

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DIYABETİK ANNELERİN ÖZ YETERLİLİĞİNİN
‘TEK BAŞINA ANNE SÜTÜ VERME’ SÜRESİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. ESRA BETÜL AKKOYUN

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. AYSU DUYAN ÇAMURDAN**

**ANKARA
ŞUBAT 2016**

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DIYABETİK ANNELERİN ÖZ YETERLİLİĞİNİN
‘TEK BAŞINA ANNE SÜTÜ VERME’ SÜRESİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. ESRA BETÜL AKKOYUN

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. AYSU DUYAN ÇAMURDAN**

**ANKARA
ŞUBAT 2016**

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Esra Betül AKKOYUN
Baba Adı	Ahmet
Doğum Yeri/Tarihi	Afyonkarahisar /28.05.1984
Diploma Tarihi/Diploma No	2009 / 147953
Mezun olduğu Fakülte	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
İhtisas Süresi	4 -Yıl
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMALIK TEZİNİN ADI : Diyabetik Annelerin Özyeterliliğinin Tek Başına Anne Sütü Verme Süresine Etkisi

JÜRİ KARARI : Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr.Esra Betül AKKOYUN “Diyabetik Annelerin Özyeterliliğinin Tek Başına Anne Sütü Verme Süresine Etkisi ” başlıklı tezi başarılı bulunmuştur.

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN
Prof.Dr. Aysun BİDECI

ÜYE
Prof.Dr.Aysu Duyan ÇAMURDAN

ÜYE
Doç.Dr.Özlem YILMAZ ÖZBEK

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca ve çalışma süresince tez danışmanlığımı üstlenerek bana yol gösteren, çalışmamın planlanmasında, gerçekleştirilmesinde ve sonuçlandırılmasında her türlü bilimsel katkı ve manevi destek sağlayan hocam Prof. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN'a, tez aşaması boyunca büyük yardımları dokunan Sayın Prof. Dr. F. Nur Baran AKSAKAL'a (GÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı), asistanlığım boyunca her konuda destek olan hocam Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Aysun BİDECİ'ye, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerine teşekkür ederim.

Dört yıl süresince hep yanımda olan, desteğini esirgemeyen dostlarım Şükriye Yılmaz ve Emine Nur Yayla'ya, uzmanlık eğitimim boyunca her koşulda yanımda olup, sabrını, anlayışını hiç azaltmayan sevgili eşim Çağrı Akkoyun'a ve hayat kaynağım biricik oğluma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR	iv
TABLOLAR.....	vi
ŞEKİLLER VE GRAFİKLER	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tarihte Anne Sütü	3
2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Emzirme Verileri	4
2.3. Anne Sütünün İçeriği	6
2.4. Anne Sütünün Faydaları	7
2.4.1. Anne Sütünün Bebeğe Faydaları	7
2.4.2. Anne Sütünün Anneye Faydaları	8
2.4.3. Anne Sütünün Verilmemesi Gereken Durumlar	9
2.5. Emzirme	9
2.5.1. Emzirme Yöntemleri	9
2.5.1.1. Kucaklama	10
2.5.1.2. Ters Kucaklama	10
2.5.1.3. Koltuk Altı	10
2.5.1.4. Yatar Pozisyonda Emzirme	10
2.5.2. Emzirme Sıklığı ve Süresi	11
2.5.3. Emzirme Yeterliliğinin Değerlendirilmesi	11
2.5.3.1. Emzirme Başarısının Değerlendirilmesi	11
2.5.3.2. Emzirmenin Başarısını Gösteren Bulgular ⁵²	12
2.5.4. Emzirme Değerlendirme Ölçekleri	13
2.5.4.1. LATCH Ölçeği	13

2.5.4.2. IBFAT Ölçeği	13
2.5.5. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler	14
2.5.5.1. Postpartum Depresyon	15
2.5.5.2. Annenin Özgüveni	16
2.5.5.2.1. Emzirme Öz yeterlilik Ölçeği (Breastfeeding Self-Efficacy Scale; BSES).....	16
2.6. Annenin ve Emzirmenin Desteklenmesi.....	16
2.6.1. Başarılı Emzirmede 10 Adım	16
2.6.2. Emzirme Danışmanlığı	17
2.6.3. Emzirme Önerileri	17
2.7. Diyabet.....	18
2.7.1. Gestasyonel Diyabet	18
2.7.2. Diyabetin Anneye ve Bebeğe Etkileri	19
2.7.3. Diyabet ve Emzirme	19
2.8. Obezite ve Emzirme.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. İstatistik.....	22
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇLAR.....	58
ÖZET.....	62
SUMMARY	64
KAYNAKLAR.....	66
EKLER	80
EK 1. TANIMLAYICI FORM.....	80
EK 2. BSES (Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği)	83
EK 3. LATCH Emzirme Değerlendirme Ölçeği	84
EK 4. IBFAT skollama anketi (Infant Breastfeeding Assesment Tool Items)	85
ÖZGEÇMİŞ.....	87

KISALTMALAR

AS	: Anne Sütü
TB	: Tamamlayıcı besin
AAP	: Amerika Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics)
VKİ (BMI)	: Vücut Kitle İndeksi (Body-Mass Index)
BSES	: Emzirme Özyeterlilik Ölçeği (Breastfeeding Self Efficacy Scale)
BSES-SF	: Emzirme Özyeterlilik Ölçeği Kısa Formu (Breastfeeding Self Efficacy Scale Short Form)
DM	: Şeker Hastalığı (Diabetes Mellitus)
GDM	: Gestasyonel Diyabetes Mellitus
IBFAT	: Bebek Emzirme Değerlendirme Aracı (Infant Breastfeeding Assessment Tool)
IBFAT_A	: Bebek Emzirme Değerlendirme Aracı, Anne Memnuniyeti
IBFAT_B	: Bebek Emzirme Değerlendirme Aracı, Bebek
LATCH	: ‘L’ kavrama (latch onto the breast), ‘A’ yutma sesi (audible swallowing), ‘T’ meme başı tipi (mother’s nipple type), ‘C’ annenin rahatlık düzeyi (mother’s level of comfort), ‘H’ annenin bebeği tuturmada yardım ihtiyacı (help)
SD	: Standart Sapma (Standard Deviation)
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırması
DSÖ(WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations Children’s Fund)
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
AHRQ	: Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality)
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
HIV	: Human Immunodeficiency Virüs
CMV	: Sitelomegalovirüs

APGAR	: Appearance (Görünüm), Pulse(Nabız), Grimace(Uyarılara Cevap), Activity(Aktivite), Respiration(Solunum)
ADA	: American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Cemiyeti)
OGTT	: Oral Glukoz Tolerans Testi
DAB	: Diyabetik Anne Bebeği
LGA	: Large for Gestational Age (Gestasyon Haftasına göre Yüksek Doğum Ağırlıklı)
AGA	: Appropriate for Gestational Age (Gestasyon Haftasına göre Normal Ağırlıklı)
SGA	: Small for Gestational Age (Gestasyon Haftasına göre Düşük Ağırlıklı)
C/S	: Sezaryen Doğum
NSVY	: Normal Spontan Vajinal Yolla Doğum
HbA1c	: Glikolize Hemoglobin
Mean	: Ortalama Değer
Median	: Ortanca Değer
Min	: En Düşük Değer
Max	: En Yüksek Değer
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

TABLOLAR

	Sayfa No:
Tablo 1. Anne Sütünün Koruyucu Etkileri.....	8
Tablo 2. IBFAT ve LATCH Ölçeklerinin karşılaştırılması	14
Tablo 3. Bebeklerin Demografik ve Klinik Özellikleri.....	26
Tablo 4. Annelerin Demografik ve Klinik Özellikleri	27
Tablo 5. Emzirmeyi Etkileyen Diğer Faktörler.....	28
Tablo 6. BSES, IBFAT ve LATCH Ölçeklerinin Kendi Aralarındaki İlişki	29
Tablo 7. Kontrol ve Diyabet Grubunda BSES, IBFAT ve LATCH Skorlarının karşılaştırılması	29
Tablo 8. Kontrol ve Diyabet Grubunda BSES, IBFAT ve LATCH Ölçeklerinin Karşılaştırması	30
Tablo 9. Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Beslenme Şekillerinin Karşılaştırılması	31
Tablo 10. Kontrol ve Diyabet Grubunda Emzirmeyi Bırakmanın Karşılaştırılması	33
Tablo 11. Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Beslenme Şeklinin BSES Skoru ile Karşılaştırılması	34
Tablo 12. Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Beslenme Şeklinin LATCH Skoru ile Karşılaştırılması	36
Tablo 13. Diyabet Grubunda LATCH<8 Ve LATCH≥8 olan Annelerin Karşılaştırılması	36
Tablo 14. Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Besleme Şeklinin IBFAT Skoru ile Karşılaştırılması	38
Tablo 15. Diyabet Grubunda IBFAT<12 Ve IBFAT≥12 olan Annelerin Kıyaslanması.....	38
Tablo 16. Kontrol ve Diyabet Grubunda Anne Memnuniyetinin Karşılaştırılması	39

Tablo 17.	Kontrol ve Diyabet Grubunda Anne Memnuniyetinin Tek Başına AS Verme Üzerine Etkisi.....	40
Tablo 18.	Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Besleme Şeklinin Doğum Şekli ile Karşılaştırılması.....	40
Tablo 19.	Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Besleme Şeklinin Obezite ile Karşılaştırılması.....	42
Tablo 20.	Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Besleme Şeklinin Emzirme Deneyimi ile Karşılaştırılması.....	42
Tablo 21.	Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Besleme Şeklinin Emzirme Hedefi ile Karşılaştırılması.....	44
Tablo 22.	Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Besleme Şeklinin İlk Saat Emzirme ile Karşılaştırılması.....	44
Tablo 23.	Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Besleme Şeklinin Gelir Durumu ile Karşılaştırılması.....	46
Tablo 24.	Bebek Besleme Şeklinin HbA1c Değeri ile Karşılaştırılması.....	48
Tablo 25.	Bebek Besleme Şeklinin İnsülin Kullanımı ile Karşılaştırılması	48
Tablo 26.	Tüm Grupta 1. Ayda Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	49
Tablo 27.	Tüm Grupta 3. Ayda Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	49
Tablo 28.	Diyabet Grubunda 1. Ayda yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	50
Tablo 29.	Diyabet Grubunda 3. Ayda Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	50

ŞEKİLLER VE GRAFİKLER

Sayfa No:

Şekil 1.	Emzirme Yöntemleri	10
Grafik 1.	OECD Ülkelerinde En Az Bir Kere Emzirme Yüzdesi.....	5
Grafik 2.	Kontrol ve Diyabet Grubunda Tek Başına AS Alımının Aylara Göre Dağılımı	32

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Emzirme, sağlıklı bir toplum oluşumundaki önemli etkenlerden biridir. Anne sütü (AS) ilk altı ay içinde bebeğin gereksinim duyduğu tüm besinleri uygun miktarda ve kalitede içeren tek besindir. Hem bebek hem de anne sağlığını olumlu etkiler¹. Bu nedenle bebeğin ilk altı ay içerisinde tek başına AS ile beslenmesi, iki yaşına kadar da anne sütünün tamamlayıcı besin olarak verilmeye devam edilmesi tavsiye edilmiştir.²

Dünya genelindeki istatistikler incelendiğinde gelişmekte olan ülkelerde ilk 6 ay içerisinde tek başına AS ile besleme oranının 2007-2014 yılları arasında %36 olduğu görülür.³ Türkiye’de ise bu oran 2013 yılında %40 civarındadır.⁴ Her fırsatta anne sütünün önemi vurgulanmasına rağmen bahsedilen oranların düşüklüğü araştırmacıları bu konuyu incelemeye teşvik etmiştir. Bu incelemelerde ilk aylarda tek başına AS ile besleme durumunun uzun dönem emzirmeyi olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.⁵⁻⁸ Annenin daha doğumun ilk günlerindeki niyetinin ve kararlılığının emzirmeyi kesme süresinde etkili olduğu gösterilmiştir.^{9,10} Bu faktörlerin dışında annenin emzirme için hissettiği yeterlilik olarak tanımlanan öz yeterliliğin de emzirme süresi ile doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹¹

Emzirme süresini tahmin etmek amacıyla çeşitli testler ve ölçekler geliştirilmiştir.¹²⁻¹⁷ Bu testlerden doğumdan hemen sonra uygulanan birkaç tanesi; Emzirme Öz yeterlilik Kısa Formu (BSES-SF), Bebek Emzirme Değerlendirme Aracı (IBFAT) ve LATCH ölçeğidir.^{14,18,19} Bu ölçeklerin Türkçe’ye çevirileri de yapılmıştır.²⁰

Diyabetik annelerde ise emzirme sağlıklı annelere göre daha güç olabilir. Bunda diyabetin tetikleyebileceği doğum sonrası komplikasyonlar, prematürite, hipoglisemi, bebeğin yenidoğan ünitesinde yatması, emzirmeye geç başlanması ve annenin duyduğu kaygı etkili olabilir.²⁰ Diyabetik annelerde laktasyonun daha geç başladığı, bebeklerdeki emme refleksinin daha zayıf olduğu ve emme paterninin immatür olduğu gösterilmiştir.²¹⁻²⁵ Fakat diyabetin emzirmeye etkisi üzerinde net bir sonuç yoktur.

1.2. Amaç

Çalışmamızın amacı gestasyonel diyabetin ve diyabetik annelerin öz yeterliliklerinin tek başına AS verme süresine etkisini saptamaktır. Ayrıca diyabetik annelerde AS ile beslenme üzerinde etkili olabilecek diğer faktörleri de belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihte Anne Sütü

Eski kabilelerde ve medeniyetlerde anne, bebeği birkaç gün sonra emzirmeye başladılar. Bu süre kabileler arasında farklılık göstermekte olup ortalaması dört gündü. Bu gecikmenin nedeni kolostrum hakkındaki kötü inanışlardı. Yunan ve Roma medeniyetlerinde de kolostrum hakkında benzer inanışlar vardı ve bunun etkisi Avrupa’da ortaçağa kadar devam etmiştir.²⁶

Emzirme süresi eski topluluklar arasında ciddi farklar gösterirdi ve ortalama emzirme süresi 3-4 yıl arasındaydı. Bu süre zarfında anne sütünün yanında çiğnenmiş muz, Hindistan cevizi suyu ve çeşitli içecekler de bebeklere verilirdi. Afrika kabilelerinde bebekler nadiren dört aydan fazla süre emerken, Avustralya kıtasının yerlisi olan Aborijinler’de emzirme süresi 2-3 yıl arasında değişirdi. Emzirme süresi Hawaiililer’de 5 yıla, Eskimolar’da ise 7 yıla kadar çıkabilirdi.²⁶

Sütanne eski toplumlardan beri süre gelen bir uygulamadır. Eski Mısır’da anneden süt gelmemesi çok yaygın bir problemdi. Bu problem sütanneler vasıtasıyla aşılmaya çalışılmıştır. Eski Yunan’da ise soylu ailelerdeki annelerin yoğunluklarından dolayı köleler sütanne olarak kullanılmıştır. Efesli Soranus ikinci yüzyılda annelik ile alakalı birçok bilginin yanında sütanne seçimini de içeren bir eser yazmıştı. Bu eser 1500 yıl boyunca Avrupa tarafından temel kaynak olarak kullanılmıştır. Hint kabilelerinde sütannelerin aynı kasttan olmasına dikkat edilirdi. Yahudiler ise emzirmeyi kutsal bir görev olarak görür ve sütannelerle çocuğun üç yaşına kadar anne sütü almalarını sağlardı.²⁶

Avrupa’da 16. yüzyılın ortalarına kadar Grekoromen ve Arap medeniyetlerinden kalan emzirme alışkanlıkları ve tavsiyeleri takip edilmiştir. 16. yüzyıl İngiltere’inde ortalama emzirme süresinin 2 yıl iken sanayileşme ile birlikte bunun 20. yüzyılın başlarında 9 aya kadar düştüğü görülür.²⁶

2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Emzirme Verileri

Günümüzde anne sütünün önemi Birleşmiş Milletler’in altındaki Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve gibi kuruluşlar tarafından sıkça vurgulanmaktadır. Bu örgütler AS ile beslemeyi hem bebeğin hem de annenin sağlığı için faydalı olduğunu belirtmiştir. AS ile besleme bebeği ve anneyi enfeksiyonlardan korur ve bebek ölüm riskini azaltır. AS, 6-12 ay arasında bebeğin enerji ihtiyacının yarısını, 12-24 ay arasında ise üçte birini karşılayabilir.³

