

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DOĞUM ŞEKLİ VE DOĞUMDAN SONRA İLK GÜNLERDEKİ
HEKİM YAKLAŞIM VE UYGULAMALARININ
ZAMANINDA DOĞMUŞ BEBEKLERİN İLK 6 AYDA SADECE ANNE
SÜTÜYLE BESLENME DURUMU ÜZERİNE ETKİLERİ

Dr. Aybike KORKMAZ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Tıpta Uzmanlık Tezi

ANKARA

06/2020

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DOĞUM ŞEKLİ VE DOĞUMDAN SONRA İLK GÜNLERDEKİ
HEKİM YAKLAŞIM VE UYGULAMALARININ
ZAMANINDA DOĞMUŞ BEBEKLERİN İLK 6 AYDA SADECE ANNE
SÜTÜYLE BESLENME DURUMU ÜZERİNE ETKİLERİ

Dr. Aybike KORKMAZ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Tıpta Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Saadet ARSAN

ANKARA

06/2020

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN

Adı, Soyadı : Dr Aybike KORKMAZ	Sınav tarihi: 26 /06 / 2020
Anabilim/Bilim Dalı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Saadet ARSAN	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER

Tezin Başlığı: <i>Doğum şekli ve doğumdan sonra ilk günlerdeki Helikim Yakulurum ve Uppubrakbrının zamanında Doğmuş, Bebeklerin ilk 6 Ayda Sadece Anne Sütüyle Beslenme Durumu Üzerine Etkileri</i>		
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi	☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☒ 1	☐ 2 ☐ 3

III. KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak

☒ Kabulüne

☐ Reddine

☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine

☒ Oy birliği

☐ Oy çokluğu

ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR

Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız



Jüri Başkanı

Unvanı, Adı, Soyadı

Prof. Dr. Saadet ARSAN

Yenidoğan Bilim Dalı

Jüri Üyesi

Unvanı, Adı, Soyadı

Prof. Dr. Didem ALTEFENDİOĞLU

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yenidoğan Bilim Dalı

Jüri Üyesi

Unvanı, Adı, Soyadı

Doç. Dr. Emel OKULU

Yenidoğan Bilim Dalı



ÖNSÖZ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim boyunca bana yeniden koşmayı öğreten, her düştüğümde yeniden elimden tutup kaldıran, tecrübeleriyle iyi bir hekim, bilim insanı olmamı destekleyen, hiç yılmayan, güçlü duruşu ile örnek aldığım sayın ve çok sevgili öğretmenim, tez danışmanım, anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Saadet ARSAN'a,

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşan, çalışma ahlakı ve disiplini adına çok şey öğreten, beni her daim destekleyen ve emeklerini esirgemeyen tüm öğretim üyelerimize,

Başta tezim olmak üzere asistanlık eğitimimde büyük emeği olan, her daim yanımda olup tecrübeleriyle ablalığını esirgemeyen, kendisiyle çalışmakla onur duyduğum, hekimlikte örnek aldığım sayın Doç. Dr. Emel OKULU'ya,

Dört yıl boyunca hep yanımda olup, sevinçlerime ortak ve üzüntülerime destek olan, beraber çalışmaktan gurur duyduğum başta canım eş kıdemim olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma, uzmanlara, hemşirelerimize ve personellerimize,

Gerek tıp fakültesinde gerek uzmanlık eğitimimde desteklerini esirgemeyen, benimle gülüp ağlayan, on yılı doldurduğum ve nice on yıllarımda var olmasını istediğim, çocuk ruhlu arkadaşlarım Dr. Bilge Nur Kılınç, Dr. Elif Yüksel, Dr. Ali Cem Küçükdağlı ve Dr. Fadime Erdoğan Küçükdağlı'ya,

En yakın arkadaşlarım, destekçilerim, sabır taşlarım, şanslarım, hayallerimin başlangıçları kartal babam Necdet Korkmaz ve sultan annem Tangül Korkmaz'a,

Beni her zaman destekleyen, çocuk ruhlu ablam Esra Boztepe'ye,

Abim, küçük kardeşim, en büyük gururum Gökberk Korkmaz'a sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Aybike KORKMAZ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
EKLER DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Anne Sütü ve Emzirmenin Önemi.....	4
2.2. Emzirme Durumunu Etkileyen Faktörler.....	5
2.2.1. Doğum Şekli.....	5
2.2.2. Kan Şekeri Ölçümü.....	7
2.2.3. Sarılık.....	9
2.2.4. Kilo Kaybı.....	10
2.2.5. Taburculuk Zamanı.....	12
2.2.6. Diğer Faktörler.....	14
2.3. Pediatristin Emzirmedeki Rolü.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Türü.....	18
3.2. Katılımcı Özellikleri.....	18

3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	18
3.2.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	18
3.3. Araştırmanın Yöntemi.....	19
3.4. Etik Kurul Onayı, Aydınlatılmış Onam ve Araştırma Bütçesi.....	20
3.5. İstatistiksel Değerlendirme.....	21
3.6. Çalışma için Gerekli Olan Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi.....	22
4. BULGULAR.....	23
4.1. Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri.....	23
4.1.1. Müdahale Öncesi Gruptaki Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	23
4.1.2. Müdahale Sonrası Gruptaki Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	26
4.2. Müdahale Öncesi ve Sonrasındaki Gruplar Arasındaki Karşılaştırma.....	28
4.3. Hastanede Formül Süt Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	42
4.3.1. Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	42
4.3.2. Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	45
4.4. İlk 6 Ayda Sadece Anne Sütü Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	47
4.4.1. Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	47
4.4.2. Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	50
4.5. Çalışmanın Gücünün Analizi.....	52
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇLAR	65
EK 1.....	71
EK 2.....	73
EK 3.....	77

ÖZET.....	82
SUMMARY	84
KAYNAKLAR	86

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

SAS_{6ay}	: Altı ay boyunca sadece anne sütü
SAS_{tbc}	: Taburculuk öncesi sadece anne sütü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
AAP Akademisi	: The American Academy of Pediatrics, Amerikan Pediatri Akademisi
CDC	: The Centers for Disease Control and Prevention, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri
C/S	: Sezaryen doğum
e-C/S	: Elektif sezaryen doğum
a-C/S	: Acil sezaryen doğum
NVY	: Normal vajinal yol ile doğum
SGA <10 p olan	: Small for gestational age, gestasyon yaşına göre doğum ağırlığı
LGA >90 p olan	: Large for gestational age, gestasyon yaşına göre doğum ağırlığı
DDA	: Düşük doğum ağırlığı
Q1	: Birinci çeyreklik
Q3	: Üçüncü çeyreklik
YDÜ	: Yenidoğan ünitesi
OR	: Odds ratio, odds oranı
GA	: Güven aralığı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 1. NVY ve C/S doğumlarda fizyolojik kilo kaybı normogramları.....	11
Şekil 2. Araştırma sürecinin planlanması.....	20
Şekil 3. Anne yaşının dağılımı.....	29
Şekil 4. Bebeklerin doğum kilosunun dağılımı.....	31
Şekil 5. Katılımcılarda pariteye göre C/S ve NVY dağılımı.....	33
Şekil 6. Hastanede formül süt başlama durumu ve sebeplerinin dağılımı....	37
Şekil 7. Hastanede formül sütün başlanması ve önerenlerin dağılımı.....	38
Şekil 8. Bebeklere anne sütü dışı besin verilme zamanlarının dağılımı.....	39

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 1. Emzirmenin Yararları.....	5
Tablo 2. Kan Glukozu Rutin Monitorizasyonu Önerilen Durumlar.....	8
Tablo 3. Laktasyon Problemleri için Risk Faktörleri.....	12
Tablo 4. Katılımcı annelerin demografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	30
Tablo 5. Katılımcı annelerin doğum özelliklerinin karşılaştırılması.....	32
Tablo 6. Doğumda kullanılan anestezilerin karşılaştırılması.....	32
Tablo 7. Müdahaleden etkilenmeyen diğer faktörler.....	34
Tablo 8. Müdahaleden etkilenen değişkenlerin karşılaştırılması	35
Tablo 9. Hastanede formül süt başlanan bebeklerin nedenlerinin karşılaştırılması.....	37
Tablo 10. Hastanede formül süt başlayanların karşılaştırılması.....	38
Tablo 11. Hastane yeniden başvuru ve yatışın karşılaştırılması.....	40
Tablo 12. Gruplar arası SAS durumlarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 13. Bebeklerde D vitamini ile demir profilaksisi alma ve büyüme memnuniyetinin karşılaştırılması.....	42
Tablo 14. Müdahaleden etkilenmeyen değişkenlerin tüm katılımcılardaki SAS _{tbc} durumlarına yönelik tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları.....	43
Tablo 15. Müdahaleden etkilenen değişkenlerin tüm katılımcılardaki SAS _{tbc} durumlarına yönelik tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları.....	45
Tablo 16. Hastaneden taburculuk öncesi sadece anne sütü ile beslenmeyi etkileyen durumların çok değişkenli lojistik regresyon analizi.....	46
Tablo 17. Müdahaleden etkilenmeyen değişkenlerin tüm katılımcılardaki SAS _{6ay} durumlarına yönelik tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları.....	48

Tablo 18. Müdahaleden etkilenen değişkenlerin tüm katılımcılardaki SAS_{6ay} durumlarına yönelik tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları 50

Tablo 19. 6 Ay Boyunca Sadece Anne Sütü ile Beslenmeyle ilişkili durumların çok değişkenli lojistik regresyon analizi.....51

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Aydınlatılmış Gönüllü Olur formu.....	74
Ek 2. Anket.....	76
Ek 3. Müdahale Eğitimi.....	80

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Anne sütü bir yenidoğanın tüm karbonhidrat, lipid, protein, vitamin ve mineral gereksinimlerini tam olarak karşılayabilen önemli bir besin kaynağıdır. İçerisinde ayrıca büyüme faktörleri, çeşitli enzimler ve hormonlar, antimikrobiyal ve antienflamatuvar faktörler ile immunmodulatorleri bulundurması onu bebek beslenmesi için eşsiz kılmaktadır. Yapılan bir meta-analizde anne sütü ile beslenmenin obezite, tip-2 diyabet, yüksek kolesterol gelişme riskinde azalma ve entellektüel kapasitede artma sağladığı gösterilmiştir (1). Bebek üzerinde bir çok faydası olan bu besinin anne sağlığı ve anne-bebek ilişkisi üzerine yararları da bilinmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bebeklerin ek hiçbir besin ögesi almadan ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesini ve sonrasında da tamamlayıcı gıdalara başlanarak anne sütü ile beslenmenin 2 yaşa kadar devam ettirilmesini önermektedir (3).

İlk 6 ay sadece anne sütüyle beslenme sürecini etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden genel olarak anne, bebek ve çevre kaynaklı sorunlar üzerine çalışmalar sürdürülmektedir. Doğum öncesi ve sonrasındaki izlem ve müdahalelerde yer alan hekimlerin de anne sütünün başlatılması ve devamlılığının sağlanmasında etkin bir yeri olduğu bilinmektedir. Doğum şekli, hekimin doğum sonrası ilk günlerde oluşabilecek sorunlara yaklaşımı, taburculuk kararı ve anne-hekim güven ilişkisi anne sütünün devamlılığı konusunda belirleyici noktalardır.

2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre; bebeklerde ilk 6 ayda sadece anne sütü ile beslenme TNSA-2008'de yüzde 42 iken, TNSA-2013'te yüzde 30'a gerilemiş, TNSA-2018'de ise yüzde 41'e yeniden yükselmiştir. Fakat bu oran yeterli değildir. İlk 6 ayda sadece anne sütüyle beslenme oranının düşük olmasının nedenlerinden biri ülkemizde giderek artan sezaryen doğum oranları olabilir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na göre 2012 yılında C/S oranı %21 iken, 2018 yılında %52 olarak saptanmıştır (4). DSÖ ise toplumdaki C/S oranının %15 sınırında tutulmasını önermektedir. C/S ile doğum, laktasyonun gecikmesi yanında, bebekte C/S'ye sekonder komplikasyonlar, annenin anestezi almış olması, annenin ağrı çekmesi gibi nedenlerle emzirmenin geç başlamasına yol açarak, taburculukta sadece anne sütü ile beslenme oranının düşmesine neden olup SAS_{6ay} ile beslenmeyi olumsuz etkilemektedir (5-6).

Yapılan retrospektif bir kohort çalışmasında zamanından erken olan taburculuğun, hastanede annenin emzirme-bebek bakımı-aile planlaması konularında eğitim süresini azalttığı, hastaneye yeniden başvuruları arttırdığı görülmüştür. Normal doğum olsun ya da olmasın, tüm doğumlarda ilk gün yapılan taburculuğun, güvenli olmadığı bir gerçektir. İlk gün gerçekleştirilen taburculuktan sonra en sık yeniden hastaneye başvuru sebebi sarılıktır (7). Hastaneye yeniden başvuruların çoğunda anne sütünün yeterli olmadığını düşünen hekim tarafından bebeğe ek besin desteği başlanabilmekte, emzirmede yeterli bilgi ve güven duygusuna sahip olmadan taburcu olan annelerin yeterlilik duygusu iyice sarsılmakta ve zincirleme olaylar sonucu, anne sütünün devamlılığı sekteye uğramaktadır. Bu nedenle, hekimlerin doğumdan sonra ilk günlerdeki anne, bebek ve beslenme konusundaki yaklaşımları büyük önem taşımaktadır.

Ülkemiz gibi taburculuk sonrası evde bakım ve destek hizmetlerinin etkin olmadığı, C/S doğum oranlarının yüksek ve doğum sonrası taburculuk süresinin kısa olduğu toplum örneklerinde taburculuk sırasında anneyi bebek bakımına hazır hissettirmek ve emzirme konusunda özgüvenini desteklemek önemlidir (5, 8).

Destek ve bilgilendirme dışında hekimi hataya sürükleyebilen bir diğer konu “yaşamın ilk günü” konusundaki bilgi ve güven eksikliğidir. Yaşamının ilk gününde risk faktörü taşımayan bir yenidoğanda rutin kan şekeri takibi yapmak gereksizdir ve hem anne, hem de bebekte bir stres kaynağı oluşturmaktadır (9,10). Ayrıca fizyolojik kilo kaybının yanlış yorumlanması, sarılık riskinin destek olarak verilen formül süt ile azaltılacağına düşünülmesi ve yenidoğanın beslenme kapasitesinin bilinmemesi anneyi yetersizlik duygusuyla karşılaştırmakta ve formül süt başlamaya yöneltmektedir (11). Oysa annelere emzirme desteği verilmesi sürdürülürken, yeterli sıklıkta emzirme durumunda laktogenezis tamamlanana kadar bebekteki enerji depolarının yeterliliği konusunda güven verilmesi gerekir. Annelerin bilgi için en çok güvendikleri kişi olan hekim tarafından yapılan bu uygulamalar, sadece anne sütü ile beslenme durumunu etkileyebilmektedir. Bu etkenlerin SAS’ı nasıl etkilediğini gösteren çalışmalar sınırlıdır ve araştırılması gerekmektedir.

Yapılan çalışmalarda çocuk hekimlerine verilen anne sütü ve emzirme konulu eğitimlerden fayda görüldüğü gösterilmiş, SAS oranlarında ve süresinde artış saptanmıştır. Bu çalışmalar taburculuk zamanı, anne sütü ve laktasyon problemlerine yaklaşım konularını içermektedir. Tekrarlayan kan şekeri ölçümleri, kilo kaybına yaklaşım, sarılık

riskinin değerlendirilmesi gibi hekim uygulamalarını kapsayan konularda verilen eğitimlerin etkisini gösteren çalışmalar yetersizdir. Aynı zamanda eğitimin nasıl verilmesi gerektiği ve ocuk hekiminin nasıl desteklenmesi gerektiği netlik kazanmamıştır. Hekimlere verilen kapsamlı bir eğitimin SAS zerindeki etkisinin belirlenmesi gerekmektedir.

Anne sütünün önemi ve ocuk sağlığına olumlu katkıları bilinirken, 6. aya gelindiğinde sadece anne sütü ile beslenme oranlarının ülkemizde giderek düşüyor olması endişe vericidir. İlk 6 aya odaklanıldığında, hali hazırda kabul gören tamamlayıcı besinlere erken ve çok miktarda başlanıyor olması görüşü dışında başka dinamiklerin de incelenmesi ve saptanan aksaklıkların bu alanda sağlık politikaları belirlenirken göz önüne alınması gerekmektedir. Ülkemizde 6. ayda sadece anne sütü ile beslenmenin başarı ile sürdürülüyor olması üzerinde doğum şeklinin, doğum sonrası taburculuk zamanının, doğum sonrası hastanede yatış sırasında hekimleri formül süt başlamaya yönelten yaklaşım ve uygulamaların etkileri araştırılmamıştır. Doğum sonrası kan şekeri düşüklüğü veya aşırı kilo kaybı algısı nedeniyle formül süt başlanmasının sıklığı ve nedenleri bilinmemektedir. Ayrıca bu konularda hekimlere verilecek eğitimin SAS zerindeki etkisi gösterilmemiştir. Bu araştırma bu dinamikleri incelemek ve tıbbi uygulamalara yönelik bir hekim eğitimi müdahalesi ile bu dinamiklerde bir değişiklik yaratılıp yaratılamayacağını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Anne Sütü ve Emzirmenin Önemi

Anne sütü, sağlıklı yenidoğan bir bebeğin ilk 6 ay boyunca tüm ihtiyaçlarını karşılayacak yeterliliğe sahip bir besindir. Aynı zamanda içinde büyüme faktörleri, çeşitli enzimler ve hormonlar, antimikrobiyal ve antienflamatuvar faktörler ile immunmodülatörleri bulundurur. Kısa dönemde anne-bebek arasındaki bağı kuvvetlendirdiği gibi uzun dönemde de hem bebek hem de anne açısından birçok koruyucu ve faydalı özellik göstermektedir. Emzirme çocuklarda otitis media, solunum yolu enfeksiyonları, astım, inflamatuvar bağırsak hastalığı, gastroenterit, Çölyak hastalığı, diyabet, lösemi, gelişim gecikmesi ve ani bebek ölüm sendromu görülme olasılığını azaltmaktadır (12-18). Annede ise emzirmenin tip 2 diyabet, meme kanseri, over kanseri, kardiyovasküler hastalık ve postpartum depresyona karşı koruyucu özellikte olduğu; postpartum kilo kaybını kolaylaştırdığı belirtilmiştir (18-21). Ayrıca emzirme, aileyi en azından 6 ay boyunca ek maddi yükten de korur. Emzirmenin yararları Tablo 1’de belirtilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Amerikan Pediatri Derneği (AAP) zamanında doğmuş sağlıklı bebeklerde ilk 6 ay sadece anne sütünü (SAS_{6ay}) önermektedir. İlk 6 aydan sonra ise en az 1 yaş olmak üzere 2 yaşına kadar tamamlayıcı besinlerle anne sütüne devam edilmesini önermektedir (3, 22). İlk 6 ay anne sütü dışında bebek için su dahil olmak üzere ek bir besine gerek yoktur. Anne sütü ile beslenen zamanında doğmuş sağlıklı bebekler sıcak havalarda bile metabolik ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeterli vücut sıvısına sahiptir (23).

Tüm faydalarına rağmen ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme oranları tüm dünyada ve ülkemizde düşük kalmaktadır. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’na göre; doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilen bebeklerin oranı %49,9, ilk bir gün içinde emzirilen bebeklerin oranı %70,2 olarak bulunmuştur. İlk 6 ay için ise sadece anne sütü alanlar %30,1, başka besinler yanında anne sütü alanlar %91,9 olarak raporlanmıştır. Bebeklerde ilk 6 ayda sadece anne sütü ile beslenme TNSA-2008’de yüzde 42 iken, TNSA-2013’te yüzde 30’a gerilemiştir (4). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

(CDC)'nin 2018'de yayınladığı rapora göre Amerika'da SAS_{6ay} oranı %24,9 iken, ilk 6 ayda ek besinlerle birlikte anne sütü alma oranı %57,6 olarak bulunmuştur (24). SAS_{6ay} yüzdelerindeki bu düşüklük; sezaryen oranları ile zamanından önce doğmuş bebeklerin doğum oranlarında artış, erken taburculuk zamanı, hastane yatışında yinelenen girişimsel laboratuvar tetkikleri, laktasyon problemlerine yaklaşımda yetersizlik ve özgüven eksikliği, annenin sosyal ve mesleki durumu gibi etkenlerle ilgili olabilmektedir.

