anket çalışması olan bu çalışmada oluşturulan 49 soruluk anket online ortamda 6-24 ay arası çocuğu olan ailelere uygulandı. Üç bölümden oluşan bu anket formunda, annenin sosyodemografik özellikleri, bebeğe ait özellikler, tamamlayıcı beslenme ve bebek liderliğinde beslenmeye yönelik sorular bulunmaktaydı.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması: 31,7 yıldır. İlk 6 ay sadece anne sütü verilme oranı %66, ortalama süttten kesme yaşı 10,7 aydır. Tamamlayıcı beslenmeye başlama yaşı ortalama 5,83 ay, ilk tercih edilen besin en çok sebze püresidir (%55,21). Katılımcıların BLB'yi duyma oranı %93,83 olup bunların %85,96 sinin internetten, %4,9 unun da sağlık personelinin duyduğu görüldü. Kullanılan beslenme yöntemi dağılımına bakıldığında zaman aileler; %16,74 oranında bebek liderliğinde beslenme(BLB), %39,50 oranında BLB ağırlıklı kombine yöntem ile beslenme, %32,01 oranında geleneksel ağırlıklı kombine yöntemle beslenme, %11,75 oranında geleneksel beslenme yöntemini kullanmaktadır. Beslenme esnasında boğulma ve aspirasyon tehlikesi yaşama oranı %14,98 olup, %13,2 sinin aspirasyon nedeni ile hastanede yattığı öğrenildi. Bizim çalışmamızda geleneksel yöntemle beslenen grupta aspirasyon riskinin daha fazla olduğu görülmektedir. Beslenmede tercih edilen yöntem ile tanı konulmuş demir eksikliği anemisi varlığı arasında bir ilişki gözlenmemiştir.

Sonuç: Çocuğunu dışa dönük ve sosyal olarak tanımlama oranı BLB yöntemi kullanımını ile artmaktadır. Beslenme esnasında çocuğun dikkatini dağıtmak için herhangi bir yöntem kullanmayan annelerin çocukları beslenmekten daha fazla keyif almaktadır. Son zamanlarda özellikle sosyal medya kullanan ebeveynler arasında yaygınlaşan BLB uygulaması konusunda bilimsel açıdan yeterli kanıt yoktur. Bu beslenme yöntemini öneri olarak sunabilmek ve geliştirebilmek için üzerinde daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Anne Sütü, Bebek Liderliğinde Beslenme, Tamamlayıcı Beslenme

ABSTRACT

Aim: Baby Led Weaning (BLW) is based on feeding the baby according to his / her own will and has gained significance recently due to the child developing an extrovert and independent personality structure and preventing obesity. The aim of this study is to evaluate complementary feeding and BLW applications and to contribute to the literature.

Materials and Methods: The 49-question questionnaire created in this cross-sectional survey study has been applied online to parents with children between 6-24 months. In this questionnaire consisting of three parts, there have been sociodemographic characteristics of the mother, characteristics of the baby, complementary nutrition, and questions about BLW.

Results: Average age of the mothers participating in this research is 31.7 years. The rate of exclusive breastfeeding in the first 6 months is 66%, and the average delactation age is 10.7 months. The average age of starting complementary feeding is 5.83 months, the first and the most preferred food is pureed vegetables (55.21%). The rate of participants aware of BLW is 93.83%, and it has been seen that 85.96% of them heard about it from the internet and 4.9% from healthcare personnel. Moreover, the distribution of the feeding method by families is 16.74% baby-led weaning (BLW), 39.50% BLW-weighted combined method, 32.01% traditional weighted combined method, 11.75% traditional feeding method. The rate of suffocation and aspiration hazard during feeding is 14.98% and it is learned that 13.2% are hospitalized due to aspiration. According to the study, it is observed that the risk of aspiration is higher in the group fed with the traditional method. No relationship is observed between the preferred method of nutrition and the presence of diagnosed iron deficiency anemia.

Conclusion: The parents who preferred the BLW method are defining their child as further extroverted and social in daily life Children of mothers who do not use any method to distract the child enjoy more during the feeding. There is not enough scientific evidence about the BLW application, which has recently become widespread especially among parents using social media. It is fair to say that further study needs to be conducted on this feeding method to be able to offer and improve it as a suggestion.

Keywords: Baby Led Weaning, Breast Milk, Complementary Feeding

KISALTMALAR

AAP: American Association Of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BLB: Bebek Liderliğinde Beslenme

BLISS: Baby-Led Introduction to Solids (Bebek Liderliğinde Katı Besinlere Geçiş)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ESPGHAN: European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Derneği)

PAHO: Pan American Health Organization (Pan Amerikan Sağlık Örgütü)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Duyarlı beslenmeyi teşvik etme stratejileri	16
Tablo 2: Özel durumlarda duyarlı beslenme	18
Tablo 3: Küçük çocuklar için beslenme davranışı ve duyarlılığının ilerlemesi	21
Tablo 4: Ebeveynlik ve beslenme tarzları, beslenme tarzının özellikleri ve sonuçları	25
Tablo 5: Annelerin Tanıtıcı Bilgileri.....	36
Tablo 6: Çocukların Tanıtıcı Bilgileri.....	38
Tablo 7: Emzirme İle İlgili Bilgiler	40
Tablo 8: Tamamlayıcı Beslenme İle İlgili Bilgiler	42
Tablo 9: Annelerin tamamlayıcı beslenmedeki düşünce ve davranışları.....	44
Tablo 10: Tamamlayıcı beslenme ve aspirasyon	45
Tablo 11: Çocuğun beslenme ve sosyal etkileşimi	45
Tablo 12: Beslenme yöntemi ile aile durumunun karşılaştırılması.....	48
Tablo 13: Beslenme yöntemi ile anne ve çocuğa ait özelliklerin karşılaştırılması ...	50
Tablo 14: Beslenme yöntemi ile beslenme uygulamaları karşılaştırılması.....	53
Tablo 15: Beslenme yöntemi ile aspirasyon, sosyal ve fiziksel durum karşılaştırılması	57
Tablo 16: Beslenme yöntemi ile sayısal bazı değerlerin karşılaştırılması	60

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Kilo persantili ile annenin algıladığı kilo karşılaştırması..... 39

Şekil 2: Kullanılan beslenme yöntemi 40



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anne sütü yaşamın ilk altı ayında bebeğin tüm ihtiyaçlarını karşılayan doğal bir besindir (2). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) ve Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ilk 6 ay yalnızca anne sütü verilmesini ve 6.ayda tamamlayıcı beslenmeye başlanması ile birlikte en az 2 yıl anne sütüne devam edilmesini önermektedir (2–5). Büyüme, gelişme ve doğru beslenme alışkanlıkları kazanılması bebeklik beslenmesi ile yakından ilişkilidir (6). Tamamlayıcı beslenme bebeğin metabolizması için gerekli besin öğelerini alarak büyümesini devam ettirmesinin yanı sıra nöromotor gelişimini de destekler (7,8). Tamamlayıcı besin kolay hazırlanmalı, ulaşılabilirliği ve satın alınabilirliği kolay olmalıdır (9). Duyarlı beslenme aynı zamanda aktif beslenme adı da verilen bebeğin açlık sinyallerine göre davranıldığı, besleyicinin aktif katılımı ile bebeğin beslenmeye teşvik edildiği uygulamadır (10). Duyarlı beslenme davranışı bebeğin yalnızca ne yediği ile ilgilenmez, ne zaman, nerede, kiminle ve nasıl yediğini de önemser. Bu beslenme davranışının temeli çocuğun açlık-tokluk sinyallerine duyarlı olmaya, sabırla ve acele etmeden beslemeye, çocuğu yemek yemeye zorlamadan sadece teşvik etmeye dayanır (11,12). Bebek liderliğinde beslenme, beslenme sürecini bebeğin yönettiği bir yöntemdir (13). Özellikle sosyal medya kullan anneler arasında giderek yaygınlaşan bebek liderliğinde beslenme modeli konusunda yeterli bilimsel kanıt olmaması nedeni ile üzerinde tartışılması gereken bir konudur (11,14). Bebek Liderliğinde Beslenme (BLB) olarak isimlendirilen beslenme yöntemi; gelişim olarak normal olan bebekler için Gill Rapley tarafından geleneksel tamamlayıcı beslenme yönteminin alternatifi olarak 2001-2002 yılında geliştirilmiştir (13). Geleneksel tamamlayıcı beslenme yönteminde bebek için özel olarak hazırlanmış olan püre veya pütürlü karışımlar kaşık yardımı ile bebeğe sunulur (9). BLB’de ise bebeğe sunulan yiyecekler birbirine karıştırılmaz tek tek ve yumru halinde sunulur, nasıl, ne kadar ve ne hızda yiyeceğini bebek belirler (13). BLB daha sağlıklı kilo artışı ile çocukları obezite riskinden koruyabilir (15). Popülerliği hızla artan BLB modelinin güvenilirliği, etkinliği ve sonuçları ile ilgili araştırmalar çok kısıtlıdır (16). Bebek liderliğinde beslenmede kendi kendini besleyen bebek ihtiyacı olan enerjiyi alır, obezite riskinden korunur, motor gelişimi desteklenir, diyet kalitesi artar, ebeveyn ile aralarında ilişki

güçlenir. Bu gibi olumlu etkilerinin yanında bir takım olumsuz etkileri de bulunmaktadır, bunlar; aspirasyon tehlikesi, demir eksikliği gelişme riski, büyümede geriliktir (15,17). Fakat başka bir çalışmaya göre BLB ve geleneksel beslenme arasında aspirasyon riski açısından bir fark yoktur (18). Yapılan araştırmalar Kanada, İngiltere, Yeni Zelanda gibi ülkelerde yaygın olarak kullanılan BLB'nin sağlık profesyonelleri tarafından beslenme önerisi olarak sunulmadığını göstermektedir. Ebeveynlerin BLB yöntemini çoğunlukla internet ortamındaki bilgiler ve ebeveyn forumları gibi sayfalardan edindikleri görülmektedir (19). Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışma BLB uygulayan ebeveynlerin sadece %21'inin sağlık profesyonelinin önerisi doğrultusunda bu yöntemi uyguladığını belirtmiştir (20). İngiltere'den yayımlan bir diğer çalışma ise BLB'nin sağlık profesyonellerinden ziyade anneler tarafından tercih edildiğini göstermiştir (21).

Çalışmamız bebek liderliğinde beslenmenin son zamanlarda popülerliğinin artması ve bu konudaki çalışmaların yetersiz olduğu görülmesi nedeni ile BLB'ye dikkat çekmek amacı ile yapılmıştır. Bu çalışmada ailelerin tamamlayıcı beslenme, bebek liderliğinde beslenme konusundaki görüş ve uygulamalarını değerlendirmek amaçlanmıştır. Covid-19 pandemisi nedeni ile ailelerin hastane ortamında geçirecekleri süreyi uzatmamak ve çocuklar için ekstra bir risk oluşturmamak adına online anket çalışması yapılmıştır. Ayrıca Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) tüm çocukların rutin takipleri yapıldığı için ailelerden ASM de ölçülen boy, kilo ve muayene tarihi talep edilerek persantil hesaplamaları tarafımızca yapılarak çocukların büyüme ve gelişmeleri değerlendirilmiştir.

2. TANIMLAR

2.1. Anne Sütü

Anne sütü; yenidoğan bir bebeğin ihtiyacı olan sıvıyı, besin öğelerini, antikorları, probiyotikleri ve diğer birçok faktörü yeterli miktarda içeren biyoyararlılığı yüksek ve sindirimi kolay olan, doğal bir besindir (2).

2.2. Tamamlayıcı Beslenme

Bebek 6. ayını doldurduktan sonra, bebeğin besin ihtiyacını karşılaması ve yeterli beslenmesi için anne sütü tek başına yetersiz kalmaktadır. Bebeğin beslenme gereksiniminin karşılanabilmesi için anne sütüne ek olarak bebeğin dışarıdan alacağı ek besinlerin verilmesine “tamamlayıcı beslenme” adı verilmektedir (22). Bu dönemde bebek anne sütü ile beslenmeye devam ederken yavaş yavaş sıvı, yarı katı ve katı gıdalar beslenmesine eklenmektedir. Bebeğin anne sütü alımının azaldığı ve yavaş yavaş erişkin tipi beslenmeye doğru geçişinin sağlandığı bu döneme “ek besinlere geçiş dönemi” (weaning period) adı verilmektedir (11).

2.3. Duyarlı Beslenme

Duyarlı beslenme; aynı zamanda aktif beslenme adı da verilen bebeğin açlık sinyallerine göre davranıldığı, besleyicinin aktif katılımı ile bebeğin beslenmeye teşvik edildiği uygulamadır (11).

2.4. Bebek Liderliğinde Beslenme

Bebek liderliğinde beslenme, beslenme sürecini bebeğin yönettiği bir yöntemdir. Bu yöntemde besleyici bebeğin ne yiyeceğine karar verirken, bebek ne kadar ve ne hızda yiyeceğine karar verir (13).

2.5. Parmak Gıdalar

Lokma veya parmak büyüklüğünde olup bebeklerin elleriyle rahatlıkla kavrayıp ağızlarına götürebilecekleri şekildeki gıdalara parmak gıda adı verilmektedir (13).

3. GENEL BİLGİLER

3.1. Anne Sütü ve Emzirme

Anne sütü ilk altı ay bebeğin ihtiyacı olan sıvıyı, besin öğelerini, antikorları, probiyotikleri ve diğer birçok faktörü yeterli miktarda içeren biyoyararlılığı yüksek, sindirimi kolay olan doğal ve canlı bir besindir (2). Anne sütü D ve K vitaminleri hariç bebeğin optimal büyümesi için gerekli enerji ve besin öğelerini barındırır. Doğumu takiben ilk altı ayda bebeğin büyüme ve gelişmesini sağlamaya tek başına yetebilen anne sütü aynı zamanda anne ve bebeğin güvenli bağlanması açısından da çok önemlidir (14). Anne sütünün hem anne hem de bebek sağlığı açısından kısa ve uzun vadede birçok yararı olduğu gösterilmiştir (23). Bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirir, orta kulak iltihabı, akciğer iltihabı, menenjit, ishal, idrar yolu iltihabı gibi enfeksiyon hastalıklarından korur, çölyak hastalığı, inflamatuvar barsak hastalıkları, şeker hastalığı, obezite, astım ve alerji gelişme risklerini azaltır. Ani bebek ölüm sendromunu ve bebek ölüm oranlarını azaltır. DSÖ raporlarına bakıldığında yaşamın ilk altı ayında yalnızca anne sütü alımının sağlanması ve altı aydan sonra da anne sütünün tamamlayıcı besinler ile desteklenmesinin yılda 1,3 milyon bebek ölümünü engelleyebileceği öngörülmektedir (1,7,9). Bebeğin beyin gelişimini destekleyerek davranış sorunları görülme sıklığını azalttığı da bilinmektedir, bunun yanı sıra çene gelişimi, diş ve dişeti sağlığı açısından da önemlidir (2,26). Yenidoğan bebeklerin emzirme esnasında ağrı hisleri azalmakta ve aşı uygulamaları sırasında emzirilen bebekler daha az ağlamaktadır (27). Bebeklik döneminde anne sütü almış olan bireylerde erişkinlik dönemlerinde de obezite, metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalıklar, alerjik hastalıklar, over kanseri, meme kanseri, ruhsal bozukluklar, ateroskleroz ve hipertansiyon gelişme risklerine karşı da koruyuculuk sağlamaktadır (23,27).

Emzirmeye erken başlanması oksitosin hormonu salgılanmasını uyarak plasentanın atılmasını, uterusun toparlanmasını hızlandırmakta, uterus atonisi riskini azaltmakta ve annenin bebeğe psikolojik açıdan bağlanmasını sağlamakta, postpartum depresyon sıklığını azaltmaktadır (5). Emziren anneler hamilelik öncesi kilolarına çok daha kolay ulaşırlar. Emzirmek anneyi meme kanseri, over kanseri, anemi, idrar yolu iltihabı, osteoporoz risklerinden korur. Bir sonraki gebeliği geciktirir (25,27).

Sosyoekonomik yönden bakıldığında da anne sütü ile beslenme birçok hastalıktan korumasının yanı sıra atık bırakmaması, herhangi bir maliyetinin olmaması nedeni ile de en ekonomik, en çevreci, en yararlı ve doğal bir beslenme biçimidir (27,28).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) ve Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) tarafından ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesini önerilmektedir (2-5). Dünya Sağlık Örgütü sadece anne sütü ile beslenmeyi yalnızca anne veya sütanne tarafından emzirme veya sütün sağılarak verilmesi ve vitamin içeren damlalar, şuruplar gibi tıbbi amaçlı verilen sıvılar hariç su dâhil herhangi bir gıda verilmemesi olarak tanımlamaktadır (29). Emzirmeye doğumdan hemen sonra başlanması önerilmektedir. En kısa sürede emzirmeye başlamanın anne ve bebek için birçok faydası bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) doğum sonrası ilk yarım saat içinde emzirmenin başlatılmasını önermektedir (5). Tüm Dünyaya bakıldığında yenidoğan bebeklerin %42'sinin ilk bir saat içerisinde emzirmeye başlandığı, ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranının %41, bir yaşına kadar emzirmeye devam etme oranının %71, iki yaşında emzirmeye devam etme oranının ise %45 olduğu saptanmıştır (30). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018'e göre Türkiye'de yenidoğanların %71'i ilk bir saatte emzirmeye başlanmaktadır. TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenme oranı %41 dir. Emzirmeye devam etme oranı 1 yaşında %66, iki yılın sonunda %34 olarak bulunmuştur (31). DSÖ ve UNICEF önerisine göre anne sütünün en az 2 yıla kadar devam edilmelidir (2,4). Günümüzde ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme, su dâhil hiçbir besin verilmemesi, altıncı aydan sonra tamamlayıcı besinlere başlanması ile beraber anne sütüne devam edilmesi ve en az iki yaşın sonuna kadar anne sütü alımının sağlanması tartışmasız olarak kabul edilmektedir (2,32). Yapılan bir çalışmaya göre düşük gelirli ülkelerde ilk altı ay sadece anne sütü alımı %95 ve iki yaşa kadar emzirme oranının %90'a ulaştığı durumda, iki yaş altı ölümlerin %14'ünün, altı ay altı bebek ölümlerinin %87'sinin önüne geçilebileceği düşünülmektedir (33). Bu yüzden ilk 6 ay sadece anne sütü alımının sağlanması çok önem arz etmektedir.

3.2. Beslenme ve Bebek Beslenmesinin Önemi

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı olma, üretkenlik ve hayatın sürdürülmesi için tüketilen besin öğelerinin metabolizmada kullanılmasıdır (34). Sağlıklı beslenme; besin öğelerinin yeterli ve dengeli bir şekilde tüketilmesidir. Besinlerin fazla veya eksik alınması büyüme, gelişmeyi ve sağlık durumunu olumsuz etkiler. Beslenmenin kaliteli bir yaşamın sürdürülmesinde bu kadar önemli olması nedeni ile beslenme sorunları bir halk sağlığı problemi haline gelmektedir (32,35). Sağlıklı birey sağlıklı bir toplumun temelidir (36).