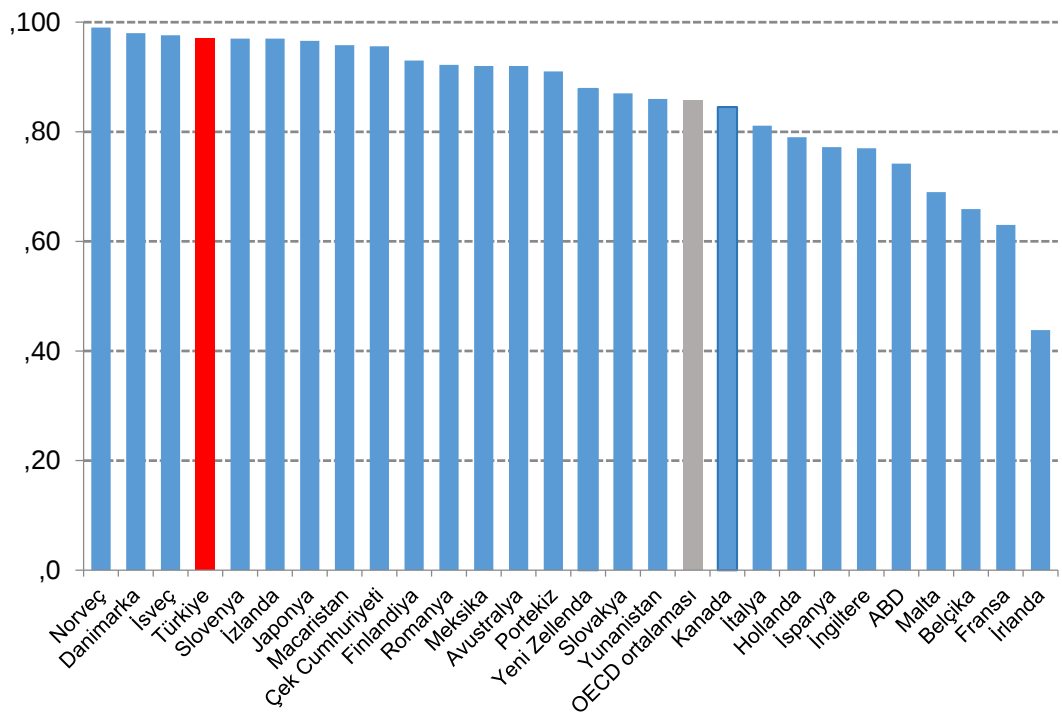
2010 yılında Amerika Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı’nın erken postpartum döneminde tek başına AS verme hızındaki hedef %75, en az 6 ay tek başına AS verme hızındaki hedef %50’dir.²⁷

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) emzirmeye ilk bir saat içerisinde başlanılmasını, ilk 6 ay bebeğin tek başına AS ile beslenmesini, sonrasında ise gerekli ek gıdaların verilerek emzirmenin 24 aya kadar sürdürülmesini tavsiye etmektedir. DSÖ ve diğer örgütlerin tüm çabalarına rağmen dünya genelinde tek başına AS ile beslenme yüzdesi 2007-2014 yılları arasında ortalama %36 olarak gerçekleşmiştir.³

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerine bakıldığında en az bir kere AS ile besleme oranlarının yüksek olduğu görülür. OECD ülkelerinin

ortalaması %85.7dir. En yüksek oran %99 ile Norveç'te iken en düşük oran %44 ile İrlanda'dadır. Türkiye ise %97 ile 29 ülke arasında dördüncü sıradadır (Grafik 1).²⁵

OECD ülkelerinde en az bir kere AS ile beslenme oranlarının yüksek olmasına karşın ilk altı ay içerisinde tek başına AS ile beslenme oranları düşüktür.²⁵ Tek başına AS istatistikleri Türkiye de dahil bazı ülkelerin verileri olmadığı için tüm ülkeleri kapsamamaktadır.²⁵



Grafik 1. OECD Ülkelerinde En Az Bir Kere Emzirme Yüzdesi

OECD ülkelerinde ilk üç ay içerisinde tek başına AS ile beslemenin oranının ortalaması %47 iken bu oran dördüncü ayda %39, altıncı ayda ise %23'e düşmektedir. İlk üç ay için en yüksek oran %96 ile Macaristan'da görülürken en

düşük oran %13 ile İngiltere’de görülmektedir. İlk ay için ise en yüksek oran %44 ile Macaristan’da iken en düşük oran %3,2 ile Meksika’dadır.²⁵

2013 yılında Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre OECD istatistikleri ile tutarlı bir şekilde ilk altı ay içerisinde en az bir kere AS alma oranı %96’dır. Üçüncü ayda tek başına AS ile beslenme oranı %35,4, altıncı ayda ise yüzde 4,7 olmuştur. Bu oranlar OECD ortalamasının altındadır.⁴

2.3. Anne Sütünün İçeriği

Anne sütünün içeriği bebeğin ihtiyaçlarına göre değişkenlik gösterir. Prematüre bebekle term bebeğin ihtiyaçları farklı olması nedeniyle annelerinin sütleri farklılık gösterir.²⁸

Doğumdan sonra ilk 4-5 günde salgılanan, koyu kıvamlı ve sarımsı renkteki süte kolostrum (ağız sütü – ilk süt) denilmektedir. Kolostrum sodyum, potasyum, magnezyum, çinko, vitaminler, antikorlar yönünden zengin, yağ yönünden fakirdir. Laksatif ve proteinleri parçalayıcı etkisi ile mekonyum çıkışını kolaylaştırmakta ve böylelikle mekonyum ileusu tablosunu önlemektedir. Kolostrum, bebeğin ilk aşısı olarak nitelendirilmektedir.²⁹ Kolostrumun içeriği zamanla değişmekte ve 10-15. günde anne sütü matür (olgun) süt halini almaktadır.²⁹

Anne sütünün besin öğelerinin miktarları oldukça geniş bir dağılım göstermektedir. AS; yağda ve suda çözünebilen 200’den fazla bileşik madde içeren kompleks bir bileşiktir. Bileşimin büyük çoğunluğunu (%88 ve daha fazla) su oluşturmaktadır. Besin öğeleri bu ortam içinde değişik şekillerde dağılmış haldedir.³⁰

2.4. Anne Sütünün Faydaları

Anne sütü, diğer besinlere göre besleyicilik, temizlik ve ekonomiklik açısından en yararlısıdır. Emzirme, bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için en uygun ve eşi bulunmaz bir beslenme yöntemidir. Anne ile bebeğin sağlığı üzerinde çok özel biyolojik ve duygusal etkiye sahiptir.³¹

İlk altı ay sadece anne sütüyle, altıncı aydan sonra uygun tamamlayıcı besinlerle emzirmenin iki yaşına kadar sürdürülmesi ile yılda yaklaşık 1,3 milyon bebek ölümünün önlenilebileceği hesaplanmaktadır.³¹

Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) raporunda Amerikalı annelerin %90 ı bebeklerine 6 ay sadece anne sütü vermeleri halinde her yıl 13 milyon dolar kazanç elde edilebileceği belirtilmektedir.³²

2.4.1. Anne Sütünün Bebeğe Faydaları

Antikorlar; anne sütünde keşfedilen ilk immün faktörler arasında yer almakta olup bebek sağlığı için önemli olduğu fark edilmiştir. Anne sütünün enfeksiyonu önleyen özellikleri, bebeklerin çeşitli hastalıklardan (alt solunum yolu enfeksiyonu, kızamık, rotavirüs, pnömokok, neisseria menenjitis, diyare) korunmasına yardım eder.³³ AS ayrıca barsak parazitlerini, demir eksikliğini ve anemiye önlediği için de bebeği malnütrisyona karşı korur. Anne sütünün bu etkisi emzirme süresi ve sıklığı ile çocuğa ek gıdaların ve sıvıların verilmeye başlandığı yaşa göre değişmektedir.³⁴

Tek başına AS ile beslenmenin sağlanabildiği bu dönemdeki bebeklerde başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere birçok hastalığın görülme sıklığı

azalmakta ve nöromotor gelişim daha iyi olmaktadır. AS ile beslenen bebeklerde ileri yaşlarda alerjik hastalıklar, şişmanlık, tip I diyabet, kanser, multipl skleroz, ateroskleroz gibi hastalıklara, alkol bağımlılığı gibi davranış sorunlarına daha az rastlanmaktadır.^{29,35,36} Tablo 2’de anne sütünün koruyucu etkileri özetlenmiştir.³⁷

Tablo 1. Anne Sütünün Koruyucu Etkileri

<u>Akut hastalıklar</u>	<u>Kronik Hastalıklar</u>
Diyare	Krohn Hastalığı
Otitis Media	Çocukluk Çağı Kanseri
İdrar Yolu Enfeksiyonu	Lenfoma
Nekrotizan Enterokolit	Lösemi
Septisemi	Rekürren Otitis Media
Bebeklik Botulizmi	Allerji
Bebek ölümlülüğü	Obezite ve Fazla Kilo
	Çölyak Hastalığı
	İnsülin Bağımlı Diyabetes Mellitus

2.4.2. Anne Sütünün Anneye Faydaları

Emziren annelerde meme/over kanseri, osteoporoz ve anemi daha az görülmektedir.^{29,35,36} Emzirmeyen ya da emzirme süresi kısa olan annelerde ise postnatal depresyon görülme riski yüksek saptanmıştır.³⁸ Ayrıca, emziren annelerde tip 2 diyabet riskinin azaldığı saptanmıştır.³⁹

Laktasyon süresi 12 ay ve üzeri olan annelerde hiperlipidemi, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık (KVH), DM riskinde anlamlı azalma görülmüştür.⁴⁰

2.4.3. Anne Sütünün Verilmemesi Gereken Durumlar

Annenin ağır hastalığı ya da psikoza, kemoterapi ve radyoterapi almakta olması AS verilmesini engellemektedir. Annenin aktif tüberkülozu balgamda basil negatif oluncaya kadar emzirmenin ertelenmesine neden olmaktadır. Human immunodeficiency virus'un (HIV) endemik olduğu ve beslenme sorunlarının yaygın olduğu gelişmemiş ülkelerde HIV'li annenin emzirmesi önerilmektedir. Ancak HIV yönünden endemik olmayan ve beslenme sorunu olmayan gelişmiş ülkelerde emzirme önerilmemektedir. Anne memesinde ve meme çevresinde aktif herpes lezyonlarının bulunması, lezyonlar geçinceye kadar emzirmeyi engellemektedir. Galaktozemi gibi süt ürünlerinin alınmasının yasak olduğu metabolik hastalıklarda da bebeğe anne sütü verilmemelidir.^{41,42}

Annenin sitelomegalovirus (CMV) enfeksiyonu, rubella, hepatit B taşıyıcısı olması, mastit ve meme absesi gibi sorunları emzirmeyi engellememektedir.^{41,42}

2.5. Emzirme

2.5.1. Emzirme Yöntemleri

Emzirirken bebeği tutma pozisyonu anneden anneye değişir. Kullanılan doğrulanmış bir pozisyon yoktur. Bu amacı sağlayan her pozisyon emzirmede kullanılabilir. Anne hangi pozisyonda rahat emzirebiliyorsa o yöntem seçilmelidir ve anne zorlanmamalıdır.⁴³

2.5.1.1. Kucaklama

En sık tercih edilen pozisyonudur. Anne oturur pozisyonda bebeği kucaklar ve göğsüne yaklaştırır.

2.5.1.2. Ters Kucaklama

Anne ile bebek göbek göbeğe olacak şekilde anne bir koluyla bebeğini diğer memesiyle emzirir.

2.5.1.3. Koltuk Altı

Futbol topu tutuşu pozisyonu da denir. Anne bebeği koltuk altında tutarak, eliyle destekleyerek emzirir.

2.5.1.4. Yatar Pozisyonda Emzirme

Anneler tarafından doğumdan hemen sonra daha sık tercih edilir. Anne yatarken bebeğini emzirir.

Emzirme yöntemleri şekil 1’de gösterilmiştir.⁴⁴



Şekil 1. Emzirme Yöntemleri

2.5.2. Emzirme Sıklığı ve Süresi

Sağlıklı bir bebeğin doğumdan hemen sonraki ilk saat içinde emzirilmeye başlanması ve ilk 4-6 haftada 24 saatte 8-12 kez beslenmesi gerekmektedir.⁴³ Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bebeklerin her istediklerinde, acıkma belirtisi gösterdiğinde emzirilmelerini önermektedir.⁴⁵

WHO emzirmeye ilk bir saat içerisinde başlanılmasını, ilk 6 ay bebeğin tek başına AS ile beslenmesini, sonrasında ise gerekli ek gıdaların verilerek emzirmenin 24 aya kadar sürdürülmesini tavsiye etmektedir.³

2.5.3. Emzirme Yeterliliğinin Değerlendirilmesi

Amerikan Pediatri Akademisi (APA) bebeklerin emme yutma fonksiyonlarını tamamlayıp en az iki defa başarılı bir şekilde beslendikten sonra taburcu edilebileceği söylemiştir.⁴⁶ Bebeğin ve annenin hastanede kalış süresince yakından izlenmesi ve iyi bir hemşire ve sağlık personeli desteği verilerek başarılı emzirmenin sağlanması gerekmektedir. Başarılı bir emzirmenin sağlanması için yapılacak hemşirelik girişimleri anne ve çocuk sağlığının gelişmesine yönelik verilecek en iyi hizmettir.^{46,47}

2.5.3.1. Emzirme Başarısının Değerlendirilmesi

Bebeğin tek başına anne sütü ile beslenmesindeki başarı, annenin emzirmeye yönelik düşünce ve inançlarına, bebeğin ve annenin sağlık durumuna, doğduktan sonraki ilk saatlerdeki ve günlerdeki beslenme durumuna, doğum

hemşiresinin laktasyonu sağlamaya yönelik prenatal ve postpartum girişimlerine ve annenin laktasyon dönemindeki beslenmesine bağlıdır.⁴⁸⁻⁵⁰

Günümüzde anne sütünün bebeğe getirdiği yararların yanı sıra, özellikle doğumların aralarını açmak için, emzirme aile planlaması programları tarafından teşvik edilmektedir.⁵¹

2.5.3.2. Emzirmenin Başarısını Gösteren Bulgular⁵²

- Her 24 saatte 8-12 kez beslenme (bebek her beslenmede iki memeyi de almak zorunda değildir)
- Bebeğin tek tarafı bitirene kadar emmesine izin verilmesi (süre anne bebek çiftine göre değişebilir)
- Aralıklı olarak duyulabilir yutma sesiyle ritmik emme sağlanması
- İlk 2 gün içinde en az günde 1-2 ıslak bez görülmesi (tek kullanımlık bezlerle gözlemlenmesi zor olabilir, kağıt peçete gibi aracı ile izlenebilir)
- Pembe ürat kristallerinin varsa 3. günden sonra kaybolması
- 3. günden sonra günde 4-6 ıslak bez görülmesi
- Her 24 saatte en az 3-4 kakalı bez görülmesi
- Kakanın 1 kaşık ya da daha fazla olması
- 3. günden sonra günde az miktarda ise 10, çok miktarda ise 4 kez dışkılama olması

2.5.4. Emzirme Değerlendirme Ölçekleri

Bebeğin emme yeteneğini; hemşire ve anne üzerinden ölçen, klinikte kullanılabilen bazı emzirme yöntemleri geliştirilmiştir. Bunlardan ikisi emzirme değerlendirme ölçekleri LATCH ve IBFAT'tır.

2.5.4.1. LATCH Ölçeği

LATCH, Jensen, Wallace ve Kelsay tarafından 1994 yılında puanlama yöntemi açısından APGAR skora sistemine benzetilerek oluşturulan bir emzirme değerlendirme aracıdır.¹⁹ Bu ölçüm aracı, sağlık çalışanına anne ve bebeğin emme tekniklerini değerlendirmede yardımcı olması amacıyla geliştirilmiştir. Değerlendirilmesi hızlı ve kolaydır. 5 değerlendirme kriteri bulunmakta olup her biri 0-2 puan arasında değerlendirilmektedir. Toplam puan 10'dur. Türkiye'de güvenilirliği Yenal ve Okumuş (2003) tarafından yapılmış ve Chronbach alfa değeri 0,95 olarak bulunmuştur (ek 3).⁵³

2.5.4.2. IBFAT Ölçeği

IBFAT 1988 yılında Mary Kay Matthews tarafından geliştirilen bebeğin emme yeterliliğini kısaca değerlendirme ve ölçme sistemidir.^{18,54,55} Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çelik ve Demirci (2008) tarafından yapılmış ve bu çalışmada Cronbach alpha katsayısı, 0,92 hesaplanmıştır.⁵⁶ IBFAT; Bebeğin emme davranışının dört bileşeninden oluşur: beslenmeye hazırlık, arama, kavrama, emme. Her biri için puan aralığı 0-3 tür. Toplam puan 12'dir. Test klinik gözleme dayanmaktadır. Ayrıca annelerin emzirme memnuniyetini de ölçer (ek 4).