Tablo 1. Emzirmenin Yararları

Emzirmenin Koruyucu Özelliği	
Bebekte Koruyucu Olduğu Durumlar	Annede Koruyucu Olduğu Durumlar
Otitis media	Tip 2 diyabet
Solunum yolu enfeksiyonları	Meme kanseri
Astım	Over kanseri
İnflamatuvar bağırsak hastalıkları	Kardiyovasküler Hastalık
Gastroenterit	Postpartum depresyon
Çölyak Hastalığı	
Diyabet	
Lösemi	
Gelişim gecikmesi	
Ani bebek ölüm sendromu	

2.2. Emzirme Durumunu Etkileyen Faktörler

2.2.1. Doğum Şekli

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na göre 2012 yılında C/S oranı %21 iken, 2018 yılında %52 olarak saptanmıştır (25). DSÖ toplumdaki C/S oranının %15 sınırında tutulmasını önermekte, toplum düzeyinde %10'dan daha yüksek olan sezaryen hızlarının anne ve yenidoğan ölüm hızlarında azalmayla ilişkili olmadığını belirtmektedir. Doğum

sancısı ve perineal travmadan kaçınma, acil C/S gereksiniminden kaçınma, doğum tarihini belirleme isteği, inkontinans ve pelvik organ prolapsusundan kaçınma gebeleri elektif-planlanmış C/S'ye (e-C/S) yönlendiren etkenler olabilir (26). Primiparitenin ve ilk doğum sırasındaki yaş ortalaması yanında, obezite ve gestasyonel diyabet sıklığının artması, medikolegal endişeler ve yüksek riskli gebelerin sayısındaki artış hekimi C/S'ye yönlendiren etkenler olarak gösterilebilir (27). Doğum öncesi ve doğum sonrası komplikasyon riski yüksek olan gebeliklerin artmasının C/S oranındaki artışa yol açması aslında kaçınılmazdır. DSÖ'nün önerdiği %15'lik sezaryen sınırının günümüz şartları için uygulanabilirliği tartışılması gereken bir konu olmakla beraber, ülkemizdeki %50'nin üzerindeki C/S oranının da çok yüksek olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Nitekim 2015 yılında DSÖ'nün sezaryen doğum oranları üzerine yayımladığı bildiride, yapılan tüm çabaların belli bir sezaryen doğum hızına ulaşmak yerine, yalnızca ihtiyacı olan kadınlara sezaryen yapılmasının amaçlanması gerektiği belirtilmektedir.

Doğum şekli olarak e-C/S'ın çocuk sağlığı üzerine kısa ve uzun dönemde bazı olumsuz etkileri bilinmektedir. Kısa dönem etkileri arasında doğum sonrası fizyolojik adaptasyonun gecikmesine bağlı solunum sıkıntısı ve bu nedenle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışların daha sık olması, anne-bebeğin doğum sonrası ilk temasının ve laktasyonun gecikmesi, annede emzirmeyi engelleyecek sorunların daha sık olması, anne sütüne başlama ve anne sütü ile beslenmeye devam etme oranının azalması sayılabilir. Uzun dönemde ise C/S ile doğan çocuk ve ergenlerde atopi ve otoimmüniteye bağlı hastalıklar ile obezite ve aşırı kiloluluk gibi metabolik sağlığı ilgilendiren durumların daha sık görüldüğü bildirilmektedir (28-30).

İlk beslenme erken dönemde ve anne sütü ile olmalıdır. Japonya'da yapılan bir çalışmada anne sütü ile beslenmeye ilk 120 dakikada başlayan annelerin 4. aydaki anne sütü ile beslemeye devam etme durumu diğerlerine göre 2,5 kat daha fazla bulunmuştur (31). C/S ilk teması ve ilk anne sütünün verilmesi zamanını geciktirmektedir. Yapılan başka bir meta-analizde ise erken dönemde anne sütü ile beslenmede acil sezaryenin etkisinin olmadığı, azalmaya neden olan durumun e-C/S'den kaynaklandığı gösterilmiştir (30).

Dünyada yapılan çalışmalarda sezaryen doğumda SAS_{6ay} veya ilk 6 aydaki anne sütü kullanımı oranları düşük olarak gözlenmektedir (30,32,33). Ülkemizde giderek düşme

eğiliminde olan SAS_{6ay} düzeyinin hızla artmakta olan C/S ve beraberinde getirdiği morbidite oranlarından etkilendiği söylenebilir (34). Yapılan analizlerde emzirmenin erken dönemde başlatılması ya da annenin doğum öncesinde 6 ay emzirme kararı vermesi durumunda C/S ve NVY doğum arasında SAS_{6ay} bakımından belirgin fark oluşturmadığı söylenmektedir (30).

2.2.2. Kan Şekeri Ölçümü

Sağlıklı ve zamanında doğmuş bebeklerde, anne sütünün yetersizliği düşüncesiyle rutin kan şekeri bakılması ve aslında normal veya sınırdaki değerler nedeniyle ek besin başlanması, ne yazık ki yaygın olarak gözlenen yanlış bir yaklaşımdır.

Sağlıklı yenidoğanlarda, göbek kordonunun klemplenmesiyle glukoz geçişi kesilir ve bebek bir sonraki glukoz alımı için beslenmeyi bekler. Fakat daha önce, anneden gelen glukozu karşı başlatılan insülin salınımı devam eder. Baskılanamayan insülin, yaşamın ilk saatlerinde kan glukozunun da düşüşüne neden olur. Kan glukozu, doğum sonrası ilk 2 saatte en düşük düzeyine ulaşmakta ve normal düzeylere gelmesi 2-3 gün sürebilmektedir. Bu duruma yenidoğanın geçici hipoglisemisi adı verilir. Geçici hipoglisemi sağlıklı, zamanında doğmuş infantlarda endojen kaynaklar aracılığı ile kompanse edilebilir (35). Yenidoğanda her hangi bir risk faktörü veya klinik bulgu yoksa, kan şekeri düzeyi yaşamın ilk 2 saatinde 28 mg/dl, 2. saatten sonra, ilk 48 saatte 40 mg/dl'ye kadar acil bir müdahale gerektirmez ve yönetiminde emzirmeye teşvik esastır (36, 37). Buna karşın, hipoglisemi açısından riskli olan gestasyon haftasına göre küçük (SGA), gestasyon haftasına göre büyük (LGA) bebekler, diyabetik anne bebekleri, bazı sendromik bebekler, geç prematüre ve erken term bebeklerin izlem protokolü farklıdır ve dikkatle yapılmalıdır (Tablo 2).

Sezaryen doğumlarda anne bebek teması ve laktasyon gecikmekte, bu da annede bebeğinin ihtiyacını karşılayamadığı düşüncesini oluşturarak güven eksikliğine yol açmaktadır (11). Güven eksikliği anneyi strese sokar ve bebeğinin kan şekerinin düştüğünü ya da fazla kilo vereceğini düşündürterek formül süt vermeye yöneltir (38). Bebeğe formül süt verilmesi bebeğin emme ihtiyacını dolayısıyla meme stimülasyonu azaltarak süt üretimi azaltır (39). Bu kısır döngünün oluşmadan önce anneye gerekli bilgi ve güvenin verilmesi gereklidir.

Zamanında doğmuş, AGA, sağlıklı bebeklerde ilk günlerdeki küçük miktardaki kolostrum yenidoğanın mide kapasitesine uygun olup, onu hipoglisemiden korur (36). Ayrıca yenidoğanların düşük plazma glukozuna karşı toleransı olduğu söylenmektedir. Emzirme arasında 8 saatten fazla ara olduğu durumda glukoneogenez, glikojenoliz, ketogenezis kompanzasyon mekanizmaları devreye girer. Oluşan ketojenik cevabı beyin kullanabilir (40). Geçici ve nadir hipoglisemi atakları kalıcı nörolojik hasar yapmaktan uzaktır.

Tablo 2. Kan Glukozu Rutin Monitorizasyonu Önerilen Durumlar (Türk Neonatoloji Derneği. Yenidoğan Endokrinoloji Rehberi-2019'dan faydalanılmıştır.)

Kan Glukozu Rutin Monitorizasyonu Önerilen Durumlar	
Bebeğe Ait Nedenler	Anneye Ait Nedenler
SGA, LGA veya DDA olma	Pregestasyonel veya gestasyonel diyabet
Prematürite / Postmatürite	Preeklampsi / eklampsi, gebelikle ilişkili hipertansiyon
İntrauterin büyüme kısıtlılığı	İlaç tedavisi (β -blokerler, oral hipoglisemik ajanlar gibi)
Perinatal stres veya asfiksi	İntrapartum glukoz uygulanması
Enfeksiyon	
Polisitemi, hiperviskozite	
Hipotermi	
İlaç kullanımı	
Konjenital kalp hastalıkları	
Endokrin bozukluklar	
Hipoglisemili kardeş öyküsü	
Beslenmeme	
Eşlik eden bazı sendromik bulgular	
Fetal hidrops	

Yenidoğanda hipoglisemi tanısı hala tartışmalı olmakla birlikte kan glukoz ölçüm metodlarının yorumlanması da farklı olmaktadır. Glukozun kandan ölçümünün plazmadan olan ölçümüne göre %10-15 daha düşük olduğu bilinmektedir. Ayrıca kanda yüksek hematokrit, hiperbilirubinemi, hipertrigliseridemi, kapiller staz ve cilde uygulanan alkolün iyi silinmemesi de sonucu etkilemektedir (35). Sonuçlardaki farklılıklar, ailede, bebekte ve hekimde gereksiz strese ve ileri tetkiklere yol açacaktır (41). Bu nedenlerden dolayı zamanında doğmuş sağlıklı bebeklerde glukoz monitorizasyonu yapmaya gerek yoktur (9,10).

2.2.3. Sarılık

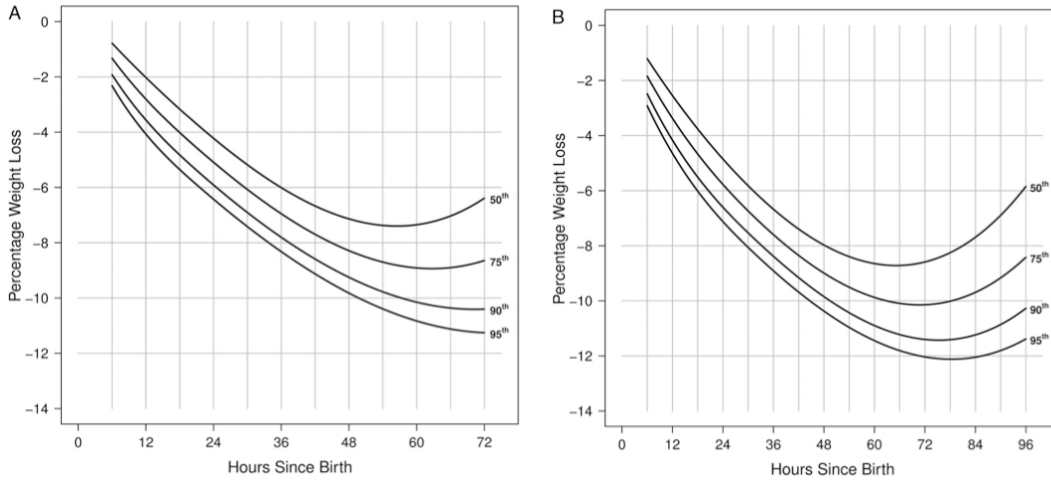
Yenidoğanların çoğunda emzirmenin başlamasıyla ilk haftada fizyolojik olarak kabul edilen geçici hiperbilirubinemi veya emzirme sarılığı veya yetersiz alım sarılığı görülür. Yetersiz süt alımı bilirubin bol miktarda bulunduğu bağırsaklarda mekonyum geçişini geciktirir, bilirubin absorpsiyonu artarak bebeğin enterohepatik dolaşımına katılır ve bu da sarılığın artışına neden olur (42). Emzirilen bebeklerde beslenme sıklığının artırılması bilirubin düzeylerini düşürecektir. Amerikan Pediatri Derneği doğumdan sonraki ilk birkaç gün için günde en az 8-12 emzirme önermektedir (43). Bebeğinin sarılık olacağını düşünen ya da kendilerine bebeklerinde sarılık riski olduğu söylenen anneler, sarılığı engellemek için bebeklerine su, şekerli su, formül süt vermektedirler. Gereksiz yere anne sütü dışında besinlerin verilmesi SAS_{6ay} oranlarını düşürmektedir. AAP, dehidrate olmayan bebeklerde su ve şekerli suyla desteklenmeyi önermemektedir. Zamanında doğan bebeklerde yapılan bir çalışmada su ve şekerli su ile beslenmenin desteklenmesinin bilirubin düzeylerini düşürmediği gösterilmiştir (44). Bazı durumlarda ise annenin “anne sütü sarılığı” korkusuyla bebeği emzirmekten vazgeçirdiği görülmektedir. Oysa emzirme sarılığında annenin bebeği sıklığını artırarak emzirmeye devam ettirmesi çok önemlidir. Dehidrate olan bebeklerde ise yaklaşım hekim kararına bırakılmıştır. %12’den fazla kilo kaybı olan veya dehidratasyon bulgusu olan bebeklerde formül süt veya sağılmış anne sütü ile destek önerilmektedir. Bebeğin hidrasyonu düzelmiyor, tartı kaybı devam ediyor ve oral beslenemiyorsa intravenöz sıvı verilebilir (43,45). Anne sütünün sağılarak verilmesi, anne sütünün yeterli miktarda olup olmadığını gösterecek, bu da hem hekimi gerçekten gerekli durumlarda formül süt başlamaya yöneltecek hem de anneyi rahatlatacaktır. Burada önemli olan memeden emzirmenin devam ettirilmesi ve annenin bu konuda teşvik edilmesidir.

Bebeğin emzirmeye devam ettirilmesi meme stimülasyonunu sağlayarak süt üretimi artırır (39).

2.2.4. Kilo Kaybı

Yenidoğan ekstrasellüler sıvının fizyolojik diürezisi ile ilk birkaç gün kilo kaybeder. Bu fizyolojik sınırları belirlemek için nomogramlar geliştirilmiştir. Flaherman ve ark. kilo kaybının fizyolojik sınırlarını belirlemek için 161471 zamanında doğmuş, tek gebelikten doğmuş yenidoğanda yaptıkları çalışmada bir nomogram oluşturmuşlardır. Normal vajinal yoldan (NVY) doğmuş olan 83433, C/S ile doğmuş olan 25474 yenidoğanda yapılan çalışmada; ilk 24 saatteki median kilo kaybının 50. ve 95. persentilleri NVY ile doğmuş sağlıklı yenidoğanlarda sırasıyla %4,2 ve %6,4 iken, C/S ile doğan yenidoğanlarda sırasıyla %4,9 ve %7,2 olarak bulunmuştur. Zamanında doğmuş sağlıklı bir yenidoğanın ilk gün içinde %7'ye varan kilo kaybı normal sınırlar içinde değerlendirilmektedir (46). 1148 vajinal ve 439 sezaryen doğumun karşılaştırıldığı bir başka çalışmada 48. saat ve 72. saatteki kilo kaybı nomogramında, 95. persentil olarak sırasıyla NVY doğumlarda %10 ve %11, C/S doğumlarda yaklaşık %10,5 ve %12 kilo kaybı gösterilmiştir (47). Bu çalışmalar fizyolojik kilo kaybı sınırlarını göstermekle birlikte, kilo kaybının doğum şekline göre değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedirler. Sezaryen doğumlarda laktasyon problemlerinin daha fazla görülmesi ve anneye intrapartum sıvı yüklenmesi nedeniyle infantta daha fazla kilo kaybı olduğu belirtilmektedir (48,49). NVY doğumlarda yenidoğanların 6-72 saat, C/S doğumlarda ise 6-96 saat kilo ölçümü ile takibi önerilir.

Kilo alımı 48-72 saat arasında başlar ve bebeklerin kilo kazanımı NVY doğumlarda ortalama 8-9 günde olurken, C/S doğumlarda 10. günde olur (50). Bebeklerin %97,5'i ise 21 günde doğum kilosunu yakalar (51).



Şekil 1. NVY ve C/S Doğumlarda Fizyoloji Kilo Kaybı Nomogramları (46)

Sağlıklı yenidoğanlarda, anne de hasta değilse, zayıf beslenme ilk 24-48 saat için ek besin desteği verme endikasyonu koydurmaz. Buna karşın hekimlerin kilo kaybı karşısında yanlış yaklaşımları onları hemen ek besin desteğine yönlendirebilmektedir. Oysa, yeni doğmuş bir bebeğin ilk gün için her beslenmede alacağı kolostrum miktarı sadece 2-10 ml arasındadır. Bu miktar 24-48. saatler için 5-15 ml, 48-72. saatler için 15-30 ml, 72-96. saatler için 30-60 ml'ye yükselir (52). Hekimin bunu bilmesi ve yeterli olduğu konusunda anneye güven vermesi gerekir.

AAP, 14 gün içinde doğum kilosuna ulaşamayan bebeklerde dikkatli olunmasını önermektedir. Sadece anne sütü ile beslenmenin sekteye uğramasının kilo kaybıyla ilişkili olabileceği gösterilmiştir (53). Paul ve ark. yaptığı çalışmada NVY doğumlu bebeklerin %90'ının 14.günde, %95'inin 21. günde doğum ağırlığını yakaladığı gösterilirken, C/S doğumlu bebeklerde %76'sının 14. günde, %92'sinin 21. günde bu ağırlığa ulaştığı gösterilmiştir. Doğum ağırlığını 10. günde yakalayamayan bebeklerin anneleri formül süt başlama eğiliminde olmaktadır. Oysa bu çalışma, ek bir bulgusu olmayan sağlıklı bebeklerde 10-14 gün arasında doğum ağırlığına ulaşamazsa, doktor kontrolünde olmak koşuluyla ek besine gereksinim olmadığını göstermektedir. 6 ay boyunca sadece anne sütünün kullanımı açısından hekim bilgisi ve desteği, anneleri yönlendirmek için önem arz etmektedir.

2.2.5. Taburculuk Zamanı

Yenidoğanda başarılı beslenme, emzirme süresi ve sadece anne sütü kullanımı ile ilişkilidir. Sağlık çalışanlarının emzirmeyi desteklemesi önemlidir. Annenin taburculuk öncesi emzirmeye dair tüm sorularının cevaplanması ve SAS konusunda kararlı olması sağlanmalıdır. Laktasyon problemleri için risk faktörleri bilinmeli (Tablo 3) ve anne taburculuk öncesi son 8 saatte yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmelidir (54,55,56). Laktasyon problemi yaşama açısından risk altında olan anne ve bebeklerin taburculuk süresi geciktirilmesi gerekmektedir. Taburculuğun, anne kendini hazır hissetmeden ya da hekim anne ve bebeği taburculuğa uygun görmeden yapılması SAS süresini etkileyebilmektedir.