Tamamlayıcı beslenmeye geçildiğinde bebeğin sağlıklı beslenmesi kadar gebelik boyunca ve emzirme süresince annenin beslenmesi de bir o kadar önem arz ettiği için son zamanlarda ilk 1000 gün beslenmesi üzerinde durulmaktadır. İlk 1000 gün beslenmesi terimi fetüs ana rahmine düştüğü andan itibaren doğumdan sonraki ilk 2 yılı kapsayan süreçtir. İlk 1000 gün beslenmesi hem anne hem çocuk için çok önemlidir. Bu dönemdeki sağlıklı beslenme bebeklik döneminden erişkin yaşamına kadar etkilerini sürdürmektedir. Yetersiz beslenme geri dönüşü olmayan olumsuz fiziksel, bilişsel, ekonomik ve sosyal sonuçlara yol açabilir (37,38).

Doğru beslenme alışkanlıklarının temeli bebeklik döneminde atılır ve ilerleyen dönemde sadece fiziksel olarak değil sosyal ve ruhsal açıdan da kişinin sağlıklı bir yaşam sürmesine yardımcı olur (39). Bebeklik dönemindeki optimum büyüme, gelişme ve aynı zamanda erişkin yaşamında da doğru beslenme alışkanlıkları kazanılması bebeklik beslenmesi ile yakın ilişkilidir (6). Yaşamın her alanında önemli olan beslenme, öncelikle büyüme gelişmenin çok hızlı seyrettiği ilk 2 yaşta daha fazla öneme sahiptir. Kritik dönem olarak adlandırılan beyin gelişimi, büyüme hızı ve hastalıklara karşı koruyuculuğun temellerinin atıldığı ilk 2 yıllık bu dönemde ortaya çıkan problemlerin ileriki dönemlerde düzeltilmesi oldukça güçtür (14).

Beslenme bebek ve anne-babanın aktif olarak katılımı ile gerçekleşir. Kazandığı beslenme becerileri çocuğun mizacını, motor gelişimini, sosyal olgunlaşmasını geliştirir, aile üyeleri ile arasındaki ilişkinin gelişmesine katkı sağlar. Çocuk beslenme esnasında vücudunu kontrol etmeyi, vücudundan gelen sinyalleri yorumlayarak ne kadar yiyeceğine karar vermeyi, ebeveyni ile sosyal etkileşimde

kalmayı öğrenir. Beslenme yalnızca açlığın giderilmesi değildir, bebeği sosyokültürel olarak da hayata alıştıran bir eylemdir (14,29).

3.3. Tamamlayıcı Beslenme

6. ayını doldurduktan sonra büyümesi hızlanan, hareketliliği artan bebeğin besin ihtiyacını karşılaması ve yeterli beslenmesi için anne sütü tek başına yetersiz kalmaktadır. 6. aydan sonra anne sütünün desteklenmesi önerilir. Sadece anne sütünü ile beslenmenin bebeğin gereksinimlerini karşılayamaması nedeni ile bebeğin beslenme gereksinimini karşılanabilmesi için anne sütüne ek olarak bebeğin dışarıdan alacağı ek besinlerin verilmesine “tamamlayıcı beslenme” adı verilmektedir (22). Bu dönemde Bebek anne sütü ile beslenmeye devam ederken yavaş yavaş sıvı, yarı katı ve katı gıdalar beslenmesine eklenmektedir. Tamamlayıcı beslenme terimi anne sütü alımını ve emzirmenin devamını destekler. Dışarıdan verilen besinler emzirmenin yerini almaz ancak anne sütüne destek olur ve anne sütünün tamamlayıcısıdır. Bebeğin anne sütü alımının azaldığı ve yavaş yavaş erişkin tipi beslenmeye doğru geçişinin sağlandığı bu dönem “ek besinlere geçiş dönemi” (weaning period) olarak isimlendirilmektedir (11). Yalnızca anne sütü ile beslenen bebekler hareketliliklerinin artması nedeni ile 4. aydan itibaren aylık kilo artışları azalabilir bu durum büyüme eğrisi ile değerlendirildiğinde ciddi bir öneme sahip değilse fizyolojik olarak değerlendirilir. 4. ayda tamamlayıcı beslenme başlanması ile 6. ayda başlanması arasında büyüme açısından anlamlı bir fark olmadığı gösterilmiştir. Bu nedenle 6 aydan daha erken tamamlayıcı beslenme başlanması önerilmemektedir (3,27). TNSA-2003 6 aydan önce tamamlayıcı beslenmeye başlama oranını %12 olarak vermişken bu oran TNSA-2018’te %38 olarak tespit edilmiştir. Tamamlayıcı beslenmeye erken başlama oranında artış olduğu görülmektedir (31,40,41). Oysaki tamamlayıcı beslenme için en uygun görülen zaman 6. ve 24. aylar arasındadır. Bu demek oluyor ki; beslenmenin temel özellikleri ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi, 6. ayda ek besinlere başlanırken, 24. aya kadar da anne sütü alımına devam edilmesidir. Tamamlayıcı beslenme bebeğin metabolizması için gerekli besin öğelerini alarak büyümesini devam ettirmesinin yanı sıra nöromotor olarak da gelişimini destekler. Bu dönemde bebek farklı doku, tat, lezzet ve sıcaklıktaki besinler ile tanışır (7,8). Doğru bir tamamlayıcı

beslenmenin özellikleri: zamanda, yeterli miktarda, çeşitli, güvenilir ve uygun olarak başlanmasıdır. Bahsedilen parametreleri teker teker açıklayacak olursak;

- Zamanında: Bebek anne sütü almaya devam ederken artan ihtiyacının karşılanması için 6. ayda başlanması gerekir.
- Yeterli miktarda: Büyümekte olan çocuğun ihtiyacı olan enerji, protein ve diğer besin öğelerini yeterli miktarda içermesi gerekir.
- Çeşitli: Bebeğin yaşına göre seçilmek üzere her besin grubunu dengeli bir şekilde içermesi gerekir.
- Güvenilir: Temizlik kurallarına uygun, sağlığa uygun olarak hazırlanmalı, temiz ve uygun kaplarda saklanmalı. Hijyenik bir şekilde bebeğe sunulmalıdır.
- Uygun: Çocuğun açlık tokluk sinyallerini ve iştah durumunu gözetmeli, öğün sayısı ve aralıkları planlanmalı ve tercih edilen beslenme şekline (kendi kendine veya kaşıkla) uygun olmalıdır (14).

3.4. İyi Bir Tamamlayıcı Besinin Özellikleri

- Protein, enerji, vitamin ve mineral içerikleri zengin olmalıdır. En önemlisi de demir, çinko, kalsiyum, folat, A ve C vitaminleri bakımından zengin olmalıdır.
- Temiz; zararlı kimyasal, toksin veya hastalık yapıcı mikroorganizmalardan arındırılmış olmalıdır.
- Güvenli; ısırması zor, kemikli olmamalı veya boğulma tehlikesi nedeni ile küçük sert parçalar içermemelidir.
- Bebek tarafından kolayca yenebilmelidir.
- Bebek tarafından sevilmelidir.
- Hazırlanışı kolay olmalıdır.
- Tuz, şeker, acı tat verecek miktarda baharatları içermemelidir. Erken çocukluk döneminde eklenen tuz ve şeker bebeğin esas gıdanın tadına alışmasını zorlaştırarak ileriki dönemdeki lezzet tercihlerini etkilemektedir.
- Çok sıcak veya çok soğuk olmamalıdır. Besinin sıcaklığı vücut sıcaklığına yakın olmalıdır.
- Bölgesel, kültürel ve ailenin sosyoekonomik durumuna göre ulaşılabilir ve satın alınabilir olmalıdır (9,14,42).

3.5. Tamamlayıcı Besin Çeşitleri

- **Geçiş besinleri:** Bebek için özel olarak hazırlanmış, tuz şeker eklenmemiş, sağlığa uygun yöntemle pişirilmiş besinlerdir.
- **Aile yemekleri:** Ailecek yenen besinlerin uygun şekilde değişiklikler yapılarak besin öğelerince zengin, bebeğin kolaylıkla yiyebileceği şekilde bebeğe sunulmasıdır.

3.6. Tamamlayıcı Besinlere Başlama Zamanı ve Buna Etki Eden Faktörler

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO) tamamlayıcı beslenmeye 6. ayda (180. gün) başlanmasını ve aynı zamanda anne sütüne de devam edilmesini önermektedir (11). Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN) ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmeyi önermekle birlikte tamamlayıcı beslenme başlanma aralığını daha geniş tutmuştur. Tamamlayıcı besinlere 17. haftadan sonra ve 26. haftadan önce başlanabileceğini belirtilmektedir (43). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) görüşüne göre de tamamlayıcı beslenmeye 4-6 aylar arasında başlanması uygundur (30,44). Anne sütü dışındaki besinlerin sindirilip işlenmesi için gastrointestinal sistem ve böbreklerinin tam olarak olgunlaşması altıncı ayda olur. Aynı zamanda bebeğin altıncı ayda nöromotor sistemi; çiğneme, yutma, baş tutma, oturma gibi yetilerinin çoğunluğu ve savunma sistemi de geliştiği için, tamamlayıcı beslenmeye altıncı ayda başlanması uygun görülmektedir (5,35).

Doğumdan itibaren ilk 3-4 aylık dönem bebeğin emerek beslendiği dönemdir, yutma refleksi zayıftır ve kaşık ile verilen gıdaları ağızından çıkarma eğilimi vardır. Dördüncü aydan önce bebeklerin besinleri lokma haline getirerek dilleri ile çevirme, yutağa ulaştırma ve yutmak için gerekli nöromusküler uyumları henüz gelişmemiştir (46). Yarı katı gıdayı yutağa ilerleterek yutmaya başlaması ilk 4-6 ay civarında olur. Katı bir besine uzanıp onu alabilme, yutmak için gerekli vücut duruşunu sağlayarak oturma yetenekleri de yoktur. Bebeklerin ellerine aldıkları bir gıdayı ağızlarına götürüp çiğnemek için çenelerini hareket ettirmeye başlamaları, destekli oturabilmeleri 5-6 ay civarı görülmeye başlar. Dişlerin de çıkmaya başlamasıyla çiğneme yetenekleri de zamanla gelişir. Bebeğin gövde kontrolünü gelişmesi ile

oturmaya başlaması, baş boyun kontrolünün sağlanması, çiğneme ve yutma yeteneklerinin gelişmesi, el göz koordinasyonunun oluşması, çevre ile etkileşiminin daha etkili olması nedeni ile 6. ay tamamlayıcı beslenme başlanması için en doğru zamandır (47). 7-8 aylık olduklarında birçok bebek desteksiz oturabilir, dişleri çıkmıştır ve lokmaları yutabilir, katı gıdaları ağızda çevirebilmek ve yutabilmek için dil hareketleri de oldukça geliştiği için parmak gıdaların tüketimi de kolaylaşmış olur. Birinci yaşa doğru da aile sofralarına dâhil olurlar. Beslenme için gerekli becerilerin kazanımının gecikmesi durumunda beslenmeyle ilgili davranışsal sorunlar ortaya çıkabilmekte ve bu ileriki hayatını da etkileyecek beslenme bozukluklarına yol açabilmektedir (7,14,46).

Süt çocuklarında sindirim için gerekli olan mide, pankreas ve barsak enzimleri olgunlaşmasını tamamlamamıştır. Dördüncü aydan itibaren mide sindirim enzimlerinin olgunlaşması ile protein sindirimi ve altıncı aydan itibaren de proteine ek olarak yağ ve nişastanın sindirimi de kolaylaşır. Alınan gıdanın yağ veya karbonhidrat ağırlığına göre insülin ve adrenal hormonların salgılanmasında değişiklikler görülür ve bu sindirim fonksiyonlarını belirler (11,36).

Yenidoğanın henüz tam olgunlaşmamış fakat fonksiyonel olan böbrekleri haftalar içerisinde hem boyut olarak büyürken hem de idrarı konsantre etme yetenekleri artar. Ancak yine de yoğun solüt yük ile baş etme yeteneği sınırlıdır. Dördüncü ay civarı solüt yük ile baş edebilecek hale gelirken konsantrasyon yeteneği de oldukça gelişmiştir (11,36).

Yenidoğanın gastrointestinal sistem mukozası immatür ve hassastır. Anne sütünde bulunan birçok etken gastrointestinal sistemin olgunlaşmasını sağlar ve onu tamamlayıcı besinlere hazırlar. Mukozayı toksin, zararlı patojen mikroorganizmalar ve antijenlere karşı koruyan non-immun savunma mekanizmaları da vardır. Bunlar peristaltizm, mukus, mide asiditesi, barsak ve pankreas salgılarının yanı sıra barsak mikrobiyotasıdır (14,43).

Tamamlayıcı beslenmeye 6 aydan önce veya 6. ay bitiminden daha geç başlamanın sakıncaları vardır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 6 aydan önce tamamlayıcı besinlere başlanması emzirme süresini kısaltmaktadır (2,42). Bu da anne sütü

yapımının azaltarak bebeğin yetersiz enerji ve besin ögesi almasına neden olur. Anne sütünün verimi düşer, hastalıklara karşı koruyuculuğu azalır. Tamamlayıcı beslenmede hastalık bulaş riski önemlidir ve hijyen koşullarına dikkat edilmeden hazırlanan besinler bebeklerin hasta olmasına sebep olabilir, hastane yatışları ve bebek ölümlerinde dahi arttırabilir (14). Bazı anneler bebeğin farklı tatlara erken alışmasını istedikleri için tamamlayıcı beslenmeye erken başlayabilirler. Oysaki emziren annenin yediği besinlerin tadı anne sütüne geçerek zaten bebeği farklı tatlar ile tanıştırmaktadır. Hatta emzirme süresince anne sütü aracılığıyla bebeğin çeşitli tatlara alıştırılması tamamlayıcı beslenme başladığı zaman yeni gıda kabulünü de kolaylaştırmaktadır (48,49). 6. aydan önce dilin dışarı itme refleksi güçlü olduğu için bebeği beslemek zor olabilir. Çiğneme becerisi henüz çok gelişmemiştir. Baş kontrolünü de tam sağlayamayan bebek beslenmeye karşı isteksiz olabilir (6). Böbrek fonksiyonları ve sindirim sistemleri de tam olgunluğa erişmediği için anne sütü dışında alınan besinleri tolere etmekte zorlanır (45). Ek besinler sulu kıvamda hazırlanırsa bebeğin mide kapasitesi çabucak dolar ve gerekli kaloriyi alamaz, büyüme ve gelişmesi yavaşlar (45,50). Tamamlayıcı beslenmeye erken başlanması ile atopik ve alerjik hastalıklar, astım, tip 1 diyabet, pnömoni ve gastroenterit gibi enfeksiyon hastalıkları görülme sıklığı da artar (11). Bazen sadece anne sütü alan bebekler çok hızlı kilo alırlar, böyle durumlarda bazı anneler obezite gelişmesinden korktukları için tamamlayıcı beslenmeye erken başlama eğiliminde olabilirler (51). Oysaki hazır formül mamaların kullanımında olduğu gibi tamamlayıcı beslenmeye erken başlanması da obezite riskini arttırır. Anne sütü ise obeziteden koruyucu bir faktördür. Erken dönemde katı gıdaların aspirasyon riski artmıştır. Tüm bunlara ilave olarak tamamlayıcı beslenmeye erken başlanmasının büyüme üzerine üstünlüğü bulunmamaktadır (6,45). Tamamlayıcı beslenmeye erken başlanması anne sütü yapımının azalmasına sebep olarak anne sütünden alınması gereken demirin azalmasına ve demir eksikliği gelişmesine neden olur. Ayrıca emme sıklığının azalması ile yumurtlama üzerindeki inhibisyon da ortadan kalkarak yeni gebelik oluşma ihtimali artar (52).

Yalnızca anne sütü alımına 6. aydan sonra devam edilmesi ve tamamlayıcı beslenme başlanmasının geciktirilmesinin de sakıncaları vardır. Anne sütünün enerji ve besin öğeleri bakımından yetersiz kalması nedeni ile beslenme yetersizliği, büyüme gelişme geriliği ve malnütrisyon ortaya çıkar. Enfeksiyon hastalıklarına karşı

savunmasız kalır. Demir, kalsiyum, çinko başta olmak üzere mikro besin öğelerindeki oluşan eksiklikler nedeni ile anemi görülme riski artar (14,50). Pütürlü gıdalar ile geç tanışan bebeğin çiğneme ve yutma fonksiyonlarının gelişimi de gecikir ve bu beslenme problemlerine neden olabilir. Çiğneme becerisini kazanamayan bebeği yeni tat ve dokudaki besinlere alışması ayrıca aile sofralarına dâhil olması da gecikir (6,42).

Biz sağlık çalışanları annelerin tamamlayıcı beslenmeye erken veya geç başlama sebeplerini öğrenerek onlara danışmanlık verebilir ve çocukları tüm bu risklerden koruyabiliriz (45).

3.7. Tamamlayıcı Beslenmeye Erken veya Geç Başlanmasının Dezavantajları

- Tamamlayıcı beslenmeye erken başladığında anne sütünün veriminde ve anne sütü alma süresinde azalma olabilir (12,50).
- Anne sütü alımı azalması ile anne sütündeki koruyucu faktörlerin alınması da azalır, tamamlayıcı beslenme aynı zamanda bir bulaş kaynağı olabildiği için de bebeklerin enfeksiyona yakalanma riski artar (14,45).
- Tamamlayıcı beslenmeye erken başladığında fonksiyonel barsak hastalıklarının, özellikle tip 1 diyabet gibi otoimmün hastalıkların, alerjik hastalıklar; astım ve atopinin görülme ihtimali artar (14).
- Anne sütü hiçbir tamamlayıcı besinin sağlayamayacağı kadar zengin ve besleyicidir. Tamamlayıcı beslenmeye erken başladığında bu mucizevi besin olan anne sütünden faydalanma süresi ve miktarı da azalmış olur (7).
- Anne sütünde var olan demir, çinko gibi minerallerin tamamlayıcı besinler ile birlikte alındığı zaman emilimleri azalmaktadır(25,50).
- Tamamlayıcı beslenmeye geç başladığında anne sütü artık bebeğin gereksinimlerini karşılayamadığı için protein enerji malnütrisyonu görülerek büyüme ve gelişme yavaşlar.
- İlk 6 ay bebeğin vitamin ve mineral ihtiyaçlarını (D ve K vitamini hariç) karşılayan anne sütü 6 aydan sonra yetersiz kalmaya başlar ve tamamlayıcı beslenmeye geç başlanması durumunda vitamin ve mineral eksiklikleri ortaya çıkar (33,52).
- Tamamlayıcı beslenmeye geç başlanması durumunda süt veya formül mama gibi sıvı kıvamdaki besinleri emmeye ve yutmaya alışkın olan bebek daha katı

kıvamdaki besinleri tolere etmekte, çiğnemekte ve yutmakta zorluk yaşayabilir (27).