Tablo 2’de IBFAT ve LATCH ölçekleri kıyaslanmıştır.⁵⁷

Tablo 2. IBFAT ve LATCH Ölçeklerinin karşılaştırılması

Özellikler	IBFAT	LATCH
Odaklanılan	Bebek	Bebek ve Anne
Puanlayan	Anne veya Hemşire	Anne veya Hemşire
Zaman Aralığı	Baştan sona	Statik
Ardışık skorların analizi	Skor ortalaması kullanılır	Skorda artma beklenir
Ölçülen Alanlar	Uyanıklık ve emme isteği Arama Emme Anne memnuniyeti	Kavrama Emme Sesli yutma Meme başı rahatlığı Pozisyonda yardım

2.5.5. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler

Emzirmeyi olumlu ya da olumsuz etkileyen faktörler çok çeşitlidir. Annelerin çoğunluğunun gebelikleri sırasında bebeklerini tek başına anne sütü ile beslemeyi planladıkları, annelerin bu tercihlerinde anne sütünün bebek için en iyi besin olması ve bebeği hastalıklardan koruması olduğu gösterilmiştir.⁵⁸ Annelerin postpartum döneme ait ağrı nedeniyle bebeklerini emzirmede güçlük yaşadıkları bulunmuştur.⁵⁸ Annenin çalışma durumu, bebeğin doğum şekli, emzik, biberon kullanılması, emzirme konusunda annenin bilgi ve deneyiminin az olması gibi durumların emzirmeyi olumsuz etkilediği bulunmuştur.⁵⁹

Doğum sonrası depresyonun da emzirmeyi olumsuz etkilediği gösterilmiştir.⁶⁰⁻⁶² Annenin emzirme niyeti, emzirme yönünden kendine güveni emzirme başarısını etkileyen diğer önemli faktörlerdendir.^{13,60,63}

2.5.5.1. Postpartum Depresyon

Doğum sonrası dönem; biyolojik, psikososyal ve ekonomik değişimlerin görüldüğü bir dönemdir. Postpartum depresyon doğum sonrasında sık görülen bir komplikasyondur. Postpartum ilk 12 haftada görülme sıklığı yaklaşık %13 civarındadır.⁶⁴ Postpartum kadınlarda psikiyatrik sıkıntıların belirgin oranda arttığı gösterilmiştir.⁶⁵

Uzun dönem emzirme; anksiyete ve depresyon düzeyinin az olması ile ilişkili bulunurken ⁶¹, negatif duygu durumuyla azaldığı gösterilmiştir.⁶²

Erken postpartum dönemde depresyonun görülmesi emzirme süresinin azalması, emzirmede ortaya çıkan zorlukların artması ve emzirme öz yeterlilik düzeylerinin düşmesi gibi olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.⁶⁶ Semptomlar genellikle postpartum ilk 6 haftada ortaya çıkar. Duygusal labilite, irritabilite, anksiyete, ağlama, yorgunluk, uyku bozuklukları ile karakterizedir. Depresif semptomlarla emzirmeyi erken kesme arasında ilişki bulunmuştur.⁶⁷ Kronik hastalığı olan, sigara ve alkol kullanan annelerde de postpartum depresyon riski yüksek olarak saptanmıştır.^{68,69}

Erken tanı; hem anne hem de bebeğin erken ve ilerleyen dönemlerde fiziksel ve psikolojik sağlıkları açısından oldukça önemlidir.⁷⁰

2.5.5.2. Annenin Özgüveni

Annenin daha doğumun ilk günlerindeki niyetinin ve karalılığının emzirme süresi üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir ^{9,10}. Annenin emzirme için hissettiği yeterlilik olarak tanımlanan öz yeterliliğin de emzirme süresi ile doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹¹ Annenin emzirmedeki özgüvenini değerlendirmek için “Emzirme Özgüven Ölçeği” (Breastfeeding Self Efficacy Scale; BSES) geliştirilmiştir. Doğum sonrası ilk haftalardaki BSES skorunun emzirme oranları ile ilişkili olduğu ve emzirme başarısını öngörmeye etkili olduğu saptanmıştır.^{14,57,71}

2.5.5.2.1. Emzirme Öz yeterlilik Ölçeği (Breastfeeding Self-Efficacy Scale; BSES)

Emzirme öz yeterlilik ölçeği 1999 yılında Dennis tarafından geliştirilmiştir.¹⁴ Ölçeğin aslı 33 maddeden oluşurken 2003 yılında Dennis tarafından 14 maddelik Emzirme özyeterlilik ölçeği-kısa formu (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form; BSES-SF) şeklinde kısa forma dönüştürülmüştür.¹⁴ Bu kısa formun Türkçe güvenilirliği, 2010 yılında Aluş-Tokat ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada gösterilmiştir.⁷²

2.6. Annenin ve Emzirmenin Desteklenmesi

2.6.1. Başarılı Emzirmede 10 Adım

WHO ve UNICEF 1991 yılında başarılı emzirmede 10 adım prensibini yayınlamıştır.⁷³ Bu prensiplerin uygulanması ile emzirmeye başlama ve devamlılık

oranının arttığı gösterilmiştir. Amerikan Pediatri Akademisi 2009 yılında 10 adım programının klinik kullanılmasını onaylamıştır. Hastanelerin %65'inin 10 adım programına uyduğu bildirilmiştir.⁷⁴

Doğumdan sonra ilk saat içinde emzirmeye başlanmasının, tek başına AS verilmesinin, anne ile bebeğin bir arada tutulmasının, emzik kullanılmamasının ve taburculuk sonrası iletişim sağlanarak anneye destek olunmasının emzirme süresine olumlu etki gösterdiği tespit edilmiştir.⁷⁵

2.6.2. Emzirme Danışmanlığı

Başarılı bir emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi, doğum sonrası dönemdeki birçok faktörden etkilenmektedir. Emzirme ile ilgili tüm sorunların çözülmesinde emzirme danışmanlığının önemi kaçınılmazdır.^{76,77} AS ve emzirme eğitimlerinin antenatal dönemde başlaması ve erken postnatal dönemde de devam etmesi gerektiği saptanmıştır.⁷⁸ Emzirmenin sürdürülmesinde ve desteklenmesinde hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Sağlık kuruluşlarına başvurma nedenleri ne olursa olsun, bebeğin beslenme durumu mutlaka sorgulanmalı, emziren annelere emzirme danışmanlığı yapılmalı, emzirme gözlenmeli ve ebeveynler emzirmenin sürdürülmesi yönünde teşvik edilmelidir.⁷⁹⁻⁸⁰

2.6.3. Emzirme Önerileri

Amerikan Pediatri Akademisi(APA) tarafından 2012 yılında aşağıda özetlenen bebek emzirme önerileri yayınlanmıştır ¹:

- 6 ay tek başına AS verilmelidir. Emzirme mümkünse 2 yaşına kadar sürdürülmelidir.
- Doğumdan hemen sonra anne ve bebeğin ten tene teması sağlanmalıdır. İlk beslenme gerçekleşene kadar tartma, ölçme, aşı, K vitamini geciktirilmelidir. Bebek 24 saatte 8-12 kez beslenmelidir. Emzik kullanılmamalıdır.
- Taburculuk sonrası dehidratasyon, sarılık, kilo alımını izlemek açısından bebek 48-72 saat içinde uzman hekim tarafından görülmelidir.
- Emzirmeyi kolaylaştırmak için anne ve bebek yakın uyumalıdır.
- 3-4 haftada emzirme başarıldıktan sonra uykuya geçiş döneminde emzik kullanılabilir.

2.7. Diyabet

Diyabet, gebelik süresince fetal gelişimi olumsuz etkileyen önemli bir hastalıktır.^{81,82} Yenidoğanlarda metabolik bozukluklara yol açar.⁸¹

2.7.1. Gestasyonel Diyabet

Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM) gebelik sırasında ilk kez oluşan veya fark edilen glukoz tolerans bozukluğudur. Gestasyonel Diyabet, gebeliğin 24-28. haftalarında oral glukoz tolerans testi (OGTT) yapılarak tespit edilir.

2.7.2. Diyabetin Anneye ve Bebeğe Etkileri

Diyabet gebelerde spontan abortus, preeklampsi, hipertansiyon, polihidroamniyoz, hipoglisemi ve ketoasidoza; fetüste ise hipoglisemi, makrozomi, intrauterin gelişme geriliği, respiratuar distres sendromu ve preterm doğum olmak üzere çok çeşitli anomali ve komplikasyonlara neden olabilmektedir.⁸¹

Diyabetik anne bebeklerinin %5-8'inde önemli doğumsal sorunlar görülmektedir.⁸³

Diyabetik anne bebeklerinde (DAB) sağlıklı anne bebeklerine göre perinatal dönemde mortalite riskinin 3 kat, hayatın ilk yılında 9 kat arttığı, ciddi konjenital anomali riskinin 3, gestasyon haftasına göre yüksek doğum tartısı (LGA) riskinin 3.6 kat arttığı bildirilmiştir.⁸⁴

2.7.3. Diyabet ve Emzirme

Diyabetik annelerde emzirme sağlıklı annelere göre daha güç olabilir. Bunda diyabetin tetikleyebileceği doğum sonrası komplikasyonlar, prematürite, hipoglisemi, bebeğin yenidoğan ünitesinde yatması, emzirmeye geç başlanması ve annenin duyduğu kaygı etkili olabilir.²⁰ Diyabetik annelerde laktasyonun daha geç başladığı, bebeklerdeki emme refleksinin daha zayıf olduğu ve emme paterninin immatür olduğu gösterilmiştir.²¹⁻²⁵

Sağlıklı annelerin bebeklerine göre GDM'li annelerin bebeklerinin daha az emdiği, tam veya kısmi emzirme sürelerinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. GDM'li annelerde emzirmeyi etkileyen faktörlerin vücut kitle indeksi ve insülin tedavisi alma durumu olduğu saptanmıştır.⁸⁵

Tip 2 diyabetli annelerin ve GDM'li annelerin emzirme durumlarının karşılaştırıldığı çalışmada ilk emzirme, ilk emzirme zamanı, taburculukta emzirme ve yeni doğanda hipoglisemi gelişme durumu açısından GDM'li annelerin Tip 2 diyabetli annelere göre daha iyi olduğu gösterilmiştir.⁸⁶

Fakat diyabetin ve diyabetik annelerin öz yeterliliğinin emzirme süresi üzerine etkisini gösteren kesin bir sonuç yoktur. Diyabetik annelerde emzirme ile ilgili az sayıda çalışma yapılmıştır.^{21,22,23,24,85,86,87}. Ulusal yazında görebildiğimiz kadarıyla bu konuda çalışma bulunmamaktadır.

2.8. Obezite ve Emzirme

Obez olan ve gebelik süresince fazla kilo alan annelerde emzirme oranları daha düşük olmakla birlikte, bu annelerin daha fazla desteğe ihtiyaç duydukları gösterilmiştir. Obezite ile emzirme süresi arasında ilişki saptanmamıştır.⁸⁸

Maternal obezite, primipar annelerde laktogenezisin gecikmesine bağlı olarak emzirmeyi olumsuz etkilemektedir.⁸⁹

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Aralık 2014- Ekim 2015 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde sağlıklı, term ve tekiz doğuran ve bebekleri ile aynı odayı paylaşan 30 diyabetli – 30 sağlıklı anne ve bebek çifti çalışmaya dahil edildi. Annelere çalışma hakkında detaylı bilgi verilerek onamları alındı. Çoğul gebelikler, konjenital anomalili bebekler, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebekler, 18 yaşın altındaki anneler, diyabet dışı kronik hastalığı olan anneler çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya dahil edilen bebekler, diğer bebeklere yapıldığı gibi doğum salonunda doğum sonrası ilk dakikalar içinde anneleri ile buluşturuldu ve merhaba öpücüğü almaları sağlandı. Anneye yapılan müdahaleler bitene kadar bebek, bebek odasında küvözde tutuldu. Bu sırada bebeğe rutin tıbbi bakım işlemi uygulandı, tartı, boy, baş çevresi, kilo ölçümleri, göz bakımı, aşı ve K vitamini uygulamaları yapıldı. İlk emzirme doktor ve hemşire gözleminde sağlandı. Uygun pozisyon, etkili emzirme yöntemleri, emzirme sıklığı ve süresi hakkında detaylı bilgi verildi. Her talepte profesyonel yardım ve emzirme danışmanlığı desteği sağlandı.

Emzirme hemşireleri ve doktor tarafından emzirme başarısı 12. ve 24. saatlerde, ayrıca kaldığı süre boyunca 24 saatte bir kontrol edildi. İlk 24 saat içinde anneye emzirme özgüven ölçeği BSES-SF, emzirme değerlendirme ölçekleri IBFAT VE LATCH yapıldı. BSES-SF 58'in üzeri, LATCH skoru 8'in üstü ve IBFAT bebek skoru 12'nin üzeri puanlar '**başarılı emzirme**' olarak kabul edildi.

Hastane yatış süresince anne ve bebeğin dosyaları incelendi. Anneye yapılan anketle birlikte değişkenler kaydedildi.

Anne için: Adı, soyadı, telefon numarası, doğum şekli, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan bebek sayısı, önceki bebeklerini emzirip emzirmedeği, emzirme süresi, vücut ağırlığı, boyu, gebelikte alınan kilo, vücut kitle indeksi, eğitim düzeyi, çalışıp çalışmadığı, mesleği, babanın işi, aylık gelir düzeyi, evin kira olup olmadığı, annenin hedeflediği emzirme süresi, emzirme eğitimi alıp almadığı, sigara ve alkol kullanıp kullanmadığı, bebeğin anneye verilme saati, emzirme sıklığı, annenin diyabeti olup olmadığı, diyabetse tipi, ilaç kullanıp kullanmadığı kaydedildi.

Bebek için: Gebelik haftası, doğum ağırlığı, cinsiyeti, birinci ve beşinci dakika APGAR skorları, ne ile beslendiği, hastanede mama verilip verilmediği, bebeğin emme süresi ve sıklığı kaydedildi.

Emme, yutma, nefes alma koordinasyonunu sağlamış ve en az iki başarılı emzirme sergileyen anne ve bebek çiftleri, başka bir tıbbi sakınca olmaması halinde, kontrol muayene randevusu verilerek taburcu edildi.

Taburculuk sonrası anneler her ay telefon ile aranarak 6 ay boyunca bebeklerin kilo alımı, AS alıp almadığı, anne sütüne ek olarak formül mama ya da ek besin alıp almadığı izlendi. Emzirmekle ilgili problemi olan anneler, Gazi Üniversitesi Emzirme Destek Merkezi'ne yönlendirildi.

3.1. İstatistik

Bu çalışmada analizler SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca (minimum, maksimum), frekans ve yüzde olarak sunuldu. Sürekli değişkenler normal dağılıma

uygunluk açısından Kolmogorov-Smirnov ya da Shapiro-Wilk's testi, histogram ve P-P grafikleri ile değerlendirildi. Normal dağılıma uygunluk sonucuna göre, gruplar arasında farklılık incelenirken ikili gruplarda normal dağılan değişkenlerde Independent Samples t-test, normal dağılmayan değişkenlerde ise Mann-Whitney U Testi kullanıldı. Nonparametrik verilerin karşılaştırılmasında chi kare testi (Fisher exact ve Yates corrected) kullanıldı.

Sürekli değişkenlerin birbirleriyle korelasyonu değerlendirilirken normal dağılıma uyanlar için Pearson korelasyon testi, uymayanlar için ise Spearman korelasyon testi kullanıldı.

İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi.

Tüm grupta ilk bir ayda ve 3. ayda tek başına AS alma durumuna etki eden faktörleri saptamak üzere lojistik regresyon analizi uygulandı. Tek değişkenli analizde anlamlı bulunan diyabetik olma, yaş, eğitim, BMİ, BSES, LATCH, IBFAT bebek, ilk 1 saatte emzirme, önceki çocuğu emzirme, gelir düzeyi değişkenleri arasında korelasyon yapıldı. Birbiri ile yüksek derecede korele olan yaş, eğitim, ilk 1 saat emzirme, önceki çocuğu emzirme, BSES, IBFAT bebek, gelir durumu değişkenlerinden ilk 1 saat emzirme, BSES, gelir durumu seçildi. Modele BMİ, gelir düzeyi, BSES, IBFAT bebek, LATCH, doğum şekli, ilk 1 saat emzirme dahil edildi. Dahil edilme kriteri olarak $p < 0,20$ kullanıldı.

Ayrıca diyabetik grupta ilk 1 ay ve 3. ayda tek başına AS alma durumuna etki eden faktörleri saptamak üzere yapılan lojistik regresyon analizinde tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan doğum şekli, BMİ, BSES, LATCH, IBFAT bebek, ilk 1 saatte emzirme, önceki çocuğu emzirme, gelir düzeyi, insülin kullanma

durumu faktörlerinden korelasyon analizi sonrası seçilen BSES, IBFAT bebek, LATCH BMİ, doğum şekli faktörleri modele dahil edildi. Dahil edilme kriteri olarak $p < 0,20$ kullanıldı.

4. BULGULAR

Aralık 2014 – Ekim 2015 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Hastanesi, Kadın Doğum Servisinde 146 Diyabetik, 1120 Diyabetik olmayan anne doğum yaptı. Diyabetik anne bebeklerinin 32'si, prematürite, hipoglisemi, dehidratasyon, yenidoğan geçici takipnesi, sepsis gibi nedenlerle Yenidoğan Yoğun Bakım Servisinde yatması, 15'i çoğul gebelik olması, 25'i ise 4 saatten uzun gözlem gerektirmesi nedeniyle çalışmaya katılmadı. Çalışma kriterlerini karşılayan 30 Diyabetik, 30 Sağlıklı olmak üzere 60 anne, bebekleriyle birlikte çalışmaya katıldı. Çalışma süresince telefon ile ulaşılamayan, düzenli takiplere gelmeyen anneler ve bebekleri (4 diyabetik, 3 sağlıklı anne ve bebekleri) çalışma dışı bırakıldı.