Tablo 3. Taburculuk Öncesinde Görülen Laktasyon Problemleri için Risk Faktörleri (54,55,56)

Taburculuk Öncesinde Görülen Laktasyon Problemleri için Risk Faktörleri	
Primiparite	Düşük doğum ağırlığı ya da prematürite
İnfertilite öyküsü	Oral anatomik anomaliler
Önceki gebeliklerde emzirme problemi öyküsü	Nörolojik problemler
Yardımlı üreme teknikleri ile konsepsiyon	Anne-bebek ayrılığı
Adolesan veya 40 yaş üstü anne	Taburculuk öncesi efektif emzirmenin olmaması
Emzirmeye yardımcı ekipmana gereksinim	Çoğul gebelik
Psikososyal destek gereksinimi	Konjenital kalp hastalığı
Uzamış doğum	Bekar anne
Peripartum komplikasyon	Hamilelikte sigara kullanımı
Meme ya da meme ucu sorunu	Annede obezite
Annenin eğitim durumu	Annenin emzirme eğitimi almamış olması

California’da yapılan 4 yılı içeren bir retrospektif kohort çalışmasında; hastanede 1 gece kalanlarla 2 gece kalanlar arasında yaşamın ilk 28 gününde yeniden hastane başvuru riskinde fark görülmemiştir, fakat 24 saati dolmadan taburcu edilenlerde yeniden başvurunun 24 saati dolanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu grupta en sık başvuru sebebi dehidratasyon ve sarılıktır. Aynı çalışmada maternal komplikasyon gelişen durumlarda da yeniden başvurunun fazla olduğu görülmüştür (57). Sezaryen doğumlarda maternal komplikasyon riski normal vajinal doğumlara göre daha fazla olduğundan, C/S doğumların taburculuğunun daha geç olması gereklidir. Sezaryen doğumları, doğumdan 24 saat ve 72 saat sonra taburculuk gruplamasıyla değerlendiren 2998 katılımcıyla yapılan bir diğer çalışmada anne sütüne başlamanın ve annedeki ruh halinin 72 saat sonra taburcu olan anne grubunda daha iyi olduğu gözlenmiştir (58).

Ülkemizde erken taburculuk, normal vajinal doğumdan sonra 6-24 ve sezaryen doğumdan sonra 48-72 saat içinde olan taburculuk olarak nitelendirilir (59). Kırk sekizinci saatten önce gerçekleşen taburculukta bebeğin taburculuk sonrası 24-48 saat içinde yeniden doktor tarafından görülmesi önerilmektedir (54,60). İsveç’te postpartum dönemdeki 2709 anne üzerinde yapılan bir klinik çalışmada, 1. günde ve daha sonraki günlerde taburcu olan bebekler arasında 7-8. aylarda anne sütü ile beslenme oranları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca doğumdan sonraki ilk emzirme deneyimi ne kadar olumlu geçtiyse, hastanedeki yatış zamanının o kadar azaldığı saptanmıştır (5). Bu sonuçlar, araştırmanın yapıldığı İsveç gibi ülkelerde normal vajinal doğum oranının %80 ve üzerinde olması yanında, taburculuk sonrasında evde bakım hizmetlerinin devam etmesine bağlanabilir. Ülkemiz gibi taburculuk sonrası evde bakım ve destek hizmetlerinin etkin olmadığı, C/S doğum oranlarının yüksek ve doğum sonrası taburculuk süresinin kısa olduğu toplum örneklerinde taburculuk sırasında anneyi bebek bakımına hazır hissettirmek ve emzirme konusunda özgüvenini desteklemek SAS açısından oldukça önemlidir. Erken taburculuk doğrudan veya dolaylı olarak formül süt başlama riskiyle ilişkili olabilir.

2.2.6. Sağlıklı, Tek ve Zamanında Gerçekleşen Doğumlarda SAS_{6ay}'ı Etkileyen Diğer Faktörler

Annenin emzirme ve hamile kalma isteği, önceki emzirme deneyimi, eğitim ve çalışma durumu, yaşı, kilosu, gebelik sayısı, psikososyal durumu ve meme problemleri anne sütü kullanımını etkileyen diğer faktörlerdir.

Annelerin yaklaşık %80'i beslenme kararını doğum öncesinde vermektedir. Hem gebelik öncesi hem de gebelik döneminde hekim-anne aday görüşmesi emzirme açısından önemlidir (61,62). Bu dönemlerde bebek bakımı ve emzirme üzerine verilen eğitim veya hekim görüşünün, SAS oranlarında yükselme ve anne sütü kullanımı sürelerinde uzama ile ilişkili olduğu bilinmektedir (63-66).

Planlı gebeliklerde de emzirme oranları daha yüksektir. Burada hem anne, hem de babanın isteğinin önemli olduğu unutulmamalıdır (67,68). Annenin gebe kalma isteğini, kendini duygusal olarak hazır hissetmesinin yanında maddi açıdan ve kariyeri ile ilgili mevcut planlarının varlığı da etkilemektedir. Annenin meslek sahibi olması ve annenin eğitim durumu çeşitli çalışmalarda irdelenmiştir. Daha yüksek eğitim seviyeleri veya meslek sahibi olma daha hızlı anne sütüne başlamayı sağlarken, daha kısa emzirme süresi ile ilişkili bulunmuştur (69,70). Bunda annenin çalıştığı işe biran önce dönme isteği, işini kaybetme korkusu ve çalıştığı yerden yeterli desteği görememe büyük rol oynamaktadır.

Annenin kendini yorgun veya deprese hissetmesi de daha düşük SAS_{6ay} oranlarıyla ilişkilidir (52,71,72). Annenin stresli duygu durumu emzirme oranlarını düşürdüğü gibi, memeden yeterli sütün gelmemesi de anneyi strese sokmaktadır. Devam eden bu döngüyü aşmak doğru sosyal desteğin anneye sağlanmasıyla olacaktır. Sosyal normlar emzirmeyi desteklese de sadece anne sütü (SAS) ile beslenmeyi desteklemiyor olarak görünmektedir. İlk 6 ay sadece anne sütünün yetersiz olacağı düşüncesi ya da çocuğun büyümesiyle toplum içinde emzirmenin uygun olmadığı görüşünün baskısı anneyi formül süt kullanmaya itebilmektedir (73).

Ortak bir görüş birliği olmasa da bir diğer konu ise, primiparitenin daha kısa emzirme süresi ve daha düşük oranda SAS_{6ay} ile ilişkili olmasıdır (64,74). Bu durum primipar annelerin daha çok laktasyon problemleriyle karşılaşması, bilgi ve deneyim eksiklikleriyle açıklanabilir. Beş yüz otuz iki primipar annede yapılan bir çalışmada

emzirmeyi bırakan annelerin bunu en çok postpartum 3 ve 7. günde yaptıkları, en sık sebeplerin de meme ile emzirmede sorun yaşama, memede ağrı hissetme ve yeterli olmayan süt miktarı olduğu ifade edilmiştir (75).

Emzirmeyi etkileyen bir diğer konu ise infertilitedir. Yardımlı üreme teknikleri (ART) ile olan konsepsiyon sonrası gelişen gebeliklerin düşük ve kısa SAS değerleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (54,76,77). İnfertilite esas sorun olmakla birlikte, ileri yaş durumu da üreme yeteneğini azaltmakta ve kadınları ART'ye yönlendirmektedir. Kırk yaş üstü annelerde emzirmeyi bırakma riski daha fazladır (54,56). Aynı risk ergen annelerde de mevcuttur (54,78). Deneyimsiz ve eğitimsiz olan ergen annenin, kendisinin bir çocuk olarak her türlü desteğe gereksinimi varken, annelik gibi büyük bir sorumluluğa hazır olması mümkün değildir.

Gebelik öncesi obezite anne sütü başlamayı geciktirmekte ve SAS oranlarını düşürmektedir (79,80). Obezlerdeki bu gecikme ve emzirmedeki zayıf değerler, laktasyonda gecikme gibi diğer risk faktörlerinin de eşlik etmesiyle daha belirginleşmektedir.

2.3. Çocuk Hekiminin Emzirmedeki Rolü

Hekimlerin yenidoğanın beslenmesi ile ilgili konularda anne sütüne yaklaşımı ve uygulamaları farklılık gösterebilmektedir. Bu farklılıklar; bilgi yetersizliği, güven eksikliği ve medikolegal süreçlerden kaynaklanabilmektedir. Özellikle yaşamın ilk gününde sergilenen hekimlik yaklaşımları bebeğin tüm yaşamını etkileyebilecek nitelikte kararlara bağlıdır. Amerikan Pediatri Akademisi'nin Kasım 2017'de yayınlanan bir çalışmasında 1995'ten 2014 yılına kadar bebek dostu hastanelerde çalışan çocuk hekimlerinin anne sütüne yaklaşımı araştırılmıştır. Çalışmada genç hekimlerin daha deneyimli olanlara göre, emzirme sorunlarıyla baş etme konusunda kendilerine daha az güvendikleri ve sadece anne sütüyle beslenmenin desteklenmesi konusunda tüm çocuk hekimlerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Çalışmanın yapıldığı 2009-2014 yılları arasında ABD'de anne sütü ile beslenme oranlarında belirgin düşüş gözlenmiştir (81). Bunun yanında bebek dostu hastahanelerin oluşturulmasıyla emzirme süre ve oranlarında artış gözlenmiştir (82).

Çocuk hekimleri, sağlık görevlilerinden oluşan emzirme grubunun lideridir. Kendi eğitimlerinin iyi olması, ekibinin ve dolayısıyla desteklenen annelerin de doğru bilgilendirilmesini sağlar (16,21,83). Yapılan çalışmalar emzirme konusunda annelerin en çok hekimlerden, ikinci sırada ise kendi annelerinden etkilendiklerini ortaya koymuştur (2,73). Dolayısıyla çocuk hekiminde bu bilgilerin eksik olması emzirmeyi olumsuz etkiler(84-86). Uzmanlık eğitimi boyunca anne sütü, emzirme ve sorunlarına yaklaşım konularına hem dünyada hem de ülkemizde gereken önem verilmemektedir. Bu eksiklik, uzmanlık yaşamında da emzirme ve sorunlarına yaklaşımda eksikliklere yol açmaktadır (87,88).

Kanada’da yapılan bir çalışmada pediatri asistanlarının, emzirme ve emzirme sorunlarına yaklaşımını en iyi düzeyde interaktif çalıştaylar ve laktasyon konsültasyonlarını gözlemlerken öğrendikleri belirlenmiştir (87). Anne sütünün yeterince desteklenememesinin diğer bir nedeni de hekimlerdeki bıkkınlık, tükenmişlik ve yorgunluktur (89). Bu durumdaki hekimlerin anneye ve bebeğe gerekli zamanda ve gereken sabırla destek olasıllıkları düşüktür.

Dünya genelinde emzirme sürelerindeki düşüşün nedenlerinden bir tanesi de emzirmeden sorumlu ekipteki bilgi eksikliğidir. Doğum sonrası bebek odasından sorumlu olan hemşire, ebe, doktorlara laktasyon fizyolojisi, anne sütünün yararları gibi eğitim müdahaleleri yapıldığında emzirmenin başlatılması, SAS ve hekimin emzirme konusunda kendine olan güveninde artış olduğu gösterilmiştir (83,90,91).

Hastanede verilen eğitim anne sütü kullanımı açısından kritik öneme sahiptir fakat kısa sürede öğretilen bu bilgiler hatırlanmayabilir. Bu nedenle hem doğum öncesi dönemde hem de doğumdan sonra özellikle postnatal 4-5. günlerde hekim ve anne-bebek görüşmesinde emzirmeye ait bilgiler tekrar edilmelidir (2,92). Bu noktada önemli olan konulardan biri de anne ve hekim arasındaki iletişimin efektif olup olmadığıdır. Taveras ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ikili görüşmelerde emzirmenin devamlılığına vurgu yapıldığı hekimlerin %97’si tarafından belirtilirken, bunu bildirebilen annelerin oranı %55’te kalmıştır (93).

Anne sütü ve kullanımı ile ilgili bir çok randomize çalışma mevcuttur. Fakat bunların çok az bir kısmı çocuk hekimlerinin uygulamalarıyla ilgilidir. Bu çalışma Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları asistanlarının doğum sonrasında taburculuk zamanına kadar olan

süredeki yaklaşım, uygulama ve bilgilerinin, interaktif eğitim oturumları ve konsultan hekimle birebir doğum katı viziti sırasındaki eğitimlerinin, SAS_{6ay} üzerindeki etkisini görmek amacıyla yapılmıştır. Ayrıca SAS_{6ay} durumunu etkileyen diğer faktörlerin saptanması da hedeflenmiştir. Araştırmamız bu alanda yapılmış dünyadaki sınırlı sayıdaki çalışmalardan biri olup ve ülkemizdeki ilk çalışmadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü:

Araştırmamız bir müdahale araştırması olmakla beraber, araştırmanın ilk fazı kesitsel tanımlayıcı türde olup, yapılan eğitim müdahalesinden sonraki ikinci fazı prospektif gözlemsel olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Katılımcı Özellikleri:

3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Doğum Kliniğinde doğmuş olma
2. Normal vajinal yol veya C/S ile 38-42. gebelik haftaları arasında doğmuş olma
3. Doğumda vücut ağırlığının haftasına göre normal aralıkta olması (AGA)
4. Sağlıklı bebek izlemlerinin Ankara Üniversitesi Çocuk Hastanesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Polikliniğinde yapıyor olması
5. Başvuru yaşının 6-9 aylar arasında olması
6. Araştırmaya katılmak için ebeveynleri tarafından bilgilendirilmiş gönüllü onam formunun imzalanmış olması

3.2.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Doğum kliniği dışında doğmuş olma
2. Normal vajinal yol veya C/S ile <38 veya >42. gebelik haftaları arasında doğmuş olma
3. Doğumda vücut ağırlığının haftasına küçük (SGA) veya büyük olması (LGA)

4. Sağlıklı bebek izlemlerinin Ankara Üniversitesi Çocuk Hastanesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Polikliniğinde yapılmıyor olması
5. Bebek başvuru yaşının 6 aydan küçük olup 9 aydan büyük olması
6. Beslenme şeklini etkileyebilecek kardiyolojik, nefrolojik, nörolojik veya gastrointestinal doğumsal veya edinsel bir hastalığının olması
7. Araştırmaya katılmak için ebeveynleri tarafından bilgilendirilmiş gönüllü onam formunun imzalanmamış olması

3.3. Araştırmanın Yöntemi:

Çalışmanın iki fazında da, çalışma gruplarının anneleri ile yüz yüze görüşme yoluyla anket yapılarak, bebeklerin 6-9 ay arası kontrollerinde muayeneleri yapılmış ve bebeğin doğum öyküsüne ait bilgiler sorgulanmıştır.

İlk fazın anket (Ek 2) ve muayeneleri sürdürülürken, çalışmanın başlangıç tarihinden itibaren ikinci faz kohortu çalışmaya alınmadan önce 3 ay boyunca, haftada bir gün 20 kişilik gruplar halinde Anabilim Dalımız Başkanlığınca Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda rotasyonu ve nöbetleri planlanan tüm asistanları içerecek bir eğitim programı planlanmış ve Neonatoloji Bilim Dalı öğretim üyesi SA tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu eğitimlere katılan asistanların hepsinin doğum salonunda yenidoğan bebeğin rutin bakımı ve neonatal resusitasyon konusunda eğitilmiş ve sertifikalı olmalarına karşın, etkileşimli oturumların soru-cevap bölümlerinde, doğum sonrası anne ve bebeğe bütüncül yaklaşım ile annenin bebeğin emzirilmesi ve bakımı konusunda desteklenmesi konularında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle, oturumlarda ilk muayenede dikkat edilmesi gereken noktalar, anne sütünün yararları, doğum sonrası laktasyon, laktasyon başlayana dek taburculuğun geciktirilmesi, emzirmenin desteklenmesi, emzirememenin nedenleri ve emziremeyen anne ve ememeyen bebeğe yaklaşım, aileye verilmesi gereken bilgiler, Türkiye'de perinatal sağlık göstergelerine aşina olma, kan şekeri, sarılık ve vücut ağırlığının doğru izlenmesi konularında etkileşimli yoğun bir eğitim müdahalesi uygulanmıştır. Ayrıca, eğitim

programı başlangıcından itibaren, 3 ay boyunca haftada 2 gün Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doğum Katında anne-bebek çifti vizitleri Neonatoloji Bilim Dalı Öğretim Üyeleri SA ve EO eşliğinde gerçekleştirilmiş ve asistan doktorların yaptığı uygulamalar gün içinde sürekli olarak değerlendirilmeye alınarak geri bildirimler yoluyla bilgileri pekiştirilmiştir.

Müdahale amacıyla verilen eğitim içeriği Ek 3’de verilmiştir.

Araştırma süreci Şekil 2’de gösterildiği gibi planlanmıştır.



Şekil 2. Araştırma sürecinin planlanması

3.4. Etik Kurul Onayı, Aydınlatılmış Onam ve Araştırma Bütçesi:

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 08 Ocak 2018 tarihinde 01-12-18 karar numarası ile onay alınmıştır.

Araştırmaya katılan tüm katılımcılar anket öncesi çalışmayı yapan AK tarafından bilgilendirilmiş olup, Aydınlatılmış Gönüllü Olur Formu'nu (Ek 1) imzalamışlardır.

Araştırma için ek bütçe gerekmemektedir. Araştırmanın tüm fazları, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı normal hasta hizmeti ve asistan eğitim programı akışı içinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya alınacak bebekler, kendi talepleriyle Ankara Üniversitesi Çocuk Hastanesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Polikliniğine 6-9. aylar arasındaki kontrolleri için başvurmuş olanlar arasından rasgele

seçilerek ve ebeveynleri bilgilendirilmiş gönüllü onam vermiş olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5. İstatistiksel Değerlendirme:

Nicel veriler öncelikle Shapiro-Wilk normallik testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan verilerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama ve standart sapma ile ifade edilirken, non-parametrik nicel verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde median, Q1, Q3, maksimum ve minimum değerler verilmiştir. Nitel verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde sayı ve yüzde kullanılmıştır. Normal dağılımın sağlanamadığı nicel verilerde Wilcoxon Testi ile analizler yapılmıştır. Gruplar arası yapılan istatistiksel analizlerde normal dağılımın sağlanamadığı nicel verilerde Mann Whitney U Testi yapılmıştır. Gruplar arası nitel verilerde Pearson Ki-kare testi uygulanmış olup, beklenen değer 5'in altında olan %20'den fazla değer olduğu durumda Fisher Kesin Test kullanılmıştır. Nitel değerler arası etkilenim belirlenirken odds oranı kullanılmıştır.

Nicel-nitel bağımlı-bağımsız değişkenler arası etkileşimin belirlenmesi için önce tek değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmış olup p değeri 0.2'nin altında olan değişkenler ile çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Çok değişkenli lojistik regresyon analizi için, tek değişkenli regresyon analizinde $p < 0,2$ olan durumlar seçilerek Backward: LR ile analiz yapıp Hosmer ve Lemeshow testinin ve Nagelkerke R kare testinin en uygun olduğu basamak seçilmiştir. P değeri, 0.05 olan alfa hata değerinden küçük olduğunda anlamlı kabul edilmiştir.

SPSS 25.0 uygulaması analizlerde kullanılmıştır.

Çalışmanın gücünün belirlenmesinde G*Power 3.1 programı kullanılmıştır.

3.6. Çalışma için Gerekli Olan Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi

Çalışmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde G*Power 3.1 programı kullanılmıştır.

İki bağımsız grup arasındaki “ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü ile beslenme” bakımından orta derecede bir etkiyi (Cohen’s $d=0.03$) tip 1 hata düzeyi 0.05 alındığında 0.80 güç ile istatistiksel olarak bulabilmek için iki yönlü testte gerekli örneklem büyüklüğü 108 olarak hesaplanmıştır (94,95). Bu sayı, çalışmada en az alınması gereken katılımcı olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri

Çalışmaya toplam 270 anne-bebek çifti alındı. Bunların 140'ı müdahale öncesi grup (Grup 1), 130'u müdahale sonrası gruptaki (Grup 2) anne-bebek çiftleriydi.

4.1.1. Müdahale Öncesi Gruptaki Katılımcıların (Grup 1) Özellikleri

Çalışmanın müdahale öncesi grubuna belirlenen katılımcı özelliklerine uyan toplam 140 anne-bebek çifti dahil edildi.

Katılımcı bebeklerin 65'i (%46.4) erkek, 75'i (%53.6) kızdı.

Çalışmaya katılan annelerin median yaşı 29 (Aralık: 20-44 yaş), Q₁ (25. persentil) 26 yaş, Q₃ (75. persentil) 33 yaş olarak görüldü.