- Tamamlayıcı beslenmeye 4.ayda ve 6.ay bitiminden daha geç başlayanlarda ilkökul döneminde solunum sistemi enfeksiyonlarına yakalanma riskinde sırası ile %21 ve %10 oranında artış olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda vücut yağlanmalarının da tamamlayıcı beslenmeye 6.ayda başlayanlarla kıyaslandığında sırası ile %19 ve %17 oranlarında artış olduğu saptanmıştır(43).

3.8. Tamamlayıcı Beslenmede Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Tamamlayıcı besin anne sütünün yerini almadan anne sütünü destekleme amacı ile verilir. Tamamlayıcı beslenmenin etkinliği anne sütü ile birlikteliği sağlanırsa artmaktadır (6). Tamamlayıcı beslenme başlanmış olsa bile bir bebek yine de her istediğinde ve sık sık emzirilmelidir. Emzirmeye 2 yaşına kadar ve ya daha uzun bir süre devam edilmelidir. Ailenin kültürel ve sosyoekonomik durumu, alışkanlıklarına uygun şekilde tamamlayıcı beslenme başlanmalıdır (14). Hastalanan bebek daha fazla emzirilmenin yanında sıvı alımı arttırılmalı ve iştahsız olabileceği için sevdiği yiyecekler sunulmalıdır (53). Tamamlayıcı besinin miktarı ve öğün sıklığı bebeğin yaşına ve anne sütü alımına göre ayarlanmalıdır. Anne sütü alan bir bebeğin öğün sayısı; 6-8. aylarda 2-3 kez, 9 aydan sonra 3-4 kez olmalıdır. Bebek anne sütü almıyorsa öğün sayısı arttırılmalıdır. Besinler tek tek denenmelidir, bir seferde birden fazla yeni besin verilmemelidir. İlk defa denenecek olan besinler arasında bebeğin tolere edip edemediğini gözlemleyebilmek için birkaç gün ara verilmelidir. Tamamlayıcı besin bebeğin sevdiği ve kolay yiyebileceği besinlerden oluşmalıdır. Kolay hazırlanmalı, ulaşılabilirliği ve satın alınabilirliği aileye uygun olmalıdır (9). Bebek yeni besinin tadını beğenmedi ise hemen vazgeçilmemeli ve tekrar tekrar denenmelidir. Yeni besin tadımı bebek açken yapılmalıdır. Eğer ailede alerji öyküsü var ise öyküye göre alerjen olma ihtimali yüksek olan yumurta, fıstık, balık, domates, çilek gibi besinler dikkatli başlanmalıdır. Anne sütünün %87'sinin su olması nedeni ile ilk 6 ay su verilmesi önerilmezken, tamamlayıcı beslenme başlanması ile sıvı gereksinimi olacağı için beslenmeye su eklenmelidir (6). Mide asiditesi yeterince gelişmediği için botulizm riski nedeni ile bal 1 yaş öncesi verilmemelidir (14). Öğünler besin öğeleri bakımından zengin olarak hazırlanmalı. İhtiyaç halinde tamamlayıcı

besinler zenginleştirilmeli ve vitamin, mineral takviyeleri kullanılmalıdır (6). Tamamlayıcı beslenmeye başlarken şeker, tuz ve baharat ilave edilmesi gelecekteki besin tercihini etkileyeceği için önerilmemektedir (42). Tamamlayıcı besinler kaşık, çatal, bardak, tabak kullanılarak, hatta el ile verilebilir, biberon kullanımı ise temizliği zor olduğu için ve bulaşıcı hastalık riskini arttırabileceği için önerilmemektedir (54).

DSÖ'nün sağlık personelleri için yayınladığı "Bebek Ve Küçük Çocuk Beslenmesi" rehberinde bulunan öneriler şu şekilde sıralanmıştır(12);

- 2 yaş veya daha sonrasına kadar sık sık emzirmeye devam edin.
- Duyarlı beslenme alıştırmaları yapın. Yavaş ve sabırla besleyin, yemek yemeye teşvik edin ancak asla zorlamayın, çocuğunuzla sakın bir ses tonu ile konuşun ve göz temasını kesmeyin.
- Gıda hijyenine ve uygun hazırlama yöntemlerine dikkat edin.
- 6 ayda küçük miktarlarda besinler ile başlayın ve bebek büyüdükçe gıda miktarını arttırın.
- Yavaş yavaş gıda çeşitliliğini ve kıvamını arttırın.
- Öğün sayısını arttırın. 6-8 aylıkken günde 2-3 öğün, 9-23 aylıkken 3-4 öğün verin, gerekli hallerde 1-2 ara öğün ekleyin.
- Gerektiğinde zenginleştirilmiş tamamlayıcı besinler ve vitamin, mineral takviyesi kullanın.
- Hastalık durumunda daha fazla emzirin, ek sıvı alımını arttırın ve yumuşak sevilen yiyecekleri sunun (9).

3.9. Duyarlı Beslenme

İlk bir, iki yıl boyunca bebekler ile ebeveynleri, birbirlerinden gelen sözlü ve sözlü olmayan iletişim sinyallerini tanımayı ve yorumlamayı öğrenirler. Bu süreç, sağlıklı bir duygusal-sosyal işleyiş için gerekli olan, bebekler ve ebeveynleri arasındaki duygusal bağ veya güvenli bağlanmanın temelini oluşturur. Çocuklar ve ebeveynleri arasındaki iletişim tutarsız ve tepkisiz etkileşimler içeriyorsa ilişki güven ve güvenlikten yoksun olabilir ve bu da çocuğun gelecekteki sosyal ve duygusal gelişimini engelleyebilir (55). Güvenli bir bağlanma oluşturmak, çocuğun sonraki ilişkileri için bir temel oluşturan, duygusal gelişimin kilometre taşıdır (56). Duyarlı

ebeveynlik, genellikle oyun bağlamında incelenen çocuk ve ebeveyn arasındaki iletişimi yansıtır. Ebeveyn davranışları çocuğun davranışını saniyeler içinde takip etmesi durumunda duyarlı olarak kabul edilir. Duyarlı ebeveynlik çocuğun ihtiyaçlarını duygusal olarak destekler. Bu sebeple, duyarlı davranışlar olası, hızlı, duygusal olarak destekleyici ve gelişimsel olarak uygundur (55).

Duyarlı ebeveynlik anlayışı kapsamında tamamlayıcı beslenme döneminde uyulması gereken bazı kurallar vardı. Bu kurullara uyulmadığı takdirde çeşitli organik sorunların yanında psikososyal sorunlar da gelişebilmektedir. Eğer anne bebeğin yemek istemediği besinleri zorla yedirmeye çalışırsa veya bebeği doymasına rağmen beslemeye devam etmek için uğraşırsa bu anne-bebek arasındaki ilişkiyi zedeler. Bebekte kusma, iştahsızlık ve yetersiz kilo alımına kadar giden ciddi sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle anne bebeğini beslerken ısrarcı olmamalı, acele etmemeli ve bebeğinden gelen sinyallere duyarlı olmalıdır (47). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNİCEF), çocuğun beslenme durumunu sadece aldığı gıdanın yeterliliği ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği değil, beslenme bakımı adı altında aldığı bakımdan da etkilediğini bildirmektedir. Yaşamın ilk yıllarında bebeklerin beslenme yeteneklerini onların sosyal, motor ve bilişsel gelişimleri belirler. Destekli oturur pozisyondan desteksiz oturur pozisyona geçmesi, emerek beslenmeden çiğneyerek yutmaya geçmesi, kendi kendini besleyebilmeyi öğrenmesi, aile ile sofraya yemeklerine dâhil olabilmesi örnek olmak üzere daha birçok faktör onların büyütüldükleri ortamdaki psikososyal yaklaşım ve beslenme şekli ile yakından ilgilidir (1). Gözlemsel bazı araştırmalarda gösterildiği üzere çocukları ile ilişkileri daha pozitif olan ebeveynlerin yetiştirdiği çocuklar daha çok güvenli bağlanma yaşarlar, dil ve bilişsel yetenekleri daha gelişmiştir, kendi kendini besleyebilme oranları daha yüksektir (57). Ebeveynleri duyarlı beslenmeyi teşvik etme stratejileri Tablo 1’de gösterilmiştir (55).

Tablo 1: Duyarlı beslenmeyi teşvik etme stratejileri (1)

Duyarlı beslenme nasıl olur?
<p>Aktif olarak rol alın:</p> <ul style="list-style-type: none">- Beslenme zamanlarında çocukla sohbet edin ve göz göze temas kurun.- Beklentilerle ilgili net iletişime geçin.- Açlık ve tokluk ipuçlarına yanıt verin.- Bebekleri doğrudan besleyin veya daha büyük çocukların kendilerini beslemelerine yardımcı olun
<p>Sağlıklı davranışı modelleyin:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ebeveynler, bakıcılar ve aile üyeleri sağlıklı gıda temelli seçimler yapmalıdır.
<p>Sunulan yiyecek şu şekilde olmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sağlıklı, lezzetli ve gelişimsel olarak uygun besinler
<p>Yemek reddinin üstesinden gelmek için şunları deneyin:</p> <ul style="list-style-type: none">- Farklı yemek kombinasyonları, tatları ve kıvamları- Çeşitli teşvik yöntemleri
<p>Beslenme ilerlemesi:</p> <ul style="list-style-type: none">- Yavaş ve sabırlı bir şekilde, çocuğu yemeye teşvik ve motive edin.- Çocukları asla zorla beslemeyin.
<p>Gerekli ortam</p> <ul style="list-style-type: none">- Hoş bir beslenme ortamı oluşturun.- Çocuğu rahat bir şekilde oturtun.- Çocuğun diğer aile üyeleriyle yüz yüze olmasını sağlayın.- Yemek sırasında dikkat dağınıklığını en aza indirin.- Yemek zamanlarını düzenleyin. Öngörülebilir bir program takip edin ve tercihen aynı zamanda ve aynı yerde yemek yiyerek bir rutin oluşturun.

Duyarlı beslenme aynı zamanda aktif beslenme adı da verilen bebeğin açlık sinyallerine göre davranıldığı, besleyicinin aktif katılımı ile bebeğin beslenmeye teşvik edildiği uygulamadır (10). Duyarlı beslenme davranışı bebeğin yalnızca ne yediği ile ilgilenmez, ne zaman, nerede, kiminle ve nasıl yediği de bir o kadar önemlidir. Süt çocuklarını direk besleyerek veya daha büyük çocukların yemelerine yardımcı olarak etkin bir beslenme tekniği ile besin alım miktarları artırılabilir. Bu beslenme davranışının temeli çocuğun açlık-tokluk sinyallerine duyarlı olmaya, sabırla ve acele etmeden beslemeye, çocuğu yemek yemeye zorlamadan sadece teşvik etmeye dayanır. Herhangi bir besine karşı isteksizlik veya besin reddi olması durumunda o besini farklı lezzet, tat, doku ve şekilde modifiye ederek yeniden denenmelidir. İlk etapta yemek istemediği besinler sevdiği bir besinle beraber sunularak gıda reddinin üstesinden gelinebilir. Beslenme zamanlarını aynı zamanda öğrenme zamanı haline getirebilmek için çocuğun dikkatini dağıtacak nesnelere ortadan kaldırılmalı veya mümkün olduğunca azaltılmalıdır. Bebekler aile sofralarına dâhil edilerek aile iletişimlerini artırılmalıdır (11,12). Çocuğun akut hastalık geçirmesi gibi bazı özel durumlarda beslenme için öneriler Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Özel durumlarda duyarlı beslenme (1)

Özel durumlarda ek duyarlı beslenme stratejileri
<p>Çocuk hasta olduğunda:</p> <ul style="list-style-type: none">- Yavaş ve sabırla besleyin.- Özellikle çocuk yutma gücünü çekiyorsa, ezilmiş veya yumuşak yiyecekler verin.- Çocuğa en sevdiği yiyecekleri verin.- Küçük, sık öğünler verin.- Her yemekte daha sık ve daha uzun süre emzirin ve sıvı alımını artırın
<p>Çocuk hastalıktan iyileştiğinde:</p> <ul style="list-style-type: none">- Çocuğun artan açlığına karşı duyarlı olun ve iki hafta boyunca her gün ek öğünler veya atıştırma vererek ve öğün başına daha fazla yiyecek sunarak yiyecek miktarını artırın.
<p>Çocuk yemek yemeyi reddettiğinde:</p> <ul style="list-style-type: none">- Alternatif bir yiyecek verin.- Yiyecekleri çocuğa daha ilgi çekici sunun, örneğin bir karakter veya gülen yüz şeklinde.- Çocukla konuşun veya şarkı söyleyin.- Çocuğun yalnız başına yememesini sağlayın.
<p>Çocuğun iştahı azaldığında:</p> <ul style="list-style-type: none">- Yavaş ve sabırla besleyin.- Çocuğa en sevdiği yemeği verin.- Daha sık emzirin.- Daha fazla beslenme fırsatı sağlayın.- Üç ana öğün yerine daha küçük porsiyonlar hazırlayın.

Uluslararası bazı çalışmaların incelemelerine göre, duyarlı beslenme ebeveynliği 4 aşamalı bir süreç olarak kavramsallaştırılmıştır:

- 1) Besleyici tarafından oluşturulan rutin, bebekle etkileşimi teşvik eder, beklentileri karşılar ve duygusal bağlanmayı sağlar (55).
- 2) Bebek motor hareketler, sesler ve yüz ifadeleri ile bazı sinyaller verir.

- 3) Besleyici bebekten gelen sinyalleri tanır ve bunlara derhal duygusal anlamda destekleyici ve gelişimsel olarak uygun bir yanıt verir.
- 4) Ve bu yanıt bebek tarafından öngörülebilir bir yanıttır.

Besleyici tarafından oluşturulan rutin beslenme sırasında bebeği rahatça tutabileceği ve besleyebileceği ortamı önceden hazırlamasını içerir. Bebeğin verdiği açlık sinyallerini takip ederek belirlenen yerde beslenmesi sağlanarak bir rutin oluşturulur. Bebek ile ona bakım veren kişi arasında hayata başladığı andan itibaren oluşan güvenli, sosyal ve duygusal bağ ikisi arasında sözlü veya sözsüz bir takım sinyaller oluşmasını sağlar. Bu sinyaller her çocukta farklıdır, bu nedenle çocukla geçirilen süre ne kadar çok olursa aradaki iletişimi sağlamak ve ortak bir paydada buluşabilmek o kadar kolaylaşır. Bebeğin verdiği sinyallere göre beslenme isteği olduğu görüldüğünde besleyici harekete geçer. Bebeğin gelişimine uygun besinleri ve beslenme şeklini destekleyici bir şekilde uygulamalıdır. Bebeğe kendi kendini beslemeyi öğrenmesi için fırsat verilmelidir. Duyarlı beslenme yaklaşımını uygulayan kişi bu kurallara dikkat ederek bebeği baskıcı ve kontrolcü beslemeden, açlık ve tokluğunu görmezden gelme gibi olumsuz görülen davranışlardan uzaklaşır. Böylelikle çocuğun benlik saygısı, özerkliği ve psikososyal gelişimi desteklenmiş olur (55,58). Birçok davranışsal yaklaşım bebek ve küçük çocukları beslemede sabırlı ve yaratıcı gelişimleri destekleyerek ebeveynleri duyarlı besleme yaklaşımını uygulama konusunda yöreklendirmektedir (11).

Gelişmekte olan ülkelerde bebeklik ve süt çocukluğu döneminde beslenme yetersizliği, malnütrisyon ve büyüme oranlarında gerileme yaygın bir şekilde devam etmektedir. Sağlıklı ve dengeli beslenme ile beraber büyümeyi etkileyebilecek birçok faktör var olmasına rağmen UNICEF esas önemli olan noktanın çocuk bakım uygulamalarındaki yetersizlik olduğunu öne sürmektedir. Doğru beslenme uygulamalarının bebeklerdeki gıda kabulünü arttırarak büyüme ve gelişmede olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde uygun beslenme davranışı önerileri ile aileler aktif besleme konusunda teşvik edilerek çocuklarda yiyecek kabulü arttırılmaya çalışılmaktadır (59).

UNICEF'e göre duyarlı beslenme davranışının özellikleri şunlardır (6,59);

- Çocukların açlık ve tokluk sinyallerine duyarlı olarak süt çocukları doğrudan beslenmeli, daha büyük çocuklar ise kendi kendilerini beslemeleri konusunda cesaretlendirilerek yardımcı olunmalıdır.
- Bebek beslenmesinde acele edilmemeli, yavaş ve sabırlı davranılmalı. Beslenmesi için çocuk cesaretlendirilirken asla zorlanmamalıdır.
- Bebekler bazen yeni deneyimledikleri gıdaları hemen kabul etmeyebilirler, bu nedenle yeni tanıştıkları gıdalar belirli aralıklarla tekrar tekrar bebeğe sunulmalıdır.
- Eğer bir bebek birçok gıdayı almakta sorun yaşıyorsa farklı tatlar ile kombinasyonları denenmelidir.
- Yemek zamanları aynı saatlerde ve düzenli olarak yapılmalı ve öğün sırasında bebeğin dikkatini dağıtabilecek nesnelere ortadan kaldırılmalıdır.
- Beslenme saatlerinin sevgi dolu öğrenme saatleri olduğu unutulmamalı ve özellikle bebekle göz teması kaybedilmemelidir.

Bu süreç çocuk odaklı gibi görünüyorsa bile, ebeveynler bu etkileşimler ile çocuk üzerinde güçlü bir etki oluşturur. Duyarlı ebeveynlik kavramı çocuğun her talebine mutlaka uymak anlamına gelmez, bu uygunsuz olurdu, bunun yerine onu kabullenir (55).

Küçük çocuklar için beslenme davranışı ve duyarlılığının ilerlemesi özet halinde Tablo 3 de gösterilmiştir (55).

Tablo-3

Tablo 3: Küçük çocuklar için beslenme davranışı ve duyarlılığının ilerlemesi (55)

Besleyicinin proaktif hazırlığı		Çocuğun beceri ve sinyalleri	Besleyicinin sorumlulukları	Çocuğun öğrendikleri
0-6 ay	Bebeğin açlık sinyalleri ile beslemeye hazırlanır	Ses, yüz ifadesi ve eylemler yoluyla açlık / tokluk sinyalleri verir	Bebeğin sinyallerine yanıt verir: Acıktığında besler, doyduğunda durur	Bakım vereni cevap verecek ve ihtiyaçlarını karşılayacak
6-12 ay	Çocuğun rahat bir şekilde konumlandırılmasını sağlar, aile yemek zamanları / rutinleri oluşturur	Oturur; yarı katı yiyecekleri çiğner ve yutar; parmaklarıyla kendi kendini besler	Çocuğun sinyallerine yanıt verir; çeşitliliği, dokuyu ve tatları artırır. Çocuğun kendi kendini besleme girişimlerini destekler	Kendi kendine beslenmeye başlamak için; yeni tatlar ve dokuları deneyimleme; yemek yemek ve yemek zamanlarının eğlenceli olduğu
12-24 ay	3-4 sağlıklı seçenek / öğün, her gün 2-3 sağlıklı atıştırılabilir, toplanabilen, çiğnenebilen ve yutulabilen yiyecekler sunar	Birçok farklı yiyeceği kendi kendine yiyebilir; bebek için güvenli olan beslenme araçlarını kullanır; isteklerini söyleyebilir	Çocuğun açlık ve tokluk sinyallerine yanıt verir; çocuğun kendi kendini beslemesine teşvik eder	Yeni yiyecekler denemek için; kendi başına bir şeyler yapma, yardım isteme, bakım vereninin isteklerine cevap vereceğine güvenme

3.10. Duyarlı Olmayan Beslenme Davranışı

Duyarlı olmayan beslenmede ebeveyn ile çocuk arasında karşılıklı bir iletişim eksikliği hâkimdir, ya ebeveyn kontrolü ele alarak kontrolcü ve baskıcı bir biçimde beslenme durumuna hâkim olur, ya ebeveyn aşırı müsamaha gösterir ve çocuk kontrolü ele alır ya da ebeveyn çocuğu görmezden gelir isteklerini ihmal eder (55).