Bebeklerin demografik ve klinik özellikleri Tablo 3'te, annelerin demografik ve klinik özellikleri Tablo 4'te, emzirmeyi etkileyen diğer faktörler Tablo 5'te gösterilmiştir.

Doğum salonunda tüm bebekler, doğumdan hemen sonra annelerine gösterildi. Bebeklerin hepsi anneleri hazır olana kadar bebek odasında küvözde izlendi. Bu zaman içerisinde bebekler AS dışında herhangi bir ek besin ile beslenmedi. AS başlama hızı %100 olarak tespit edildi.

Bebeklerin ortalama doğum haftaları $38,4 \pm 1,32$ hafta olup ortalama doğum kiloları 3275 ± 462 gram idi. Sağlıklı anne bebeklerinin %86,7'si AGA, %13,3'ü LGA iken, diyabetik anne bebeklerinin %60'ı AGA, %23,3'ü LGA olarak saptandı. Sağlıklı anne bebeklerinin AGA olması ve diyabetik annelerin SGA olması arasında istatistiksel fark bulundu ($p < 0,05$). Bebeklerin %50'si kız, %50'si erkekti. Sağlıklı anne bebeklerinin ve diyabetik anne bebeklerinin APGAR skoru ortalaması

8,6 olarak bulundu. Sağlıklı anne bebekleri ve diyabetik anne bebekleri arasında APGAR skoru açısından istatistiksel bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Bebeklerin 43'ü (%71,7) sezaryenle, 17'si (%28,3) NSVY ile doğdu. Diyabetik annelerde C/S ile doğum (%76,7) sağlıklı annelere (%66,7) göre fazlaydı. Doğum şekilleri açısından iki grup arasında istatistiksel bir fark saptanmadı ($p=0,56$).

Tablo 3. Bebeklerin Demografik ve Klinik Özellikleri

	Diyabet			Kontrol			P
Gebelik Haftası							
Hafta (ortalama+SD)	38,20	±	1,25	38,60	±	1,36	0,25
≤38; n(%)	18		60,00	15		50,00	0,60
≥39; n(%)	12		40,00	15		50,00	
Doğum Ağırlığı							
Gram (ortalama+SD)	3241,67	±	535,0	3309,00	±	371,3	0,58
AGA; n(%)	18		60,00	26		86,67	0,03
SGA*; n(%)	5		16,67	0		0,00	
LGA; n(%)	7		23,33	4		13,33	
Cinsiyet							
Kız; n(%)	14		46,67	16		53,33	0,80
Erkek; n(%)	16		53,33	14		46,67	
APGAR							
1. dakika (ortalama+SD)	8,57	±	0,72	8,63	±	0,66	0,73
5. dakika (ortalama+SD)	9,67	±	0,65	9,80	±	0,40	0,50
Doğum Şekli							
NSVY; n(%)	7		23,33	10		33,33	0,56
C/S; n(%)	23		76,67	20		66,67	

*Farkı oluşturan grup

Annelerin yaş ortalaması $31\pm5,4$ yıldır. Her ne kadar diyabetik annelerin eğitim, gelir düzeyi ve bir işte çalışma oranları kontrol grubuna göre daha yüksek olsa da istatistiksel anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 5).

İki grup arasında annelerin gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ilk çocuğu emzirme zamanı açısından istatistiksel fark bulunmadı. Gebelik öncesi vücut ağırlığı, gebelikte alınan kilo, BMI ve obezite açısından da istatistiksel fark yoktu ($p>0,05$). Sağlıklı annelerin %73,3 ü, diyabetik annelerin %50'si ilk 1 saatte bebeklerini emzirdi. İlk saat emzirme açısından iki grup arasında istatistiksel fark yoktu. Sağlıklı annelerin %55,2'sinin, diyabetik annelerin %48,3'ünün daha önce bir süre emzirme deneyimi olduğu tespit edildi. İki grup arasında istatistiksel fark saptanmadı ($p=0,9$). Sağlıklı ve diyabetik annelerin 24. aya kadar emzirme hedefleri arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 6).

Tablo 4. Annelerin Demografik ve Klinik Özellikleri

	Diyabet			Kontrol			P
Yaş (ortalama $\pm$ SD)	32,90	$\pm$	5,37	29,07	$\pm$	4,68	0,05
Eğitim Seviyesi							
İlköğretim; n(%)	5		16,70	11		36,70	
Ortaöğretim; n(%)	9		30,00	8		26,67	0,19
Üniversite; n(%)	16		53,33	11		36,67	
Çalışma Durumu							
Çalışmayan; n(%)	13		43,33	15		50,00	
Çalışan; n(%)	17		56,67	15		50,00	0,79
Gelir Seviyesi							
<1500; n(%)	7		23,33	8		26,67	
1500-3000 arası; n(%)	12		40,00	14		46,67	0,60
3000 üzeri; n(%)	9		30,00	6		20,00	
Ev Durumu							
Kira; n(%)	13		43,33	14		46,67	
Ev Sahibi; n(%)	16		53,33	16		53,33	0,90

Tablo 5. Emzirmeyi Etkileyen Diğer Faktörler

	Diyabet	Kontrol	P
Annelerin			
Gebelik Sayısı; ortanca (min,max)	2(1,5)	2(1,6)	0,9
Yaşayan Çocuk Sayısı;ortanca (min,max)	1,5(1,3)	2(1,4)	0,9
Diğer Çocukları Emzirmesi; n(%)	14(48,8)	16(55,1)	
İlk Çocuğu Emzirme (ay); (ortalama±SD)	15,3±7,62	15,4±8,37	0,99
Vücut Ağırlığı;(ortalama±SD)	67,8±13,26	63,7±9,88	0,18
Alınan Kilo; (ortalama±SD)	12,1±8,47	15,3±5,80	0,11
BMI; (ortalama±SD)	26,3±4,85	24,25±3,74	0,08
Obezlik Durumu			
Obez; n(%)	15(50)	17(56,67	0,79
Obez olmayan; n(%)	15(50)	13(43,3)	
İlk Emzirme Saati			
1 saat; n(%)	15(50)	22(73,3)	0,11
>1 saat; n(%)	15(50)	8(26,6)	
Emzirme Planı			
<24 ay; n(%)	13(43,3)	17(56,67)	0,44
>24 ay; n(%)	17(56,67)	13(43,3)	

Özgüven (BSES) ve Emzirme Değerlendirme Ölçeklerinin (LATCH, IBFAT) Kendi Aralarındaki İlişki

Tablo 6’da tüm grupta özgüven (BSES) ve emzirme değerlendirme ölçekleri (LATCH, IBFAT) arasındaki korelasyon değerlendirildi. Tüm grupta LATCH ve IBFAT_A ve IBFAT_B skorları arasında orta düzeyde anlamlı bir korelasyon saptandı. Diyabetik grupta ise LATCH ve IBFAT_A arasında orta düzeyde anlamlı bir korelasyon saptandı.

Tablo 6. BSES, IBFAT ve LATCH Ölçeklerinin Kendi Aralarındaki İlişki

	<u>Tüm Grup</u>	<u>Diyabet</u>	<u>Kontrol</u>
BSES-LATCH; r/r _s (p)	0,153(0,24)	-0,100(0,95)	0,300(0,67)
BSES-IBFAT_A; r/r _s (p)	0,241(0,06)	0,204(0,280)	0,200(0,29)
BSES-IBFAT_B; r/r _s (p)	0,213(0,10)	0,208(0,270)	0,202(0,28)
LATCH-IBFAT_A; r/r _s (p)	0,339(0,008)	0,479(0,007)	0,215(0,25)
LATCH-IBFAT_B; r/r _s (p)	0,271(0,03)	0,244(0,195)	0,294(0,11)

Kontrol ve Diyabet Grubunda Özgüven (BSES) ve Emzirme Değerlendirme Ölçekleri (LATCH, IBFAT) Sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 7’de BSES, LATCH, IBFAT anne ve bebek ölçeklerinin diyabetik olan ve olmayan örneklemdaki ortalama değerleri ve standart sapmaları verilmiştir. P değerleri incelendiğinde grupların arasındaki farkların her iki teste göre birbirilerinden farklı olmadıkları görüldü ($p>0,05$). Diyabetik annelerle sağlıklı anneler arasında öz yeterlilik açısından istatistiksel fark olmadığı saptandı.

Tablo 7. Kontrol ve Diyabet Grubunda BSES, IBFAT ve LATCH Skorlarının karşılaştırılması

	<u>Diyabet</u>			<u>Kontrol</u>			<u>P</u>
BSES; ortalama±SD	57,2	±	9,3	59,7	±	8,2	0,27
LATCH; ortalama±SD	7,73	±	1,25	7,76	±	1,63	0,93
IBFAT_B; ortalama±SD	11,16	±	2,62	11,56	±	2,72	0,56
IBFAT_A; ortalama±SD	1,9	±	0,99	2,2	±	0,84	0,24

BSES, özgüven skoru 58 üzeri, bebeğin memeye yerleşme ve annenin bebeği emzirebilme yeteneğini gösteren LATCH skoru 8 üzeri, bebeğin emme başarısını gösteren IBFAT bebek skoru 12 üzeri '**başarılı emzirme**' olarak değerlendirildi. Özgüven ve emzirme değerlendirme ölçekleri başarılı emzirme skorları açısından kontrol ve diyabetik grupta istatistiksel fark saptanmadı (Tablo 8).

Tablo 8. Kontrol ve Diyabet Grubunda BSES, IBFAT ve LATCH Ölçeklerinin Karşılaştırması

	<u>Diyabet</u>	<u>Kontrol</u>	<u>P</u>
BSES<58; n(%)	16(53,3)	11(36,6)	0,3
BSES>58; n(%)	14(46,6)	19(63,3)	
LATCH<8; n(%)	12(40)	10(33,3)	0,78
LATCH>8; n(%)	18(60)	20(66,6)	
IBFAT<12; n(%)	16(53,3)	15(50)	0,9
IBFAT>12; n(%)	14(46,6)	15(50)	

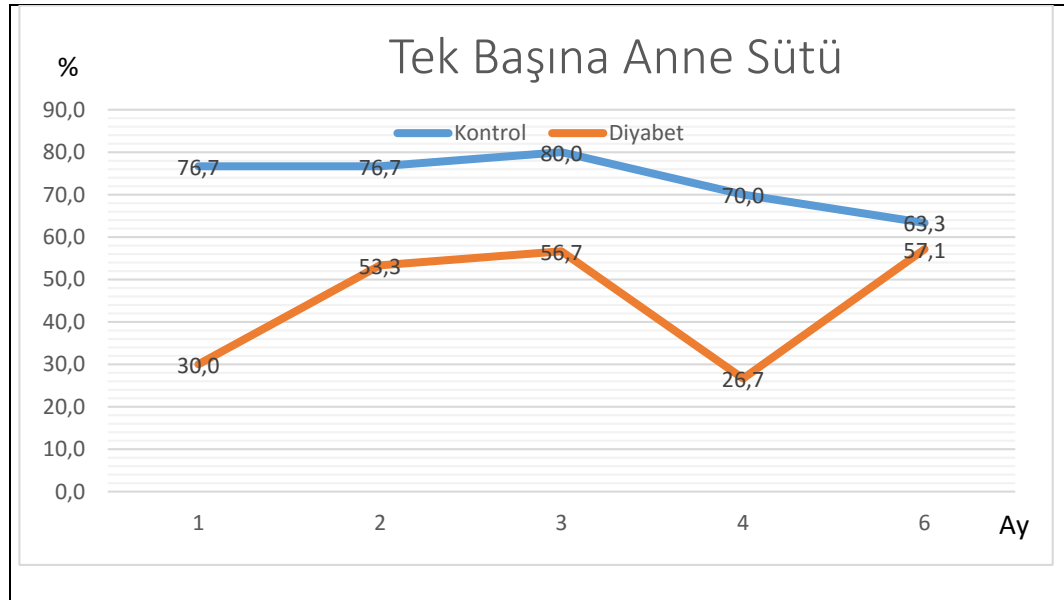
Diyabetin Tek Başına AS Verme Süresi Üzerine Etkisi

Tablo 9, kontrol grubunda ve diyabetik grupta emzirme şeklinin nasıl farklılaştığını göstermektedir. İlk ay tek başına AS verme oranı; sağlıklı annelerde (%76,7) diyabetik annelere (%30) oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,008$). Diyabetik annelerde ilk ay mama verme oranı (%70) olarak sağlıklı annelerden (%23,3) fazla bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,008$). 3. ayda tek başına AS ile beslenen bebekler sağlıklı annelerde (%80) diyabetik annelere (%56,7) göre istatistiksel anlamlı derecede fazla saptanmıştır ($p=0,05$).

Tablo 9. Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Beslenme Şekillerinin Karşılaştırılması

	1. Ay		2. Ay		3. Ay		4. Ay		6. Ay	
	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
Tek Başına AS; n(%)	23(76,7)	9(30)	23(76,7)	16(53,3)	24(80)	16(56,7)	21(70)	16(57,1)	19(63,3)	16(57,1)
Diğer; n(%)	7(23,3)	21(70)	7(23,3)	14(46,7)	6(20)	14(43,3)	9(30)	14(43,3)	11(36,7)	14(43,3)
P	0,0008		0,1		0,05		0,29		0,6	

Diyabetik annelerde tek başına AS verme oranları ilk ay %30'dan 2. ay %53,3'e yükselmiştir. 4. ay bu oran %26,7'ye düşmekle birlikte 6. ay %57,1'e yükselerek sağlıklı annelerin tek başına AS verme oranına (%63,3) yaklaşmıştır. Sağlıklı annelerde ise başından itibaren 3 ay sonuna kadar tek başına AS verme hızları daha yüksektir. Diyabetik annelerde daha belirgin olmak üzere iki grupta da 4. ayda tek başına AS verme hızlarının düştüğü gözlenmektedir (Grafik 2).



Grafik 2. Kontrol ve Diyabet Grubunda Tek Başına AS Alımının Aylara Göre Dağılımı

Tablo 10'da kontrol ve diyabetik gruptaki anneler emzirmeyi bırakma açısından birbirleri ile kıyaslandı. İlk 3 ay iki grupta da emzirmeyi bırakan olmadı. 4. ayda sağlıklı annelerin %3,3'ünün diyabetik annelerin %3,6'sının AS vermeyi bıraktığı, 6.ayda ise sağlıklı annelerin %6,7'sinin, diyabetik annelerin %10,7'sinin

emzirmeyi bıraktığı görüldü. Diyabetik annelerin sağlıklı annelere göre daha yüksek oranda AS kesmesine rağmen iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 10. Kontrol ve Diyabet Grubunda Emzirmeyi Bırakmanın Karşılaştırılması

	<u>4. ay</u>		<u>6 ay</u>	
	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
Sadece AS; n(%)	21(70)	16(57,1)	19(63,3)	16(57,1)
Diğer; n(%)	1(3,3)	1(3,6)	2(6,7)	3(10,7)
P	0,9		0,9	

Diyabetik Annelerin Öz Yeterliliğinin Tek Başına AS Verme Süresine Etkisi

Annenin kendisine özgüvenini, öz yeterliliğini gösteren BSES skoru ile bebek beslenme şekli karşılaştırıldı. BSES skoru düşük olan sağlıklı annelerin ilk ay tek başına AS verme oranı %81,8 iken diyabetik annelerde bu oran %13,3 idi. İlk ay tek başına AS verme açısından iki grup arasında istatistiksel fark bulundu (0,0001). Sağlıklı annelerin, BSES skoru düşük de olsa diyabetik annelere göre AS vermeye başlamalarının daha iyi olduğu görüldü. Diyabetik annelerin kendine özgüveni azaldıkça tek başına AS verme oranlarının azaldığı, mama desteği vermelerinin arttığı saptandı (Tablo 11).

Tablo 11. Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Beslenme Şeklinin BSES Skoru ile Karşılaştırılması

		<u>1. ay</u>		<u>2 ay</u>		<u>3. ay</u>		<u>4. ay</u>		<u>6 ay</u>	
		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
BSES<58	Tek Başına AS; n(%)	9(81,8)	2(13,3)	9(81,8)	7(46,7)	10(90,9)	8(53,3)	9(81,8)	8(53,3)	9(81,8)	9(60)
	Diğer; n(%)	2(18,2)	13(86,7)	2(18,2)	8(53,3)	1(9,1)	7(46,7)	2(18,2)	7(46,7)	2(18,2)	6(40)
	P	0,0001		0,15		0,1		0,27		0,45	
		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
BSES≥58	Tek Başına AS; n(%)	14(73,7)	7(46,7)	14(73,7)	9(60)	14(73,7)	9(60)	12(63,2)	8(53,3)	10(52,6)	7(46,7)
	Diğer; n(%)	5(26,3)	8(53,3)	5(26,3)	6(40)	5(26,3)	6(40)	7(31,6)	7(46,7)	9(47,4)	8(53,3)
	P	0,21		0,63		0,63		0,82		0,9	

Bebeğin memeye yerleşme ve annenin bebeği emzirebilme yeteneğini gösteren LATCH skoru ile bebek beslenme şekli karşılaştırıldı. LATCH skoru düşük olan sağlıklı annelerin ilk ay tek başına AS verme oranı %80 iken diyabetik grupta bu oran %8,3 idi. İlk ay tek başına AS verme açısından iki grup arasında istatistiksel fark bulundu (0,002). LATCH skoru düşük olan diyabetik annelerin sağlıklı annelere göre tek başına AS vermeye başlamada başarısız olduğu görüldü. LATCH skoru yüksek olan annelerde tek başına AS verme açısından iki grup arasında istatistiksel fark saptanmadı (Tablo 12).