Annelerin 65'i (%46,4) üniversite, 60'ı (%42.9) lise, 14'ü (%10) ilköğretim mezunu ve 1'i (%0.7) okur-yazardı. Annelerin 92'sinin (%65.7) ev kadını olduğu, 48'inin (%34.4) gebelik öncesinde çalışmakta olduğu görüldü.

Çalışmaya katılan bebeklerin doğum haftası median 39 hafta (Aralık: 38-42 hafta, Q₁:38, Q₃:39), olarak saptandı.

Doğum ağırlığına bakıldığında median doğum ağırlığı 3257 gram (Aralık: 2700-4250 gr, Q₁:3047, Q₃:3630) olarak hesaplandı.

Primiparlar, toplam katılımcıların 55'ini (%39.3) oluşturdu. Annelerin 27'si (%19.3) daha önce abortusunun, 5'i (%3.6) ölü doğumunun olduğunu bildirdi.

Multipar annelerin (n=85) önceki emzirme süreleri; hiç emzirmeyen 2 anne (%1.4), 0-6 ay arasında emziren 21 anne (%14.9), 6-12 ay arasında emziren 14 anne (%9.9) ve 12-24 ay arasında emziren 48 anne (%34) olarak dağılmakta idi. Annelerdeki doğum öncesi öngörülen emzirme süresine cevapları; 12 ay üstünde seçeceğini 110 anne (%78.6), 6-12 ay seçeneğini 24 anne (%17.1), 0-6 ay seçeneğini 3 anne (%2,1) ve hiç cevabını 3 anne (%2.1) işaretledi.

Doğumların 71'i (%50.7) sezaryen (C/S) ile gerçekleşmişti. C/S olan doğumların %83'ü e-C/S), %17'si a-C/S idi. Yapılan C/S operasyonlarında ve bir NVY doğumda gebelerin 57'sinde (%79.2) epidural/spinal anestezi uygulanırken, 15'ine (%20.8) genel anestezi uygulanmıştı. e-C/S'lerin 37'sini (%62.7) multiparlar oluşturuyordu.

Katılımcıların taburcu olmadan önce 15'inin (%10.7) YDÜ'ye yattığı, yatış nedenlerinin 10 olguda solunum sıkıntısı ve 5 olguda sarılık olduğu saptandı.

Anne-bebek arasındaki temas sıklığının ilk 1 saatte %77.9, ilk 2 saatte %90.8 olduğu görüldü. Postnatal ilk emzirmenin katılımcıların %65,7'sinde ilk 1 saat, %87.1'inde ilk 2 saat içinde gerçekleştiği saptandı.

Bebeklerin 127'sinin (%90.7) ilk 24 saat içinde, 13'ünün (%9.3) 24-72 saat arasında çocuk doktoru tarafından anne yanında muayene edildiği tespit edildi.

Annelerin 124'üne (%88.6) "ilk 6 ayda sadece anne sütü ile emzirmenin önemi" bilgisi verilirken, bebekte normalin üzerinde ağırlık kaybı olduğu bilgisi 40 (%28.6) katılımcıya, bebekte sarılık riski olduğu bilgisi 54 (%38.6) katılımcıya verilmişti.

Hekim tarafından kan şekeri düzeyi 63 (%45) bebeğe bakılmışken, kan şekerinin düşük olduğu yorumu sadece 4 bebek (%2.9) için yapılmıştı.

Hastaneden taburcu olmadan önce ilk günlerde 42 (%30) bebeğe formül süt başlanmış olduğu görüldü. Bunun en sık sebebi %81 (n=30) sıklıkla "sütün gelmemesi" olarak belirtilirken, bu durumu %9.5 (n=4) oranında sarılık riski, %7.1 (n=3) oranında aşırı kilo kaybı ve %2.4 (n=1) oranında kan şekeri düşüklüğü takip etti. formül süt başlanan bebeklerin 15'inde (%35.7) çocuk hekiminin önerisi, 17'sinde (%40.5) hemşire önerisi, 8'inde (%19) anne isteği ve 2'sinde (%4.8) kadın doğum hekimi önerisi söz konusuydu.

Kan şekeri düşük olduğu belirtilen 4 bebekten 1'ine taburcu olmadan formül süt desteği başlanırken, 1 bebeğe taburculuk sonrası anne tarafından formül süt başlandığı, hiç bir bebeğin kan şekeri düşüklüğü nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışının olmadığı görüldü.

Doğum şeklinden bağımsız olarak bebeklerin 41'inin (%29.1) postnatal 24 saati dolmadan hastaneden taburcu edildiği görüldü. C/S doğumlar için 48 saatten erken ve normal spontan vajinal yol ile olan doğumlar için 24 saatten erken olan taburculuğun 95 (%67.9) anne-bebek çifti için geçerli olduğu tespit edildi. İlk 2 saatte anne-bebek teması sağlanamayanlarda veya ilk 2 saatte emzirme sağlanamayanlarda 24 saatten erken taburculuğun söz konusu olmadığı gözlemlendi.

Postpartum dönemde annelerin; 91'i (%65) çocuk bakımı için çevreden destek aldığını belirtirken, 45'i (%32.1) doğum sonrası dönemde olumsuz duygu durumu içinde olduğunu belirtti.

Anne ve bebeklerin 123'ünün (%87.9) doğum yatışı sonrasında ilk hekim başvurusunun, topuk kanı aldırma amacıyla aile hekimine olduğu gözlemlendi. Topuk kanı aldırma zamanından önce başvuran 17 katılımcının (%12.1) 12'sinin (%70.6) sarılık nedeniyle, 4'ünün (%23.5) emzirememe/bebeğin çok ağlaması nedeniyle hekime başvurduğu saptandı. Ayrıca tüm katılımcıların 13'ünün (%9.2) yeniden hastaneye yatırıldığı ve bunların 9'unun (%69.2) sarılık nedeniyle, 4'ünün (%30.8) enfeksiyon nedeniyle yatışının yapılmış olduğu görüldü.

Bebeklerin 6. aydaki durumlarına bakıldığında 135'ine (%96.4) D vitamini desteği, 120'sine (%85.7) ise demir profilaksisi verildiği görüldü. Annelerin 11'i (%7.9), ilk 6 ayda bebeklerinin büyümesinden memnun olmadığını ifade etti.

Sosyal pediatri polikliniğindeki 6. ay kontrollerine geldiklerinde sadece anne sütü alan 79 (%56.4) bebek vardı. Bu grup ilk 6 ay boyunca anne sütü dışında ek gıda verilip sonradan kesilen bebekleri de kapsamaktaydı. Çalışmaya katılan bebeklerin yalnız 60'ı (%42.9) ilk 6 ay boyunca sadece ve tek başına anne sütü ile beslenmiş bulunuyordu. Geriye kalan 80 bebeğin, 42'sine (%52.5) hastanede taburcu olmadan önce formül süt başlandığı, 38'ine (%47.5) taburculuk sonrası formül süt ya da ek gıda başlanmış olduğu saptandı.

4.1.2. Müdahale Sonrası Gruptaki Katılımcıların (Grup 2) Özellikleri

Çalışmanın müdahale sonrası grubuna belirlenen katılımcı özelliklerine uyan toplam 130 anne-bebek çifti dahil edildi.

Katılımcı bebeklerin 57'si (%43,8) kız, 73'ü (%56.2) erkekti.

Çalışmaya katılan annelerin median yaşı 31 (Aralık: 20-42 yaş, Q₁:28, Q₃:35) olduğu görüldü.

Annelerin 59'u (%45.4) üniversite, 48'i (%36.9) lise, 23'ü (%17.7) ilköğretim mezunuydu. Annelerin 89'unun (%68.5) ev kadını olduğu, 37'sinin (%28,5) gebelik öncesinde çalışmakta olduğu görüldü.

Çalışmaya katılan bebeklerin doğum haftası median 38.5 hafta (Aralık: 38-41 hafta, Q₁:38, Q₃:39,4) olarak tespit edildi.

Bebeklerin median doğum ağırlığı 3250 gr (Aralık:2700-4380 gr, Q₁:2980, Q₃:3500) olarak hesaplandı.

Primiparlar, toplam katılımcıların 43'üyü (%33.1). Annelerin 28'i (%21.5) daha önce abortusunun, 9'u (%7) ölü doğumunun olduğunu bildirdi.

Önceki emzirme sürelerine bakıldığında multipar olan 87 (%66.9) anneden, hiç emzirmeyenlerin 1 anne (%0.7), 0-6 ay arasında emzirenlerin 15 anne (%11.5), 6-12 ay arasında emzirenlerin 28 anne (%21.5) ve 12-24 ay arasında emzirenlerin 43 anne (%33) olduğu görüldü. Annelerin doğum öncesi öngörülen emzirme süresine cevapları, 106 annede (%81.5) "12 ayın üstünde", 13 annede (%10) "6-12 ay", 6 annede (%4.6) "0-6 ay" ve 5 annede (%3.8) "hiç" olarak bulundu.

Doğumların 65'i (%50) C/S olarak değerlendirildi. C/S olan doğumların %86.2'si e-C/S, %13.8'i a-C/S olarak sınıflandırıldı. Çalışmaya katılan annelerin 59'una (%45.3) epidural/spinal anestezi uygulanırken, 5'ine (%3.8) genel anestezi uygulanmıştı.

Katılımcıların 25'inin (%19.2) taburcu olmadan önce YDÜ'ye yattığı, yatış nedenlerinin 18 olguda solunum sıkıntısı ve 7 olguda sarılık olduğu tespit edildi.

Anne-bebek arasındaki temasın katılımcıların %69.2'sinde ilk 1, %86.1'inde ilk 2 saat içinde gerçekleşmiş olduğu görüldü. Doğumdan sonra ilk emzirme katılımcıların %61.5'inde ilk 1, %83.8'inde ise ilk 2 saatte sağlanmıştı.

Bebeklerin 124'ünün (%95.4) ilk 24 saatte, 6'sının (%4.6) 24-72 saat arasında ilk kez çocuk doktoru tarafından muayene edildiği tespit edildi.

Annelerin 110'una (%84.6) "ilk 6 ayda sadece anne sütü ile emzirmenin önemi" bilgisi verilirken, bebekte normalin üzerinde ağırlık kaybı olduğu bilgisi 33'üne (%25.4), bebekte sarılık riski olduğu bilgisi 47'sine (%36.2) verilmişti. Hekim tarafından kan şekeri düzeyi 43 (%33.1) bebeğe bakılmışken, kan şekerinin düşük olduğu yorumu sadece 2 bebek (%1.5) için yapılmıştı.

Hastaneden taburcu olmadan postnatal ilk günlerde 25 bebeğe (%19.2) formül süt başlandığı görüldü. Bunun en büyük sebebi %76 (n=19) sıklıkla "sütün gelmemesi" olarak belirtilirken, bu durumu %20 (n=5) oranında sarılık riski, %4 (n=1) oranında aşırı kilo kaybı takip etti. Kan şekeri düşüklüğü nedeniyle herhangi bir bebeğe formül süt başlanmadı. Formül süt 10 bebekte (%40) çocuk hekiminin, 8 bebekte (%32) hemşirenin önerisi, 7 bebekte (%28) ise anne isteği ile başlanmıştı.

Taburculuk sonrasından 6. aya kadar olan sürede, annelerin 48'i (%36.9) bebeğine anne sütü dışında besin verdiğini belirtti. Bunların 25'ine (%52) hastanede formül süt hiç verilmemiş olduğu saptandı.

Doğum şeklinden bağımsız olarak 12 anne-bebek çiftinin (%9.2) postnatal 24 saati dolmadan taburcu edilmiş olduğu görüldü. C/S doğumlar için 48 saatten, normal spontan vajinal yol ile olan doğumlar için 24 saatten önce olan erken taburculuğun 26 (%20) anne-bebek çiftinde söz konusu olduğu görüldü. İlk 2 saatte emzirme sağlanamayanlarda 24 saatten erken taburculuğun olmadığı saptandı.

Postpartum dönemde annelerin; 89'u (%68.5) çocuk bakımı için çevreden destek aldığını belirtirken, 39'u (%30) doğum sonrası dönemde olumsuz duygu durumu içinde olduğunu belirtti.

Anne ve bebeklerin 109'unun (%83.8) doğum yatışı sonrasında ilk hekim başvurusunun, topuk kanı aldırma amacıyla aile hekimine olduğu gözlemlendi. Topuk kanı aldırma zamanından önce başvuran 21 katılımcının (%16.2) 15'inin (%71.4) sarılık nedeniyle, birinin (%4.8) emzirememesi/bebeğin çok ağlaması nedeniyle hekime başvurduğu saptandı. Ayrıca tüm katılımcıların 23'ünün (%17.7) yeniden hastaneye yatırıldığı ve bunların 12'sinin (%52.2) sarılık, 11'inin (%47.8) enfeksiyon nedeniyle yatışının yapılmış olduğu görüldü.

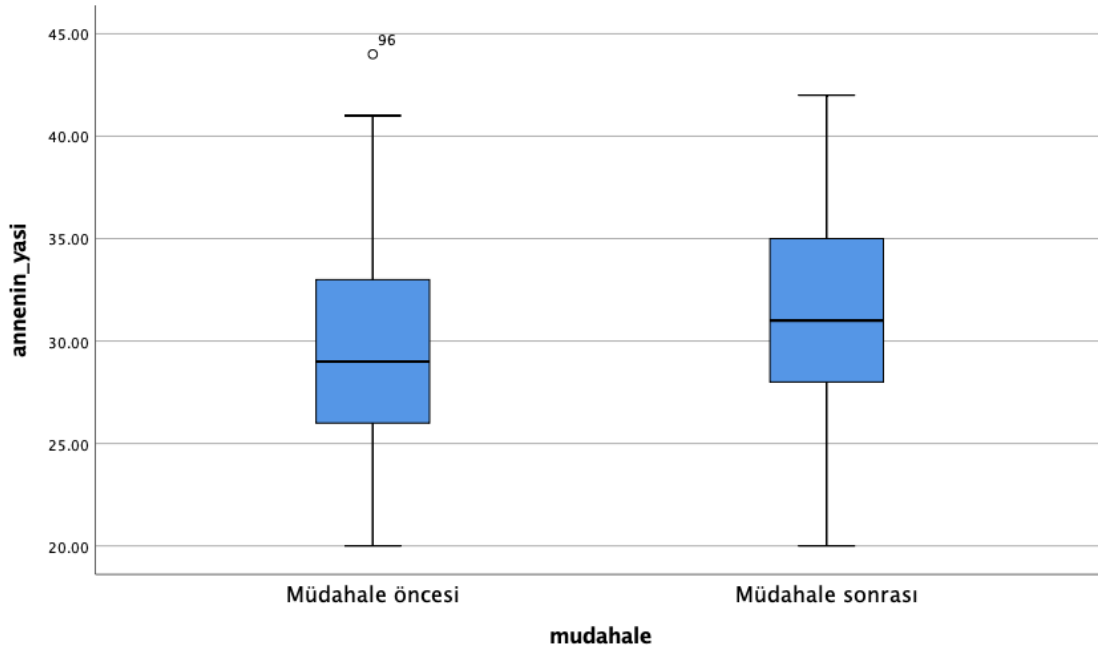
Bebeklerin 6. aydaki durumlarına bakıldığında 127'sine (%96.9) D vitamini desteği, 106'sına (%81.5) ise demir profilaksisi verildiği görüldü. Annelerin sadece 2'si (%1.5), ilk 6 ayda bebeklerinin büyümesinden memnun olmadığını ifade etti.

Sosyal pediatri polikliniğindeki 6. ay kontrollerine geldiklerinde sadece anne sütü alan 92 (%70.8) bebek vardı. Bu grup ilk 6 ay boyunca anne sütü dışında ek gıda verilip sonradan kesilen bebekleri de kapsamaktaydı. Çalışmaya katılan bebeklerin 79'u (%60.8) ilk 6 ay boyunca sadece ve tek başına anne sütü ile beslenmiş bulunuyordu. Geriye kalan 51 bebeğin, 25'ine (%49) hastanede taburcu olmadan önce formül süt başlandığı, 26'sına (%51) taburculuk sonrası formül süt ya da ek gıda başlanmış olduğu saptandı.

4.2. Müdahale Öncesi ve Sonrasındaki Gruplar Arasındaki Karşılaştırma

Grup 1'de toplam 140 anne-bebek çifti çalışmaya katılmışken, bunların %53.6'sı kız, %46.4' ü erkekti. Grup 2'de ise 130 anne-bebek çifti çalışmaya dahil edilmiş olup, %56.2'si erkek ve %43.8'i kızdı. Gruplar arasında cinsiyet açısından fark bulunmamaktadır ($p=0.11$) (Tablo 4).

Anne yaş dağılımı açısından yapılan istatistiksel değerlendirmede Grup 1'de anne yaşı daha küçük bulunmuştur ($p=0.016$) (Şekil 3). Fakat anneler 35 yaş altı ve üstü olarak gruplandırıldığında fark görülmemiştir ($p=0.55$) (Tablo 4).



Şekil 3. Anne yaşının dağılımı

Grup 1'deki annelerin 65'i (%46.4) üniversite mezunu, 60'ı (%42.9) lise mezunu, 15'i (%10.6) ilköğretim mezunu ya da okur-yazardır. Grup 2'deki annelerin ise 59'u (%45.4) üniversite mezunu, 48'i (%36.9) lise mezunu, 23'ü (%17.7) ilköğretim mezunu ya da okur-yazardır. Anne eğitim durumu açısından gruplar arası fark gözlenmedi ($p=0.217$) (Tablo 4).

Grup 1'deki annelerin 92'sinin (%65.7) ev kadını olduğu, 48'inin (%34.3) gebelik öncesinde çalıştığı görülürken, Grup 2'dekilerin 89'unun (%68.5) ev kadını olduğu, 41'inin (%31.6) gebelik öncesinde çalıştığı bulundu. Gruplar arasında annelerin çalışma durumu açısından fark görülmedi ($p=0.263$) (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcı annelerin demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Parametre	Grup 1 (n=140)	Grup 2 (n=130)	p
Çalışmaya katılan, n (%)	Erkek: 65 (46.4) Kız: 75 (53.6)	Erkek: 73 (56.2) Kız: 57 (43.8)	0.11
Anne yaş dağılımı Median (Aralık)	29 (20-44)	31 (20-42)	0.016
35 yaş üstü anne yaşı, n (%)	21 (15)	23 (17,7)	0.55
Anne eğitim durumu, n (%)	Üniversite: 65 (46.4) Lise: 60 (42.9) İlköğretim: 14 (10.0) Okur-yazar: 1 (0,7)	Üniversite: 59 (45.4) Lise: 48 (36.9) İlköğretim: 23 (17.6)	0.217
Çalışan anne, n (%)	92 (65.7)	89 (68.5)	0.263

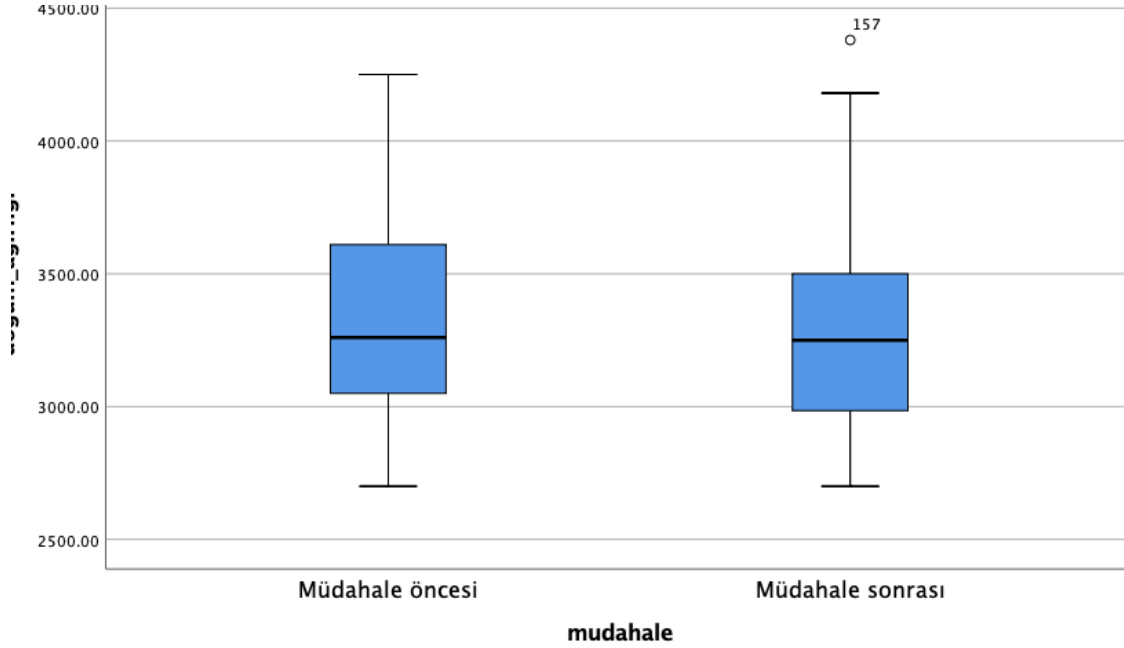
Grup 1'deki gebelerin 55'i (%39.3) primipar iken, Grup 2'deki gebelerin 43'ü (%33.1) primipardı. Gruplar arası fark görülmedi ($p=0,289$) (Tablo 5).