Bazı çalışmalar ebeveyn müdahaleciliğinin hâkim olduğu ebeveyn-çocuk etkileşim kalıpları ve karşılıklı iletişim eksikliğinin erken beslenme bozuklukları ve yetersiz büyüme ile ilişkili olduğunu göstermiştir (60,61). Yaşamın erken dönemlerinde oluşturulan hem ebeveyn-çocuk etkileşim kalıpları hem de beslenme davranışları yaşamın ilk birkaç yılını ailelerin sağlıklı etkileşim kalıpları ve beslenme davranışları oluşturmalarına yardımcı olur, böylece hem zayıf hem de fazla kilodan kaçınılır (62). Bunun yanında kontrolcü olan ebeveynlerin çocuklarında özerklik kazanımı ve kendi kendine yetebilme becerilerini kazanması da olumsuz etkilenir (55).

Duyarlı olmayan bir beslenme davranışının özellikleri şu şekilde sıralanabilir (1).

1. Bu yaklaşımda bebeğin beslenme davranışı kontrol edilmeye çalışılır.
2. Bebek beslenme aralarında besleyici tarafından görmezden gelinir.
3. Besleyici bebeği kısıtlar, baskı yaparak aşırı kontrol altında tutmaya çalışır.

Bebek ve bakım vereni arasındaki ilişki, duyarsız, tutarsız, tepkisiz ve etkisiz bir iletişim içerir. Bakım veren bebeğin yediği yemek miktarını sınırlandırır. Bebeğin açlık ve tokluk sinyalleri göz ardı edilir. Sosyal ve duygusal gelişimini desteklemez. Kendi kendini besleme fırsatı bulamayan bebek özerkliğini geliştiremez ve ileriki yaşamda beslenme problemleri ortaya çıkar (1).

Duyarlı olmayan beslenme olumsuz davranışları içerir; besleyicinin bebeği doğrudan kendi beslemesi, bebek beslenmeyi reddettiğinde bebeğin çenesini, kafasını tutarak zorla ve tehdit ederek beslemesine ve hatta bebeği sarsmaya kadar varan müdahaleci ve engelleyici tutumları içerebilir (1). Bu beslenme modeli sağlıklı olmamakla beraber güvenli bağlanmayı zedeler, çocuğun psikososyal gelişimini tehlikeye sokar. İleride büyük psikolojik sorunlara yol açabilir. Ebeveynler, çocukları

yemeği reddettiğinde bunun özerklik için bir sinyalden ziyade iştahsızlığın bir işareti olarak yanlış yorumladıklarında, yemek zamanı stresli bir hale gelebilir ve potansiyel olarak çocuğun hayal kırıklığına, içsel gelişimi konusundaki çatışmalara neden olabilir (63). Hastalık dönmlerinde çocuk iştahsız olabilir ve ebeveyn kontrolcü bir beslenme yöntemine yönelebilir. Kontrolcü besleme, çocuklar hastalıktan sonra iyileştiklerinde olduğu gibi beslenme veya büyüme sorunları yaşadığında da ortaya çıkabilir. Böyle durumlarda, önerilen şey çocukların beslenme ihtiyaçları doğrultusunda yiyecek miktarına, kalitesine ve beslenme sıklığına odaklanmaktır (59).

Aşırı müsamaha göstermek de duyarlı olmayan bir beslenme davranışıdır. Burada görünüşte hoşgörülü olan ebeveyn beklenmedik durum ve gelişimsel uygunluk niteliklerinden yoksundur (55). Çocuklarının sinyallerini yanlış yorumlayan ya da yorumlayamayan ya da ilgilenmek istemeyen ebeveynler, verdikleri tepkinin beklenmedik olmasına veya gelişimsel uygunluğuna bakmaksızın çocuğa teslim olmanın en kolay yöntem olduğunu düşünebilirler. Örneğin, çocukların ağlamalarına veya protestolarına, durum değerlendirmesi yapmadan şeker veya patates kızartması gibi ayrıcalıklı yiyecekler sunarak karşılık veren ebeveynler, hoşgörülü davranıyor ve çocuklara ağlamanın, problem çıkartmanın tercih edilen yiyeceklere ulaşmada etkili bir yöntem olduğunu öğretiyorlar. Son çalışmalar ayrıca, müsamahakâr ebeveynlerin çocuklarının daha yüksek vücut kitle indeksi riski altında olduğunu göstermektedir (64).

Bir diğer duyarlı olmayan beslenme ise çocuğu görmezden gelmedir. Görmezden gelme/ihtmal, ebeveynin çocuğa dikkatini vermemesi ile karakterizedir (55). Ebeveynin bu tutumuna cevap olarak çocuklar, ebeveynin dikkatini çekmek için yoğun veya uygunsuz yöntemlere başvurabilirler, örneğin yiyecek fırlatma ya da yemeyi reddetme gibi. Bu tür davranışlar muhtemelen ebeveynin misillemelerine yol açarak kontrolünde bir artışa neden olur ve ebeveynin ilgisinin artmasıyla sonuçlanır (55).

Özetle bebeklerin hem düşük kilo hem de obezite risklerinden kaçınarak büyüme ve gelişmeleri için yeterli ve sağlıklı gıda alımı gerekli olsa da tek başına yeterli değildir. Duyarlı ebeveynlik çocukların sağlıklı gelişiminde önemli bir yer tutar. Çocukların içsel açlık ve tokluk sinyallerinin fark edilip anında, duygusal olarak

destekleyici ve gelişimsel olarak uygun yanıtlandığı duyarlı bir beslenme ortamından yararlanma olasılıkları yüksektir (55). Ebeveynik ve beslenme tarzlarının yanı sıra beslenme tarzlarının özellikleri ve sonuçları Tablo 4’te özetlenmiştir.



Tablo 4: Ebeveynlik ve beslenme tarzları, beslenme tarzının özellikleri ve sonuçları

Ebeveyn tarzı	Beslenme tarzı	Ebeveynin özellikleri	Çocuğun özellikleri	Sonuçlar
Yetkili (demokratik) <ul style="list-style-type: none">İlgiliBesleyiciYapılandırılmış	Duyarlı (Talepkar + ve duyarlı+)	Duyarlı beslenmenin nasıl teşvik edileceğine ilişkin Tablo 1'e bakın.	Olumlu davranış: <ul style="list-style-type: none">Yiyecek teklif edildiğinde kabul ederEbeveynin açlık ve tokluk ipuçlarına duyarlı bir şekilde tepki verdiğini öğrenir.	Çocuk şunları öğrenir: <ul style="list-style-type: none">Açlık ve tokluk ipuçlarına göre gıda alımını kendi kendine düzenlemekKendi kendini beslemekYemek zamanlarının eğlenceli olduğunu öğrenmekSağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmek
Otoriter (kontrolcü) <ul style="list-style-type: none">GüçlüKısıtlayıcıYapılandırılmışBeslenme oranı düşük	Duyarlı olmayan (kontrolcü) (Talepkar + ve duyarlı -)	<ul style="list-style-type: none">Beslenme durumuna hâkimdir.Yemek zamanlarını kontrol etmek için güçlü ve kısıtlayıcı stratejiler kullanır.Çocuğun dikkatini çekmek için yüksek sesle konuşur.Zorla besleme kullanır.Çocuğa boyun eğdirir.	<ul style="list-style-type: none">Söz hakkı yok.Yemek yemeyi reddetme, ağlama ve dikkati dağılma veya seçici olma gibi olumsuz davranışları gösterir.	<ul style="list-style-type: none">Sıkıntı ve / veya kaçınma.Fazla kilo veya obezite. Kontrolcü tip: <ul style="list-style-type: none">Çocuk besin alımını kendi kendine düzenleme, doğal açlık ve tokluk ipuçlarına yanıt verme becerisi geliştiremez.Açlık olmadan yer.Daha düşük vücut kitle indeksine sahiptir. Kısıtlayıcı tip: <ul style="list-style-type: none">Ebeveynler tarafından kısıtlanmış yiyecekleri arar ve bulduğunda tıkmırcasına yer.Fazla kilo veya zayıflığa yol açabilir.

<p>Katılmamış (ihmkar)</p> <ul style="list-style-type: none"> · Bağlanma yok · Duyarsız · Yapılandırılmamış · Beslenme oranı düşük 	<p>Duyarlı olmayan (ihmkar) (Talepkar - ve duyarlı -)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Yemek zamanlarında aktif fiziksel yardım yok veya çok az. · Yemek zamanlarında sözlü ifade yok veya çok az. · Yiyecek alımına ilişkin hiçbir yönlendirme yoktur. · Karşılıklılık eksikliği; çocuğun açlık ve tokluk ipuçlarını görmezden gelir. · Negatif bir beslenme ortamı oluşturur. · Beslenme planı veya rutini sağlamaz. · Çocuğun beslenme ihtiyaçlarını görmezden gelir veya bunlarla ilgili sınırlı bilgiye sahiptir. · Çocuğun ne zaman ve ne yediğinin farkında değildir. 	<p>Ne zaman, ne yiyeceğine ve ne kadar yiyeceğine karar verir.</p>	<p>Çocuk açlık ve tokluk sinyallerini tanıyamaz.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Sadece yiyecek olduğu için yer. · Fazla kilo veya obezite riski
<p>Hoşgörülü (müsamahakâr)</p> <ul style="list-style-type: none"> · İlgili · Besleyici · Yapılandırılmamış 	<p>Duyarlı olmayan (hoşgörülü) (Talepkar – ve duyarlı+)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Gıda alımına ilişkin hiçbir kılavuz yoktur. · Yiyecekleri ödül olarak kullanır. · Yiyecekleri bir rahatlatıcı olarak veya çocuğun davranışını kontrol etmek için kullanır. 	<p>Ne zaman, ne yiyeceğine ve ne kadar yiyeceğine karar verir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Çocuk, tuz ve şeker açısından yüksek yiyecek alımına sahiptir. · Çocuğun meyve ve sebze alımı düşüktür. · Fazla kilo veya obezite riski

3.11. Bebek Liderliğinde Beslenme

Bebek liderliğinde beslenme; beslenme sürecini bebeğin yönettiği bir yöntemdir. Bu yöntemde besleyici bebeğin ne yiyeceğine karar verirken, bebek ne kadar ve ne hızda yiyeceğine karar verir (13). Özellikle sosyal medya kullanan anneler arasında giderek yaygınlaşan bebek liderliğinde beslenme modeli konusunda yeterli bilimsel kanıt olmaması nedeni ile üzerinde tartışılması gereken bir konu olduğu düşünülmektedir (11,14).

Bebekler 6. ayda doğası gereği yemekleri elleriyle kavrayıp ağızlarına götürebilirler, çiğneyip yutabilirler ve kendilerini beslemeye başlama eğilimindedirler, bu nedenle tamamlayıcı beslenme başlanır (65).

Bebek Liderliğinde Beslenme (BLB) olarak isimlendirilen beslenme yöntemi; gelişim olarak normal olan bebekler için Gill Rapley tarafından geleneksel tamamlayıcı beslenme yönteminin alternatifi olarak 2001-2002 yılında geliştirilmiştir (13). Geleneksel tamamlayıcı beslenme yönteminde bebek için özel olarak hazırlanmış olan püre veya pütürlü karışımlar kaşık yardımı ile bebeğe sunulur. Sonrasında bebek büyüdükçe motor gelişimine göre yavaş yavaş yetişkin tip beslenmeye geçilir (9). BLB de ise bebeğe sunulan yiyecekler birbirine karıştırılmaz tek tek ve yumru halinde sunulur, nasıl, ne kadar ve ne hızda yiyeceğini bebek belirler (13).

Gill Rapley tarafından BLB yöntemi için yapılan başlıca öneriler (13);

- Bebekler aile yemeklerine dâhil edilmelidir.
- Yemek yerken bebek dik bir şekilde oturur pozisyonda olmalıdır.
- Mümkün olduğu sürece ailecek yenen yiyeceklerden bebeğin eline sığacak büyüklükte ve şekilde bebeğe de verilmelidir.
- Bebeğe bol çeşitli besinler sunularak onun deneyimi arttırılmalıdır.
- Yemek süresini bebeğin belirlemesine izin verilmeli, aceleci davranılmamalı, ağızına yiyecek konularak yardım edilmemelidir.
- Bebekler onlara sunulan yeni yiyecekleri önce kavrayıp keşfederler sonrasında çiğneyip yutarlar. Bu nedenle ilk zamanlar yemeyip oynayabilirler, bu normaldir ve endişe edilmemelidir.

- Sunulan yiyeceğin tamamını hiçbir parça kalmayacak şekilde bitirmesi beklenmemelidir.
- Bebekler önceden reddettikleri bir besini daha sonra yiyebilirler. Bu nedenle reddettiği besin ara ara tekrar bebeğe sunulmalıdır.
- Öğün esnasında bebek yalnız bırakılmamalıdır.
- Fındık, fıstık gibi küçük ve sert parçalar bebek için tehlikeli olabileceğinden bebeğe sunulmamalıdır.
- Bebeğin yiyeceklerine tuz ve şeker eklenmemeli, hazır gıdalar verilmemelidir.
- Öğün esnasında etrafın dağılmasına hazır olunmalı. Yere temiz bir örtü serilerek düşen besinler tekrar bebeğe verilebilir.
- Bebek her istediğinde emzirmeye devam edilmeli, yeni düzene alışması için acele edilmemelidir.
- Eğer ailede besin alerjisi, gıda intoleransı veya sindirim problemi var ise sağlık profesyoneli ile birlikte bu yöntem değerlendirilmelidir.
- Bebeğin yemekleri elleriyle ve ağızıyla keşfetmesinden zevk alınmalıdır.

Bebek liderliğinde beslenme yöntemi geleneksel beslenme yönteminin bir alternatifi, olarak İngiltere’de ortaya çıkmıştır. Bu beslenme davranışı geleneksel beslenme yönteminin aksine kaşıkla beslemeyi desteklememektedir. Yiyecekler bebeklere parmak gıdalar şeklinde sunulur, kendilerinin elleriyle tutup ağızlarına götürmeleri beklenir, bebekler yemek zamanlarında aileleri ile birlikte aile sofralarına katılırlar (13,16). BLB’nin en önemli özellikleri; bebeğin kendi yiyeceğini seçmesi ve ne kadar yiyeceğine kendisinin karar vermesidir. Anne bebeğini zorlayacak veya tehdit edecek şekilde aşırı kontrollü beslemez (15,16).

BLB ve duyarlı beslenme hakkında çok fazla veri yoktur. Dünya geneline bakıldığında çocuklarda obezite oranları artmaktadır. Duyarlı beslenme felsefesine teşvik ederek BLB daha sağlıklı kilo artışı ile çocukları obezite riskinden koruyabilir (15). Ülkemize baktığımızda da çocukluk çağı obezitesinde artış görülmektedir. BLB yöntemi ülkemizde de çocuklardaki obezite oranlarını düşürebilir (66). Popülerliği hızla artan BLB modelinin güvenilirliği, etkinliği ve sonuçları ile ilgili araştırmalar

çok kısıtlıdır. Bu kısıtlı sayıdaki araştırmanın ortaya koyduğu şudur ki, BLB daha sağlıklı, uygun beslenme davranışlarını ve beslenmeyi destekleyebilir (16).

Rapley'e göre BLB gıda karmaşasını azaltır, buna bağlı olarak bebek iştahı doğrultusunda beslenmesini kendisi düzenleyebilir (67). BLB yönteminin kullanıldığı bebekler 18-24 aylık geleneksel yöntemle beslenen fazla kilolu bebeklere nazaran daha az kiloludurlar (16). Yine bu yöntemde bebekler yeni tatları denemek için daha meraklı ve isteklidirler (17).

BLB de ticari amaçlı üretilen paketli gıdalar daha az tüketilmekte ve bebek aile sofralarına daha fazla dâhil olmaktadır. Bu yöntemi kullanan anneler bebeklerinin kilo almaları konusunda daha az takıntılı ve bebeklere ısrarcı bir şekilde yemek yedirme kaygıları daha azdır (68). Yapılan bir çalışmada BLB uygulayan bebeklerin iştah üzerine kontrollü oldukları, besinler karşı gösterilen tepkinin daha az olduğu, porsiyonlarını kendilerine göre ayarlayabilen ve doğru beslenme davranışları ile obezite riskine karşı koruyucu davranış modeli sergiledikleri gösterilmiştir (69).

Bebek liderliğinde beslenmede kendi kendini besleyen bebek ihtiyacı olan enerjiyi alır, obezite riskinden korunur, motor gelişimi desteklenir, diyet kalitesi artar, ebeveyn ile aralarında ilişki güçlenir. Bu gibi olumlu etkilerinin yanında bir takım olumsuz etkileri de bulunmaktadır, bunlar; aspirasyon tehlikesi, demir eksikliği gelişme riski, büyümede geriliktir (15,17). Fakat başka bir çalışmaya göre BLB ve geleneksel beslenme arasında aspirasyon riski açısından bir fark yoktur (18). Ayrıca boğulma, demir eksikliği gelişme riski, enerji alım yetersizliği gibi riskler nedeni ile hangi gıdaların verileceğinin belirlenmesi önem arz eder (70). Aynı zamanda bebek mamaları yerine aile yemeklerine daha fazla maruz kalma bebeklerin şeker, tuz ve doymuş yağ tüketimlerini arttırabilir (71). BLB yönteminde bebeğe sunulan yiyeceklerin çoğunluğunu buharda pişmiş sebzeler ve meyveler oluşturur. Bu besinlerin demir içeriği düşüktür, bu nedenle BLB demir eksikliğine yol açabilir (72).

Yapılan araştırmalar Kanada, İngiltere, Yeni Zelanda gibi ülkelerde yaygın olarak kullanılan BLB'nin yetersiz enerji ve demir alımı, aspirasyon riskleri nedeni ile sağlık profesyonelleri tarafından beslenme önerisi olarak sunulmadığını göstermektedir.