LATCH skoru yüksek olan diyabetik annelerin tek başına AS verme oranı 2. ay %72,2, 3. ay %77,8, 4. ve 6. ay %72,2 olarak bulundu. Diyabetik annelerde tek başına AS verme açısından LATCH skoru düşük ve yüksek anneler arasında 2., 3.,4.,6. aylarda istatistiksel fark bulundu ($p<0,05$). LATCH skoru yüksek olan diyabetik annelerin 6 ay boyunca tek başına AS vermeyi anlamlı derecede başardığı görüldü (Tablo 13).

Tablo 12. Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Beslenme Şeklinin LATCH Skoru ile Karşılaştırılması

LATCH<8		<u>1. ay</u>		<u>2 ay</u>		<u>3. ay</u>		<u>4. ay</u>		<u>6 ay</u>	
		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
	Tek Başına AS; n(%)	8(80)	1(8,3)	7(70)	3(25)	7(70)	3(25)	6(60)	3(25)	5(50)	3(25)
	Diğer; n(%)	2(20)	11(91,7)	3(30)	9(75)	3(30)	9(75)	4(40)	9(75)	5(50)	9(75)
	P	0,002		0,9		0,9		0,21		0,44	
LATCH≥8		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
	Tek Başına AS; n(%)	15(75)	8(44,4)	16(80)	13(72,2)	17(85)	14(77,8)	15(75)	13(72,2)	15(75)	13(72,2)
	Diğer; n(%)	5(25)	10(55,6)	4(20)	5(27,8)	3(15)	4(22,2)	5(25)	5(27,8)	5(25)	5(27,8)
	P	0,11		0,85		0,87		0,86		0,86	

Tablo 13. Diyabet Grubunda LATCH<8 Ve LATCH≥8 olan Annelerin Karşılaştırılması

	<u>1. ay</u>		<u>2. ay</u>		<u>3. ay</u>		<u>4. ay</u>		<u>6. ay</u>	
	<8	≥8	<8	≥8	<8	≥8	<8	≥8	<8	≥8
Tek Başına AS, n(%)	1(8,3)	8(44,4)	3(25)	13(72,2)	3(25)	14(77,8)	3(25)	13(72,2)	3(25)	13(72,2)
Diğer, n(%)	11(91,7)	10(55,6)	9(75)	5(27,8)	9(75)	4(22,2)	9(75)	5(27,8)	9(75)	5(27,8)
P	0,08		0,02		0,01		0,02		0,02	

Tablo 14'te bebeğin emme başarısını gösteren IBFAT emzirme değerlendirme ölçeği skoru ile bebek beslenme şekli karşılaştırıldı. IBFAT skoru düşük olan sağlıklı annelerin ilk ay tek başına AS verme oranı %87,5, 2. ay %87,5, 3.ay %100 olduğu görüldü. Diyabetik grupta ise 1.ay %10, 2.ay %20, 3.ay %20 olarak bulundu. İlk 3 ay sadece AS verme açısından iki grup arasında istatistiksel fark bulundu ($p<0,05$). IBFAT skoru düşük olan diyabetik annelerin sağlıklı annelere göre tek başına AS vermeye başlamada ve devam ettirmede anlamlı derecede başarısız olduğu görüldü. IBFAT emzirme değerlendirme ölçek skoru yüksek olan annelerde tek başına AS verme açısından iki grup arasında istatistiksel fark saptanmadı ($p>0,05$).

IBFAT skoru yüksek olan diyabetik annelerin tek başına AS verme oranı 2. ay %70, 3. ay %75, 4. ve 6. ay %70 olarak bulundu. Diyabetik annelerde tek başına AS verme açısından IBFAT skoru düşük ve yüksek anneler arasında 2., 3.,4.,6. aylarda istatistiksel fark bulundu ($p<0,05$). Diyabetik annelerde IBFAT skorunun yüksek olmasının tek başına AS vermeyi olumlu etkilediği görüldü (Tablo 15).

Tablo 14. Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Besleme Şeklinin IBFAT Skoru ile Karşılaştırılması

		<u>1. ay</u>		<u>2 ay</u>		<u>3. ay</u>		<u>4. ay</u>		<u>6 ay</u>	
		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
IBFAT<12	Tek Başına AS; n(%)	7(87,5)	1(10)	7(87,5)	2(20)	8(100)	2(20)	6(75)	2(20)	6(75)	2(20)
	Diğer; n(%)	1(12,5)	9(90)	1(12,5)	8(80)	0	8(80)	2(25)	8(80)	2(25)	8(80)
	P	0,03		0,01		0,02		0,06		0,06	
IBFAT≥12		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
	Tek Başına AS; n(%)	16(72,7)	8(40)	16(72,7)	14(70)	17(85)	15(75)	15(68,2)	14(70)	13(59,1)	14(70)
	Diğer; n(%)	6(27,3)	12(60)	6(27,3)	6(30)	5(15)	5(25)	7(31,8)	6(30)	9(40,9)	6(30)
	P	0,06		0,88		0,84		0,83		0,67	

Tablo 15. Diyabet Grubunda IBFAT<12 Ve IBFAT≥12 olan Annelerin Kıyaslanması

	<u>1. ay</u>		<u>2 ay</u>		<u>3. ay</u>		<u>4. ay</u>		<u>6 ay</u>	
	<12	≥12	<12	≥12	<12	≥12	<12	≥12	<12	≥12
Tek Başına AS, n(%)	1(10)	8(40)	2(20)	14(70)	2(20)	15(75)	2(20)	14(70)	2(20)	14(70)
Diğer, n(%)	9(90)	12(60)	8(80)	6(30)	8(80)	5(25)	8(80)	6(30)	8(80)	6(30)
P	0,19		0,02		0,01		0,02		0,02	

Tablo 16’da anne memnuniyetini gösteren IBFAT_A skorları karşılaştırıldığında sağlıklı annelerin emzirme konusundaki memnuniyetleri daha yüksek olsa da iki grup arasında istatistiksel fark saptanmadı ($p<0,05$).

Tablo 16. Kontrol ve Diyabet Grubunda Anne Memnuniyetinin Karşılaştırılması

	<u>Kontrol</u>	<u>Diyabet</u>
IBFAT_A $\geq 2^*$; n(%)	24(80)	18(60)
IBFAT_A $< 2^*$; n(%)	6(20)	12(40)
P	0,15	

* IBFAT_A skorunun 2’den küçük olması memnun olmamayı, 2 ve üzeri ise memnun olmayı göstermektedir.

Annenin emzirme açısından memnuniyeti ile tek başına AS verme arasındaki ilişki Tablo 17 ‘de gösterilmiştir. Memnun olan diyabetik annelerin ilk ay tek başına AS verme oranı anlamlı düşük bulundu. Anne memnuniyetinin 6 aylık izlemde AS verme süresine etkisi saptanmadı.

Diyabetik Annelerde Tek Başına AS Vermeyi Etkileyen Diğer Faktörler

Bebek Besleme Şeklinin Doğum Şekli ile İlişkisi

Kontrol grubunda C/S ile doğan bebeklerin %80’i, diyabetik grupta %20’si ilk ay tek başına AS aldı. Diyabetik grupta bebeklerin %78,3’ü mama desteği aldı. C/S ile doğan bebeklerin ilk ay tek başına AS almaları açısından kontrol ve diyabet grubunda istatistiksel fark saptandı ($p=0,0004$). NSVY ile doğan kontrol ve diyabetik anne bebeklerinin beslenme şekilleri arasında fark yoktu (Tablo 18).

Tablo 17. Kontrol ve Diyabet Grubunda Anne Memnuniyetinin Tek Başına AS Verme Üzerine Etkisi

		<u>1. ay</u>		<u>2 ay</u>		<u>3. ay</u>		<u>4. ay</u>		<u>6 ay</u>	
		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
IBFAT_A<2*	Tek Başına AS; n(%)	3(50)	2(16,6)	2(33,3)	3(25)	4(66,6)	4(33,3)	3(50)	4(33,3)	3(50)	4(33,3)
	Diğer; n(%)	3(50)	10(83,3)	4(66,6)	9(75)	2(33,3)	8(66,6)	3(50)	8(66,6)	3(50)	8(66,6)
	P	0,35		0,9		0,4		0,85		0,85	
IBFAT_A²*	Tek Başına AS; n(%)	20(83,3)	7(38,8)	20(83,3)	13(72,2)	19(79,1)	13(72,2)	18(75)	12(75)	16(66,6)	12(75)
	Diğer; n(%)	4(16,6)	11(61,1)	4(16,6)	5(27,8)	5(20,9)	5(27,8)	6(25)	4(25)	8(33,3)	4(25)
	P	0,008		0,62		0,86		0,9		0,84	

*IBFAT_A skorunun 2'den küçük olması memnun olmamayı, 2 ve üzeri ise memnun olmayı göstermektedir

Tablo 18. Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Besleme Şeklinin Doğum Şekli ile Karşılaştırılması

		<u>1. ay</u>		<u>2 ay</u>		<u>3. ay</u>		<u>4. ay</u>		<u>6 ay</u>	
		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
C/S	Tek Başına AS; n(%)	16(80)	5(21,7)	15(75)	11(47,8)	16(80)	12(52,2)	15(75)	12(52,2)	13(65)	12(52,2)
	Diğer; n(%)	4(20)	18(78,3)	5(25)	12(52,2)	4(20)	11(47,8)	5(25)	11(47,8)	7(35)	8(34,8)
	P	0,0004		0,13		0,97		0,21		0,9	
NSVY	Tek Başına AS; n(%)	7(70)	4(57,1)	8(80)	5(71,4)	8(80)	5(71,4)	6(60)	4(57,1)	6(60)	4(57,1)
	Diğer; n(%)	3(30)	3(42,9)	2(20)	2(28,6)	2(20)	2(28,6)	4(40)	3(42,9)	4(40)	3(42,9)
	P	0,96		0,9		0,9		0,9		0,9	

Bebek Besleme Şeklinin Obezite ile İlişkisi

Diyabetik olan obez annelerin 6 ay süresince mama desteği vermeleri kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Sağlıklı annelerde obezitenin tek başına AS vermeyi etkilemediği görüldü. Obez olmayan annelerde ise emzirme açısından iki grup arasında istatistiksel fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 19).

Bebek Besleme Şeklinin Emzirme Deneyimi ile İlişkisi

Emzirme deneyimi olan sağlıklı annelerin %87,5'i ilk ay tek başına AS verirken diyabetik annelerin %12,5'i tek başına AS verdiği görüldü. İlk ay emzirme deneyimi olan diyabetik annelerin sağlıklı annelere göre daha çok mama verdiği gözlemlendi. İki grup arasında istatistiksel olarak fark bulundu ($p=0,003$) (Tablo 20).

Tablo 19. Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Besleme Şeklinin Obezite ile Karşılaştırılması

		<u>1. ay</u>		<u>2 ay</u>		<u>3. ay</u>		<u>4. ay</u>		<u>6 ay</u>	
		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
BMI<30	Tek Başına AS; n(%)	12(70,6)	5((33,3)	11(64,7)	10(66,7)	12(70,6)	10(66,7)	11(64,7)	9(60)	11(64,7)	9(60)
	Diğer; n(%)	5(29,4)	10(66,7)	6(35,3)	5((33,3)	5(29,4)	5(33,3)	6(35,3)	5(33,3)	6(35,3)	5(33,3)
	P	0,07		0,8		0,07		0,72		0,72	
BMI>30	Tek Başına AS; n(%)	11(%84,6)	4(26,7)	12(92,3)	6(40)	12(92,3)	7(46,7)	10(76,9)	7(46,7)	10(76,9)	4(26,7)
	Diğer; n(%)	2(15,4)	11(73,3)	1(7,7)	9(60)	1(7,7)	8(53,3)	3(15,4)	7(46,7)	3(15,4)	9(60)
	P	0,06		0,01		0,02		0,3		0,04	

Tablo 20. Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Besleme Şeklinin Emzirme Deneyimi ile Karşılaştırılması

		<u>1. ay</u>		<u>2 ay</u>		<u>3. ay</u>		<u>4. ay</u>		<u>6 ay</u>	
		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
emzirme deneyimini olmayan	Tek Başına AS; n(%)	9(64,3)	5(31,3)	10(71,4)	7(43,8)	11(78,6)	7(43,8)	10(71,4)	6(37,5)	9(64,3)	6(37,5)
	Diğer; n(%)	5(35,7)	11(68,8)	4(28,6)	9(56,3)	3(21,4)	9(56,3)	4(28,6)	9(56,3)	5(35,7)	9(56,3)
	P	0,14		0,63		0,11		0,18		0,35	
emzirme deneyimini olan	Tek Başına AS; n(%)	14(87,5)	4(28,6)	13(81,3)	3(18,8)	13(81,3)	10(71,4)	11(68,8)	10(71,4)	10(62,5)	10(71,4)
	Diğer; n(%)	2(12,5)	10(71,4)	9(64,3)	5(35,7)	3(18,8)	4(28,6)	5(31,3)	3(21,4)	6(37,5)	3(21,4)
	P	0,003		0,52		0,83		0,9		0,66	

Bebek Besleme Şeklinin Emzirme Hedefi ile İlişkisi

Emzirme hedefi 24 aydan kısa ve 24 ay olan sağlıklı annelerin ilk ay tek başına AS verme oranı yüksek, diyabetik annelerin ise düşüktü. İlk ay emzirme hedefi düşük sağlıklı annelerin %64,7'sinin tek başına AS verirken, diyabetik annelerin %7,7'sinin tek başına AS verdiği saptandı. İlk ay emzirme hedefi yüksek sağlıklı annelerin %92,3'ünün, diyabetik annelerin %47,1'nin tek başına AS verdiği görüldü. İlk ay tek başına AS verme açısından iki grup arasında istatistiksel fark bulundu ($p<0,05$). Emzirme hedefinin iki grupta da tek başına AS verme süresine etkisi olmadığı saptandı. 6. ayda emzirme hedefi düşük annelerin ki grupta da tek başına AS verme hedefinin yakın olduğu tespit edildi (Tablo 21).

Bebek Besleme Şeklinin İlk Saat Emzirme ile İlişkisi

İlk saat içinde AS alan sağlıklı anne bebeklerinin %77,3'ünün, diyabetik anne bebeklerinin %22,7'sinin ilk ay tek başına AS aldığı görüldü. Diyabetik anne bebeklerinin %73,3'ünün ilk ay mama desteği aldığı saptandı. İlk saat AS alma açısından ilk ayda iki grup arasında istatistiksel fark tespit edildi ($p=0,006$) (Tablo 22).

Tablo 21. Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Besleme Şeklinin Emzirme Hedefi ile Karşılaştırılması

		<u>1. ay</u>		<u>2. ay</u>		<u>3. ay</u>		<u>4. ay</u>		<u>6. ay</u>	
		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
<24 ay	Tek Başına AS; n(%)	11(64,7)	1(7,7)	12(70,6)	6(46,2)	13(76,5)	7(53,8)	11(64,7)	7(53,8)	11(64,7)	8(61,5)
	Diğer; n(%)	6(35,3)	12(92,3)	5(29,4)	7(53,8)	4(23,5)	6(46,2)	6(35,3)	4(38,5)	6(35,3)	4(30,8)
	P	0,003		0,32		0,36		0,9		0,9	
		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
≥24 ay	Tek Başına AS; n(%)	12(92,3)	8(47,1)	11(84,6)	10(58,8)	11(84,6)	10(58,8)	10(76,9)	10(58,8)	8(61,5)	8(47,1)
	Diğer; n(%)	1(7,7)	9(52,9)	2(15,4)	7(41,2)	2(15,4)	7(41,2)	3(23,1)	6(38,5)	5(38,5)	8(47,1)
	P	0,02		0,26		0,26		0,67		0,9	

Tablo 22. Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Besleme Şeklinin İlk Saat Emzirme ile Karşılaştırılması

		<u>1. ay</u>		<u>2. ay</u>		<u>3. ay</u>		<u>4. ay</u>		<u>6. ay</u>	
		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
ilk 1 saatte AS alan	Tek Başına AS; n(%)	17(77,3)	4(26,7)	17(77,3)	8(53,3)	17(77,3)	9(60)	14(63,6)	8(53,3)	13(59,1)	9(60)
	Diğer; n(%)	5(22,7)	11(73,3)	5(22,7)	7(46,7)	5(22,7)	6(40)	8(36,3)	5(33,4)	9(41,9)	4(26,7)
	P	0,006		0,24		0,44		0,9		0,81	
		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
1 saatten sonra AS alan	Tek Başına AS; n(%)	6(75)	5(33,3)	6(75)	8(53,3)	7(87,5)	8(53,3)	7(87,5)	8(53,3)	6(75)	7(46,7)
	Diğer; n(%)	2(25)	10(66,7)	2(25)	7(46,7)	1(12,5)	7(46,7)	1(12,5)	7(46,7)	2(25)	8(53,3)
	P	0,14		0,57		0,23		0,23		0,39	

Bebek Besleme Şeklinin Gelir Durumu ile İlişkisi

Tablo 23'te gelir durumu ile bebek beslenme şekli kıyaslandı. Gelir düzeyi düşük olan sağlıklı anne bebeklerinin yüksek oranda(%81) tek başına AS ile beslendiği, diyabetik anne bebeklerinin ise yüksek oranda(%66,7) mama desteği ile beslendiği görüldü. Gelir düzeyi düşük sağlıklı annelerin ilk ay %81'inin, 2.ay %95,4'ünün bebeğini tek başına AS ile beslediği görüldü. Gelir düzeyi düşük diyabetik annelerin ise ilk ay %33,3'ünün, 2.ay %52,6'sının bebeğini tek başına AS ile beslediği saptandı. İlk 2 ayda gelir düzeyi düşük olması, diyabetik annelerde tek başına AS vermeyi olumsuz etkilediği bulundu. İki grup arasında istatistiksel fark saptandı ($p<0,05$).