Grup 1'de daha önceki gebeliklerinde abortus öyküsü olan $n=27$ (%19.3) anne varken, Grup 2'de $n=28$ (%21.5) anne bulundu. Gruplar arasında fark bulunmadı ($p=0,701$) (Tablo 5).

Önceki gebeliğinde emzirme süresi 6 ayın altında olan anneler Grup 1'de 23 iken (%27.1), Grup 2'de 17 (%19.3) olarak görüldü. Gruplar arasında bu açıdan fark bulunmadı ($p=0.1$) (Tablo 5).

Gebelik yaşına bakıldığında; Grup 1'de median 39 hafta (Aralık: 38-42 hafta) olup, Grup 2'de median 38.5 haftaydı (Aralık: 38-41 hafta). Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında fark bulunmadı ($p=0.08$) (Tablo 5).

Bebeklerin doğum ağırlığına bakıldığında; Grup 1’de median:3257 gr (Aralık: 2700-4250 gr), Grup 2’de median:3250 gr (Aralık: 2700-4380 gr) idi (Şekil 4). Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında fark bulunmadı ($p=0.137$) (Tablo 5).



Şekil 4. Bebeklerin doğum ağırlığının dağılımı

Grup 1’de bebeklerin 69’u (%49.3) NVY ile doğmuşken, 59’u (%42.1) e-C/S, 12’si (%8.6) a-C/S ile doğmuştu. Grup 2’de ise bebeklerin 65’i (%50) NVY, 56’sı (%43.1) e-C/S, 9’u (%6.9) a-C/S ile doğmuştu. Gruplar arasında fark yoktu ($p=0.880$) (Tablo 5). Primiparların 37’si (%37.8) e-C/S olmak üzere toplamda 42’sinin (%42.9) C/S ile doğum yaptığı tespit edildi. Multiparların 78’i (%45.3) e-C/S olmak üzere toplam %54.6’sının C/S ile doğum yapmış olduğu görüldü. Multiparlarda primiparlara göre istatistiksel olarak C/S ve e-C/S oranında anlamlı farklılık görülmedi (sırasıyla, $p=0.062$ ve $p=0.225$) (Şekil 5).

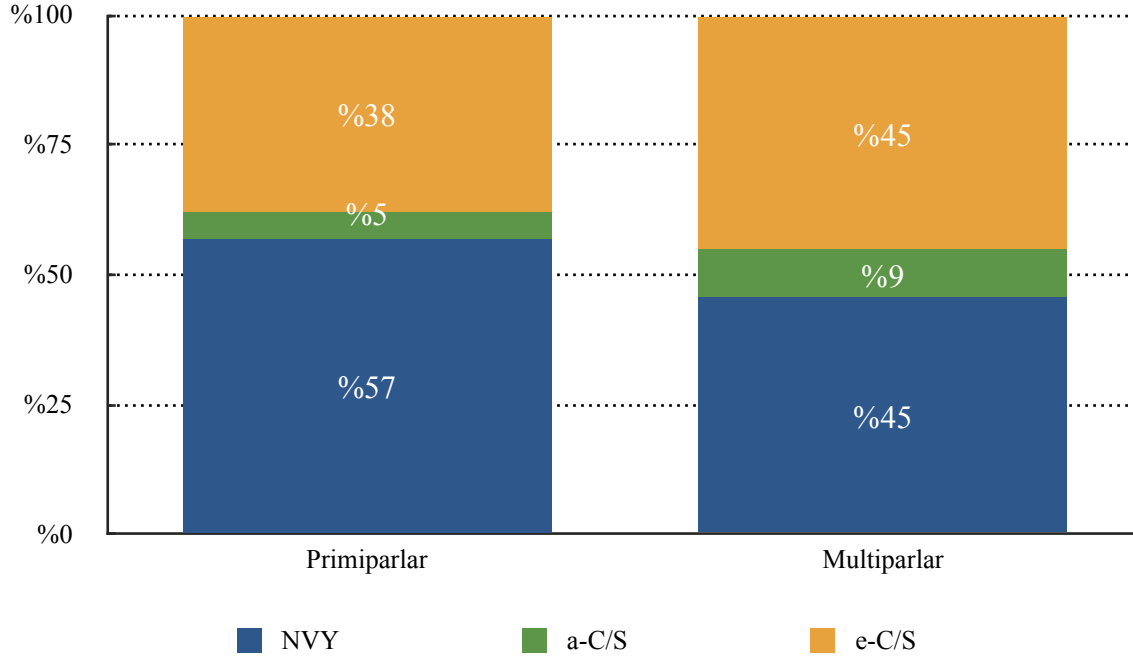
Tablo 5. Katılımcı annelerin doğum özelliklerinin karşılaştırılması

Parametre	Grup 1	Grup 2	p
Primipar anne, n (%)	55 (39.3)	43 (33.1)	0.289
Abortus öyküsü, n (%)	27 (19.3)	28 (21.5)	0.701
Önceki doğum(lar)da <6 ay emziren anne, n (%)	23 (27.1)	17 (19.3)	0.1
Doğum haftası Median (Aralık)	39 (38-42)	38 (38-41)	0.08
Doğum ağırlığı (gr) Median (Aralık)	3260 (2700-4220)	3250 (2700-4380)	0.137
Doğum şekli			
NVY, n (%)	69 (49.3)	65 (50)	0.880
e-C/S, n (%)	59 (42.1)	56 (43.1)	
a-C/S, n (%)	12 (8.6)	9 (6.9)	

Grup 1’de anestezi alan annelerin doğum sırasında 15’ine (%20.8) genel, 57’sine (%79.2) epidural anestezi uygulanırken; grup 2’de anestezi alanların 5’i (%7.8) genel, 59’u (%92.2) epiduraldi. C/S’de kullanılan genel anestezi oranı Grup 1’de Grup 2’dekine göre daha fazlaydı (p=0,032). Tüm doğumlar anestezi açısından değerlendirildiğinde de Grup 1’de Grup 2’ye göre daha fazla genel anestezi kullanıldığı görüldü (p=0.031) (Tablo 6).

Tablo 6. Doğumda kullanılan anestezi şekillerinin karşılaştırılması

Parametre	Grup 1	Grup 2	p
Anestezi şekli, n (%)			
Genel anestezi	15 (20.8)	5 (7.8)	0.032
Epidural anestezi	57 (79.2)	59 (92.2)	
Tüm doğumlardaki genel anestezi, n (%)	15 (10.7)	5 (3.8)	0.031



Şekil 5. Katılımcılarda pariteye göre C/S ve NVY dağılımı

Grup 1’de doğum öncesi öngörülen emzirme süresini 6 anne (%4.2) “0-6 ay”, 24 anne (%17.1) “6-12 ay” ve 110 anne (%78.6) “12-24 ay” olarak işaretlerken, Grup 2’de 11 anne (%8.4), 13 anne (%10.0), 106 anne (%81.5) sırasıyla bu yanıtları seçti. Öngörülen emzirme süresi dağılımı açısından gruplar arasında fark yoktu ($p=0.214$) (Tablo 7).

Postpartum dönemde annelerin; Grup 1’de 91’i (%65) çocuk bakımı için çevreden destek aldığını belirtirken, 45’i (%32.1) olumsuz duygu durumu içinde olduğunu belirtti. Grup 2’de ise 89 anne (%68.5) çevresinden destek alıyordu ve 39 anne (%30) ise olumsuz duygu durumu içinde olduğunu belirtmişti. Bu değişkenler açısından gruplar arasında fark yoktu ($p=0.547$ ve $p=0.704$). (Tablo 7).

Taburcu olmadan önce Grup 1’deki bebeklerin 15’inin (%10.7) YDÜ’ye yattığı, yatış nedenlerinin 10 (%66.6) bebekte solunum sıkıntısı ve 5 (%33.3) bebekte sarılık olduğu tespit edildi. Grup 2’de ise bebeklerin 25’inin (%19.2) YDÜ’ye yattığı, bunların da 18’inde (%72) solunum sıkıntısı ve 7’sinde (%28) sarılık olduğu bulundu. YDÜ’ye yatan hasta sayısı açısından gruplar arasında fark bulundu ($p=0.049$) (Tablo 7).

Tablo 7. Müdahaleden etkilenmeyen diğer faktörler

Parametre	Grup 1	Grup 2	p
Annenin öngördüğü emzirme süresi, n (%)	0-6 ay: 6 (4.2) 6-12 ay: 24 (17.1) 12-24 ay: 110 (78.6)	0-6 ay: 11 (8.4) 6-12 ay: 13 (10) 12-24 ay: 106 (81.5)	0.214
Taburculuk öncesi YDÜ yataşı, n (%)	15 (10.7)	25 (19.2)	0.049
Bebğin bakımı için aile desteği varlığı, n (%)	91 (65)	89 (68.5)	0.547
Doğum sonrası olumsuz duygu durumu, n (%)	45 (32.1)	39 (30)	0.704
Doğumdan sonra taburculuk sonrası ilk sağlık başvurusu topuk kanı aldırma için olanlar (yenidoğan	123 (87.9)	109 (83.8)	0.344

Anne ve bebeklerin Grup 1’de 123’ünün (%87.9) ve Grup 2’de 109’unun (%83.8) ilk hekim başvurusuna topuk kanı aldırma zamanında (postnatal 7. gün) aile hekimine başvurmasıyla olduğu görüldü. Gruplar arasında fark bulunmadı ($p=0.344$) (Tablo 7).

Grup 1’deki bebeklerin 109’u (%77.9) doğumu izleyen ilk saat, 127’si (%90.8) ilk 2 saat içinde, Grup 2’deki bebeklerin 90’ı (%69.2) ilk saat, 112’si ilk 2 saat içinde anneleriyle temas etmişti. Gruplar arasında bu dağılım açısından fark görülmedi ($p=0.402$) (Tablo 8). Her iki grupta da NVY doğumlarda C/S doğumlara göre ilk 2 saatte temasın daha fazla olduğu görüldü (NVY’de %93.3, C/S’de %83.8, $p=0.015$).

Tablo 8. Müdahaleden etkilenen değişkenlerin karşılaştırılması

Parametre	Grup 1	Grup 2	p
Anne-bebek ilk temas zamanı, n (%)	1 saat: 109 (77.9) 2 saat: 127 (90.8)	1 saat: 90 (69.2) 2 saat: 112 (86.1)	0.402
İlk emzirme zamanı, n (%)	1 saat: 92 (65.7) 2 saat: 122 (87.1)	1 saat: 80 (61.5) 2 saat: 109 (83.8)	0.855
İlk 24 saatte çocuk doktorunu gören, n (%)	127 (90.7)	124 (95.4)	0.134
Anne sütü ile beslenmeye yönelik bilgi verilen, n (%)	124 (88.6)	110 (84.6)	0.339
Tüm bebeklerden kan şekeri bakılan, n (%)	63 (45)	43 (33.1)	0.045
Aşırı kilo kaybı yorumu yapılan, n (%)	40 (28.6)	33 (25.4)	0.556
Sarılık sorunu ifade edilen, n (%)	54 (38.6)	47 (36.2)	0.682
Hastanede formül süt başlanan, n (%)	42 (30)	25 (19.2)	0.041
Taburculuk sonrası formül süt veya başka ek gıda verilen, n (%)	71 (50.7)	48 (36.9)	0.023
Taburculuk sonrası formül süt başlanan, n (%)	27 (27.6)	23 (21.9)	0.351
Taburculuk zamanı: İlk 24 saat, n (%)	41 (29.3)	12 (9.2)	<0.001
24-48.saat, n (%)	81 (57.9)	96 (73.1)	
Erken taburculuk, n (%)	95 (67.9)	26 (20)	<0.001

İlk kez emzirmenin; Grup 1'dekilerin ilk 1 saatte 92'sinde (%66.7), ilk 2 saatte 122'sinde (%87.1) gerçekleştiği görülürken, Grup 2'dekilerin ilk 1 saatte 80'inde (%61.5), ilk 2 saatte 109'unda (%83.8) gerçekleştiği görüldü. Gruplar arasında bu dağılım açısından

fark görülmedi ($p=0.855$) (Tablo 8). Ayrıca NVY doğumlarda C/S doğumlara göre ilk 1 saatte (OR:2.8, $p<0.001$) ve ilk 2 saatte (OR=2.9, $p=0.004$) emzirmenin başlatılmasının daha fazla olduğu tespit edildi.

Doğum sonrasında anne yanına verildikten sonra, Grup 1’de 127 (%90.7), Grup 2’de 124 (%95.4) bebek ilk kez çocuk doktoru tarafından görülmüştü. Gruplar arasında fark görülmedi ($p=0.134$) (Tablo 8).

Annelere “anne sütü kullanımı, süresi ve önemi ile laktasyon problemleri” hakkında taburculuk öncesi doktoru tarafından bilgi verilip verilmediği sorulduğunda Grup 1’deki 124 (%88.6) anne ve Grup 2’deki 110 (%84.6) anne verildiğini belirtti. Gruplar arasında fark görülmedi ($p=0.339$) (Tablo 8).

Annelere bebeklerine kan şekeri bakılıp bakılmadığı sorulduğunda Grup 1’deki 63 (%45) anne ve Grup 2’deki 43 (%33.1) anne bakıldığını belirtti. Grup 2’de kan şekeri bakılmasının anlamlı olarak azaldığı görüldü ($p=0.045$) (Tablo 8). YDÜ’ye yatan hastalar hariç tutulduğunda da bu anlamlılık devam etti (%47.2 vs %32.4, $p=0.023$). Kan şekeri bakılan bebeklerden Grup 1’de 4’üne, Grup 2’de 2’sine “kan şekeri düşük” yorumu yapıldığı görüldü fakat yatış nedenleri arasında hipoglisemiye bağlı yatış görülmedi, sadece 1 bebekte kan şekeri düşüklüğü nedeniyle formül süt başlandığı görüldü.

Grup 1’de 40 (%28.6), Grup 2’de 33 (%25.4) anneye bebeklerinde aşırı kilo kaybı olduğu söylenmişti. Gruplar arasında fark görülmedi ($p=0.556$) (Tablo 8).

Bebeklerinde sarılık riski olduğu yorumu Grup 1’deki 54 (%38.6) anneye ve Grup 2’deki 47 (%36.2) anneye yapılmıştı. Gruplar arasında fark görülmedi ($p=0.682$) (Tablo 8).

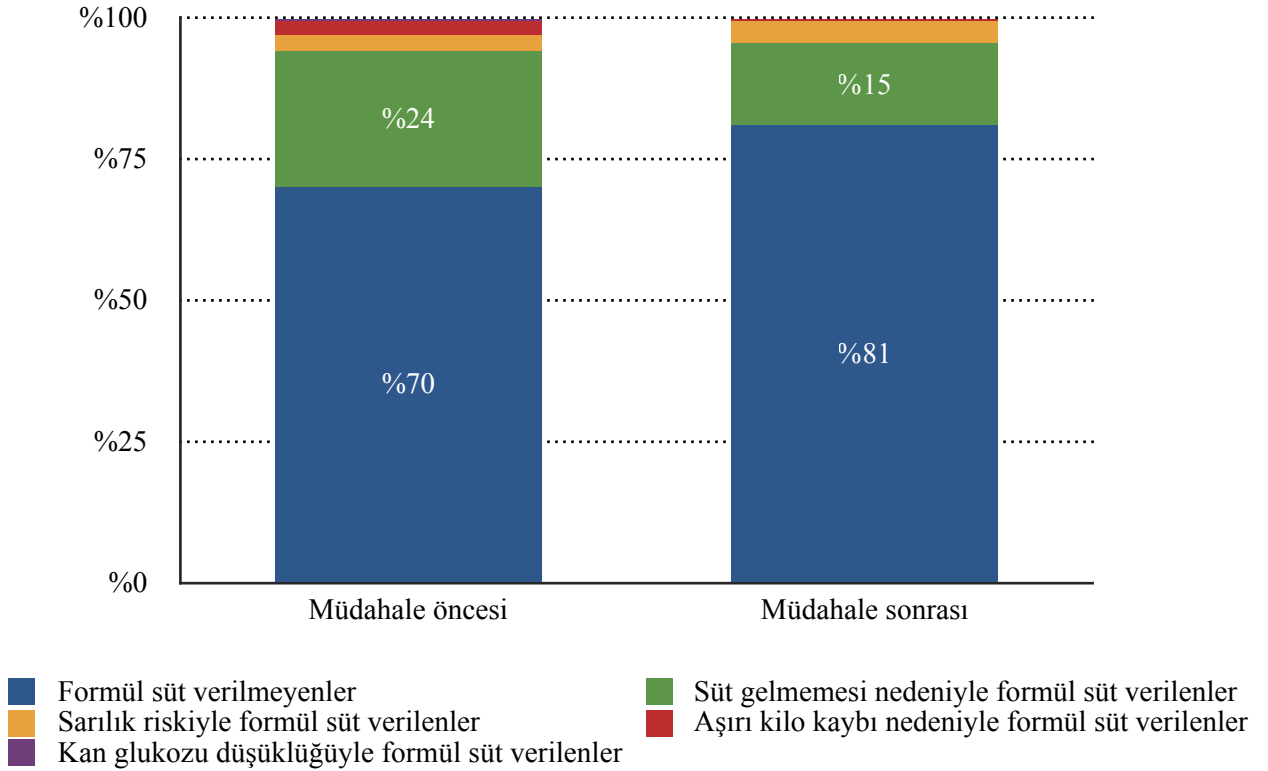
Grup 1’deki bebeklerin %30’una ($n=42$) hastanede formül süt başlanırken, Grup 2’deki bebeklerin %19.2’sine ($n=25$) formül süt başlandığı görüldü. Müdahale sonrasında hastanede formül süt başlanma oranlarının azaldığı görüldü ($p=0.041$) (Tablo 8).

Grup 1’de hastanede başlanan formül sütün en büyük sebebi 34 (%81) bebekte “sütün gelmemesi” olarak belirtilirken, bu durumu 4 (%9.5) bebekte sarılık riski, 3 (%7.1) bebekte aşırı kilo kaybı ve 1 (%2.4) bebekte kan şekeri düşüklüğü takip etti. Grup 2’de

hastanede başlanan formül süt en büyük sebebi 19 (%76) bebekte “sütün gelmemesi” olarak belirtilirken, bu durumu 5 (%20) bebekte sarılık riski, 1 (%4) bebekte aşırı kilo kaybı takip etti. Gruplar arasında fark görülmedi ($p=0.639$) (Tablo 9) (Şekil 6). Grup1’in %24.3’üne, Grup 2’nin %14.6’sına sütün gelmemesi nedeniyle hastanede formül süt başlanmıştı ($p=0.046$).