Bebeklerin yeterli demir almasını sağlamak dünya geneli için çok önemsenen bir problemdir. Yaygın öneri 6.ayda tamamlayıcı beslenmeye başlanır başlanmaz demir içeriği zengin olan besinlerin verilmesidir. İngiltere gibi bazı ülkelerde demir içeriği yüksek olan ve bebek beslenmesinde yaygın olarak kullanılan pirinç gevreklerinin kıvamı yarı katı olduğu için kaşık ile yemeye uygundur, BLB kaşık ile beslemeyi önermediği için bu gıdanın alımı olası değildir. Bununla beraber ailenin bilgi düzeyi eksikliği nedeni ile bebeğe sunduğu yiyecekler enerji ve demir içeriği açısından fakir olması neticesinde büyüme gelişmede gerilik görülebilir. Bazı sağlık çalışanları ve ebeveynler aspirasyon riskinden korkmaktadır. Ancak boğulma ve öğürme refleksi aileler tarafından karıştırılabilmektedir. Gerçek boğulma oranlarının öğürmeler dışlandığında çok daha az olduğu saptanmıştır. Parmak gıdanın uygun sunulması da aspirasyon riskinde belirleyicidir. En fazla aspirasyon vakası çiğ elma tüketimi esnasında görülmüştür (15).

Ebeveynlerin BLB yöntemini çoğunlukla internet ortamındaki bilgiler ve ebeveyn forumları gibi sayfalardan edindikleri görülmektedir (19). Bir çalışma BLB uygulayan ebeveynlerin sadece %21'inin sağlık profesyonelinin önerisi doğrultusunda bu yöntemi uyguladığını belirtmiştir (20). Bir diğer çalışma ise BLB'nin sağlık profesyonellerinden ziyade anneler tarafından tercih edildiğini söyler (21). Yapılan araştırmalara göre BLB yöntemini uygulayan anneler geleneksel beslenme yöntemini kullanan annelere göre bebeklerini daha uzun süre emzirirler ve daha yüksek eğitim seviyesi sahiptirler veya daha profesyonel bir meslekleri vardır (73,74). Bebekler ailelerini taklit ederek öğrenirler, bu şekilde öğrenilen davranışlar bebeğin gelecek yaşamında da devam eder. Aile ile birlikte aynı sofrada onları görerek yemek yemek ve aileleri ile iletişim halinde olmak bebeğin gelişimine katkı sağlar ve olumlu beslenme davranışları geliştirmelerine yardımcı olur (22).

Bebek liderliğinde beslenme metodu; bebeğin aktif katılımını içeren ve çoğunlukla bebeğin kolay kavrayabileceği parmak gıdalar şeklinde sunulan besinler ile bebeğin kendi kendini beslemesidir. Geleneksel beslenme yöntemi ise annenin bebeği kaşıkla veya biberon ile beslemesini içeren yeme eyleminde çocuğun pasif olduğu bir yöntemdir.

Bebek liderliğinde beslenme modeli bebeğin tercihleri ve aktif katılımı ile ilerlediği için boğulma tehlikesi, makro ve mikro besin ögesi eksiklikleri, tercih edilen besin kalitesi, ailenin tutumları ve bebek üzerine etkileri gibi birçok tartışmaya neden olmuştur (75). Tartışmalar neticesinde modifiye BLB modeli olarak isimlendirilen “Baby-Led Introduction to Solids (BLISS)” yani Bebek Liderliğinde Katı Besinlere Geçiş yöntemi oluşturulmuştur. Bu yöntemin en temel farkı besleyiciye verilen BLB eğitiminin yanı sıra öğretilmesi gereken, her öğün içeriğinde yüksek enerjili ve demir içeriği açısından zengin besinler bulundurulurken, aspirasyon riski yüksek olan besinlerden uzak durulmasıdır (17). Yapılan bir çalışmada BLISS yöntemi ile beslenen bebekler ile geleneksel yöntemle beslenen bebekler arasında demir eksikliği açısından anlamlı bir fark bulunmamış. Çalışmada BLISS yönteminde verilen besinlerin yüksek demir içeriği nedeni ile demir eksikliği riski oluşturmadığı söylenmiştir (17).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışmada 6ay-24 ay arası çocuğu olan ebeveynlerin tamamlayıcı beslenme ve bebek liderliğinde beslenme (BLB) konusunda uygulamalarının kesitsel anket çalışması ile değerlendirilmesi amaçlandı.

4.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Tarafımızca hazırlanan 49 soruluk bir anket formu Covid-19 pandemisi nedeni ile kişisel teması azaltmak için online olarak www.docs.google.com adresinde hazırlandı, bu link sosyal medya (Whatsapp, Facebook, Twiter, Instagram, Forumlar) aracılığı ile online olarak dağıtıldı ve araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynler tarafından yanıtlandırıldı. Çalışmada veri toplama 2 ay (30.11.2020-30.01.2021) sürdü.

4.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evren ve örneklemini tamamlayıcı beslenmeye başlamış 6ay-24 ay arası çocuğu olan ve sosyal medya kullanan anneler oluşturmaktadır.

Çalışmamız ile ilgili G*power 3.1 programı ile yapılan güç analizinde tamamlayıcı beslenmeye geçiş döneminde annelerin geleneksel beslenme ve bebek liderliğinde beslenme konusunda bilgilerinin etki büyüklüğü 0,11 bulunmuştur (alfa hata olasılığı=0.05); güç değeri 0.80 alınarak yapılan örneklem genişliği analizinde toplam alınması gerekli toplam hasta sayısı 135 olarak bulundu. Toplam 681 aileye ulaşılarak örneklemin 5 katından daha fazla kişiye ulaşılarak çalışma tamamlanmıştır.

4.4. Veri Toplama Araçları

Çalışma için yapılan literatür taraması doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan katılımcıların kişisel tanımlayıcı bilgileri, anne sütü ile beslenme öyküleri, tamamlayıcı beslenme ve bebek liderliğinde beslenme (BLB) konusunda uygulamalarını içeren anket formu 6-24 aylık bebeğe sahip annelere uygulanmıştır.

Bu form 3 bölümden oluşmaktadır. Bölüm 1 de, annenin sosyodemografik özelliklerini sorgulayan (yaş, eğitim durumu, iş, ekonomik durum, aile tipi, kronik hastalık durumu, çocuk sayısı) 8 soru bulunmaktadır. Bölüm 2 de bebeğe ait özellikler (yaş, cinsiyet, boy, kilo, doğum şekli, doğum kilosu, vitamin takviyesi kullanımı, verilen ilk besin, anne sütü alımı, ek gıdaya geçme yaşı vb.) içeren açık ve kapalı uçlu 18 soru bulunmaktadır. Bölüm 3 te tamamlayıcı beslenme ve bebek liderliğinde beslenmeye yönelik (tamamlayıcı beslenme başlama yaşı, ilk verilen gıda, kullanılan beslenme yöntemi, öğün süresi, kullanılan gereçler, besin kıvamı, aspirasyon yaşama durumu vb.) 23 soru olmak üzere toplam 49 soru bulunmaktadır.

4.5. Verilerin Toplanması

Veriler 30 Kasım 2020 ile 30 Ocak 2021 tarihleri arasında Covid-19 pandemisi nedeni ile online olarak dağıtılan anket formunun araştırmaya katılmayı kabul eden 6-24 ay arası bebeği olan ebeveynler tarafından yanıtlandırılması ile toplanmıştır.

4.6. Verilerin Analizi

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra Shapiro – Wilk normallik testi ile değişkenlerin dağılımına bakılmış, normal dağılım gösteren değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi , normal dağılım göstermeyen değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi, alt grup karşılaştırmalarında Dunn's çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında Mann Whitney U testi , nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4.7. Etik Açıklamalar

Çalışmaya Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurulu onayı (Karar No: 2020.11.1.02.176) alındıktan sonra başlandı. Etik kurul onay belgesi Ek-1 de sunulmuştur.

Araştırma sırasında edinilen kişisel bilgilere araştırıcı haricinde kimsenin ulaşmasına izin verilmeyecek olup bu konuda katılımcılara güven verilerek sadakat ve gizlilik ilkesine bağlı kalındı.

Hazırlanan anketin başında katılımcının anlayabileceği dilde ve sadelikte, çalışmanın amacı, kendilerinden ne beklendiği tıbbi kelimelerden arındırılmış olarak açıklanarak kurallara uygun bir şekilde hazırlanan bilgilendirilmiş onam formu sunulmuş olup gönüllülük ilkesi işığında katılım sağlanmıştır.



5. BULGULAR

5.1. Anne ve Bebeklerin Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan annelerin tanıtıcı bilgilerine bakıldığında ortalama anne yaşı: 31,7 yaş, en küçük anne yaşının 20 yaş, en büyük anne yaşının 46 yaş olduğu görüldü.

Çalışmaya katılan annelerin %1,76'sının ilkokul mezunu(n:12), %2,64'ünün ortaokul mezunu(n:18), %11,16'sının lise mezunu(n:76), %15,57'sinin yüksekokul mezunu(n:106), %38,91'inin lisans mezunu(n:265), %29,96'sının lisansüstü eğitim(n:204) seviyesinde olduğu görüldü.

Annelerin %32,89'unun gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı(n:224), %67,11'inin çalışan anne (n:457) olduğu görüldü.

Ailelerin %40,23(n:274)'ünün iyi bir gelir düzeyi (gelir giderden fazla), %55,07 (n:375) sinin orta gelir düzeyi (gelir gidere eşit), %4,7(n:32) sinin ise düşük gelir düzeyine (gelir giderden az) sahip olduğu gözlemlendi.

Çalışmaya katılan annelerin %12,48(n:85) inin kronik bir rahatsızlığı olduğu görüldü.

Ailelerin %90,6(n:617) çekirdek ailede, %9,4(n:64) geniş ailede yaşadığı saptandı. Katılımcıların %67,6 (n:459)'sının tek çocuğu, %28,87(n:196)'sinin 2, %3,53(n:24)'ünün 3 ve daha fazla çocuğu olduğu gözlemlendi.

İlk yardım bilen anne yüzdesinin %72,98(n:497) olduğu görüldü. Anneye ait sosyodemografik veriler Tablo 5 de verilmiştir.

Tablo 5: Annelerin Tanıtıcı Bilgileri

Tanıtıcı Bilgiler	Sayı(n)	Yüzde(%)
Annelerin yaş ortalaması	31,7	(min:20, max:46)
Eğitim durumu	İlkokul mezunu	12 1,76
	Ortaokul mezunu	18 2,64
	Lise ve dengi okul mezunu	76 11,16
	Yüksekokul mezunu	106 15,57
	Lisans mezunu	265 38,91
	Lisansüstü eğitim mezunu	204 29,96
Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Hayır	224 32,89
	Evet	457 67,11
Gelir düzeyi	İyi (Gelir giderden fazla)	274 40,23
	Orta (Gelir gidere eşit)	375 55,07
	Düşük (Gelir giderden az)	32 4,70
Kronik hastalık varlığı	Hayır	596 87,52
	Evet	85 12,48
Aile tipi	Çekirdek aile	617 90,60
	Geniş aile	64 9,40
Çocuk sayısı	Tek çocuk	459 67,60
	2 çocuk	196 28,87
	3 çocuk ve üzeri	24 3,53
Annenin ilk yardım bilme durumu	Hayır	184 27,02
	Evet	497 72,98
TOPLAM	681	100

Çalışmaya katılan çocukların %51,5(n:351)'ü erkek, %48.46(n:330)'sı kız, %91,19(n:621)'unun doğum ağırlığının normal (2500-4000 gr), %6,17(n:42)'sinin düşük doğum ağırlıklı (<2500gr), %2,64(n:18) 'ünün yüksek doğum ağırlıklı (>4000gr) olduğu gözlemlendi.

Bebeklerin %69,46(n:473)'sının sezaryen, %30,54(n:208)'ünün normal spontan vajinal yolla ile doğmuş olduğu saptandı. Sezaryen ile doğum oranlarının normal spontan doğumların 2 katından fazla olduğunu gözlemlendi.

Aile hekimliklerinde yapılan rutin çocuk izlemi takiplerinde son ölçülen tartılarına göre hesaplanan persantilleri değerlendirildiğinde; çocukların %4,75(n:32)'inin 5 persantil altında düşük kilolu, %8,17(n:55)'sinin 95 persantil üzerinde fazla kilolu, %87,07(n:586)'sinin 5-95 persantil aralığında olup normal kiloda olduğu görüldü. Boy persantillerine bakıldığında ise %8,13(n=53)'ünün 5 persantil altında kısa boylu, %8,74(n:57)'ünün 95 persantil üzerinde uzun boylu ve %83,13(n:542)'ünün 5-95 persantil aralığında olmak üzere normal boy uzunluğunda olduğu saptandı.

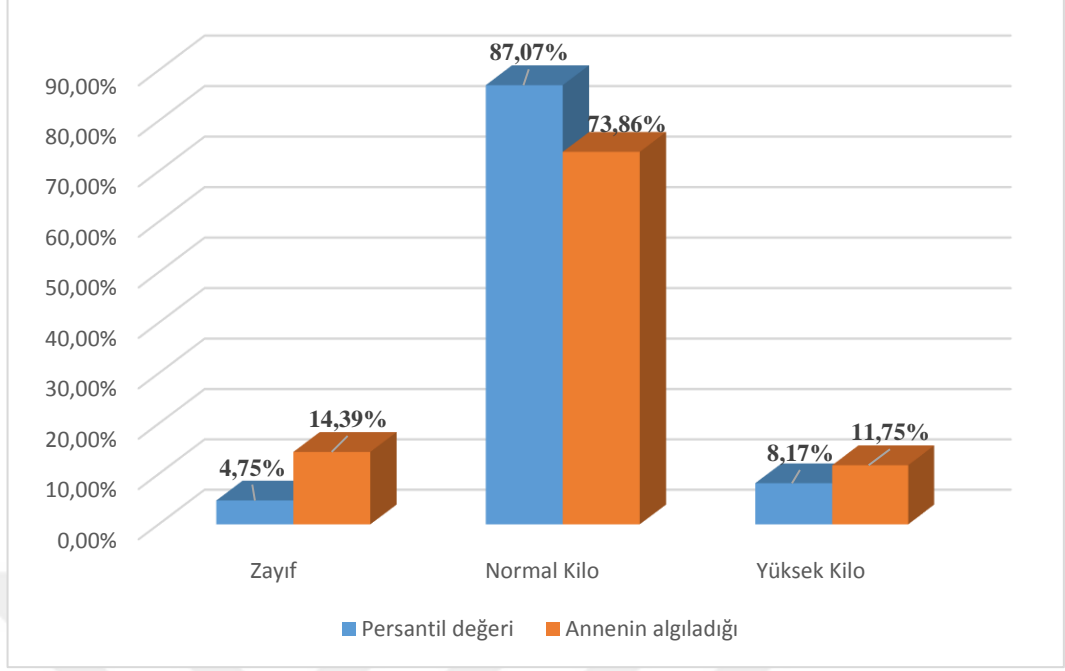
Annelerin çocuklarını algıladıkları kiloya bakıldığında ise 503 (%73,86) annenin çocuğunu normal kilolu, 98 (%14,39) annenin çocuğunun normalden düşük kilolu, 80 (%11,75) annenin ise çocuğunun normalden yüksek kilolu algıladığı gözlemlendi. Çalışmaya katılan çocukların, %7,37(n:44)'sinde tanı konulmuş bir demir eksikliği anemisi olduğu gözlemlendi. Tablo 6 de çocuğa ait tanıtıcı bilgiler verilmiştir.

Tablo 6: Çocukların Tanıtıcı Bilgileri

Tanıtıcı Bilgiler	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Cinsiyeti	Erkek	351	51,54
	Kız	330	48,46
Doğum kilosu	Normal (2500-4000gr)	621	91,19
	Düşük (<2500gr)	42	6,17
	Yüksek (>4000gr)	18	2,64
Doğum şekli	NSD	208	30,54
	Sezaryen	473	69,46
Kilo persantili *(n:673)	Düşük	32	4,75
	Normal	586	87,07
	Yüksek	55	8,17
	Düşük	53	8,13
Boy persantili**(n:652)	Normal	542	83,13
	Yüksek	57	8,74
	Normalden düşük kilolu	98	14,39
Annenin çocuğu algıladığı kilo	Normal kiloda	503	73,86
	Normalden yüksek kiloda	80	11,75
	Çocuğa demir eksikliği anemisi tanı konulmuş mu?	Hayır	553
	Evet	44	7,37
TOPLAM	681	100	

*Yüzdeler bebeğinin ağırlığını bilen anne sayısı(n=673) üzerinden hesaplanmıştır.

** Yüzdeler bebeğinin boy uzunluğunu bilen anne sayısı(n=652) üzerinden hesaplanmıştır.



Şekil 1: Kilo persantili ile annenin algıladığı kilo karşılaştırması

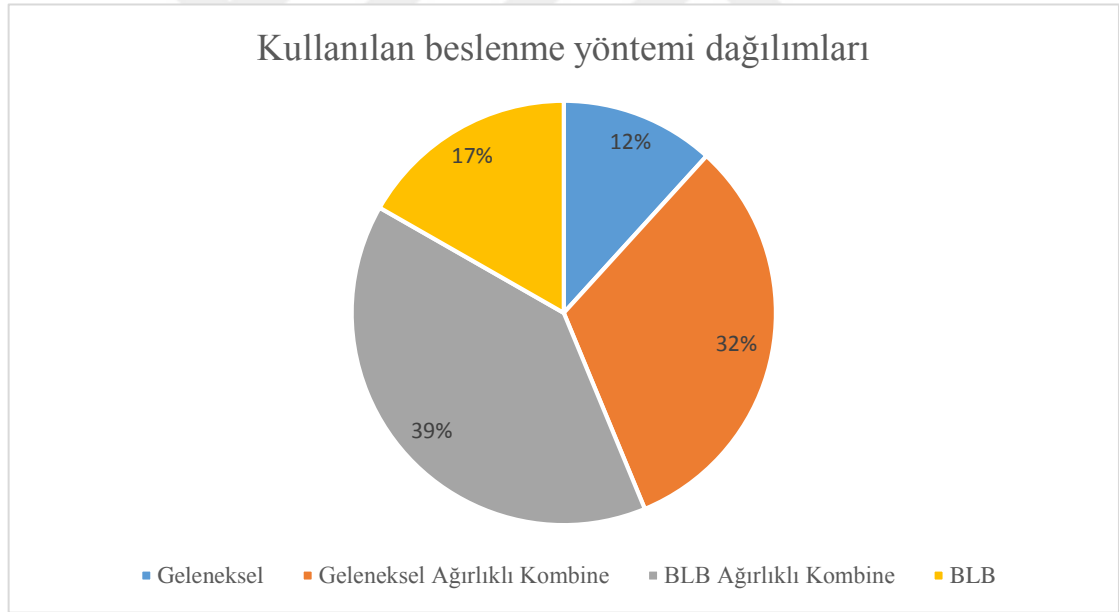
Şekil 1 de çocukların kilo persantilleri ile annelerinin çocuklarını algıladığı kilo karşılaştırılması yapıldı. Çalışmaya katılan çocukların %4,75 inin düşük kilolu olmasına rağmen annelerin %14,39 unun çocuklarının zayıf olduğunu düşündüğü görüldü. Bu bilgilere dayanarak annelerin yaklaşık %10'unun çocukları zayıf olmadığı halde zayıf olduğunu düşündüğü saptandı. Çocukların %87,07'sinin normal kiloda iken annelerin %73,86'sının çocuklarının normal kiloda olduğunu düşündüğü, bunun yanında annelerin yaklaşık %3'ünün çocukları yüksek kiloda olmamasına rağmen fazla kilolu olduğunu düşündüğü görülmektedir.