Tablo 23. Kontrol ve Diyabet Grubunda Bebek Besleme Şeklinin Gelir Durumu ile Karşılaştırılması

		<u>1. ay</u>		<u>2 ay</u>		<u>3. ay</u>		<u>4. ay</u>		<u>6 ay</u>	
		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
3000 TL altı	Tek Başına AS; n(%)	18(81)	6(33,3)	21(95,4)	10(52,6)	18(81)	11(57,8)	16(72,7)	10(58,8)	14(66,6)	10(58,8)
	Diğer; n(%)	4(19)	13(66,7)	1(4,6)	8(44,4)	4(19)	8(42,2)	6(27,3)	7(41,2)	7(33,4)	7(41,2)
	P	0,003		0,007		0,18		0,56		0,87	
3000 TL üstü		Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet	Kontrol	Diyabet
	Tek Başına AS; n(%)	4(66,6)	3(33,3)	3(50)	5(55,5)	4(66,6)	5(55,5)	3(50)	5(55,5)	3(50)	4(44,5)
	Diğer; n(%)	2(33,4)	6(66,6)	3(50)	4(44,5)	2(33,4)	4(44,5)	3(50)	4(44,5)	3(50)	5(55,5)
	P	0,46		0,9		0,9		0,9		0,9	

HbA1c Düzeyinin Emzirme Üzerine Etkisi

HbA1c düzeyi 6'nın üzerinde ve altında olan diyabetik annelerin 6 aylık sürede emzirmesi karşılaştırıldı. HbA1c düzeyinin emzirmeye başlama ve emzirme süresine etkisi olmadığı görüldü (Tablo 24).

İnsülin Kullanımının Emzirme Üzerine Etkisi

İnsülin kullanan diyabetik annelerin 6. ayda tek başına AS verme oranı %88,8 iken, insülin kullanmayan diyabetik annelerin tek başına AS verme oranı %42,1 olarak bulundu. İnsülin kullanmanın tek başına AS verme süresine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı ($p=0,04$) (Tablo 25).

Tablo 24. Bebek Besleme Şeklinin HbA1c Değeri ile Karşılaştırılması

	1. Ay		2. Ay		3. Ay		4. Ay		6. Ay	
	<6	≥6	<6	≥6	<6	≥6	<6	≥6	<6	≥6
Tek Başına AS, n(%)	3(25)	1(16,6)	5(41,6)	3(50)	5(41,6)	4(66,6)	5(50)	4(66,6)	4(40)	5(83,3)
Diğer, n(%)	9(75)	5(83,3)	7(58,3)	3(50)	7(58,3)	2(33,3)	5(50)	2(33,3)	6(60)	1(16,6)
P	0,9		0,9		0,6		0,9		0,2	

Tablo 25. Bebek Besleme Şeklinin İnsülin Kullanımı ile Karşılaştırılması

	1. Ay		2. Ay		3. Ay		4. Ay		6. Ay	
	insülin kullanmayan	insülin kullanan	insülin kullanmayan	insülin kullanan	insülin kullanmayan	insülin kullanan	insülin kullanmayan	insülin kullanan	insülin kullanmayan	insülin kullanan
Tek Başına AS, n(%)	6(30)	3(33,3)	10(50)	6(66,6)	10(50)	7(77,7)	9(47,3)	7(77,7)	8(42,1)	8(88,8)
Diğer, n(%)	14(70)	6(66,6)	10(50)	3(33,3)	10(50)	2(22,3)	10(52,6)	2(22,3)	11(57,8)	1(11,2)
P	0,9		0,7		0,3		0,4		0,04	

Lojistik Regresyon Analizi

Birinci ayda tüm grupta tek başına AS vermeyi etkileyen faktörlerle yapılan lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 26' da özetlenmiştir. Diyabetik olmak sağlıklı olmaya göre tek başına AS vermeme riskini 9,2 kat arttırmaktadır.

Tablo 26. Tüm Grupta 1. Ayda Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

<u>Risk Faktörü</u>	<u>P</u>	<u>OR*</u>	<u>%95 GA**</u>
Diyabet***	0,003	9,295	2,159-40,011
BMI	0,38	1,072	0,915-1,257
Gelir Durumu	0,23	1,833	0,681-4,935
Doğum Şekli	0,62	1,444	0,336-6,196
İlk Bir Saat Emzirme	0,98	0,982	0,240-4,015
BSES	0,18	1,055	0,974-1,143
IBFAT	0,45	0,905	0,696-1,176
LATCH	0,25	1,317	0,824-2,105

*Odds oranı ile gösterilen tahmini relatif risk **%95 güven aralığı ***Referans Grup: Diyabetik olanlar

Üçüncü ayda tüm grupta tek başına AS vermeyi etkileyen faktörlerle yapılan lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 27' de özetlenmiştir. LATCH skoru 1 birim arttıkça tek başına AS verme ihtimali 1,7 kez artmıştır.

Tablo 27. Tüm Grupta 3. Ayda Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

<u>Risk Faktörü</u>	<u>P</u>	<u>OR*</u>	<u>%95 GA**</u>
Diyabet***	0,056	0,249	0,060-1,039
BMI	0,86	1,013	0,873-1,067
Gelir Durumu	0,37	1,566	0,587-4,046
Doğum Şekli	0,35	0,485	0,105-2,236
İlk Bir Saat Emzirme	0,93	0,944	0,220-4,046
BSES	0,78	0,989	0,918-1,067
IBFAT	0,77	0,963	0,742-1,249
LATCH	0,028	1,736	1,060-2,843

*Odds oranı ile gösterilen tahmini relatif risk **%95 güven aralığı***Referans Grup: Diyabetik olanlar

Birinci ayda diyabetik grupta tek başına AS vermeyi etkileyen faktörlerle yapılan lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 28’ de özetlenmiştir. Diyabetik annelerde LATCH skoru 1 birim arttıkça tek başına AS verme ihtimali 3,3 kat artmıştır.

Tablo 28. Diyabet Grubunda 1. Ayda yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

<u>Risk Faktörü</u>	<u>P</u>	<u>OR*</u>	<u>%95 GA**</u>
BMI	0,88	1,016	0,817-1,264
Doğum Şekli	0,34	0,302	0,025-3,623
BSES	0,19	1,107	0,951-1,290
IBFAT	0,69	0,92	0,603-1,402
LATCH	0,034	3,316	1,096-10,035

*Odds oranı ile gösterilen tahmini relatif risk **%95 güven aralığı

Üçüncü ayda diyabetik grupta tek başına AS vermeyi etkileyen faktörlerle yapılan lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 29’ da özetlenmiştir. Diyabetik annelerde LATCH skoru 1 birim arttıkça tek başına AS verme ihtimali 3,27 kat artmıştır.

Tablo 29. Diyabet Grubunda 3. Ayda Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

<u>Risk Faktörü</u>	<u>P</u>	<u>OR*</u>	<u>%95 GA**</u>
BMI	0,105	0,831	0,635-1,039
Doğum Şekli	0,72	0,599	0,036-9,860
BSES	0,73	0,981	0,877-1,097
IBFAT	0,22	1,296	0,855-1,964
LATCH	0,027	3,275	1,148-9,345

*Odds oranı ile gösterilen tahmini relatif risk **%95 güven aralığı

5. TARTIŞMA

Amerika Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı'nın sağlıklı insanlardaki 2010 tavsiyelerine göre; erken postpartum dönemde tek başına AS verme hızındaki hedef %75, en az 6 ay anne sütü verme hızındaki hedef %50'dir.²⁷ Dünyada tek başına AS ile beslenme hızlarına baktığımızda emzirmeye başlama açısından hedeflere yakın olduğu ancak emzirmeye devam etme bakımından hedeflerin gerisinde kaldığı görülmektedir.^{4,20,90} Ülkemizde de her ne kadar emzirmeye başlama hızı yüksek (%96) olsa da, ilk altı ay tek başına AS ile beslenme yıllar içinde düşmüş (2008'de %42 iken 2013'de %30) ve son yıllarda ek besinlere altıncı aydan önce başlama hızı artmıştır (2008'de %8 iken 2014'de %12).⁴ Çalışmamızda, doğumdan sonra annelerin %100'ünün emzirmeye başladığı ve taburcu olurken yine %100'ünün emzirmeye devam ettiği tespit edildi. 1. ayda hem diyabet hem de kontrol grubunda annelerin hepsi AS vermekteyken, tek başına AS verme hızı diyabetik grupta (%30) kontrol grubuna (%76,7) göre anlamlı derecede düşük bulundu.

Yapılan çalışmalarda diyabetik annelerin bebeklerinin sağlıklı annelerin bebeklerine göre daha az emdikleri; diyabetik annelerin tam veya kısmi emzirme sürelerinin daha kısa olduğu belirtilmektedir.⁸⁵ Diyabetik annelerde laktasyonun geç başladığı ve bu nedenle de bu annelerin emzirmeye geç başladıkları bildirilmektedir.²¹⁻²⁵ Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da diyabetik annelerin sağlıklı annelere göre doğum sonrası daha geç emzirmeye başladıkları bulundu. Bu durum da bebeğe mama başlanmasına neden olmaktadır. Bebeğe daha hastanede iken mama verilmesi ise hem emzirme süresini hem de tek başına AS

verme süresini olumsuz etkilemektedir.⁹⁰ Çalışmamızda kilo kaybı ve geç laktasyon nedeniyle 28 (%46,7) bebeğe hastanede mama başlandı. Kontrol grubunda bu oran %23,3 iken diyabetik anne bebeklerinde bu oran daha fazlaydı (%70). İlk günlerde mama desteği alan diyabetik annelerin ilk ay tek başına AS vermesi kontrol grubuna göre anlamlı düşük bulundu. Mama desteği başlamanın 2. ve 6. aylar arasında AS verme üzerine etkisi bulunmadı. Bunun nedeni 1 aydan sonra hipoglisemi riskinin azalması ve laktasyonun sağlanması olabilir. Literatür incelendiğinde ilk ayda tek başına AS verme başarılırsa sonraki aylarda bunun devam ettiği ve bu nedenle ilk 1 ayda bu annelerin desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır⁵. Çalışmamızda diyabetin ilk ay tek başına AS verme ihtimalini 9 kat azalttığı şeklindeki sonucumuz da bahsi geçen sonuçları destekler niteliktedir. Annelerden alınan bilgilere göre annenin sütünün yetmemesi, bebeğin hipoglisemi riski, bebeğin kilo alımının yetersiz olması, bebeğin memeyi reddetmesi gibi durumlar mama ile beslenmeye neden olmaktadır.

Çalışmamızda 6. ayda diyabetik annelerin %57,1'inin, sağlıklı annelerin %63,3'ünün tek başına AS verdiği bulundu. Diyabetik annelerin 6. ayda tek başına AS verme açısından sağlıklı anneleri yakaladığı görüldü. Bunda diyabetik annelerin yakın takip edilmesinin, emzirme konusunda bilinçlendirilmesinin rolü olmuş olabilir. Taburculuk sonrası bebekleri mama takviyesi alan anneler, ya da kilo alımı düşük olan bebeklerin anneleri Emzirme Destek Merkezimize yönlendirilmiştir.

Yapılan çalışmalarda yüksek LATCH skorunun 6. haftadaki yüksek emzirme oranlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Düşük LATCH skorunun emzirmeyi erken bırakmaya neden olduğu bulunmuştur.⁹¹ Bu nedenle de düşük

LATCH skorlu annelerin desteklenmesi önerilmiştir.⁹² Çalışmamızda LATCH skoru düşük diyabetik annelerin tek başına AS verme ve 6 ay boyunca AS vermeyi devam ettirme hızlarının sağlıklı annelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu görüldü. Lojistik regresyon analizinde ise LATCH skoru arttıkça ilk aylarda tek başına AS verme olasılığının 3,3 kat arttığı bulundu. Bu, LATCH skorunun tek başına AS verme konusunda önemli bir gösterge olduğunu göstermektedir. LATCH skoru düşük diyabetik annelerin desteklenmesi, meme başı sorunlarının çözülmesi, bebeği tutuş pozisyonu ve rahatlığı hakkında eğitilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir.

Annenin emzirme niyeti ve emzirme yönünden kendine güveni emzirme başarısını etkileyen diğer önemli faktörlerdendir.^{13,60,63} Doğum sonrası yapılan özgüveni gösteren BSES skorlarının emzirme başarısı ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir.^{14,71,93} Çalışmamızda özgüveni düşük olan diyabetik annelerin özgüveni düşük sağlıklı annelere oranla ilk ay tek başına AS verme oranı anlamlı derecede düşük bulundu. Diyabetik annelerde özgüvenin düşük olması tek başına AS vermeyi olumsuz etkilemiştir. Özgüveni düşük de olsa sağlıklı annelerin tek başına AS verme oranı etkilenmezken diyabetik annelerde bu oranın düşmesi, diyabetik annelerin özgüveninin artırılması gerektiğini düşündürmektedir.

IBFAT ölçeği bebeğin emme davranışının dört bileşeninden (beslenmeye hazırlık, arama, kavrama, emme) oluşur. IBFAT skorları açısından kontrol ve diyabetik grup arasında anlamlı fark olmamasına karşın IBFAT skoru düşük olan diyabetik annelerin ilk ay tek başına AS vermeleri kontrol gruba göre anlamlı oranda düşük bulundu. IBFAT skoru düşük diyabetik annelerin ilk ay daha fazla

mama desteğine ihtiyaç duyduğu görüldü. Diyabetik annelerde IBFAT skorunun yüksek olması, düşük olmasına göre tek başına AS verme oranını istatistiksel olarak anlamlı derecede arttırdığı saptandı. Diyabetik anne bebeklerinde mama desteği yapılırken IBFAT skoru düşük olan bebekler dikkate alınmalıdır.

Annenin emzirme memnuniyetini ölçen IBFAT-A skorları kontrol ve diyabetik annelerde benzer iken IBFAT-A skoru yüksek olsa bile diyabetik annelerin ilk ay tek başına AS verme oranı sağlıklı annelerden anlamlı olarak düşük bulundu. Diyabet grubunda anneler, emzirme açısından memnun olsalar dahi mama başlama konusunda sağlıklı annelere göre daha riskli bir durumdadır.

Doğum şeklinin, emzirmeye başlama zamanını etkilediği, annelerin ihtiyaç duyduğu desteği arttırıp azalttığına ilişkin çalışmalar vardır. C/S ile doğum yapan annelerin emzirme için bebeklerini tutma başta olmak üzere NSVY ile doğum yapan annelere göre daha fazla desteğe ihtiyaç duydukları gösterilmiştir.⁹⁴ C/S ile doğum yapan annelerin cerrahi işlem geçirdiklerinden dolayı bebeklerini emzirme pozisyonunda rahat tutamadıkları ve anestezinin de etkisiyle emzirmeye geç başladıkları bildirilmiştir.^{95,96} Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da diyabetik annelerin (%76,6) sağlıklı annelere göre (%66,6) daha yüksek oranda C/S ile doğum yaptığı bulundu. Diyabet grubunda C/S ile doğan bebeklerin %20'sinin, kontrol grubunda %80'inin ilk ay tek başına AS aldığı saptandı. Sağlıklı annelerin ilk ay tek başına AS vermede C/S ile doğum yapmalarına rağmen başarılı olmaları, diyabetin tek başına AS vermeye başlamada olumsuz etkisini ortaya koymaktadır.

Literatürde annenin doğum sayısı yükseldikçe ve önceki çocuklarını emzirdikçe emzirmenin daha başarılı olduğu gösterilmiştir.⁸⁷ Çalışmamızda daha

önceki çocuğunu emzirme deneyimi olan diyabetik annelerin sağlıklı annelere göre ilk ay daha az oranda tek başına AS verdiği görüldü. Bu sonuç emzirme deneyimi olsa da diyabetin tek başına AS vermeyi olumsuz etkilediği sonucunu desteklemektedir.