Tablo 9. Hastanede formül süt başlanan bebeklerin nedenlerinin karşılaştırılması

Formül süt başlama nedenleri	Grup 1, n (%)	Grup 2, n (%)	p
Sütün gelmemesi	34 (81)	19 (76.0)	0.639
Sarılık riski	4 (9.5)	5 (20)	
Aşırı kilo kaybı	3 (7.1)	1 (4)	
Kan şekeri düşüklüğü	1 (2.4)	-	

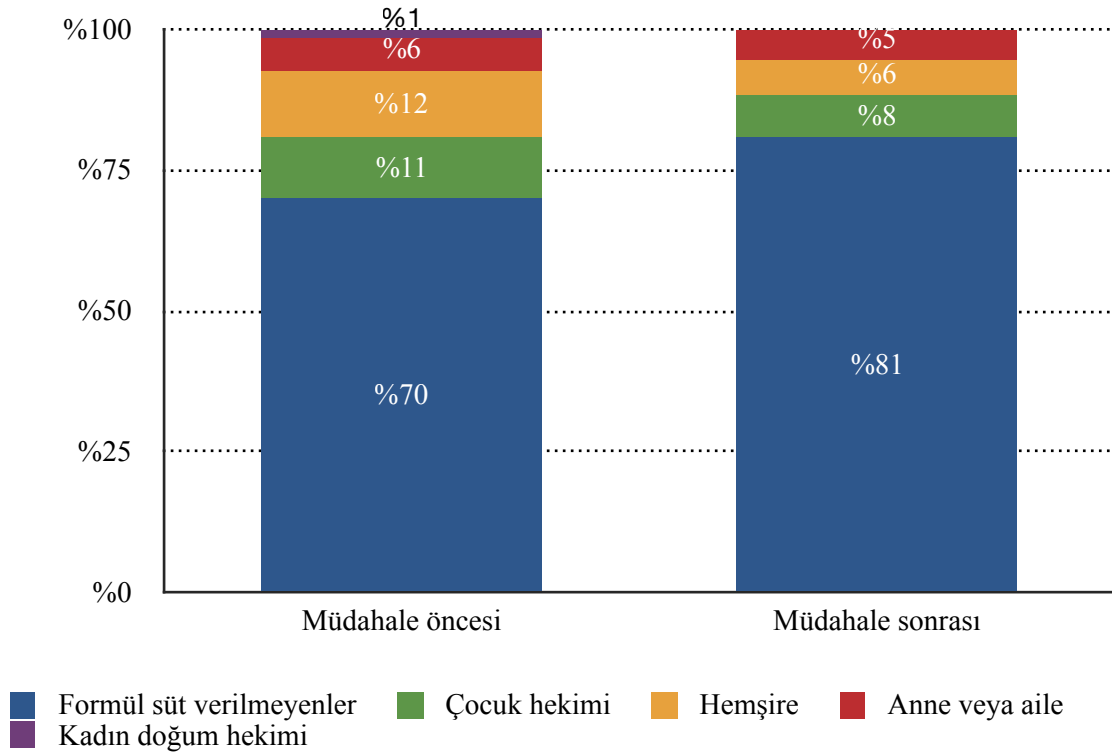


Şekil 6. Hastanede formül süt başlama durumu ve sebeplerinin dağılımı

Grup 1’de 15 bebeğe (%35.7) çocuk hekiminin önerisiyle, 17 bebeğe (%40.5) hemşire önerisiyle, 8 bebeğe (%19) anne isteğiyle, 2 bebeğe (%4.8) ise kadın doğum hekimi önerisiyle formül süt başlanmıştı. Grup 2’de ise bu durumun 10 olguda (%40) çocuk hekiminin önerisi, 8 olguda (%32) hemşire önerisi, 7 olguda (%28) anne isteğiyle olduğu saptandı (Şekil 7). Gruplar arasında fark görülmedi ($p=0,632$) (Tablo 10).

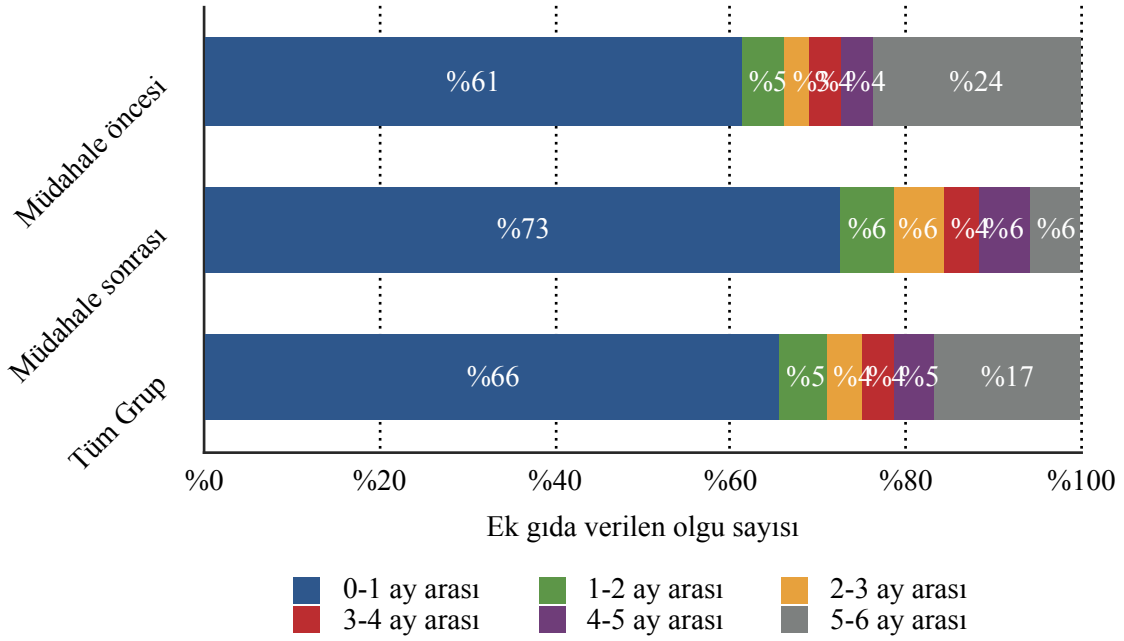
Tablo 10. Hastanede formül süt başlayanların karşılaştırılması

Parametre	Grup 1	Grup 2	p
Hastanede formül süt başlayan, n (%)	Çocuk doktoru: 15 (35.7)	Çocuk doktoru: 10 (40) Hemşire: 8 (32)	0.632



Şekil 7. Hastanede formül sütün başlanması ve önerenlerin dağılımı

Hastaneden çıkınca anne sütü haricinde bebeğe formül süt ya da ek gıda verenlerin dağılımına bakıldığında; Grup 1’de 71 (%50.7), Grup 2’de ise 48 (%36.9) annenin verdiği görüldü. Müdahale sonrasında taburculuk sonrası anne sütü dışı besin verme oranı belirgin olarak azalmıştı ($p=0,023$) (Tablo 8). Fakat taburculukta SAS olup taburculuk sonrasında formül süt başlama oranlarında gruplar arasında fark görülmedi ($p=0.351$).



Şekil 8. Bebeklere anne sütü dışı besin verilme zamanlarının dağılımı

Hastaneden çıktıktan sonra anne sütüyle birlikte sadece formül süt ile beslenen toplam 70 (%25.9), formül süt veya ek besin ile beslenen toplam 119 (%44.1) bebek vardı. Formül süt en sık (%74.6) 1. ayda, tamamlayıcı besinler %84 bebekte 5. ayda başlanmıştı. Anne sütü dışındaki besinlerin başlangıç zamanı 86 bebekte (%65.6) ilk 1 ay, 7 bebekte (%5.3) 1-2 ay, 5 bebekte (%3.8) 2-3 ay, 5 bebekte (%3.8) 3-4 ay, 6 bebekte (%4.6) 4-5 ay, 22 bebekte (%16.8) 5-6 ay arasındaydı. Bu durum her iki grupta da SAS_{6ay} oranlarında azalmaya neden oluyordu. Bu değişkenlerin gruplar arasındaki dağılımı Şekil 8’de verilmiştir.

Taburculuk zamanlarına bakıldığında Grup 1'dekilerin 41'inin (%29.3) 24 saatten önce, 81'inin (%57.9) 24-48. saatleri arasında taburcu olduğu gözlemlenirken; Grup 2'de ilk 24 saatte taburcu olan 12 bebek (%9.2) ve 24-48. saatler arasında taburcu olan 95 bebek (%73.1) vardı. Grup 2'de hastaneden taburculuk zamanı ilk 24 saatin altında olanların oranı azalırken, 24-48 saat arasında olanların oranı artmıştı ($p=0,001$) (Tablo 8).

Grup 1'de 17 olgunun (%12.1), Grup 2'de 21 olgunun (%16.2) 2. yenidoğan tarama testleri öncesinde sağlık kurumu başvurusu olduğu görüldü. Grup 1 ve Grup 2'de başvuru nedenleri sırasıyla 12 olguda (%70.6) ve 15 olguda (%71.4) sarılık, 4 olguda (%23.5) ve 1 olguda (%4.8) emziremememe/bebeğin çok ağlaması olduğu görüldü. Gruplar arasında başvuran olgu sayısı ve başvuru nedenleri açısından anlamlı fark bulunmadı (sırasıyla, $p=0.344$ ve $p=0.109$). Grup 1'de tüm bebeklerin 13'ü (%9.3) yeniden hastaneye yatırılmıştı, bunların 9'u sarılık, 4'ü enfeksiyon nedeniyleydi. Grup 2'de ise tüm bebeklerin 23'ü (%17.7) hastaneye yatırılırken, yatış nedenlerinin 12 bebekte sarılık ve 11 bebekte enfeksiyon olduğu belirlendi. Grup 2'de yeniden hastaneye yatışın daha fazla olduğu görüldü ($p=0,042$). YDÜ yatışı olanlardan taburculuk sonrası yeniden yatışı olanlar Grup 1'de 7 (%46.7) bebekte, Grup 2'de 11 (%44) bebekte. Toplamda YDÜ yatışı olan 40 bebeğin 18'i yeniden hastaneye yattı. YDÜ yatışı taburculuk öncesi olanlarda, hastaneye yeniden yatış oranları daha fazla görüldü (%45 vs %7.8, $p<0.001$) (Tablo 11).

Tablo 11. Hastane yeniden başvuru ve yatışın karşılaştırılması

Parametre	Grup 1	Grup 2	p
Taburculuk sonrası postnatal 7. güne kadar yeniden hastaneye başvuru, n (%)	17 (12.1)	21 (16.2)	0.344
Doğumdan sonra taburculuk sonrasında yeniden hastaneye yatış, n (%)	13 (9.2)	23 (17.7)	0.042

6 ay boyunca sadece anne sütü (SAS) açısından gruplara bakıldığında, Grup 1’de bu oranın %42.9 (60 bebek), Grup 2’de ise %60.8 (79 bebek) olduğu görüldü. Müdahale sonrası SAS_{6ay} oranı anlamlı olarak arttı ($p=0.003$) (Tablo 12).

Tablo 12. Gruplar arası SAS durumunun karşılaştırılması

Parametre	Grup 1	Grup 2	p
6 ay boyunca sadece ve tek başına anne sütü (SAS) ile beslenen, n (%)	60 (42.9)	79 (60.8)	0.003
6. ay kontrolünde sadece anne sütü kullananlar, n (%)	79 (56.4)	92 (70.8)	0.005

Altıncı ayda beslenme durumuna bakıldığında Grup 1’de %56.4 ($n=79$) ve Grup 2’de %70.8 ($n=92$) bebeğe ilk 6 ay içinde bir dönem anne sütü dışında ek besin verilmiş olsa bile, bunun daha sonra kesilmiş olduğu ve 6. ay kontrolünde sadece anne sütüyle besleniyor olduğu saptanmıştır. Müdahale sonrası 6. aydaki sadece AS kullanım oranı artmıştır ($p=0.005$) (Tablo 12).

Bebeklerin 6. aydaki durumlarına bakıldığında Grup 1’de %96.4’üne ($n=135$) D vitamini desteği, %85.7’sine ($n=120$) ise demir profilaksisi verildiği görüldü. Grup 2’de ise bu oran, D vitamini için %96.9 ($n=126$) ve demir profilaksisi için %81.5 ($n=106$) olarak bulundu. Gruplar arasında fark gözlenmedi ($p=0.353$) (Tablo 13).

Grup 1 ‘de annelerin 11’i (%7.9), ilk 6 ayda bebeklerinin büyümesinden memnun olmadığını ifade etti. Grup 2’de ise 2 anne (%1.5) büyümeden memnun olmadığını belirtti. Müdahale sonrasındaki grupta büyümeden memnuniyetin arttığı tespit edildi ($p=0.015$) (Tablo 13).

Tablo 13. Bebeklerde D vitamini ile demir profilaksisi alma ve büyüme memnuniyetinin karşılatırılması

Parametre	Grup 1	Grup 2	p
İlk 6 ay D vitamini profilaksisi alma, n (%)	135 (96.4)	126 (96.9)	1.00
İlk 6 ay Fe profilaksisi alma, n (%)	120 (85.7)	106 (81.5)	0.353
Bebeklerinin büyümesini yetersiz bulan anneler, n (%)	11 (7.8)	2 (1.5)	0.015

4.3. Hastanede Formül Süt Kullanımını Etkileyen Faktörler

4.3.1. Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Hastaneden sadece anne sütü ile taburcu olma durumu ve onu etkileyen faktörlerin ilişkisi öncelikle tek değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Anne yaşı (OR:1.019, %95 GA: 0.963-1.077), anne eğitim durumu referans ilköğretim alındığında (OR:0.455, %95 GA:0.161-1.282 ve OR:0.385, %95 GA:0.139-1.067), çalışan anne olması (OR:1.103 %95 GA:0.610-1.997), önceki gebeliklerinde ölü doğum öyküsü (OR:0.417, %95 GA:0.139-1.249), önceki gebeliklerinde abortus öyküsünün varlığı (OR:0.851, %95 GA:0.435-1.663), gestasyonel hafta referans 38-39 hafta aralığı olarak alındığında (OR:1.157, %95 GA: 0.605-2.214 ve OR:1.257, %95 GA:0.598-2.644), C/S ile doğum öyküsü (OR:0.606, %95 GA:0.346-1.061), annenin doğumda genel anestezi alması (OR:0.463, %95 GA:0.181-1.187), annenin doğum öncesi dönemde 12-24 ay arasında emzirme süresi öngörmesi (OR:1.36, %95 GA:0.702-2.644) ile hastaneden sadece anne sütü beslenerek taburcu olma (SAS_{tbc}) arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 14).

Annenin primipar olması, SAS_{tbc} oranlarını yarı yarıya azaltmaktadır (OR:0.527, %95 GA:0.300-0.924) (Tablo 14).

Tablo 14. Müdahaleden etkilenmeyen değişkenlerin tüm katılımcılardaki SAS_{tbc} durumlarına yönelik tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları

Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları				
Değişken	p	OR	%95 GA	
Yaş	0.515	1.019	0.963	1.077
Anne eğitim durumu (referans: ilköğretim)	0.136	0.455	0.161	1.282
Lise	0.066	0.385	0.139	1.067
Üniversite				
Çalışan anne	0.745	1.103	0.610	1.996
Primipar olma	0.025	0.527	0.300	0.924
Önceki gebeliklerinde ölü doğum öyküsü	0.118	0.417	0.139	1.249
Önceki gebeliklerinde abortus öyküsü	0.636	0.851	0.435	1.663
Önceden en az 6 ay emzirmiş olma öyküsünün olması	0.002	2.468	1.382	4.408
Gestasyonel hafta (referans: 38-39 hafta)				
39-40 hafta	0.659	1.157	0.605	2.214
40 hafta ve üstü	0.546	1.257	0.598	2.644
C/S ile doğum	0.08	0.606	0.346	1.061
e-C/S ile doğum	0.035	0.549	0.314	0.958
Genel anestezi ile doğum	0.109	0.463	0.181	1.187
Annenin doğum öncesi öngördüğü emzirme süresinin 12-24 ay olması	0.361	1.362	0.702	2.644
Taburculuk öncesi YDÜ yatış	0.018	0.427	0.211	0.865
Bebeğin bakımı için aile desteği varlığı	0.003	0.350	0.176	0.694

Elektif C/S ile doğum öyküsünün olması SAS_{tbc} durumunu olumsuz etkilemektedir. (OR:0.549, %95 GA:0.314-0.958) (Tablo 14).

Taburculuk öncesi bebeğin YDÜ'ye yatışının olması SAS_{tbc} oranını belirgin azaltmaktadır (OR:0.427, %95 GA:0.211-0.865) (Tablo 14).

Annelerin daha önceki bebeklerini en az 6 ay emzirme öyküsünün olması SAS_{tbc} oranını 2.46 kat arttırmaktadır (OR:2.468, %95 GA:1.382-4.408) (Tablo 14).

Bebek bakımında doğum sonrası ilk günlerdeki anneye aile desteğinin varlığı (OR:0.350, %95 GA:0.176-0.694) SAS_{tbc} oranlarını azaltmaktadır (Tablo 14).

Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde bebeğin hekim tarafından anne yanında görülmesi (OR:0.548, %95 GA:0.155-1.942), doğum sonrası dönemde anneye çocuk hekimi tarafından “anne sütü ile beslenme ve laktasyon sorunları” hakkında bilgi verilmiş olması (OR:1.884, %95 GA:0.894-3.969), hekim tarafından bebeğin aşırı kilo kaybettiğinin belirtilmesi (OR:0.830, %95 GA:0.451-1.528) , hekim tarafından bebeğin sarılık riski olduğunun söylenmesi (OR:0.928, %95 GA:0.524-1.631), C/S’lerde 48 saatten önce ve NVY’lerde 24 saatten önce taburculuk (erken taburculuk) (OR:1.002, %95 GA:0.575-1.746), postnatal ilk 24 saatte taburculuk (OR:1.328, %95 GA:0.640-2.756) ile SAS_{tbc} arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 15).

İlk 2 saatte anne-bebek temasının olması (OR:2.89, %95 GA:1.338-6.244) ve ilk 2 saatte emzirmenin başlatılması (OR:3.622, %95 GA:1.792-7.321) SAS_{tbc} oranlarını belirgin arttırırken, hastane izleminde bebeklere kan şekeri bakılması (OR:0.492, %95 GA:0.281-0.860) SAS_{tbc} sıklığını yarı yarıya azaltmaktadır (Tablo 15).

Çalışmamızda yapılmış olan müdahale sonrası SAS_{tbc} 1.8 kat artmıştır (OR:1.8, %95 GA:1.022-3.172) (Tablo 15).

Tablo 15. Müdahaleden etkilenen değişkenlerin tüm katılımcılardaki SAS_{tbc} durumlarına yönelik tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları

Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları				
Değişken	p	OR	%95 GA	
Müdahale	0.042	1.800	1.022	3.172
İlk 2 saatte anne-bebek teması	0.007	2.890	1.338	6.244
İlk 2 saatte emzirme	<0.001	3.622	1.792	7.321
İlk 24 saatte çocuk hekimi ile görüşme	0.351	0.548	0.155	1.942
Anne sütü ile beslenme ve laktasyon problemleri bilgisi verilmesi	0.096	1.884	0.894	3.969
Kan şekeri bakılması	0.013	0.492	0.281	0.860
Aşırı kilo kaybı yorumu yapılması	0.550	0.830	0.451	1.528
Sarılık sorunu ifade edilmesi	0.785	0.924	0.524	1.631
Postnatal ilk 24 saatte taburculuk	0.446	1.328	0.640	2.756
Erken taburculuk	0.994	1.002	0.575	1.746

4.3.2. Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Tüm katılımcılarda SAS_{tbc} durumlarına yönelik tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçlarında $p < 0,2$ olan değişkenler, çok değişkenli lojistik regresyon analizine alınmıştır. Müdahale değişkeninin modellemeye alınması nedeniyle "kan glukozu monitorizasyonu" ve "anne sütü ile beslenme bilgisi verilme" değişkenleri müdahale konusu içinde bulunduğundan modelleme dışı bırakılmıştır. Bu modelle SAS_{tbc} tahmini %79.6 oranla yapılabilmektedir (Hosmer ve Lemeshow testi $p=0.624$, Nagelkerke R kare:0.193).