Çalışmaya katılan annelerin %77,68(n:529)'inin daha önce emzirme ve tamamlayıcı beslenme konusunda bilgilendirildiği saptandı. Emzirme ve tamamlayıcı beslenmeye ait bilgiler Tablo 7 de verilmiştir.

Tablo 7: Emzirme İle İlgili Bilgiler

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Emzirme ve tamamlayıcı beslenme konusunda bilgilendirilme	Hayır	152	22,32
	Evet	529	77,68
Anne sütü almaya devam etme durumu	Hayır	138	20,26
	Evet	543	79,74

Katılımcıların Bebek liderliğinde beslenme (BLB) yöntemini duyma oranı %93,83(n:639) tür. 551 kişi bebek liderliğinde beslenme metodunu %85,96 oranı ile internetten duymuştur, sağlık personelinde duyma oranı %4,9(n:32) olup çok düşüktür. Bu durum bebek liderliğinde beslenme metodunun sağlık profesyonelleri tarafından uygulanabilir ve güvenli yöntem olarak görülmemesine veya bu konudaki bilgi eksikliğine bağlı olabilir.



Şekil 2: Kullanılan beslenme yöntemi

Çalışmaya katılan ebeveynlere çocuklarını beslerken hangi beslenme yöntemini kullandıklarını sorduğumuzda çoğunun bebek liderliğinde beslenme ve geleneksel beslenme yöntemlerini kombine olarak kullandığını gözlemlendi. Ebeveynlerin %71,51'inin BLB ve geleneksel beslenme yöntemlerini birlikte kullandığı gözlemlendi. Bunun üzerine örneklem kullanılan yöntemlere göre dört gruba

ayırıldı. Birinci grup tamamen bebek liderliğinde beslenme metodunu uygulayan gruptu; bu grup 114 katılımcıyı (%16,74) içermektedir, ikinci grup en çok tercih edilen yöntem olup BLB ağırlıklı kombine yöntemdi ve 269 katılımcıyı (%39,50) içermektedir, üçüncü grup 218(%32,01) kişi ile geleneksel ağırlıklı BLB kombine yöntemdi, dördüncü grubu ise 80(%11,75) katılımcı ile yalnızca geleneksel beslenme yöntemini kullananları içermektedir. Ebeveynler tarafından tercih edilen beslenme yöntemi dağılımı Şekil 2 de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan annelerin %49,78(n:339)'inin yemeği çocuğun kendisinin yemesine izin verdiği, %36,12(n:246)'sinin çatal kaşık ile , %1,17(n:8)'sinin biberon ile beslediği, %12,92(88) annenin ise besinleri kendi eliyle yedirdiği gözlemlendi.

Gıda kıvamlarına bakıldığında %58,30(n:397) oranında parmak gıda sunulduğunu gözlemlendi, bunu 2. sırada %29,07(n:198) oranı ile pütürlü ezilmiş gıdalar takip etmekteydi. %6,75 püre(n:46), %5,87(n:40) oranında daha sulu çorba kıvamındaki yiyeceklerin tercih edildiği görüldü.

Çocukların nerede beslendiği sorulduğunda; %89,13'nün (n:607) mama sandalyesi veya sandalyede, %6,46'sının (n:44) yerde oturarak, %3,23'sinin (n:22) annesinin kucağına oturarak, 8(%1,17) tanesinin ise çocuğun peşinden gezerek beslediğini saptandı.

Tamamlayıcı beslenmeye başlandığında ilk tercih edilen besinlere baktığımızda en çok tercih edilenin %55,21(n:376) oranında sebze, 2. Olarak da %35,10(n:239) oranı ile yoğurt olduğunu görüldü. En az tercih edilen besinin ise %9,69(n:66) oranı ile meyveler olduğu görüldü. Tamamlayıcı beslenme ile ilgili bilgiler Tablo 8'de verildi.

Tablo 8: Tamamlayıcı Beslenme İle İlgili Bilgiler

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Tamamlayıcı beslenmede bebek liderliğinde beslenme (BLB) metodunun bilinilirliği	Hayır	42	6,17
	Evet	639	93,83
BLB'nin nereden/kimden duyulduğu	Aile büyüklerinden ve arkadaşlardan	48	7,49
	Gazete-dergi-televizyon	10	1,56
	Sağlık personelinde	32	4,99
	İnternette	551	85,96
Tamamlayıcı beslenmede kullanılan yöntem	Geleneksel	80	11,75
	Geleneksel Ağırlıklı Kombine	218	32,01
	BLB Ağırlıklı Kombine	269	39,50
	Bebek Liderliğinde Beslenme	114	16,74
Tamamlayıcı beslenmede en çok kullanılan gereç	Kaşık/çatal	246	36,12
	Biberon	8	1,17
	Anne eliyle yediyor	88	12,92
	Çocuk kendisi yiyor	339	49,78
Çocuğu beslediği yer	Mama sandalyesi veya sandalyede	607	89,13
	Kucakta	22	3,23
	Yerde oturarak	44	6,46
	Peşinden gezerek	8	1,17
Tamamlayıcı besin kıvamı	Sulu/Çorba	40	5,87
	Püre	46	6,75
	Pütürlü Ezilmiş	198	29,07
	Parmak Gıda	397	58,30
Verilen ilk ek gıda	Sebze	376	55,21
	Meyve	66	9,69
	Yoğurt	239	35,10
TOPLAM		681	100

Çalışmaya katılan annelerin %85,9 (n=585) u çocukları yemek yemek istemezse onları zorlamadığı, bunun yanında %36,71 (n=250) inin beslenme esnasında çocuğun dikkatini dağıtmak için bir yöntem kullandığı gözlemlendi. Dikkat dağıtma yöntemlerinden en çok işaretlenenin oyuncak ile oyalamak, 2.olarak telefon, tablet bilgisayar gibi taşınabilir ekranların kullanımının, 3.sırada şarkı söylemenin yer aldığı, bunları televizyon izletmenin ve kitap okumanın takip ettiği görüldü.

Annelerin %9,38(n:132)'inin çocuğunda beslenme problemi olduğunu düşündüğü, %53,45(n:364)'inin ise tamamlayıcı beslenme geçiş konusunda kaygı yaşadığı saptandı.

Çalışmaya katılan annelerin %74,45(n:507)'inin BLB yönteminin çocuklar için uygun bir beslenme yöntemi olduğunu, çocuğun bu şekilde beslenerek doyduğunu anlayabileceğini ve doyana kadar yiyeceğini düşündüğü, kalan %25,55(n:174) lik kısmının ise çocukların besinlerle oynadıkları için dikkatlerinin dağılacığını ve doymadan yemeyi sonlandıracıklarını düşündüğü gözlemlendi.

Annelerin %83,85(n:571) inin bundan sonraki çocuğunda BLB yöntemini tercih edeceğini öğrenildi. Tablo 9'da annelerin tamamlayıcı beslenmedeki düşünce ve davranışları gösterilmiştir.

Tablo 9: Annelerin tamamlayıcı beslenmedeki düşünce ve davranışları

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Çocuk yemeyi reddettiğinde yemesi için zorlanıyor mu?	Hayır	585	85,90
	Evet	96	14,10
Beslenme esnasında dikkat dağıtmak için bir yöntem kullanılıyor mu?	Hayır	431	63,29
	Evet	250	36,71
Anne çocuğunda beslenme problemi olduğunu düşünüyor mu?	Hayır	549	80,62
	Evet	132	19,38
Anne tamamlayıcı beslenmeye geçiş konusunda kaygı yaşamış mı?	Hayır	317	46,55
	Evet	364	53,45
Bundan sonraki çocukta BLB yöntemini tercih etme durumu	Hayır	110	16,15
	Evet	571	83,85
Annelerin BLB yöntemi uygunluğu hakkındaki düşünceleri	Evet, doyduğunu anlayabilir ve doyana kadar yer	507	74,45
	Hayır, besinlerle oynadığı için dikkati dağılır ve doymadan yemeyi sonlandırır	174	25,55
TOPLAM		681	100

Çalışmaya katılan 102 (%14,98) bebeğin beslenme esnasında boğulma ve aspirasyon tehlikesi yaşamış olduğu belirtildi. Boğulma ve aspirasyon tehlikesi yaşayan 14 bebeğin (%13,21) aspirasyon nedeni ile hastanede yatması gerektiği görüldü. Tablo 10 da tamamlayıcı beslenme ve aspirasyon oranları verilmiştir.

Tablo 10: Tamamlayıcı beslenme ve aspirasyon

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Çocuğun boğulma veya aspirasyon tehlikesi yaşama durumu	Hayır	579	85,02
	Evet	102	14,98
Boğulma veya aspirasyon nedeni ile hastanede yatma durumu	Hayır	92	86,79
	Evet	14	13,21
TOPLAM		681	100

Çalışmaya katılan annelerin %83,55(n:569)'inin çocuklarının beslenmekten zevk aldığını, %16,45(n:112)'inin beslenme zamanlarının keyifsiz ve zorlama olduğunu belirttiği görüldü. Annelerin %80,03(n:545)'ünün çocuklarını dışa dönük ve sosyal olarak tanımlarken, %19,09(n:130)'unun çocuğunun kendi halinde olduğunu, %0,88(n:6)'inin içe kapanık olduğunu düşündüğü gözlemlendi. Çocuğun beslenme ve sosyal etkileşimi tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Çocuğun beslenme ve sosyal etkileşimi

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Çocuğun beslenmekten zevk alıma durumu	Hayır	112	16,45
	Evet	569	83,55
Annenin çocuğu nasıl tanımladığı	Dışa dönük ve sosyal	545	80,03
	Kendi halinde	130	19,09
	İçe kapanık ve çekingen	6	0,88
TOPLAM		681	100

5.2. Bağımsız Değişkenlerle Kullanılan Beslenme Yöntemi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Katılımcılar çocuklarını beslerken tercih ettikleri yöntemlere göre dört gruba ayrıldı. Birinci grup tamamen geleneksel beslenme yöntemini tercih edenler, geleneksel beslenme yöntemini ve bebek liderliğinde beslenme metodunu kombine olarak kullananlar ise ikiye ayrıldı, ikinci grup geleneksel yöntemi daha ağırlıkta kullananlar, üçüncü grup bebek liderliğinde beslenme metodunu daha ağırlıklı kullananlar olarak ve dördüncü grup tamamen bebek liderliğinde beslenme metodunu benimseyenler. Anket çalışmasında ailelere yöneltilen sorular ışığında bu dört grup istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Geleneksel, geleneksel ağırlıklı kombine, bebek liderliğinde beslenme ağırlıklı kombine ve bebek liderliğinde beslenme gruplarının eğitim durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Lisans ve lisansüstü eğitim seviyesine sahip annelerin bebek liderliğinde beslenme metodunu kullanma oranları düşük eğitim seviyesindeki annelere göre daha yüksek bulunmuştur. İlkokul ve ortaokul mezunu annelerin çoğunlukla geleneksel beslenme yöntemini tercih ettikleri gözlenmiştir.

Beslenme gruplarındaki annelerin gelir getiren herhangi bir işte çalışma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Çocuklarını geleneksel yöntemle besleyen annelerin gelir getiren herhangi bir işte çalışma durumu diğer gruplardan düşük bulunmuştur. Bebek liderliğinde beslenme metodunu kullanan annelerin daha ağırlıklı olarak çalışan annelerden oluştuğunu gözlenmiştir.

Beslenme gruplarının gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Geleneksel beslenme grubunda düşük gelirli aileler diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Geleneksel yöntemi içeren beslenmeyi tercih etme oranının gelir durumu düşük olan ailelerde daha fazla olduğu saptanmıştır.

Beslenme gruplarının aile tipi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Geleneksel beslenme grubunda çekirdek aile varlığı diğer gruplardan düşük bulunmuştur. Geleneksel yöntemi içeren beslenmeyi tercih

etme oranının geniş ailelerde daha fazla olduğu görülmektedir. Tablo 12’de beslenme yöntemi ile aile durumunun karşılaştırılması verilmiştir.



Tablo 12: Beslenme yöntemi ile aile durumunun karşılaştırılması

		Geleneksel		Geleneksel Ağırlıklı		BLB Ağırlıklı		Bebek Liderliğinde Beslenme		p+
Annenin eğitim durumu	İlkokul mezunu	10	12,50%	2	0,92%	0	0,00%	0	0,00%	0,0001
	Ortaokul mezunu	10	12,50%	4	1,83%	4	1,49%	0	0,00%	
	Lise ve dengi okul mezunu	16	20,00%	24	11,01%	22	8,18%	14	12,28%	
	Yüksekokul mezunu	12	15,00%	42	19,27%	38	14,13%	14	12,28%	
	Lisans mezunu	18	22,50%	60	27,52%	121	44,98%	66	57,89%	
	Lisansüstü eğitim mezunu	14	17,50%	86	39,45%	84	31,23%	20	17,54%	
Annenin çalışma durumu	Hayır	42	52,50%	74	33,94%	68	25,28%	40	35,09%	0,0001
	Evet	38	47,50%	144	66,06%	201	74,72%	74	64,91%	
Ailenin gelir düzeyi	İyi (Gelir giderden fazla)	22	27,50%	74	33,94%	132	49,07%	46	40,35%	0,0001
	Orta (Gelir gidere eşit)	44	55,00%	130	59,63%	137	50,93%	64	56,14%	
	Düşük(Gelir giderden az)	14	17,50%	14	6,42%	0	0,00%	4	3,51%	
Aile tipi	Çekirdek aile	66	82,50%	190	87,16%	263	97,77%	98	85,96%	0,0001
	Geniş aile	14	17,50%	28	12,84%	6	2,23%	16	14,04%	

+Ki Kare testi

Beslenmede tercih edilen yöntem ile cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,001$). Erkek çocuklarda bebek liderliğinde beslenme metodu tercihi diğer gruplardan düşük bulunmuştur.

Beslenmede tercih edilen yöntem ile annelerde kronik hastalık varlığının tanı konulmuş demir eksikliği anemisi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,372$) (Tablo 13).

Tamamlayıcı beslenme konusunda bilgilendirilmiş olmak beslenmede kullanılan yöntem konusunda istatistiksel olarak bir fark oluşturmamaktadır ($p=0,063$).

Beslenme yöntemleri ile emzirmeye devam etme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,001$). Çalışmaya katılan annelerin emzirmeye devam etme sürelerinin ortalama 24,7 ay olduğu saptanmıştır. Bebeğini yalnızca geleneksel yöntemle besleyen annelerin emzirmeye devam etme durumları diğer gruplardan düşük bulunmuştur. Tablo 13’de beslenme yöntemi ile anne ve çocuğa ait özelliklerin karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 13: Beslenme yöntemi ile anne ve çocuğa ait özelliklerin karşılaştırılması

		Geleneksel		Geleneksel Ağırlıklı		BLB Ağırlıklı		Bebek Liderliğinde Beslenme		p+
Çocuğunuzun cinsiyeti	Erkek	46	57,50%	114	52,29%	151	56,13%	40	35,09%	0,001
	Kız	34	42,50%	104	47,71%	118	43,87%	74	64,91%	
Çocukta tanı konulmuş demir eksikliği anemisi varlığı	Hayır	70	97,22%	174	91,58%	211	92,95%	98	90,74%	0,372
	Evet	2	2,78%	16	8,42%	16	7,05%	10	9,26%	
Tamamlayıcı beslenme konusunda bilgilendirilmiş olma durumu	Hayır	26	32,50%	48	22,02%	50	18,59%	28	24,56%	0,063
	Evet	54	67,50%	170	77,98%	219	81,41%	86	75,44%	
Emzirmeye devam etme durumu	Hayır	28	35,00%	50	22,94%	42	15,61%	18	15,79%	0,001
	Evet	52	65,00%	168	77,06%	227	84,39%	96	84,21%	

+Ki Kare testi

Geleneksel, geleneksel ağırlıklı kombine, bebek liderliğinde beslenme ağırlıklı kombine ve bebek liderliğinde beslenme gruplarının bebek liderliğinde beslenme metodunu duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Bebeğini geleneksel yöntem ile besleyen ailelerde bebek liderliğinde beslenme metodunu duyma oranı diğer gruplardan düşük bulunmuştur.

Beslenme esnasında kullanılan araç gereçlere bakıldığında beslenme yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). BLB yöntemini kullanan ailelerin kaşık çatal ve biberon kullanımı diğer gruplardan düşük bulunmuştur.

Ailelere çocuklarını besledikleri yer sorulduğunda beslenme grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Geleneksel yöntemi tercih eden ailelerin mama sandalyesi/sandalye kullanma oranı diğer gruplardan düşük bulunmuştur. Çocuğu kucagında veya yerde oturarak ve çocuğun peşinden gezerek beslenmesi çoğunlukla geleneksel yöntemi içeren beslenme şekillerinde görülmektedir.

Tamamlayıcı beslenmeye başlarken verilen ilk gıdalara bakıldığında beslenme grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Geleneksel yöntem içeren gruplarda yoğurt daha fazla tercih edilirken BLB içeren gruplarda sebzenin daha fazla tercih edildiği görülmektedir.

Geleneksel, geleneksel ağırlıklı kombine, bebek liderliğinde beslenme ağırlıklı kombine ve bebek liderliğinde beslenme gruplarının ilk yardım bilme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,011$). Bebek liderliğinde beslenme metodunu kullanan grupta ilk yardım bilen anne varlığı diğer gruplardan yüksek bulunmuştur.

Çocuk yemek yemeyi reddettiği zaman çocuğu zorlayan anneler ile beslenme yöntemleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). BLB yöntemini kullanan aileler çocuğu yemesi için daha az zorladığı, geleneksel yöntemin kullanım oranı arttıkça çocuğu beslenmeye zorlama oranında artış olduğu görülmektedir. Beslenme esnasında dikkat dağıtmak için bir yöntem

kullanımı ile beslenme yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir($p=0,0001$). Beslenmeye zorlama ile benzer şekilde yemek yedirirken çocuğun dikkatini dağıtmak için televizyon izletme, telefon tablet gibi taşınabilir ekranların kullanımı, kitap okumak, şarkı söylemek vs. gibi herhangi bir yöntemin kullanılma oranı da geleneksel yöntem kullanımı artıkça artmaktadır. BLB yöntemini tercih eden ailelerde dikkat dağıtmak için bir yöntem kullanım oranı en düşük bulunmuştur. Benzer dağılım çocuğunda beslenme problemi olduğunu düşünen aileler için de geçerlidir. Çocuğunda beslenme probleminin olduğunu düşünme oranının en az BLB yöntemini kullanan ailelerde olduğu görülmüştür ($p=0,017$).