Çalışmamızda gelir durumu düşük olan sağlıklı annelerle gelir durumu düşük diyabetik anneler arasında ilk 2 ay tek başına AS verme açısından anlamlı fark bulunmuştur. AS vermeye başlama ve devam ettirmede geliri düşük diyabetik annelerin daha zorlandığı görülmüştür. Yapılan bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzeyin emzirmeyi olumsuz etkilediği gösterilmiştir.⁹⁴ Gelir düzeyi düşük diyabetik annelerle yakından ilgilenilmeli, ev ziyaretleriyle emzirmeye teşvik edilmelidirler.

Obezitenin AS vermeme riskini arttırdığı ve AS'nü erken kesmeye neden olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir.⁹⁷ Çalışmamızda obez olan diyabetik annelerin ilk 3 ay tek başına AS verme oranları kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulundu. Diyabetik annelerde obezitenin tek başına AS verme süresini olumsuz etkilediği gösterildi. Tek başına AS verme süresini arttırmak açısından obez ve diyabetik olan annelerle daha yakından ilgilenilmeli, bu anneler daha sık kontrole çağrılmalı ve eğitilmelidirler.

Literatürde insülin kullanan diyabetik annelerin hastanede ve taburculuk sonrası tek başına AS verme oranlarının insülin kullanmayan diyabetik annelere göre düşük olduğu bulunmuştur.⁹⁸ Çalışmamızda 6. ayda tek başına AS verme oranı insülin kullanan annelerde kullanmayanlara göre anlamlı oranda yüksek bulundu. İnsülin kullanmanın tek başına AS verme süresine olumlu etkisi gözlemlendi. Düzenli

ilaç kullanarak zaman tanzimini iyi yapabilen diyabetik anneler, bebeklerini düzenli emzirmeye dikkat ederek, onlara daha uzun süre tek başına AS veriyor olabilir.

Diyabet emzirme süresini olumsuz etkilemese de ilk 1 aydaki emzirmeyi olumsuz etkileyen bir faktördür. Diyabetik anneler, ilk bir saat içinde bebeklerini emzirmiş olmalarına, daha önceki çocuklarını emzirmiş olmalarına, emzirmekten memnun olmalarına ve emzirme hedeflerinin yüksek olmasına rağmen postnatal ilk ayda tek başına AS vermede ve devam ettirmede başarısız olmuşlardır. C/S ile doğum, düşük sosyoekonomik düzey, obez olma, kendine özgüveni düşük olma, IBFAT ve LATCH skorlarının düşük olması, bebeğin ilk günlerde mama desteği alması diyabetik annelerde ilk ay tek başına AS vermesini olumsuz etkilemektedir. Bunlar göz önüne alınarak diyabetik annelerin daha sıkı eğitilmesi, prenatal, antenatal ve postnatal dönemde daha sık izlenmesi gerekmektedir. Bu eğitimlerde tek başına AS vermenin önemi anlatılmalıdır. Çok gerekmedikçe mama desteğinden kaçınılmalıdır. Başarılı emzirmenin postnatal ilk günlerde sağlanması için hastane personelinin desteği diyabetik annelerde arttırılmalıdır. Başarılı emzirme sağlanarak annenin kendine güveni arttırılmalıdır. Emzirme danışmanlığı verilmeden taburcu edilmemeli, sağlıklı bebeklerin 15 günde görülüp annelerine emzirme danışmanlığı verilirken, diyabetik annelerin 72. saat, 7.gün, 15. günlerde görülüp bu annelere emzirme danışmanlığı verilmesi gerekmektedir. Yardımcı personelin ev ziyaretleri yaparak emzirme danışmanlığı vermesinin tek başına AS verme süresini arttıracığı düşünülmektedir.

Diyabetin emzirmeye etkisini gösteren çalışmalar sınırlıdır. Biz de bu çalışmada diyabetin ve diğer faktörlerin tek başına AS vermeye etkisini göstermeye

alıştığ. Çalışmamızda izlemi emzirme tamamlanıncaya kadar devam ettiremeyip sadece ilk 6 ayla sınırlı kaldık. Ancak kontrol grubu ile ilk 1 ayda fark olup sonraki 5 ayda olmaması, diyabetin emzirme üzerine asıl olumsuz etkisinin ilk 1 ayda olduğunu düşündürmektedir. Diyabetik annelerin 1. ayda tek başına AS vermeleri başarılırsa uzun süre emzirme sağlanabilir. Çalışmamızda hasta sayısı kısıtlıdır ve sadece çalışmanın yapıldığı bir büyük şehirdeki niversite hastanesinin profilini yansıtmakta olup sonuçlarımız tüm topluma genellemez. Daha fazla sayıda hasta ve daha uzun süreli gözleme dayanan çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇLAR

- ✓ Doğum sonrası anne sütüne başlama ve taburculuk sırasında sağlıklı annelerde ve diyabetik annelerde AS verilme hızı %100 olarak bulunmuştur.
- ✓ İlk ayda sağlıklı anne bebeklerinin %23,3'üne, diyabetik annelerin %70'ine mama başlanmıştır.
- ✓ Her iki grupta da C/S ile doğum yapanların yüzdesi, normal doğuma oranla fazladır.
- ✓ Kontrol grubunda bebeklerinin AGA olarak, diyabetik grupta SGA olarak doğması anlamlı bulunmuştur.
- ✓ Kontrol grubu ve diyabetik grupta APGAR skorları arasında fark bulunmamıştır.
- ✓ Sağlıklı annelerin %73,3 ü, diyabetik annelerin %50 si ilk 1 saatte bebeklerini emzirmiştir.
- ✓ İki grubun önceki çocuklarını emzirme süresi birbirine çok yakındır.
- ✓ Diyabetik annelerin gebelik öncesi kilosunun sağlıklı annelere göre fazla olduğu bulunmuştur.
- ✓ Diyabetik annelerin gebelikte aldıkları kilonun sağlıklı annelere göre az olduğu saptanmıştır.
- ✓ Diyabetik annelerin BMİ düzeyleri sağlıklı annelere göre fazla olduğu bulunmuştur.
- ✓ Diyabetik annelerle sağlıklı annelerin obez olma durumlarının birbirine yakın olduğu bulunmuştur.

- ✓ Sağlıklı annelerin kendine özgüveni istatistiksel anlamlı fark saptanmasa da diyabetik annelere göre yüksek bulunmuştur.
- ✓ Diyabetik annelerin 1. ay %30'u, 2.ay %53,3'ü, 3.ay %56,7'si, 4.ay %57,1'i, 6. Ay %57,1'i bebeklerini tek başına AS ile beslemişlerdir.
- ✓ Sağlıklı annelerin 1.ay %76,7'si, 2.ay %76,7'si, 3.ay %80'i, 4.ay %70'i, 6.ay %63,3'ü bebeklerini tek başına AS ile beslemişlerdir.
- ✓ 6 aylık izlem sonunda diyabetik annelerin %57,1'i, sağlıklı annelerin %63,3'ü bebeklerini tek başına AS ile beslemiştir.
- ✓ Diyabet AS başlama ve devam ettirmeyi olumsuz etkilemiştir.
- ✓ 6. ayda diyabetik annelerin %10,7'si, sağlıklı annelerin %6,7'si emzirmeyi bırakmıştır.
- ✓ C/S ile doğum ilk 3 ay diyabetik annelerin emzirmesini olumsuz etkilemiştir.
- ✓ Diyabetik annelerde 4. aydan sonra doğum şekli, emzirmeyi etkilememiştir.
- ✓ BSES skoru düşük diyabetik annelerin %13,3'ü, BSES skoru yüksek diyabetik annelerin %46,7'si ilk ay tek başına AS vermiştir.
- ✓ BSES skoru düşük diyabetik anneler, BSES skoru düşük sağlıklı annelere oranla ilk ay anlamlı derecede az oranda tek başına AS vermişlerdir.
- ✓ LATCH skoru düşük olan diyabetik annelerin sağlıklı annelere göre ilk ay anlamlı az oranda tek başına AS verdiği bulunmuştur.

- ✓ LATCH skorunun düşük olması diyabetik annelerde emzirme süresini etkileyen önemli bir faktördür.
- ✓ IBFAT skoru düşük diyabetik anneler sağlıklı annelere göre ilk 3 ay anlamlı az oranda tek başına AS vermiştir.
- ✓ IBFAT skorunun düşük olması diyabetik annelerde tek başına AS verme süresini olumsuz etkilemiştir.
- ✓ Anne memnuniyeti yüksek olan diyabetik anneler anne memnuniyeti yüksek olan sağlıklı annelere oranla daha az oranda tek başına AS vermiştir.
- ✓ Obezite diyabetik annelerde tek başına AS verme süresini olumsuz etkilemiştir.
- ✓ Diyabetik anneler, emzirme deneyimleri olmasına rağmen anne sütüne başlamada başarısız olmuşlardır.
- ✓ Emzirme deneyimi olmayan sağlıklı ve diyabetik anneler arasında tek başına AS verme açısından anlamlı fark yoktur.
- ✓ Diyabetik anneler ilk saat AS vermelerine rağmen ilk ay tek başına AS vermede başarısız olmuşlardır.
- ✓ Emzirme hedefi düşük olan ve yüksek olan grupta ilk ay diyabetik annelerin sağlıklı annelere göre anlamlı az oranda tek başına AS verdiği bulunmuştur.
- ✓ Sosyoekonomik düzeyi düşük olan grupta ilk ay diyabetik anneler sağlıklı annelere göre anlamlı az oranda tek başına AS vermektedir.

- ✓ Diyabetik annelerde HbA1c düzeyinin emzirme süresine etkisi olmadığı görülmüştür.
- ✓ Diyabetik annelerde insülin kullanımının emzirmeye olumlu katkısı olmuştur.
- ✓ Sonuç olarak diyabetin tek başına AS vermeyi olumsuz etkilediği bulunmuştur.
- ✓ LATCH skorunun yüksek olması tek başına AS vermeyi olumlu etkilemiştir.
- ✓ Diyabetik annelerde LATCH emzirme değerlendirme ölçeğinin yüksek olmasının tek başına AS vermede olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.
- ✓ BSES, LATCH ve IBFAT emzirmeyi değerlendirme ölçekleri kullanımları kolay ve emzirme prognozu ve riski saptama açısından diyabetik anneler için yol gösterici gibi görünmektedir.

ÖZET

WHO ve AAP bebeklerin ilk 6 ay sadece AS ile beslenmesini önermektedir. Çeşitli nedenlerle mama ya da ek gıda başlanarak AS kesilmektedir. Diyabetik annelerde emzirme daha güç olmaktadır. Diyabetik anneleri bu hedeflere ulaştırmak için tek başına AS vermeyi teşvik edecek ve anne sütünü erken kesmeyi önleyecek stratejiler geliştirilmesi şarttır.

Çalışmamızın amacı gestasyonel diyabetin ve diyabetik annelerin öz yeterliliklerinin tek başına AS verme süresine etkisini saptamaktır. Çalışmamızın diğer bir amacı da diyabetik annelerde AS ile beslenme üzerinde etkili olabilecek diğer faktörleri de belirlemektir.

30 sağlıklı 30 diyabetik anne bebeği anneleriyle birlikte çalışmaya alınmıştır. Bebeklerin emmeleri LATCH, IBFAT, annelerin özgüveni BSES-SF ölçekleri ile değerlendirildi. 6 aylık beslenme şekilleri takip edildi. İlk 6 ayda tek başına AS alma açısından kontrol ve diyabetik grup karşılaştırıldı.

Doğum sonrası ve taburculukta AS verme oranı %100 tespit edilmiştir. Erken dönemde mama başlama oranı, sağlıklı anne bebeklerinde %7, diyabetik anne bebeklerinde %70 olarak tespit edilmiştir. Diyabetik annelerin 1. ay %30'u, 2.ay %53,3'ü, 3.ay %56,7'si, 4.ay %57,1'i, 6. Ay %57,1'i bebeklerini sadece AS ile beslemişlerdir. Sağlıklı annelerin 1.ay %76,7'si, 2.ay %76,7'si, 3.ay %80'i, 4.ay %70'i, 6.ay %63,3'ü bebeklerini sadece AS ile beslemişlerdir. Diyabetin tek başına AS vermeyi olumsuz etkilediği bulunmuştur.

C/S ile doğum, düşük sosyoekonomik düzey, obez olma, kendine özgüveni düşük olma, BSES, IBFAT ve LATCH skorlarının düşük olması, bebeğin ilk

günlerde mama desteği alması diyabetik annelerde tek başına AS vermeyi olumsuz etkilemektedir.

Emzirmeyi değerlendirme yöntemleri ve özgüven ölçeği, yüksek desteğe ihtiyacı olan diyabetik annelerin ve bebeklerinin tespitinde sağlık personeline yardımcı olabilir.

SUMMARY

WHO and APP recommend that infants should be exclusively breastfeed for approximately the first 6 months of life. However, due to various reasons are started formula or early complementary foods. Breastfeeding is harder in mothers with diabetes mellitus. We should develop strategies that encourage exclusive breastfeeding and prevent early breastfeeding cessation in order to hit these targets.

Goal of our study is to identify the effect of diabetes mellitus and self-efficacy index on the duration of breastfeeding. Another goal of the study is to determine the other factors that can affect exclusive breastfeeding in mothers with diabetes mellitus.

30 healthy mothers and 30 mothers with diabetes mellitus are observed together with their babies. Breastfeeding is evaluated through LATCH, IBFAT, and mother self-esteem scales. 6-month breastfeeding schemes are followed. Control and diabetes groups are compared in terms of exclusive breastfeeding.

Breastfeeding rate is found as 100% after birth and discharge. Start rate of formula in early period is calculated as 7% for healthy mothers and 70% for babies. Exclusive breastfeeding rates for mothers with diabetes mellitus are 30% in 1st month, 53.3% in the 2nd month, 56.7% in the 3rd month, 57.1% in the 4th month, and 57.1% in the sixth month. Exclusive breastfeeding rates for healthy mothers are 76.7% in 1st month, 76.7% in the 2nd month, 80% in the 3rd month, 70% in the 4th month, and 63.3% in the sixth month. Diabetes adversely affects the uptake of exclusive breastfeeding in the first month.

Birth by C/S, low socioeconomic level, obesity, low self-efficacy, low scores in BSES, IBFAT, and LATCH, formula support in early days of birth affect exclusive breastfeeding negatively in mothers with diabetes mellitus.

Methods in evaluating breastfeeding and self-efficacy scale can be helpful for healthcare staff in pointing of diabetic mothers and their babies requiring high level of support.

KAYNAKLAR

1. Horta, B. L., Victora, C. G. Long-term effects of breastfeeding-a systematic review. 2013
2. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Springer US; 2004
3. Ten facts on breastfeeding, World Health Statistics. (Last updated July 2015)
Available from: URL: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en>
4. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara 2013. (Last Updated February 2016).
Available from: URL: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
5. Camurdan AD, İlhan MN, Beyazova U, Şahin F, Vatandaş N, Eminoglu S. How to achieve long-term breast-feeding: factors associated with early discontinuation. Public health nutrition. 2008 Nov 1;11(11):1173-9.
6. Alikasifoğlu M, Erginoz E, Gur ET, Baltas Z, Beker B, Arvas A. Factors influencing the duration of exclusive breastfeeding in a group of Turkish women. Journal of human lactation. 2001 Aug 1;17(3):220-6.
7. Karacam Z. Factors affecting exclusive breastfeeding of healthy babies aged zero to four months: a community-based study of Turkish women. Journal of Clinical Nursing. 2008 Feb 1;17(3):341-9.

8. Tunçel EK, Dünder C, Canbaz S. Peşken Y CÜ Bir üniversite hastanesine başvuran 0-24 aylık çocukların anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006;10(1).
9. Clifford TJ, Campbell MK, Speechley KN, Gorodzinsky F. Factors influencing full breastfeeding in a southwestern Ontario community: Assessments at 1 week and at 6 months postpartum. *Journal of Human Lactation*. 2006 Aug 1;22(3):292-304.
10. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2003 Oct 1;17(4):407-17.
11. Britton JR, Britton HL. Maternal self-concept and breastfeeding. *Journal of Human Lactation*. 2008 Nov 1;24(4):431-8.
12. Hill PD, Humenick SS. Development of the H & H lactation scale. *Nursing research*. 1996 May 1;45(3):136-40.
13. Moran VH, Dinwoodie K, Bramwell R, Dykes F. A critical analysis of the content of the tools that measure breast-feeding interaction. *Midwifery*. 2000 Dec 31;16(4):260-8.
14. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing and Health*. 1999 Oct 1;22(5):399-409.
15. Hall RT, Mercer AM, Teasley SL, McPherson DM, Simon SD, Santos SR, Meyers BM, Hipsh NE. A breast-feeding assessment score to evaluate the risk

- for cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age. *The Journal of pediatrics*. 2002 Nov 30;141(5):659-64.
16. Dick MJ, Evans ML, Arthurs JB, Barnes JK, Caldwell RS, Hutchins SS, Johnson LK. Predicting early breastfeeding attrition. *Journal of Human Lactation*. 2002 Feb 1;18(1):21-8.
 17. Mulford C. The mother-baby assessment (MBA): An "Apgar Score" for breastfeeding. *Journal of Human lactation*. 1992 Jun 1;8(2):79-82.
 18. Matthews MK. Assessments and suggested interventions to assist newborn breastfeeding behavior. *Journal of Human Lactation*. 1993 Dec 1;9(4):243-8.
 19. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1994 Jan 1;23(1):27-32.
 20. Tokat MA, Okumuş H, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale—Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*. 2010 Feb 28;26(1):101-8.
 21. Berg M, Erlandsson LK, Sparud-Lundin C. Breastfeeding and its impact on daily life in women with type 1 diabetes during the first six months after childbirth: a prospective cohort study. *International breastfeeding journal*. 2012 Dec 21;7(1):1.
 22. Webster J, Moore K, Dip G, McMullan A. Breastfeeding outcomes for women with insulin dependent diabetes. *Journal of Human Lactation*. 1995 Sep 1;11(3):195-200.