Tablo 16. Hastaneden taburculuk öncesi sadece anne sütü ile beslenmeyi etkileyen durumların çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları				
Değişken	P	OR	%95 GA	
Müdahale	0.023	2.051	1.103	3.812
Önceki gebeliklerinde ölü doğum öyküsü	0.061	0.312	0.092	1.056
Tüm gebelerde önceki emzirme süresi en az 6 ay olanlar	0.013	2.252	1.189	4.264
e-C/S ile doğum	0.036	0.522	0.285	0.957
Bebeğin bakımı için aile desteği varlığı	0.045	0.467	0.222	0.983
İlk 2 saatte emzirme	0.004	3.059	1.421	6.589
Sabit	0.439	1.558		

Yapılan çok değişkenli regresyon analizine göre müdahale (OR:2.05 %95 GA:1.103-3.812), önceki gebeliğinde en az 6 ay emzirme öyküsünün olması (OR:2.25 %95 GA:1.189-4.264), elektif sezaryen ile doğum (OR:0.522 %95 GA:0.285-0.983), ilk 2 saatte emzirmenin sağlanması (OR:3.059, %95 GA:1.421-6.589) ve annenin bebeğin bakımı için ailesinden destek alması (OR:0.46, %95 GA:0.222-0.983) modelde SAS_{tbc} ile ilişkili değişkenler ($p<0.05$) olarak bulunmuştur (Tablo 16). Modelde yer alan bebeğin bakımı için önceki gebeliklerde ölü doğum öykünün olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ayrıca tekli analizlerde $p<0.2$ olmasına rağmen bu modelde yer almayan, geriye dönük analiz sırasında, 1, 2, 3 ve 4. basamaklarda bulunan parite, ilk 2 saatte anne-bebek teması, doğumda genel anestezi alma, YDÜ yatışı değişkenleri geriye dönük analizde en uygun model seçilirken elendiklerinden son modele alınmamıştır.

4.4. İlk 6 Ayda Sadece Anne Sütü Kullanımını Etkileyen Faktörler

4.4.1. Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

SAS_{6ay} durumu ve onu etkileyen faktörlerin ilişkisi önce tek değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Anne yaşı (OR:1.01, %95 GA: 0.971-1.069), anne eğitim durumu (OR:0.81 %95 GA:0.385-1.715 ve OR:0.68 %95 GA:0.327-1.420), çalışan anne olması (OR:1, %95 GA:0.609-1.682), annenin multipar olması (OR:1.52, %95 GA:0.920- 2.493), önceki gebeliklerinde ölü doğum öyküsü (OR:0.69, %95 GA:0.234-2.056), önceki gebeliklerinde abortus öyküsünün varlığı (OR:1.16, %95 GA:0.644-2.114), gestasyonel hafta (OR:0.90, %95 GA: 0.703-1.176), bebeğin doğum ağırlığı (OR:1, %95 GA:0.999-1), e-C/S ile doğum öyküsü (OR:0.98, %95 GA:0.610-1.600), NVY ile doğum öyküsü (OR:0.838, %95 GA:0.519-1.351), annenin doğumda genel anestezi alması (OR:0.606, %95 GA:0.239-1.532), taburculuk öncesi bebeğin YDÜ'ye yatışı (OR:0.654, %95 GA:0.332-1.289) ve taburculuk sonrası bebeğin hekime ilk başvurusunun topuk kanı aldırma zamanında olması (OR:1.55, %95 GA:0.775-3.105) ile SAS_{6ay} arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 17).

Taburculuk sonrası yeniden hastane yatış öyküsü SAS_{6ay} oranlarını azaltmaktadır (OR:0.48, %95 GA:0.234-1.002) (Tablo 17).

Annelerin daha önceki bebeklerini en az 6 ay emzirme öyküsünün olması SAS_{6ay} oranını 2.12 kat arttırmaktadır (OR:2.12, %95 GA:1.305-3.449) (Tablo 17).

Annenin doğum öncesi dönemde 12-24 ay arasında emzirme süresi öngörmesi SAS_{6ay} oranını 2 kat arttırmaktadır (OR:2.08, %95 GA:1.129-3.854) (Tablo 17).

Tablo 17. Müdahaleden etkilenmeyen değişkenlerin tüm katılımcılardaki SAS_{6ay} durumlarına yönelik tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları

Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları				
Değişken	p	OR	%95 GA	
Yaş	0.436	1.019	0.971	1.069
Anne eğitim durumu (referans: ilköğretim)				
Lise	0.586	0.813	0.385	1.715
Üniversite	0.306	0.682	0.327	1.420
Çalışan anne	0.963	1.012	0.609	1.682
Multipar olma	0.103	1.514	0.920	2.493
Önceki gebeliklerinde ölü doğum öyküsü	0.509	0.694	0.234	2.056
Önceki gebeliklerinde abortus öyküsü	0.611	1.167	0.644	2.114
Önceden en az 6 ay emzirmenin olması	0.002	2.122	1.305	3.449
Gestasyonel hafta	0.469	0.909	0.703	1.176
Doğum ağırlığı (referans: 2500 gr)	0.492	1	0.999	1
NVY ile doğum	0.467	0.838	0.519	1.351
e-C/S ile doğum	0.960	988	0.610	1.600
Genel anestezi ile doğum	0.290	0.606	0.239	1.532
Annenin doğum öncesi öngördüğü emzirme süresinin 12-24 ay olması	0.019	2.086	1.129	3.854
Taburculuk öncesi YDÜ yatış	0.220	0.654	0.332	1.289
Bebeğin bakımı için aile desteği varlığı	0.006	0.484	0.288	0.814
Doğum sonrası olumsuz duygu durumu yaşayan anneler	0.016	0.525	0.311	0.885
İlk hekim başvurusu topuk kanı aldırma zamanında olanlar	0.215	1.552	0.775	3.105
Taburculuk sonrası yeniden hastane yatışı olanlar	0.051	0.484	0.234	1.002

Bebek bakımında anneye aile desteğinin varlığı (OR:0.484, %95 GA:0.288-0.814) ve doğum sonrasında annede olumsuz duygu durumunun olması (OR:0.525, %95 GA:0.311-0.885) SAS_{6ay} oranlarını azaltmaktadır (Tablo 17).

İlk 2 saatte anne-bebek temasının olması (OR:1.331, %95 GA:0.628-2.823), ilk 2 saatte emzirmenin olması (OR:0.288, %95 GA:0.731-2.869), ilk 1 saatte emzirmenin olması (OR:1.166, %95 GA:0.711-1.912), doğumdan sonra ilk 24 saat içinde bebeğin hekim tarafından anne yanında görülmesi (OR:0.849, %95 GA:0.516-1.396), hekim tarafından bebeğin aşırı kilo kaybettiğinin belirtilmesi (OR:0.824, %95 GA:0.481-1.410), hekim tarafından bebeğin sarılık riski olduğunun söylenmesi (OR:0.939, %95 GA:0.573-1.537), C/S'lerde 48 saaten önce ve NVY'lerde 24 saatten önce taburculuk (erken taburculuk) (OR:0.685, %95 GA:0.423-1.109), postnatal ilk 24 saatte taburculuk (OR:0.668, %95 GA:0.364-1.223), anneleri bebeklerinin büyümesinden memnun olması (OR:1.251, %95 GA:0.409-3.826) ile SAS_{6ay} arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 18).

Doğum sonrası dönemde anneye çocuk hekimi tarafından “anne sütü ile beslenme ve laktasyon sorunları” hakkında bilgi verilmiş olması SAS_{6ay} oranlarını 2 kat arttırmaktadır (OR:2.13, %95 GA:0.998-4.270) (Tablo 18).

Bebek odasında kan şekeri bakılmayan bebeklerde, SAS_{6ay} sıklığı 1.7 kat daha fazladır (OR:1.706, %95GA:1.044-2.797) (Tablo 18).

Çalışmamızda yapılmış olan müdahale sonrası SAS_{6ay} 2 kat artmıştır (OR:2.06, %95 GA:1.271-3.357) (Tablo 18).

Tablo 18. Müdahaleden etkilenen değişkenlerin tüm katılımcılardaki SAS_{6ay} durumlarına yönelik tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları

Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları				
Değişken	p	OR	%95 GA	
Müdahale	0.003	2.065	1.271	3.357
İlk 2 saatte anne-bebek teması	0.455	1.331	0.628	2.823
İlk 2 saatte emzirme	0.288	1.448	0.731	2.869
İlk 1 saate emzirme	0.519	0.849	0.516	1.396
İlk 24 saatte doktor görüş	0.563	0.757	0.295	1.945
Anne sütü ile beslenme ve laktasyon problemleri bilgisinin verilmesi	0.051	2.064	0.998	4.270
Kan şekeri bakılmaması	0.033	1.709	1.044	2.797
Aşırı kilo kaybı yorumu yapılması	0.479	0.824	0.481	1.410
Sarılık sorunu ifade edilmesi	0.802	0.939	0.573	1.537
Postnatal ilk 24 saatte taburculuk	0.191	0.668	0.364	1.223
Erken taburculuk	0.124	0.685	0.423	1.109
Bebeklerinin büyümesinden memnun olan anneler	0.694	1.251	0.409	3.826

4.4.2. Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Tüm katılımcılarda SAS_{6ay} durumlarına yönelik tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçlarında $p < 0,2$ olan değişkenler, çok değişkenli lojistik regresyon analizine alınmıştır. Müdahale değişkeninin modellemeye alınması nedeniyle "kan glukozu monitorizasyonu" ve "anne sütü ile beslenme bilgisi verilme" değişkenleri müdahale konusu içinde bulunduğundan modelleme dışı bırakılmıştır. Bu modelle SAS tahmini

%68.1 oranla yapılabilmektedir. (Hosmer ve Lemeshow testi $p=0.679$, Nagelkerke R kare:0.164)

Tablo 19. 6 ay boyunca sadece anne sütü ile beslenmeyle ilişkili durumların çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları				
Değişken	P	OR	%95 GA	
Müdahale	0.002	2.284	1.352	3.859
Tüm gebelerde önceki emzirme süresi en az 6 ay olanlar	0.068	1.631	0.964	2.760
Doğum sonrası olumsuz duygu durumu	0.035	0.547	0.312	0.958
Annenin öngördüğü emzirme süresi 12-24 ay olanlar	0.043	1.952	1.020	3.733
Bebeğin bakımı için aile desteği varlığı	0.065	0.584	0.330	1.033
Taburculuk sonrası yeniden hastane yatışı olanlar	0.02	0.391	0.177	0.862
Sabit	0.277	0.645		

Yapılan çok değişkenli regresyon analizine göre müdahale (OR:2.28 %95 GA:1.352-3.859), öngörülen emzirme süresinin 12-24 ay olması (OR:1.952 %95 GA:1.020-3.733), doğum sonrası olumsuz duygu durumu (OR:0.547 %95 GA:0.312-0.958), taburculuk sonrası yeniden hastane yatışı olması (OR:0.391 %95 GA:0.177-0.862) modelde SAS_{6ay} ile ilişkili değişkenler ($p<0.05$) olarak bulunmuştur (Tablo 19). Annenin önceki gebeliğinde en az 6 ay emzirme öyküsünün olması (OR:1.631 %95 GA:0.964-2.760) ve annenin bebeğin bakımı için aile desteği alması (OR:0.584 %95 GA:0.330-1.033) istatistiksel olarak anlamlı olmasa da klinik olarak anlamlı

olabileceğinden modele katılabileceği düşünülmüştür. Ayrıca tekli analizlerde $p < 0.2$ olmasına rağmen bu modelde yer almayan, geriye dönük analiz sırasında, 1 ve 2. basamaklarda bulunan erken taburculuk ve parite değişkenleri yer aldıkları model içerisinde uygun basamak seçimi sırasında elendiklerinden modele alınmamıştır (Sırasıyla p değerleri: 0.906, 0.567).

4.5. Çalışmanın Gücünün Analizi

İki bağımsız grup arasındaki “ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü ile beslenme” bakımından orta derecede bir etkiyi (Cohen’s $d=0.03$) tip 1 hata düzeyi 0.05 alındığında ve örneklem büyüklüğü 270 anne-bebek çifti ile belirlendiğinde, iki yönlü test için istatistiksel yöntemle çalışmanın gücü 0.99 olarak belirlenmiştir (94,95).

TARTIŞMA

Anne sütü hem anne hem de bebek açısından faydalı bir besindir (12-21). Üstelik bebek ve   ocuk   l  mlerini azaltmada tek başına en etkin yoldur (96). AAP ve DSÖ ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme önermektedir. SAS_{6ay} oranlarının TNSA-2008’de yüzde 42 iken, TNSA-2013’te yüzde 30’a düştüğü gösterilmiş, Kasım 2019’da sunulan TNSA-2018’de yüzde 41 oldu   g  r  lm    tur (4). Ülkemizde son 1-2 yıl içinde yapılan bazı çalışmalarda ise SAS_{6ay} düzeyinin %36-38 aralığında oldu   bildirilmektedir (97,98). Bebek dostu hastane sayısı giderek artmasına rağmen SAS_{6ay} oranları hala istenilen düzeyde değildir. Dünya genelinde de son verilere göre SAS_{6ay} durumu %36’ dır, DS   2025 için bu sayıyı en az %50 olarak hedeflemiş bulunmaktadır (3,99).

Annelerin tekil gebelikten, zamanında doğmuş ve sağlıklı bebeklerini doğumdan sonra başarılı bir şekilde emzirmeye ba  lamaları ve yaşamın ilk 6 ayında sadece ve tek başına anne sütüyle beslemelerini (SAS_{6ay}) etkileyen en önemli faktörlerden biri, doğum sonrasında doğum servislerinde anne ve bebeğini izleyen   ocuk hekimlerinin konuya bütüncül, doğru ve destekleyici yaklaşımlarıdır. Bu   alı  ma ile hekimlere uygulanan kısa ama kapsamlı bir eğitim müdahalesinin bile hekimlerde tutum değişikliğine yol a  arak bu yaklaşımları sağlayabildiği gösterilmiştir. Uygulanan eğitim müdahalesi ile hastaneden taburcu olmadan formül süt ba  lanmış olması, gereksiz kan şekeri monitörizasyonu ve laktasyon ba  lamadan erken taburculuk sıklıklarında anlamlı azalma sağlanarak, SAS_{6ay} prevelansında anlamlı bir artış elde edilmiştir. Hekimlere uygulanan eğitim müdahalesinin SAS_{6ay} ile güçlü düzeyde ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamıza katılan annelerin %45.6’sı   niversite mezunu olup, %86’sı lise ve üzerinde eğitime sahiptir. Anne ortanca yaşı 30 olup, ev dışında bir işte çalışıyor olma oranı %33.1’dir. TNSA-2018 verilerinde ise, annelerin %26’sının lise ve üzerinde eğitim aldığı, annelerin ortanca doğum ya  ının 23.3 olduğu, kadınların %28’inin ev dışında bir işte çalışıyor olduğu görülmektedir (4). Çalışmamıza katılan annelerde Türkiye ortalamasına göre daha ileri doğum yaşı ve daha yüksek eğitim düzeyi söz konusudur. Bunun nedeni üçüncü basamak bir   niversite hastanesinde olmamız olabilir.

Çalışma grubumuzun demografik ve doğum özelliklerine bakıldığında, iki grup arasında müdahaleden etkilenmeyen değişkenler arasında; grup sayısı, anne eğitimi, parite, çalışan anne oranı, primipar sayısı, abortus/ölü doğum öyküsü varlığı, doğum şekli oranları, doğum ağırlığı, annenin önceki emzirme tecrübesi, annenin doğum öncesi öngördüğü emzirme süresi, annenin olumsuz duygu durumu, bebek bakımı için destek alan anne sayısı benzer bulunmuştur. Anne yaşı ortalaması birinci grupta daha genç olmasına rağmen, SAS_{6ay} oranlarını etkilediği söylenen 20 yaştan küçük ve 35 yaştan büyük anne sayıları benzerdir. Müdahaleden etkilenmeyen değişkenlerin her iki grupta da benzer olması çalışmanın gücünü arttırmaktadır. Müdahaleden etkilenmeyen değişkenlerden iki grup arasında farklılık gösteren iki bulgu mevcuttur. Bunlar; genel anestezi alan annelerin Grup 1’de (RR=2.78, p=0.031) ve taburculuk öncesi YDÜ’ye yatan bebek sayısının Grup 2’de (RR=1.79, p=0.049) daha fazla olmasıdır. Çalışmamızda iki grup arasında farklı bulunan “doğumda genel anestezi alan anneler”in ve “YDÜ’ye yatan bebek” sayısının hem tek hem de çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, SAS_{6ay}’ı etkilemediği gösterilmiştir. Bu analizlerin sonuçları müdahalenin önemini göstermektedir.

Müdahaleden etkilenen değişkenlere bakıldığında iki grup arasında, ilk 1 veya 2 saat içinde anne-bebek teması, ilk 1 veya 2 saatte emzirmenin başlatılması, anne sütü ile beslenme ve laktasyon problemleri hakkında anneye bilgi verme, bebeğin aşırı kilo kaybettiğinin söylenmesi, bebeğin sarılık riskinin olduğunun belirtilmesi, hastaneye taburculuk sonrası ilk başvuru zamanı, demir profilaksisi ve D vitamini kullanımı arasında farklılık görülmemiştir. Grup 2’de Grup 1’e göre kan glukozu monitorizasyonu (p=0.045), hastanede formül süt başlanması (p=0.041), hastanede “sütün gelmemesi nedeniyle” formül süt başlanması, taburculuk sonrası anne sütü dışı besin verilmesi (p=0.024) ve erken taburculuk (p<0.001) azalırken; yeniden hastaneye yatış oranları (p=0.043), annenin bebeğinin büyümesinden memnuniyeti (p=0.015) ve SAS_{6ay} sıklığı (p=0.003) ve 6. aydaki sadece anne sütü kullanıyor olma sıklığı artmıştır (p=0.005). Altıncı aydaki sadece anne sütü kullanımı oranlarının SAS_{6ay} oranlarından fazla olması, ilk 6 ay içinde herhangi bir zamanda ek başka bir besin veren annenin sonradan bu besini kesip tek başına anne sütü ile beslemeye dönerek doğru yolu bulma çabası olarak değerlendirilebilir.

SAS_{6ay} açısından gruplara bakıldığında, müdahale sonrası prevelansın %42.9'dan %60.8'e yükseldiği görülmektedir ($p=0.003$). Müdahale öncesi gruptaki oranlar TNSA-2018 sonuçlarıyla benzer bulunmuştur. Müdahale sonrasındaki yükselme bu açıdan umut vericidir. SAS ile beslenmenin bozulduğu zamanlara bakıldığında, %65.6'sının 0-1 ay arasında, %16.8'inin ise 5-6 ay arasında olduğu bulunmuştur. Türkiye'de ortalanca sadece anne sütü ile beslenme süresi 1.8 ay, ortalanca emzirme süresi ise 16.7 aydır (4). Bu veriler ışığında anne-bebek çiftine postnatal ilk aydaki yaklaşımın büyük önem taşıdığı görülmektedir.

Çalışmamızda sadece ve tek başına anne sütüyle beslenememiş olan bebeklerin %51.1'ine taburculuk öncesi hastanede formül süt başlandığı gösterilmiştir. Anne sütü ile beslenmeyi korumada ilk bir ay önemli olmakla birlikte, doğum sonrası ilk birkaç gün yaşamsal öneme sahiptir. Bir diğer önemli zaman aralığı ise 5-6 ay arasındır. Bir başka deyişle doğumdan sonraki ilk günlerde annenin hastanede edindiği tecrübenin kaynağı olan hekimin bilgi düzeyi ve yaklaşımı SAS_{6ay} için önemli bir belirleyicidir.