Tamamlayıcı beslenmeye geçiş konusunda kaygı yaşama varlığı değerlendirildiğinde beslenme grupları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,002$). Bebek liderliğinde beslenme metodunu kullanan grupta kaygı yaşayan ebeveyn varlığı diğer gruplardan düşük bulunmuştur. Tablo 14’de beslenme yöntemi ile beslenme uygulamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 14: Beslenme yöntemi ile beslenme uygulamaları karşılaştırılması

		Geleneksel		Geleneksel Ağırlıklı		BLB Ağırlıklı		Bebek Liderliğinde Beslenme		p+
Tamamlayıcı beslenmede bebek liderliğinde beslenme (BLB) metodunu duyma durumu	Hayır	30	37,50%	10	4,59%	2	0,74%	0	0,00%	0,0001
	Evet	50	62,50%	208	95,41%	267	99,26%	114	100,00%	
Tamamlayıcı beslenmede en çok kullanılan gereç	Kaşık/çatal	54	67,50%	126	57,80%	62	23,05%	4	3,51%	0,0001
	Biberon	4	5,00%	4	1,83%	0	0,00%	0	0,00%	
	Anne eliyle yediriyor	6	7,50%	44	20,18%	36	13,38%	2	1,75%	
	Çocuk kendisi yiyor	16	20,00%	44	20,18%	171	63,57%	108	94,74%	
Çocuğun beslendiği yer	Mama sandalyesinde veya sandalyede	52	65,00%	192	88,07%	251	93,31%	112	98,25%	0,0001
	Kucağımda	12	15,00%	2	0,92%	8	2,97%	0	0,00%	
	Yerde oturarak	14	17,50%	18	8,26%	10	3,72%	2	1,75%	
	Peşinden gezerek	2	2,50%	6	2,75%	0	0,00%	0	0,00%	
Tamamlayıcı beslenme başlanırken verilen ilk gıda	Sebze	34	42,50%	72	33,03%	186	69,14%	84	73,68%	0,0001
	Meyve	10	12,50%	24	11,01%	20	7,43%	12	10,53%	
	Yoğurt	36	45,00%	122	55,96%	63	23,42%	18	15,79%	

		Geleneksel		Geleneksel Ağırlıklı		BLB Ağırlıklı		Bebek Liderliğinde Beslenme		p+
İlk yardım bilme durumu	Hayır	30	37,50%	66	30,28%	68	25,28%	20	17,54%	0,011
	Evet	50	62,50%	152	69,72%	201	74,72%	94	82,46%	
Çocuğunuz yemek yemeyi reddettiğinde onu yemesi için zorluyor musunuz?	Hayır	58	72,50%	180	82,57%	241	89,59%	106	92,98%	0,0001
	Evet	22	27,50%	38	17,43%	28	10,41%	8	7,02%	
Yemek yedirirken çocuğun dikkatini dağıtmak için bir yöntem kullanıyor musunuz?	Hayır	36	45,00%	118	54,13%	181	67,29%	96	84,21%	0,0001
	Evet	44	55,00%	100	45,87%	88	32,71%	18	15,79%	
Çocuğunuzun beslenme problemi olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	60	75,00%	164	75,23%	227	84,39%	98	85,96%	0,017
	Evet	20	25,00%	54	24,77%	42	15,61%	16	14,04%	
Tamamlayıcı beslenmeye geçiş konusunda kaygı yaşadınız mı?	Hayır	32	40,00%	104	47,71%	111	41,26%	70	61,40%	0,002
	Evet	48	60,00%	114	52,29%	158	58,74%	44	38,60%	

+Ki Kare testi

Bebek liderliğinde beslenme yönteminden korkulmasının en önemli nedenlerinden biri olan aspirasyon riski araştırıldığında çalışmaya katılan annelerin beyanına göre; beslenme esnasında boğulma ve aspirasyon tehlikesi yaşama durumu ile beslenme grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,016$). Beklenenin aksine geleneksel yöntemle beslenen grupta daha fazla aspirasyon riski yaşandığı görülmektedir. Bunun yanında boğulma veya aspirasyon nedeni ile hastanede yatan çocuklarda beslenme yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p=0,184$).

Ailelere “Bundan sonraki çocukta BLB yöntemi tercih eder misiniz?” diye sorulduğunda geleneksel yöntemle besleyen ailelerin %65’inin evet cevabını verdiği, “Evet” cevabı verme oranının BLB yöntemi kullanılma oranı arttıkça artmakta olduğu, BLB yöntemini kullanan annelerin %96,49’unun bundan sonraki çocuklarında da BLB yöntemini tercih edeceklerini belirttikleri görülmüştür ($p=0,0001$).

“Çocuğunuzu nasıl tanımlarsınız?” sorusuna verilen cevaplarda kendi halinde cevabı varlığı geleneksel beslenme yöntemini kullanan grupta diğer gruplardan yüksek bulunmuştur ($p=0,002$). Çocuğunu dışa dönük ve sosyal olarak tanımlama oranı BLB yöntemi kullanımı arttıkça artmaktadır. BLB yöntemini kullanan ailelerin yaklaşık %93’ünün çocuğunu dışa dönük ve sosyal olarak tanımladığı görülmüştür.

“Sizce BLB yönteminde çocuğun kendi istediği kadar yemesi uygun mudur?” sorusuna verilen cevaplara bakıldığında beslenme grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). BLB yönteminde çocuğun kendi istediği kadar yemesinin uygun olmadığını düşünen annelerin BLB yöntemini kullanan grupta daha az olduğu gözlenmiştir.

Kilo persantilleri ile beslenmede kullanılan yöntemler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Geleneksel beslenme yöntemini kullanan grupta 5 persantilin altındaki düşük kilolu çocuk oranı diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında geleneksel beslenmede obezite riskinin arttığı vurgulanırken bizim çalışmamızda geleneksel beslenmede düşük kilolu çocuk varlığı diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Kilosu 95 persantilin üzerinde olan yüksek kilolu çocuklarda kullanılan beslenme yöntemleri

arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. 5-95 persantil aralığında normal kiloda olan çocuk oranı %96,36 ile en fazla BLB yöntemini kullananlarda görülmüştür.

Boy persantili dağılımı ile beslenme yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,110$). Tablo 15'de beslenme yöntemi ile aspirasyon, sosyal ve fiziksel durum karşılaştırmaları verilmiştir.



Tablo 15: Beslenme yöntemi ile aspirasyon, sosyal ve fiziksel durum karşılaştırılması

		Geleneksel		Geleneksel Ağırlıklı		BLB Ağırlıklı		Bebek Liderliğinde Beslenme		p+
Boğulma veya aspirasyon tehlikesi yaşama durumu	Hayır	62	77,50%	198	90,83%	223	82,90%	96	84,21%	0,016
	Evet	18	22,50%	20	9,17%	46	17,10%	18	15,79%	
Boğulma veya aspirasyon nedeni ile hastanede yatma durumu	Hayır	14	77,78%	20	90,91%	40	83,33%	18	100,00%	0,184
	Evet	4	22,22%	2	9,09%	8	16,67%	0	0,00%	
Bundan sonraki çocukta bebek liderliğinde beslenme yöntemini tercih etme durumu	Hayır	28	35,00%	52	23,85%	26	9,67%	4	3,51%	0,0001
	Evet	52	65,00%	166	76,15%	243	90,33%	110	96,49%	
Çocuğunuzu nasıl tanımlarsınız?	Dışa dönük ve sosyal	56	70%	166	76,15%	215	79,92%	106	92,98%	0,002
	Kendi halinde	24	30,00%	46	21,10%	52	19,33%	8	7,02%	
	İçe kapanık ve çekingen	0	0,00%	4	1,83%	2	0,74%	0	0,00%	
Sizece BLW yönteminde çocuğun kendi istediği kadar yemesi uygun mudur?	Evet	52	65,00%	136	62,39%	211	78,44%	108	94,74%	0,0001
	Hayır	28	35,00%	82	37,61%	58	21,56%	6	5,26%	
Kilo persantili	Düşük	10	12,50%	10	4,63%	8	3,00%	4	3,64%	0,0001
	Normal	62	77,50%	188	87,04%	230	86,14%	106	96,36%	
	Yüksek	8	10,00%	18	8,33%	29	10,86%	0	0,00%	
Boy persantili	Düşük	6	7,69%	16	7,55%	27	10,47%	4	3,85%	0,110
	Normal	62	79,49%	175	82,55%	217	84,11%	88	84,62%	
	Yüksek	10	12,82%	21	9,91%	14	5,43%	12	11,54%	

+Ki Kare testi

Anne yaşı ortalamaları ile tercih edilen beslenme yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,003$). Sadece BLB ve sadece geleneksel yöntem kullananların yaş ortalamaları kombine yöntem kullananlardan yüksek bulunmuştur ($p=0,044$, $p=0,003$). Bu bulgu bir anlam ifade etmemektedir.

Çalışan annelerin işe başlama zamanları ile tercih edilen beslenme yöntemleri arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Annelerin ortalama olarak bebekleri 11,3 aylık olduğunda işe başladıkları görülmektedir.

Tamamlayıcı beslenmeye başlama yaşı ortalama 5,83 ay olup tercih edilen beslenme yöntemine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,540$).

Emzirmeyi sonlandırma yaşı ile tercih edilen beslenme yöntemleri arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir ($p=0,009$). Geleneksel beslenme yöntemini kullanan grupta emzirmeyi sonlandırma yaşı diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Geleneksel yöntemi benimseyen annelerin ortalama $5,36\pm 5,59$ ayda diğer gruplardan daha erken emzirmeyi sonlandırdığı gözlenmiştir.

Sadece anne sütü ile beslenme zamanı ile beslenmede tercih edilen yöntem karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Su dahi verilmeden sadece anne sütü alma yaşı $4,53\pm 2,03$ ay ile en düşük geleneksel beslenme yöntemini kullanan grupta olmakla beraber BLB yöntemi kullanım oranı arttıkça sadece anne sütü alma zamanının da uzadığı saptanmıştır. BLB yöntemini kullanan grupta yalnızca anne sütü alma zamanı $5,63\pm 1,31$ ay olarak hesaplanmıştır.

Çocuğun beslenmesi için bir öğünde harcanan süre ile beslenmede tercih edilen yöntem karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). En kısa öğün süresinin $23,95\pm 14,79$ dakika ile geleneksel yöntemle beslenmede kullanıldığı, BLB yöntemi kullanımı arttıkça öğün süresi uzadığı görülmüştür. BLB kullananların bir öğünde harcadığı süre ortalama $28,95\pm 15,36$ dakika saptandı. Çocuğun besinleri eline alıp ağzına götürmeye başlama yaşı ortalama 6,4 ay olduğu ve tercih edilen beslenme yöntemleri arasında istatistiksel

olarak anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p=0,600$). Tablo 16'da beslenme yöntemi ile sayısal bazı değerlerin karşılaştırılması verilmiştir.



Tablo 16: Beslenme yöntemi ile sayısal bazı değerlerin karşılaştırılması

Dunn's Çoklu Karşılaştırma Testi	Anne yaşı	Çalışan annenin işe başlama zamanı	Emzirmeyi sonlandırma yaşı	Sadece anne sütüyle beslenme yaşı	1 öğünde harcanan süre
Geleneksel / Geleneksel Ağırlıklı	0,627	0,371	0,005	0,334	0,944
Geleneksel / BLW Ağırlıklı	0,214	0,989	0,044	0,003	0,988
Geleneksel / BLW	0,748	0,954	0,089	0,0001	0,027
Geleneksel Ağırlıklı / BLW Ağırlıklı	0,759	0,014	0,856	0,077	0,986
Geleneksel Ağırlıklı / BLW	0,044	0,586	0,998	0,003	0,0001
BLW Ağırlıklı / BLW	0,003	0,678	0,984	0,369	0,0001

Kruskal Wallis testi	Geleneksel n:80	Geleneksel Ağırlıklı n:218	BLW Ağırlıklı n:269	BLW n:114	p
Anne yaşı	32,25±5,88	31,6±3,96	31,22±3,65	32,86±4,26	0,003
Çalışan annenin işe başlama zamanı (bebeğin ay cinsinden yaşı)	12,09±17,67	9,62±7,28	12,56±7,29	11,21±8,1	0,024
Tamamlayıcı beslenmeye başlama yaşı(ay cinsinden)	5,69±0,64	5,79±2,07	5,89±0,73	5,9±0,6	0,540
Emzirmeyi sonlandırma yaşı(ay cinsinden)	5,36±5,59	12,08±7,51	10,79±7,94	11,64±10,67	0,009
Sadece anne sütüyle beslenme yaşı(ay cinsinden)	4,53±2,03	4,92±1,88	5,31±1,8	5,63±1,31	0,0001
1 öğünde harcanan süre(dakika cinsinden)	23,95±14,79	23,06±12	23,43±9,91	28,95±15,36	0,0001

6. TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO) tamamlayıcı beslenmeye 6. ayda (180 gün) başlanmasını ve aynı zamanda anne sütüne de devam edilmesini önermektedir (11). Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN) ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmeyi önermekle birlikte tamamlayıcı beslenme başlanma aralığını daha geniş tutmuştur. Tamamlayıcı besinlere 17. haftadan sonra ve 26. haftadan önce başlanabileceğini belirtmektedir (43). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) görüşüne göre de tamamlayıcı beslenmeye 4-6 aylar arasında başlanması uygundur (30,44). TNSA-2003'de 6 aydan önce tamamlayıcı beslenmeye başlama oranını %12 olarak vermişken bu oran TNSA-2018'te %38 olarak tespit edilmiştir. Tamamlayıcı beslenmeye erken başlama oranında artış olduğu görülmektedir (31,40,41). Bizim çalışmamıza katılan annelerin %77.68'inin daha önce emzirme ve tamamlayıcı beslenme konusunda bilgilendirilmiş olduğu görülmüştür. Tamamlayıcı beslenmeye başlama yaşının ise ortalama 5,83 ay olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda 6 aydan önce tamamlayıcı beslenme başlama oranının %19,73 olduğu görülmüştür. Geniş ailede yaşayan grubun çekirdek ailede yaşan gruba göre tamamlayıcı beslenmeye başlama zamanının daha erken olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda tamamlayıcı beslenmeye daha erken başlayan annelerin çocuklarında beslenme problemi olduğunu düşünme oranlarının istatistiksel olarak daha fazla olduğu görülmüştür.

Tamamlayıcı beslenmede bebeklere verilen besinlerin veriliş şekli ile ilgili yeni görüşler 2008 Rapley ve Murkett tarafından önerilen yöntemler ile ve BLB'nin alt yapısı oluşturulmuştur (13). BLB'nin temelini ilk sunulan besinlerin katı parmak gıdaları olması ve en baştan beri bebeğin kendini beslemesi oluşturmaktadır. BLB; tamamlayıcı beslenmeye geçişte bebeklere yetişkinler tarafından sunulan kaşık veya biberonla verilen besinler yerine bebekler tarafından elle yenebilen yiyeceklerin sunulduğu alternatif bir beslenme yöntemidir (73). Aileler arasında giderek artan bir popüleriteye sahip olan bir yöntem olsa da bilimsel açıdan kullanımının nedenli faydalı olduğuna dair bilgiler sınırlıdır (15,74).

Yapılan bazı araştırmalara göre BLB yöntemini uygulayan anneler geleneksel beslenme yöntemini kullanan annelere göre bebeklerini daha uzun süre emzirirler ve daha yüksek eēitim seviyesi sahiptirler veya daha profesyonel bir meslekleri vardır (73,74). Bizim çalışmamız da bu bulguları desteklemektedir. Çalışmamızda eēitim seviye düşük olan, gelir getiren herhangi bir işte çalışmayan annelerde, geniş ailede yaşayan ve gelir durumları kötü olan ailelerde bebek liderliēinde beslenme metodunu duyma ve uygulama oranlarının daha düşük olduēu saptanmıştır. Bu da eēitimli ve çalışan annelerin daha çok araştırmacı olup, bilgisayar ve sosyal medya kullanımının daha fazla olup BLB metodunu internetten ērenmiř olmaları ile ilişkilendirilebilir. Yine geniş ailelerde yaşayan annelerin içinde buldukları evre baskısı, bebeēin yetersiz kilo almış olma endişesiyle BLB'yi çok tercih etmemiş olabileceklerini düşünmekteyiz. Çalışmamızda beslenmede tercih edilen yönteme göre emzirmeyi sonlandırma yaşları karřılařtırıldıēında geleneksel yöntemi benimseyen annelerin ortalama $5,36\pm 5,59$ ayda diēer gruplardan daha erken olarak emzirmeyi sonlandırırdıēı görülmektedir.

Bebekler ailelerini taklit ederek ērenirler, bu Şekilde ērenilen davranışlar bebeēin gelecek yaşamında da devam eder. Aile ile birlikte aynı sofrada onları görerek yemek yemek ve aileleri ile iletişim halinde olmak bebeēin gelişimine katkı saēlar ve olumlu beslenme davranışları geliştirmelerine yardımcı olur (22). Birçok davranışsal yaklaşım bebek ve küçük çocukları beslemede sabırlı ve yaratıcı gelişimleri destekleyerek ebeveynleri duyarlı besleme yaklaşımını uygulama konusunda yreklendirmektedir (11). Duyarlı beslenme yaklaşımı ile ocuēun benlik saygısı, zerkliēi ve psikososyal gelişimi desteklenmiş olur (55,58). Birleşmiş Milletler ocuklara Yardım Fonu (UNICEF), ocuēun beslenme durumunu sadece aldıēı gıdanın yeterliliēi ve saēlık hizmetlerine ulařılabilirliēi deēil, beslenme bakımı adı altında aldıēı bakımdan da etkilediēini bildirmektedir. Malmberg ve arkadaşlarının yaptıēı gözlemsel bir araştırmada gsterildiēi üzere çocukları ile ilişkileri daha pozitif olan ebeveynlerin yetiřtirdiēi çocuklar daha çok güvenli baēlanma yaşarlar, dil ve bilişsel yetenekleri daha gelişmiştir, kendi kendini besleyebilme oranları daha yüksektir (57). Bu baēlamda çalışmamıza katılan annelerin %80,03'ünün çocuklarını dışa dönük ve sosyal olarak tanımlarken, %19,09'unun kendi halinde olduēunu, %0,88'inin içine kapanık olduēunu dřndēuēu görülmüştür. ocuēunu dışa dönük ve

sosyal olarak tanımlama oranının BLB yöntemi kullanımı ile artmakta olduğu saptanmıştır. BLB yöntemini kullanan ailelerin yaklaşık %93'ünün çocuğunu dışa dönük ve sosyal olarak tanımladığı gözlenmiştir. Çalışmaya katılan annelerin çoğunun; %85,9 oranı ile çocukları yemek yemek istemezse onları zorlamadığı, bunun yanında %36,71'inin beslenme esnasında çocuğun dikkatini dağıtmak için bir yöntem kullandığı saptanmıştır. Beslenme esnasında çocuğun dikkatini dağıtmak için herhangi bir yöntem kullanmayan annelerin çocuklarının beslenmekten daha fazla keyif aldığı saptandı. Pütürlü ezilmiş ve püre kıvamındaki besinlerle beslenen çocuklara göre parmak gıda ile beslenen çocukların da beslenmekten daha fazla keyif aldığı görüldü. BLB yöntemini kullanan ailelerin çocuklarını yemesi için daha az zorladıkları ve öğün esnasında daha az dikkatini dağıtmak için bir yöntem kullandığı saptandı.