23. Hummel S, Winkler C, Schoen S, Knopff A, Marienfeld S, Bonifacio E, Ziegler AG. Breastfeeding habits in families with Type 1 diabetes. *Diabetic medicine*. 2007 Jun 1;24(6):671-6.
24. Sorkio S, Cuthbertson D, Bärlund S, Reunanen A, Nucci AM, Berseth CL, Koski K, Ormiston A, Savilahti E, Uusitalo U, Ludvigsson J. Breastfeeding patterns of mothers with type 1 diabetes: results from an infant feeding trial. *Diabetes/metabolism research and reviews*. 2010 Mar 1;26(3):206-11.
25. Breastfeeding rates, OECD (Last updated January 2009). Available from: URL: <http://www.oecd.org/els/family/43136964.pdf>
26. Wickes IG. A history of infant feeding: Part I. Primitive peoples: Ancient Works: Renaissance writers. *Archives of disease in childhood*. 1953 Apr;28(138):151.
27. US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion- Healthy People 2010 (Nasnewsletter. 2000 May;15(3):3). (Last updated February 2016) Available from: URL: <http://www.healthypeople.gov/>
28. Schmied V, Barclay L. Connection and pleasure, disruption and distress: women's experience of breastfeeding. *Journal of Human Lactation*. 1999 Dec 1;15(4):325-34.
29. Lawrence RM, Lawrence RM. Host-resistance factors and immunologic significance of human milk. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding*. A

- guide for the medical profession. 5th ed. St. Louis (MO): CV Mosby. 1999:159-98.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, 2008, Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü.
 31. WHO/UNICEF, 1990'lı Yıllarda Bebeklerin Anne Sütüyle Beslenmesi (Çeviri). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü,1999.
 32. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. Pediatrics. 2010 May 1;125(5):e1048-56.
 33. Filteau S. The influence of mastitis on antibody transfer to infants through breast milk. Vaccine. 2003 Jul 28;21(24):3377-81.
 34. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (2004). Özet Rapor 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye,141-147.
 35. World Health Organization, UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, Geneva: WHO, 2003; 1-4, 7-9. Available from: URL: http://www.who.int/nutrition/topics/global_strategy/en/
 36. American Academy of Pediatrics. Nutrition and Immunity. Chapter 31. In: Pediatric Nutrition Handbook CD- ROM. 4 th ed. Elk Grove Village: Abbott Laboratories, 1998: 473-84.

37. Stettler N, Bhatia J, Stallings VA. Feeding Healthy infants, children and Adolescents, Chapter 42. In Kliegman RM, Stanton BF, editors. Nelson Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, 2011; 161.
38. Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*. 2003 Sep 1;30(3):175-80.
39. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *Obstetrical & gynecological survey*. 2006 Apr 1;61(4):232-3.
40. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS, Cauley JA. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstetrics and gynecology*. 2009 May;113(5):974.
41. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005 Feb;115(2):496-506.
42. Giray H. Anne Sütü ile Beslenme. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 2004; 13,1.
43. Lawrence RA, Lawrence RM. Management of the mother-infant nursing couple. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. 1999:255-316.
44. Emzirme Teknikleri Nelerdir? (Published 2014 June 21) Available from: URL: <http://gebelikvehesaplama.com/emzirme-teknikleri-nelerdir/bebek-emzirme-teknikleri-3>
45. World Health Statistics. The Optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation, 2011. Available from: URL:

www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_engpdf.

46. Kearney MH, Cronenwett L. Breastfeeding and employment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1991 Nov 1;20(6):471-80.
47. Vestermark V, Høgdall CK, Plenov G, Birch M, Toftager-Larsen K. The duration of breast-feeding. A longitudinal prospective study in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*. 1991 Jun 1;19(2):105-9.
48. Raisler J. Midwifery care research: what questions are being asked? what lessons have been learned?. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2000 Jan 2;45(1):20-36.
49. Chierici R, Saccomandi D, Vigi V. Dietary supplements for the lactating mother: influence on the trace element content of milk. *Acta Paediatrica*. 1999 Sep 1;88(9):7-13.
50. Hoyer S, Pokorn D. The influence of various factors on breast-feeding in Slovenia. *Journal of advanced nursing*. 1998 Jun 1;27(6):1250-6.
51. Özek B. Emzirme ve gebeliğin önlenmesi, Aile Planlamasında Temel Bilgiler UNFPA BM Nüfus Fonu, İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı, İkinci baskı İstanbul, Damla Matbaacılık, 1997; 127- 129.
52. Powers NG, Slusser W. Breastfeeding update 2: clinical lactation management. *Pediatrics in Review*. 1997 May 1;18:147-61.

53. YenaL K, Ozan YD, ÇeÇe Ö. Annelerin Emzirme Öz-yeterlilik Algıları İle Emzirme Başarıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2013;10(2):14-9.
54. Matthews MK. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. Midwifery. 1988 Dec 31;4(4):154-65.
55. Matthews M. Mothers' satisfaction with their neonates' breastfeeding behaviors. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 1991 Jan 1;20(1):49-55.
56. Çelik N. Emzirme değerlendirme ölçeği'nin (the infant breastfeeding assesment tool) türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Manisa, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, 2008.
57. Altuntas N, Turkyilmaz C, Yildiz H, Kulali F, Hirfanoglu I, Onal E, Ergenekon E, Koç E, Atalay Y. Validity and reliability of the infant breastfeeding assessment tool, the mother baby assessment tool, and the LATCH scoring system. Breastfeeding Medicine. 2014 May 1;9(4):191-5.
58. Aygul A, Kaya T, Nur S. Determination of Breastfeeding Behaviors of Mothers and Influencing Factors. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2007;6.
59. Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2005;48(3):226-33.

60. Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006 Jan 1;35(1):87-97.
61. Turner CT, Papinczak TA. An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeeding Review*. 2000 Mar;8(1):25.
62. Mezzacappa ES, Katkin ES. Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology*. 2002 Mar;21(2):187.
63. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, Healy GN. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation*. 2004 Feb 1;20(1):30-8.
64. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International review of psychiatry*. 1996 Jan 1;8(1):37-54.
65. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry*. 1987 May 1;150(5):662-73.
66. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*. 2009 Apr 1;123(4):e736-51.
67. Green JM, Murray D. The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria.

Perinatal psychiatry: use and misuse of the Edinburgh postnatal depression scale. Gaskell, London. 1994:180-98.

68. McCoy SJ, Beal JM, Saunders B, Hill EN, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation. *The Journal of reproductive medicine*. 2008 Mar;53(3):166-70.
69. Homish GG, Cornelius JR, Richardson GA, Day NL. Antenatal risk factors associated with postpartum comorbid alcohol use and depressive symptomatology. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2004 Aug 1;28(8):1242-8.
70. Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010 Jun 30;33(2):273-93.
71. Torres MM, Torres RR, Rodríguez AM, Dennis CL. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. *Journal of Human Lactation*. 2003 Feb 1;19(1):35-42.
72. Tokat MA, Okumuş H, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale—Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*. 2010 Feb 28;26(1):101-8.
73. World Health Organization. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1998.

74. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2013; 36: S67-74
75. Tokat MA, Okumuş H, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale—Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*. 2010 Feb 28;26(1):101-8.
76. Thurman SE, Allen PJ. Integrating lactation consultants into primary health care services: are lactation consultants affecting breastfeeding success?. *Pediatric nursing*. 2008 Sep 1;34(5):419.
77. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;1:CD001141.
78. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;2(2).
79. Sokucu FY, Aslan E. Kadının Çalışma Durumunun Emzirmeye Etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2012;20(1):62-8.
80. Peregrin T. Education, peer counseling, and paternal support: three ways to encourage a healthful breastfeeding schedule. *Journal of the American Dietetic Association*. 2002 Jul 31;102(7):943.
81. Cowett RM, Schwartz R. The infant of the diabetic mother. *Pediatric Clinics of North America*. 1982 Oct;29(5):1213-31.
82. Dombrowski MP, Schatz M. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG practice

bulletin: clinical practice guidelines for obstetrician-gynecologists, February 2008: asthma in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2008;111(2):457-64.

83. Weintrob N, Karp M, Hod M. Short-and long-range complications in offspring of diabetic mothers. *Journal of Diabetes and its Complications.* 1996 Oct 31;10(5):294-301.
84. Yang J, Cummings EA, O'Connell C, Jangaard K. Fetal and neonatal outcomes of diabetic pregnancies. *Obstetrics & Gynecology.* 2006 Sep 1;108(3, Part 1):644-50.
85. Hummel S, Hummel M, Knopff A, Bonifacio E, Ziegler AG. [Breastfeeding in women with gestational diabetes]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946).* 2008 Feb;133(5):180-4.
86. Simmons D, Conroy C, Thompson CF. In-hospital breast feeding rates among women with gestational diabetes and pregestational Type 2 diabetes in South Auckland. *Diabetic medicine.* 2005 Feb 1;22(2):177-81.
87. Soltani H, Arden M. Factors associated with breastfeeding up to 6 months postpartum in mothers with diabetes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.* 2009 Sep 1;38(5):586-94.
88. Li R, Jewell S, Grummer-Strawn L. Maternal obesity and breast-feeding practices. *The American journal of clinical nutrition.* 2003 Apr 1;77(4):931-6.
89. Nommsen-Rivers LA, Chantry CJ, Peerson JM, Cohen RJ, Dewey KG. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal

- obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. *The American journal of clinical nutrition*. 2010 Sep 1;92(3):574-84.
90. Breastfeeding and use of human milk. Section on Breastfeeding, Pediatrics 2012; 129(3):827-41
 91. Riordan J, Bibb D, Miller M, Rawlins T. Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *Journal of Human lactation*. 2001 Feb 1;17(1):20-3.
 92. Kumar SP, Mooney R, Wieser LJ, Havstad S. The LATCH scoring system and prediction of breastfeeding duration. *Journal of human lactation*. 2006 Nov 1;22(4):391-7.
 93. Dykes F, Williams C. Falling by the wayside: a phenomenological exploration of perceived breast-milk inadequacy in lactating women. *Midwifery*. 1999 Dec 31;15(4):232-46.
 94. Cakmak H, Kuguoglu S. Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: an observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *International journal of nursing studies*. 2007 Sep 30;44(7):1128-37.
 95. Heck KE, Schoendorf KC, Chávez GF, Braveman P. Does Postpartum Length of Stay Affect Breastfeeding Duration? A Population-Based Study. *Birth*. 2003 Sep 1;30(3):153-9.
 96. Barber CM, Abernathy T, Steinmetz B, Charlebois J. Using a breastfeeding prevalence survey to identify a population for targeted programs. *Canadian*

journal of public health= Revue canadienne de sante publique. 1996 Dec;88(4):242-5.

97. Donath SM, Amir LH. Does maternal obesity adversely affect breastfeeding initiation and duration?. Journal of paediatrics and child health. 2000 Oct 1;36(5):482-6.
98. Finkelstein SA, Keely E, Feig DS, Tu X, Yasseen AS, Walker M. Breastfeeding in women with diabetes: lower rates despite greater rewards. A population-based study. Diabetic Medicine. 2013 Sep 1;30(9):1094-101.

EKLER

EK 1. TANIMLAYICI FORM

Adınız Soyadınız:

Telefon numaranız:

Yaşınız:

Bu gebelik öncesi vücut ağırlığınız:

Bu gebelikte aldığınız kilo:

Boyunuz:

Sigara kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

Alkol kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

Annelik okuluna gittiniz mi?

Evet Hayır

Öğrenim durumunuz:

İköğretim Lise Üniversite

Mesleğiniz:

Eşinizin mesleği:

Kaçıncı gebeliğiniz?

Yaşayan çocuk sayınız:

Diğer çocuklarınızı emzirdiniz mi?

Evet Hayır

Evetse kaç ay:

1. çocuk 2. çocuk 3. çocuk

Aylık geliriniz:

1500 lira altı 1500-3000 arası 3000 üzeri

Evinizin durumu:

Kira Ev sahibi

Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

Evet Hayır

Şeker hastalığınız var ise;

Ne zamandır?

Gebelikte mi başladı?

Evet Hayır

Hangi tip?

Tip 1 Tip 2 Gestasyonel DM

Diyetle kontrol altına alındı mı?

Evet Hayır

İlaç kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

İnsülin kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

En son HBA1C düzeyiniz?

Bebeginizin;

Doğum Tarihi:

Cinsiyeti:

Doğum haftası:

Doğum kilosu:

Hangi yolla doğduğu:

Normal Sezaryen

Bebek yanınıza doğum sonrası ne kadar süre içinde verildi?

30 dk dan önce 30-60 dk 60-90 dk 90 dk üzeri

Bebeginizi doğumunun kaçınıcı saatinde emzirdiniz?

1 saat 2-4 saat 4-6 saat 6 saat üzeri

Bebegin emme sıklığı:

Saat başı 2 saatte bir 3 saatte bir 4 saatte bir

Yenidoğan servisinde yattı mı?

Evet Hayır

Ne kadar süre emzirmeyi planlıyorsunuz?

6 ay 6-12 ay 12-24 ay 24 ay üzeri

EK 2. BSES (Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği)

1. Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
2. Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim.	1	2	3	4	5
3. Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
4. Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	1	2	3	4	5
6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim.	1	2	3	4	5
7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim.	1	2	3	4	5
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim.	1	2	3	4	5
9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum	1	2	3	4	5
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.	1	2	3	4	5
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.	1	2	3	4	5
12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim.	1	2	3	4	5
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5
14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5

Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği

Emzirmek ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1= Hiç emin değilim

4= Eminim

2= Çok emin değilim

5=Çok eminim

3= Bazen eminim

EK 3. LATCH Emzirme Değerlendirme Ölçeği

	LATCH 'in değerlendirme kriterleri
<i>L</i>	Memeyi tutma (L atch on the breast)
<i>A</i>	Bebeğin yutma sesini duyulması (A udible swallowing)
<i>T</i>	Meme ucunun tipi (T ype of the nipple)
<i>C</i>	Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı (C omfort breast/nipple)
<i>H</i>	Bebeği tutuş pozisyonu (H old)

EK 4. IBFAT skortlama anketi (Infant Breastfeeding Assesment Tool Items)

- 1- Bebeği beslemek için aldığınızda
 - a) Derin uykuda (0)
 - b) Uykulu (1)
 - c) Uyanık ve sakin (2)
 - d) Ağlıyor (3)
- 2- Bebeğin beslenmeye başlaması için
 - a) Sadece memenin ucuna koymak yeterli oldu (3)
 - b) Üstünü açma, okşama ve sırta vurma gibi hafif uyarı gerekti (2)
 - c) Sallamak, kol ve bacaklarını biraz şiddetli ovalamak gerekti (1)
 - d) Uyandıramadım (0)
- 3- Bebeğin arama refleksinin değerlendirilmesi (Bebeğin yanağına meme başı dokunduğunda başını memeye çevirerek ve ağzını açarak meme başını yakalamaya çalışması)
 - a) Etkili bir şekilde aranıyor (3)
 - b) Biraz teşvik ile aranıyor (2)
 - c) Teşvikle bile zor aranıyor (1)
 - d) Arama yok (0)
- 4- Bebek memeye konulduktan ne kadar sonra emmeye başlıyor?
 - a) Hemen (0-3 dakika içinde) (3)
 - b) 3-10 dk içinde (2)
 - c) 10 dakikadan fazla süre geçiyor (1)
 - d) Emmeye başlamıyor (0)
- 5- Bu beslenmede bebeğin emmesini en iyi hangisi tanımlar?
 - a) Bebek emmedi (0)
 - b) Zayıf, güçsüz ve kısa süreli emdi (1)
 - c) Nisbeten iyi emdi (2)
 - d) ok iyi emdi (3)

- 6- Bu beslenmede bebeğin emmesi ile ilgili olarak hisleriniz nedir?
- a) Çok memnunum (3)
 - b) Memnunum (2)
 - c) Nisbeten memnunum (1)
 - d) Hiç memnun değilim (0)

ÖZGEÇMİŞ

Adı : Esra Betül

Soyadı : Akkoyun

Doğum Yeri ve Tarihi : Afyonkarahisar, 1984

Eğitimi

2011-2016 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Anabilim Dalı Uzmanlık Eğitimi, Ankara

2002-2009 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

1999-2002 Afyon Zafer Anadolu Lisesi, Afyonkarahisar

Yabancı Dili : İngilizce

E-mail : dresrabetul@yahoo.com