Bebek liderliğinde beslenme metodu uygulanan bebekler 18-24 aylık geleneksel yöntemle beslenen fazla kilolu bebeklere nazaran daha az kilolu olduğu görülmüştür (16). Duyarlı beslenme felsefesine teşvik ederek BLB daha sağlıklı kilo artışı ile çocukları obezite riskinden koruyabildiği düşünülmektedir (15). Yapılan bir çalışmada BLB uygulayan bebeklerin iştah üzerine kontrollü oldukları, besinler karşı gösterilen tepkinin daha az olduğu, porsiyonlarını kendilerine göre ayarlayabilen ve doğru beslenme davranışları ile obezite riskine karşı koruyucu davranış modeli sergiledikleri gösterilmiştir (69). Literatüre bakıldığında geleneksel beslenmede obezite riskinin arttığı vurgulanırken bizim çalışmamızda geleneksel beslenmede düşük kilolu çocuk varlığı diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Obez çocukların beslenme yöntemleri arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Normal kiloda olan çocuk oranı %96,36 ile en fazla BLB yöntemini kullananlarda görülmüştür.

Bebek liderliğinde beslenmede kendi kendini besleyen bebek ihtiyacı olan enerjiyi alır, obezite riskinden korunur, motor gelişimi desteklenir, diyet kalitesi artar, ebeveyn ile aralarında ilişki güçlenir. Bu gibi olumlu etkilerinin yanında bir takım olumsuz etkileri de bulunmaktadır, bunlar; aspirasyon tehlikesi, demir eksikliği gelişme riski, büyümede geriliktir (15,17). Fakat başka bir çalışmaya göre BLB ve geleneksel beslenme arasında aspirasyon riski açısından bir fark gösterilmemiştir (18). Ayrıca boğulma, demir eksikliği gelişme riski, enerji alım yetersizliği gibi riskler

nedeni ile hangi gıdaların verileceğinin belirlenmesi önem arz etmektedir (70). BLB yönteminde bebeğe sunulan yiyeceklerin çoğunluğunu buharda pişmiş sebzeler ve meyveler oluşturur. Bu besinlerin demir içeriği düşüktür, bu nedenle BLB demir eksikliğine yol açabilir (72). Bebek liderliğinde beslenme yönteminden korkulmasının en önemli nedenlerinden biri olan aspirasyon riski araştırıldığında bizim çalışmamızda beklenenin aksine geleneksel yöntemle beslenen grupta daha fazla aspirasyon riski yaşandığı görülmektedir. Bunun yanında boğulma veya aspirasyon nedeni ile hastanede yatan çocuklarda beslenme yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Çalışmaya katılan bebeklerin %14,98'inin beslenme esnasında boğulma ve aspirasyon tehlikesi yaşamış olduğu bunların %13,2'sinin aspirasyon nedeni ile hastanede yattığı saptanmıştır. Aynı zamanda beslenmede tercih edilen yöntem ile demir desteği kullanma durumu ve tanı konulmuş demir eksikliği anemisi varlığı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Ebeveynlerin BLB yöntemini çoğunlukla internet ortamındaki bilgiler ve ebeveyn forumları gibi sayfalardan edindikleri görülmektedir (19). Bir çalışma BLB uygulayan ebeveynlerin sadece %21'inin sağlık profesyonelinin önerisi doğrultusunda bu yöntemi uyguladığını belirtmiştir (20). Bir diğer çalışma ise BLB'nin sağlık profesyonellerinden ziyade anneler tarafından tercih edildiğini söylemektedir (21). Bizim çalışmamızda katılımcıların bebek liderliğinde beslenme(BLB) yöntemini duyma oranının %93,83 olduğu saptanmıştır. Bunların %85,96'sının BLB'yi internette duyma oranı ise %4,9 olduğu saptanmıştır. Ülkemizde sağlık personelinin BLB uygulamalarını bilme veya önerme durumu çok da düşük saptanmıştır. Bu durum bebek liderliğinde beslenme metodunun sağlık profesyonelleri tarafından uygulanabilir ve güvenli yöntem olarak görülmemesini veya bu konudaki bilgi eksikliğine bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan annelerin %74,45'inin BLB yönteminin çocuklar için uygun bir beslenme yöntemi olduğunu, çocuğun bu şekilde beslenerek doyduğunu anlayabileceğini ve doyana kadar yiyeceğini düşündüğü gözlenmiştir. Kalan %25,55'lik kısmın ise BLB'de çocukların besinlerle oynadıkları için dikkatlerinin

dağılacığını ve doymadan yemeyi sonlandıracaklarını düşündüğü gözlenmiştir. Bununla beraber çalışmaya katılan annelerin %83,85'inin bundan sonraki çocuğunda BLB yöntemini tercih edeceği, şuan çocuğunu geleneksel yöntemle besleyen annelerin %65'inin, BLB uygulayan annelerin %96,49'unun bir sonraki çocuğunda BLB tercih edeceği saptandı.

BLB; bilgilerin internet ve sosyal medya ile aileler arasında aktarıldığı, giderek yaygınlaşmakta olan, tamamlayıcı beslenmede yeni bir yaklaşımdır. Tamamen BLB yöntemini benimsemek yerine, geleneksel beslenme yöntemi ile entegre etmek gelişimsel yeterlilik ve besinsel ihtiyaçlar açısından daha uygun görünmektedir (76). Tamamlayıcı beslenmeye başlama dönemi 6. aydır ancak bebeklerin besinleri yakalayabilmesi ağızına götürmesi için nöromotor olgunlaşma süreci 7 ve 8. ayı bulmaktadır. Eğer sadece BLB konusunda ısrarcı olunursa ek gıdaya başlama süreci uzayacak bebekte besinsel, vitamin ve mineral eksiklikleri oluşacaktır. Bizim çalışmamızda da tamamlayıcı beslenme konusunda ailelerin tamamen geleneksel beslenme, BLB ağırlıklı geleneksel beslenme, geleneksel beslenme ağırlıklı BLB ve tamamen BLB olmak üzere 4 gruba ayrıldığı görülmektedir. Aileler arasında BLB artan bir popüleriteye sahip olsa da; bilimsel kanıtlı araştırmaların kanıt düzeyleri düşüktür ve çalışmalar kısıtlıdır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bebeğin aktif katılımı ile gerçekleşen bebek liderliğinde beslenme uygulamaları, İngiltere, Yeni Zelanda, Kanada gibi ülkelerde giderek yaygınlaşmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde genelde Avrupa ve Amerika'da sosyoekonomik düzeyi ve eğitim seviyesi yüksek toplumlarda daha yaygın yapılmış olduğu görülmektedir. Literatür taramasında yapılan çalışmaların çoğunlukla gözlemsel ve ailelerin verdiği bilgilere dayanan çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu konuda geniş çaplı randomize kontrollü çalışmanın bulunmadığı görülmektedir. DSÖ'nün tamamlayıcı beslenmede uygulamalarından bebek liderliğinde beslenme modelini önerdiği bir rehber bulunmamaktadır. Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği'nin (ESPGHAN) 2017 yılında yayınlanan raporunda BLB metodunun etkinliği ile ilgili yeterli kanıt olmadığı bildirmiştir. Ülkemizde BLB metoduyla ilgili yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan tamamlayıcı beslenme önerilerinde BLB konusunda herhangi bir bilgiye rastlanmamaktadır. Ebeveynlerin yararlandığı kaynağa göre bebeğe verilen yiyecekler değişiklik göstermektedir. Bu nedenle ebeveynlerin eğitim seviyeleri ve bilgi aldıkları kaynağın değişmesine bağlı uygulama da değişmektedir. Hem ülkemizde hem de uluslararası sağlık kuruluşlarının BLB konusunda net bir önerisi olmaması nedeni ile daha fazla ve güvenilir çalışmaya ihtiyaç vardır.

Duyarlı beslenme ve bebek liderliğinde beslenmenin çocukların büyüme gelişmesi üzerindeki etkilerini saptamak için araştırmalara ihtiyaç vardır.

8. KAYNAKÇA

1. Harbron J, Booley S. Responsive feeding: establishing healthy eating behaviour early on in life. *South African Journal of Clinical Nutrition*. 2013;26:S141-9.
2. World Health Organization. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services [Internet]. 2017 [a.yer 13 Kasım 2020]; Erişim adresi: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20183318994>
3. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012 [a.yer 13 Kasım 2020];(8). Erişim adresi: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003517.pub2/abstract>
4. Unicef. Breastfeeding: a mother's gift, for every child. Unicef; 2018.
5. Gartner LM, Morton J LR, O'Hare D Naylor AJ, Eidelman AI SR. Breastfeeding and the use of human milk. *American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding*. Şubat 2005;(115):496-506.
6. Garipağaoğlu M. SG, Bağcı Bosi T. YM, Kelat Z. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER). TC Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara. 2016;20:2019.
7. Emel gür. Anne sütü ile beslenme [Turk Pediatri Ars]. 2007;42(1):11-5.
8. Raiten DJ, Kalhan SC, Hay Jr WW. Maternal nutrition and optimal infant feeding practices: executive summary. *The American journal of clinical nutrition*. 2007;85(2):577S-583S.
9. World Health Organization. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. World Health Organization; 2009.
10. Engle PL, Bentley M, Pelto G. The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2000;59(1):25-35.
11. World Health Organization. Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. World Health Organization; 2003.
12. Michaelsen KF. Feeding and nutrition of infants and young children: guidelines for the WHO European region, with emphasis on the former Soviet countries. WHO Regional Office Europe; 2000.
13. Rapley G, Murkett T. Baby-led weaning: Helping your baby to love good food. Random House; 2008.
14. Köksal G, Özel HG. Bebek beslenmesi. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726; 2008.
15. Cameron SL, Heath A-LM, Taylor RW. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, baby-led weaning: a content analysis study. *BMJ open*. 2012;2(6).
16. Brown A, Lee M. Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. *Maternal and child health journal*. 2011;15(8):1265-71.

17. Daniels L, Heath A-LM, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, vd. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC pediatrics*. 2015;15(1):1-15.
18. Brown A. No difference in self- reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby- led weaning or traditional spoon- feeding approach. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2018;31(4):496-504.
19. Arden MA. Conflicting influences on UK mothers' decisions to introduce solid foods to their infants. *Maternal & child nutrition*. 2010;6(2):159-73.
20. Fu X, Conlon CA, Haszard JJ, Beck KL, von Hurst PR, Taylor RW, vd. Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. *Appetite*. 2018;130:110-6.
21. Locke A. Agency, 'good Motherhood' and 'a Load of Mush': Constructions of Baby-Led Weaning in the Press. *İçinde: Women's Studies International Forum*. Elsevier; 2015. s. 139-46.
22. Muslu M, Özçelik Ersü D. Tamamlayıcı Beslenme Uygulamalarında Bebeğin Tercihleri ve Bebek Liderliğinde Beslenme Modeli. *Journal of Nutrition and Dietetics*. 30 Nisan 2019;47:59-65.
23. Selimoğlu MS, Celiloğlu ÖS, Celiloğlu C. Anne sütü ile beslenmenin ileri yaşama etkileri. *Türk Pediatri Arşivi*. 2010;45(4):309-14.
24. Robert M. Lawrence, Ruth A. Lawrence. Breastfeeding e-book: a guide for the medical professional. Elsevier Health Sciences; 2010. 153-195 s.
25. Elmacioğlu F. Anne ve bebek beslenmesi (G. Hatipoğlu Ed. Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 2008.
26. Giray H. Anne sütü ile beslenme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2004;13(1):12-5.
27. Gökçay G. Yaşamın ilk 2 yılında çocuk sağlığı ve bakımı. AE Yayıncılık; 2011. 64-84 s.
28. Samur G. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, 1. Baskı, Klasmat matbaacılık, Ankara. 2008;13-20.
29. Organization WH. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 2: measurement. 2010;
30. Collective GB. Global breastfeeding scorecard, 2018: Enabling women to breastfeed through better policies and programmes. New York, Geneva: UNICEF, WHO. 2018;
31. Enstitüsü HÜNE. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018) [İnternet]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2018 [a.yer 13 Kasım 2020]. Erişim adresi: <http://localhost:6060/xmlui/handle/1/323>
32. American Academy of Pediatrics (AAP). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2012;100(6):1035-9.
33. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, vd. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 30 Ocak 2016;387(10017):475-90.
34. A. Beslenme. Alp Ofset Matbaacılık. 12. Ankara. 2009;426-9.
35. Baysal a. Beslenme. Hatipoğlu Yayınları. 2009;93.

36. Pekcan AG. Tamamlayıcı Beslenme: Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme (ESPHGAN) Birliği Komitesi Görüş Raporu. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2018;46(1):1-6.
37. Tasker M, Harman L. Investing in early years: The importance of protecting children through comprehensive social protection during the critical first 1,000 days of life. *Global Social Policy*. 2020;20(1):21-5.
38. DİNLEYİCİ M, KILIÇ Ö, DİNLEYİCİ EÇ. İlk 1000 Gün: Fetal Hayattan Çocukluğa Mikrobiyota. *Türkiye Klinikleri İmmünoloji Alerji-Özel Konular*. 2018;11(2):13-8.
39. Örün E, Yalçın SS, Madendag Y, Üstünyurt-Eras Z, Kutluk S, Yurdakök K. Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital. *The Turkish journal of pediatrics*. 2010;52(1):10.
40. Tan KL. Factors associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in peninsular Malaysia. *International breastfeeding journal*. 2011;6(1):2.
41. Lin W, Baluyot KR, Yao M, Yan J, Wang L, Li G, vd. Early-Life Nutrition and Cognitive Development: Imaging Approaches. İçinde: *Human Milk: Composition, Clinical Benefits and Future Opportunities*. Karger Publishers; 2019. s. 121-35.
42. Organization WH. Complementary feeding: family foods for breastfed children. World Health Organization; 2000.
43. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, vd. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2008;46(1):99-110.
44. Paul IM, Bartok CJ, Downs DS, Stifter CA, Ventura AK, Birch LL. Opportunities for the primary prevention of obesity during infancy. *Advances in pediatrics*. 2009;56(1):107-33.
45. TC Sağlık Bakanlığı. Tamamlayıcı Beslenme Sağlık Çalışanları için Rehber Kitap. Ankara; 2009.
46. Akers S, Groh-Wargo S. Normal nutrition during infancy. *Handbook of Pediatric Nutrition 3rd ed* Queen Samour P, King K, Eds Sudbury, Mass, Jones and Bartlett. 2005;75-106.
47. Tokatlı A. Bebeklerde ek besinlere geçiş;“Weaning” dönemi. 2003;
48. Hausner H, Nicklaus S, Issanchou S, Mølgaard C, Møller P. Breastfeeding facilitates acceptance of a novel dietary flavour compound. *e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*. 2009;4(5):e231-8.
49. Forestell CA, Mennella JA. Early determinants of fruit and vegetable acceptance. *Pediatrics*. 2007;120(6):1247-54.
50. Gür E. Tamamlayıcı beslenme. *Türk Pediatri Arşivi*. 2006;41(4):181-8.
51. Szucs KA. American Academy of Pediatrics section on breastfeeding. *Journal of Human Lactation*. 2011;27(4):378-9.
52. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *PEDIATRICS*. 01 Aralık 1997;100(6):1035-9.
53. Organization WH. Enabling women to breastfeed through better policies and programmes: Global breastfeeding scorecard 2018. 2018.

54. NE Ö. Yaşamda önemli bir dönüm noktası: tamamlayıcı beslenme (ek gıdaya geçiş). Hacettepe Tıp Dergisi. 2009;40(3):157-63.
55. Black MM, Aboud FE. Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. The Journal of nutrition. 2011;141(3):490-4.
56. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press; 2015.
57. Malmberg L-E, Stein A, West A, Lewis S, Barnes J, Leach P, vd. Parent–infant interaction: A growth model approach. Infant Behavior and Development. 2007;30(4):615-30.
58. Agampodi TC. Responsive feeding: the missing link in child malnutrition in Sri Lanka. 2014;
59. Bentley ME, Wasser HM, Creed- Kanashiro HM. Responsive feeding and child undernutrition in low-and middle-income countries. The Journal of nutrition. 2011;141(3):502-7.
60. Silberstein D, Feldman R, Gardner JM, Karmel BZ, Kuint J, Geva R. The Mother–Infant Feeding Relationship Across the First Year and the Development of Feeding Difficulties in Low- Risk Premature Infants. Infancy. 2009;14(5):501-25.
61. Farrow C, Blissett J. Does maternal control during feeding moderate early infant weight gain? Pediatrics. 2006;118(2):e293-8.
62. Feinstein L, Sabates R, Sorhaindo A, Rogers I, Herrick D, Northstone K, vd. Dietary patterns related to attainment in school: the importance of early eating patterns. Journal of Epidemiology & Community Health. 2008;62(8):734-9.
63. Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. Pediatrics. 2007;120(Supplement 4):S164-92.
64. Hughes SO, Shewchuk RM, Baskin ML, Nicklas TA, Qu H. Indulgent feeding style and children’s weight status in preschool. Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP. 2008;29(5):403.
65. Rapley G. Baby- led weaning: a developmental approach to the introduction of complementary foods In: Maternal and Infant Nutrition and Nurture: Controversies and Challenges. Quay Books: London.[Google Scholar]; 2006.
66. Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, Turgut M, Gokcay G, Oguz MM. Baby- led complementary feeding: Randomized controlled study. Pediatrics International. 2018;60(12):1073-80.
67. Rapley G. Can babies initiate and direct the weaning process. Interprofessional health and community studies. 2003;
68. Brown A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby- led weaning in a UK sample of mothers. Maternal & child nutrition. 2011;7(1):34-47.
69. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety- responsiveness: the role of weaning style. Pediatric obesity. 2015;10(1):57-66.
70. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Erickson LW, Fangupo LJ, vd. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. BMJ open. 2016;6(5).

71. Rowan H, Harris C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite*. 2012;58(3):1046-9.
72. Cameron SL, Heath A-LM, Taylor RW. How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients*. 2012;4(11):1575-609.
73. Cameron SL, Taylor RW, Heath A-LM. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ open*. 2013;3(12).
74. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case–controlled sample. *BMJ open*. 2012;2(1).
75. D’Auria E, Bergamini M, Staiano A, Banderali G, Penderzza E, Penagini F, vd. Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on. *Italian journal of pediatrics*. 2018;44(1):49.
76. Alvisi P, Brusa S, Alboresi S, Amarri S, Bottau P, Cavagni G, vd. Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. *Italian Journal of Pediatrics*. 28 Nisan 2015;41(1):36.