Müdahale sonrasında SAS_{6ay} ve SAS_{tbc} oranlarındaki artışın yanında, taburculuk sonrası anne sütü dışı besin verme oranında da %59.5'ten %40.5'e azalma saptanmıştır ($p=0.024$). Formül süt başlanmasının en büyük nedeni %79.7 oranında "sütün gelmemesi/yetersiz anne sütü" olduğu belirlenmiştir. Shinwell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da en sık ek besin verme nedenleri sırasıyla anne sütünün yetersizliği, annenin hasta olması, anneye yetersiz destek verilmesi ve annenin işe dönmesi olduğu belirtilmiştir (100). Sezaryen doğumlarda ya da primiparlarda laktasyonun gecikmesi, bebeğin fizyolojik mide kapasitesinin bilinmemesi, sezaryen komplikasyonları nedeniyle anne-bebek ayrılması gibi nedenler anneyi sütünün yetersiz olduğu inancına itmektedir. Eğitim ile bu oranların azalacağı düşünülmüş, nitekim müdahale sonrası grupta süt gelmemesi nedeniyle anne sütü başlama durumu azalmıştır. Bu konuda eğitimin yoğunlaştırılması gerekmektedir. Annelerin eğitimi hekimlerin bilgisi ile sağlanacağından öncelikle çocuk hekimlerinin yanlış ve eksik bilgileri düzeltilmelidir. Çalışmamızda 25 bebeğe (%9.2) hekim önerisi ile, 25 bebeğe (%9.2) hemşire önerisiyle formül süt başlandığı görülmüştür. Hemşirelerin hekime sormadan formül süt başlaması beklenen bir durum olmadığından, hekimin ek besin önerme durumunun tüm SAS olmayanlarda %74.6 olduğu var sayılabilir. Doğum

servislerinde çalışan hekimlerin bilgi düzeyinin yineleyen eğitimlerle yüksek kalması sağlanmalıdır.

Gruplar arası değerlendirmede, annelerin bebekleriyle ilk temas süreleri karşılaştırıldığında fark görülmemiştir ($p=0.39$). Bunun nedeni her iki grupta ilk 2 saatteki temasın %90.8 ve %86.1 gibi iyi sayılabilecek oranlarda olması olabilir. Yapılan bir randomize çalışmada gelişmekte olan ülkelerde doğum sonrası erken dönemde anne-bebek teması ile 6. haftada SAS oranlarının arttığı gösterilmiştir. Fakat çalışmaya sadece NVY ile olan doğumlar alınmış, C/S doğumlar değerlendirilmemiştir (101). Çalışmamızda sadece NVY ile doğumlar göz önüne alındığında ilk 2 saatteki temas sıklığı %93.3'tür. Guala ve arkadaşlarının sadece C/S doğum yapan anne-bebek çiftlerini karşılaştırdığı çalışmada, erken anne-bebek teması çalışma grubunun sadece %57'sinde sağlanabilmiş, SAS_{6ay} oranları erken anne-bebek teması olan grupta %12, erken temas sağlanamayan grupta ise %3 bulunmuştur. Tümü oldukça düşük olan bu değerler, C/S doğumlar için düzeltilmiş odds oranları ile değerlendirilmemiştir (102). Bir başka çalışmada da 1. aydaki SAS oranları anne-bebek erken teması ile ilişkili bulunmuştur (103). Bizim çalışmamızın verilerini lojistik regresyon analizi ile yeniden değerlendirme amacıyla YDÜ yatışı olan bebekleri dışarıda tuttuğumuzda, ilk 2 saat içinde anne-bebek temasının NVY ile gerçekleşen doğumlarda, C/S ile olan doğumlara göre 9 kat fazla olduğu görüldü (OR:9.00, $p=0.040$). Fakat ilk 2 saat içinde anne-bebek temasının sağlanması, SAS_{6ay} ile ilişkili bulunmadı. DSÖ, "Ten steps to successful breastfeeding" kampanyasında en kısa sürede anne-bebek temasının başlamasını önermektedir (104). Çalışmamızda anne-bebek teması ile SAS_{6ay} arasında ilişki bulunmamış olsa da (OR:1.331, %95 GA:0.628-2.823), literatürle uyumlu olarak ilk 2 saatteki temasın SAS_{tbc} oranlarını 2.8 kat arttırdığı gösterilmiştir (OR:2.89, %95 GA:1.338-6.244).

Çalışmamızda gruplar arasında emzirmeye başlama zamanı arasında fark görülmemiştir. Doğumdan sonraki ilk saat içinde bebeğini emziren annelerin oranının Grup 1'de %65.7, Grup 2'de %61,5 olduğu görülmüştür. TNSA-2018'e göre ilk bir saatte emzirme oranı %71'dir. Çalışmamızda emzirmenin erken başlatılması oranı Türkiye ortalamasına göre düşük bulunmuş ve yapılan müdahale ile bu oranda bir iyileşme görülmemiştir. YDÜ yatışları dışarıda tutulduğunda, ilk 1-2 saat içinde emzirmeye

başlayan annelerin oranı NVY doğumlarda C/S doğumlara göre daha yüksektir. Laktasyonun C/S doğumlarda geciktiği bilinmektedir (30). Bu durum doğum şekliyle ilişkili olabileceği gibi anne-bebek temasının gecikmesiyle de ilişkili olabilir. Nitekim çalışmamızda geç temas geç emzirme başlangıcı ile ilişkili bulunmuştur ($p<0.001$). Japonya’da yapılan bir çalışmada emzirmeye ilk 120 dakika içinde başlayan annelerin bebeklerini 4. ayda anne sütü ile beslemeye devam etme durumu emzirmeye daha geç başlayan annelere göre 2,5 kat daha fazla bulunmuştur (31). Çalışmamızda ilk 2 saatte emzirmeye başlama ile SAS_{6ay} arasında ilişki bulunmamış, ancak SAS_{tbc} oranlarını 3.6 arttırmıştır (OR:3.622, %95 GA:1.792-7.321). Çok değişkenli lojistik regresyon modelinde de ilk 2 saatteki emzirmenin, SAS_{tbc} oranlarını olumlu etkilediği görülmüştür.

Annelere “anne sütü kullanımı, süresi ve önemi ile laktasyon problemleri” hakkında taburculuk öncesinde hekim tarafından bilgi verilip verilmediği sorulduğunda müdahale öncesinde annelerin %88.6’sı bu soruyu olumlarken, müdahale sonrası annelerin %84.6’sı bu soruya olumlu yanıt vermiştir. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Anne eğitimindeki artış görülmesi de eğitim içeriğinin müdahale sonrası grupta daha kapsamlı olduğunu düşünmekteyiz. Bu durumun doğrudan ölçümü, çalışma kapsamımız açısından uygun değildir. Müdahale eğitimi öncesi ve sonrası çalışmaya katılan pediatri asistanlarına yazılı bir sınav yaparak değerlendirme yapılabilirdi. Bu durum çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olarak kabul edilebilir. Fakat araştırmamızda bilgi düzeyinin yanında asıl olarak uygulamanın etkisini ölçmek amaçlandığından, eğitimin içeriği anneler tarafından teste verilen yanıtlarla (kan glukozu ölçümü, aşırı kilo kaybı değerlendirmesi, formül süt başlama nedenleri, evde formül süt başlama gibi) dolaylı olarak değerlendirilmiştir. Hastaneden taburculuk sonrası formül süt verilme oranlarının azalması ve sütün gelmemesi nedeniyle formül süt verilenlerin %24’ten %15’e gerilemesi anne emzirme eğitiminin hedefine ulaştığının dolaylı göstergeleri olarak kabul edilebilir. Doğum sonrası erken dönemde bebek bakımı ve emzirme konusunda anneye verilen eğitimin veya hekim görüşünün, SAS oranlarında artış ve anne sütü kullanımı sürelerinde uzama ile ilişkili olduğu bilinmektedir (63-66). Çalışmamızda da tek değişkenli regresyon analizinde doğum sonrası dönemde anneye çocuk hekimi tarafından “anne sütü ile beslenme ve laktasyon sorunları” hakkında bilgi verilmiş olmasının SAS_{6ay} oranlarını 2 kat arttırdığı

görülmüştür (OR:2.064, %95 GA:0.998-4.270). Literatürle uyumlu olan bu bulgunun, hekimlere uygulanan eğitim müdahalesi ile olumlu etkilendiği düşünülmektedir.

Zamanında doğmuş, AGA, sağlıklı bebeklerde ilk günlerde küçük miktardaki kolostrum yenidoğanın için yeterlidir ve onu hipoglisemiden korur (36). Ayrıca yenidoğanların düşük plazma glukozuna karşı toleransı olduğu bilinmektedir. Zamanında doğmuş, sağlıklı bir bebekte glukoz monitorizasyonu yapmaya gerek yoktur (9,10). Müdahale öncesi grupta 63 (%45) bebeğe hastane yatışı sırasında kan glukozu bakılmış, 4 bebeğe kan şekeri düşük yorumu yapılmıştır. Ancak hipoglisemiye bağlı YDÜ yatışı olmamıştır. Müdahale sonrası grupta ise bu oranın 43 bebek ile %33.1'e gerilediği görülmüştür ($p=0,045$). Bu, eğitim müdahalemizin başarısını gösteren önemli bir bulgudur. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde bebek odasında kan şekeri bakılmayan bebeklerde, SAS_{tbc} sıklığının 2 kat (OR:1.985, GA:1.142-3.451), SAS_{6ay} 'ın 1.7 kat artmış olduğu görülmüştür (OR:1.709, GA:1.044-2.797). Toplamda katılımcılardan 106 bebeğe (%39,2) kan şekeri bakılmış ama kan şekeri düşük olduğu belirtilen sadece 6 (%2,2) bebek vardır ve bunlardan hiçbiri YDÜ'ne yatırılmamış, sadece 1 bebeğe formül süt başlanmıştır. YDÜ'ne yatışı olan bebeklerde ise kan glukoz düzeyi monitörizasyonunun SAS_{6ay} 'ı ($p=0.094$, OR:0.279, %95 GA:0.062-1.242), SAS_{tbc} oranlarını ($p=0.582$, OR:0.686, GA:0.179-2.624) değiştirmede gösterilmiştir. Hekimler çoğunlukla hipoglisemi sınırlarını bilmekte, normal sınırlarda bulunan değerlere karşın yine de tekrar kan glukozu ölçme gereksinimi duymaktadır. Glukoz monitorizasyonunun müdahale sonrası grupta azalmasının, hekimlerin kendilerine olan güvenlerinin ve riskli bebeği tanıma becerilerinin artmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Kan glukozu monitörizasyonu sırasında anneye yeterli bilgi verilmemesi ve annenin kaygısının tamamen giderilmemesi, hekim-hasta güven ilişkisini sarsmakta ve annenin dikkat ve algısını doktorun bilgisine göre daha kesin olarak değerlendirdiği laboratuvar test sonuçlarına yöneltmektedir. Hekimin anneye verdiği güven duygusu üzerine ek çalışmaların yapılması gereklidir. Hekim anneye anne sütü hakkında bilgi vermiş olsa da konuşmanın içeriği ve süresi önem taşır. Çalışmamız yenidoğanlarda yaşamın ilk günlerinde yapılan kan glukozu monitorizasyonunun mevcut durumu, eğitim müdahalesiyle değişimi, SAS_{tbc} ve SAS_{6ay} durumuna olan etkisini

incelemesiyle literatürde ilk çalışmadır. Literatürle uyumlu olarak zamanında doğmuş, tekil, sağlıklı yenidoğanlarda rutin kan glukozu ölçülmesi önerilmemektedir.

YDÜ'ne yatış, SAS_{6ay} oranlarıyla ilişkili bulunmamış (OR:0.654, %95 GA:0.332-1.289) ancak, hastanede formül süt başlama oranlarında 2.3 kat artışla ilişkili bulunmuştur (OR:2.34, %95 GA:1.156-4.735). Çok değişkenli regresyon analizinde YDÜ yatışının SAS_{1bc} modelinde yer alacak kadar güçlü olmadığı görülmektedir. Tüm çalışma grubunda 40 bebek (%14.8) YDÜ'ne yatmıştır ama bu bebeklerin yatış nedenlerine bakıldığında anne sütü almalarına engel bir durum olmadığı görülmektedir. Yenidoğan yoğun bakım ünitemizde bebekler durumları uygunsa, anneleriyle birlikte yatırılabilen ya da anneleri istedikleri zaman bebeklerini beslemek üzere üniteye gelebilmektedir. Solunum sıkıntısı gibi oral alımlarını olumsuz etkileyecek durumlarda da orogastrik sonda ile sağlanmış anne sütü ile beslenebilmektedirler. Çalışma grubumuzdaki tekil gebelikten zamanında doğmuş, AGA bebeklerde yatış nedeni olan sarılık, enfeksiyon, yenidoğanın geçici takipnesi, geçiş gecikmesi gibi sorunlar anne sütü ile beslenmeye büyük oranda engel olmadığından ve YDÜ yatışlarında formül süt başlama oranları ki grupta benzer YDÜ'ne yatışı olan bebekler çalışma dışı bırakılmamıştır. Taburculuk öncesi YDÜ yatış oranları da gruplarda benzer bulunmuştur. Sadece YDÜ yatışı olan bebekler değerlendirildiğinde de, müdahaleyle Grup 2'de hastanede formül süt başlanma oranı belirgin olarak azalmıştır (OR=0.158, p=0.010, %95 GA:0.038-0.648).

Yetersiz süt alımının mekonyum geçişini geciktirdiği, bilirübinin enterohepatik dolaşımını arttırarak sarılığa neden olduğu bilinmektedir (42). Bu durumda bebeğin daha da sık emzirilmeye devam edilmesi önerilmektedir (39). Yetersiz beslenmenin bir diğer göstergesi kilo kaybı/kilo alamamadır. Yenidoğan ekstrasellüler sıvının fizyolojik diürezisi ile ilk birkaç gün kilo kaybedeceğinden, fizyolojik kaybın sınırlarının doğru bilinmesi önem taşır. Kilo alımı 48-72 saat arasında başlar ve bebeklerin doğum ağırlığını yakalaması NVY doğumlarda ortalama 8-9 günde olurken, C/S doğumlarda 10. günde olur (50). Bebeklerin %97,5'i ise 21 günde doğum kilosunu yakalamaktadır (51). Çalışmamızda aşırı kilo kaybı veya sarılık riski olduğu söylenen bebeklerle SAS_{1bc} ve SAS_{6ay} arasında ilişki bulunmamıştır. Uygulanan eğitim müdahalesi ile bu değişkenlerde farklılık görülmemiştir. Sarılığa yol açan risk faktörleri çoklu olduğundan ve çalışmamızda bu

değişkenler değerlendirilmediğinden yetersiz beslenmeye sekonder sarılık riski ile SAS arasındaki ilişki tam olarak ortaya konamamış olabilir. Bu da, çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olarak değerlendirilebilir. Tüm çalışma grubu göz önüne alındığında %3.3'üne sarılık riski, %1,5'ine ise aşırı kilo kaybı nedeniyle formül süt başlandığı görülmüştür. Hekimlerin bu konudaki bilgi düzeylerinin müdahaleden önce de yeterli olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda doğum şeklinin SAS_{6ay}'ı etkilemediği görülmüştür. Literatürde C/S doğumlarda komplikasyonlar nedeniyle emzirmeye geç başlandığı ve bunun da SAS_{6ay}'ı azalttığı bildirilmektedir (28-30,105). Çalışmamızda da NVY ile doğumlarda ilk 2 saat içinde anne-bebek temasının C/S ile doğumlara göre (OR:9.00, p=0.040) daha fazla olduğu görülmüştür. Günümüzde C/S oranları hızla artmaktadır ve bunların büyük bir çoğunluğunu e-C/S'ler oluşturmaktadır. Prior ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde SAS_{6ay} oranları C/S doğumlarda NVY doğumlara göre daha düşük bulunmuş, ancak bu fark anne erken dönemde anne sütü ile bebeğini beslemeye başladıysa ortadan kalkmıştır. Başka çalışmalarda da C/S ile doğum yapmanın SAS_{6ay} veya 6. ayda anne sütü kullanım oranlarını azalttığını göstermiştir (32,33). Buna karşın ülkemizde Yüzügüllü DA ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada C/S doğum ile NVY arasında SAS açısından farklılık bulunmamıştır (97). Çalışmamızda tüm C/S'ler yerine e-C/S'ler değerlendirildiğinde, literatürle uyumlu olarak e-C/S ile doğumun SAS_{tbc} oranlarını düşürdüğü gösterilmiştir (OR: 0.549, %95 GA:0.314-0.958). Çok değişkenli regresyon analizinde de e-C/S'nin modelde yer alması, değişkenin etkisinin önemini ortaya koymaktadır. Gruplar arası e-C/S oranlarında farklılık saptanmamıştır, bu da müdahalemizin etkisini güçlendirmiştir.

Taburculuk zamanlarına bakıldığında Grup 2'de hastaneden taburculuk zamanı ilk 24 saatin altında taburcu olanların oranı azalırken, 24-48 saat arasında taburcu olanların oranının arttığı tespit edilmiş (p=0,001), ancak bu durumun SAS_{tbc} ve SAS_{6ay} oranlarını etkilemediği saptanmıştır. Ayrıca doğum şekline göre sınıflandırılan erken taburculuğun da SAS_{tbc} ve SAS_{6ay} ile ilişkili olmadığı görülmüştür. İlk 2 saatte anne sütü başlama oranları ise her iki grupta benzerdir. Doğumla ilişkili bir komplikasyon yoksa, anne kendini iyi ve yeterli hissediyorsa, emzirme başlatılmışsa taburculuk zamanı önemini yitirmektedir.

California’da yapılan 4 yılı içeren bir retrospektif kohort çalışmada; hastanede 1 gece kalanlarla 2 gece kalanlar arasında yaşamın ilk 28 gününde yeniden hastane başvuru riskinde fark görülmemiştir, fakat yeniden başvuru 24 saati dolmadan taburcu edilenlerde 24 saati dolanlara göre daha sık bulunmuştur (57). İsveç’te postpartum dönemdeki 2709 anne üzerinde yapılan bir klinik çalışmada, doğumdan sonraki ilk emzirme deneyimi ne kadar olumlu geçtiyse, hastanedeki yatış zamanının o kadar azaldığı saptanmıştır (5).

Araştırmamızda bebeklerin %86’sı taburculuk sonrasında, postnatal 7. günde topuk kanı vermeye gittiğinde hekim tarafından ilk kez görülmüştür. Ülkemizde bu süreden önce rutin muayene mevcut değildir. Oysa bebeğin taburculuk sonrası 24-48 saat içinde yeniden hekim tarafından görülmesi önerilmektedir (54,60). Özellikle erken taburculuğun yaygın olduğu ülkelerde laktasyonun 72. saate kadar gecikmesi, kilo kaybının 3-4.günlerde maksimuma ulaşması, annenin emzirme sorunlarının 3-7.günler arasında olması gibi nedenlerle taburculuk sonrası 48-72. saatlerde değerlendirme önem arz etmektedir. Ülkemizde de çalışmamızda gösterdiğimiz gibi erken taburculuk sıktır. Gelişmiş ülkelerdeki evde bakım hizmeti ülkemizde verilemediğinden, çözüm erken poliklinik kontrolü ile gerçekleştirilebilir. Araştırmamızda taburculuk sonrası bebek-hekim görüşmesinin ilk kez 7. günde olmasıyla SAS_{6ay} arasında da ilişki (OR:1.55, %95 GA:0.775-3.105) bulunmamıştır. Bu zamandan önceki başvuruların hepsi bir sorun nedeniyle gerçekleşmiş olup, kontrol amaçlı değildir. Literatürde 532 primiparda yapılan bir çalışmada annelerin emzirmeyi en sık postpartum 3 ve 7. günlerde bıraktıkları, en sık nedenlerinin meme ile emzirmede sorun yaşama, memede ağrı hissetme ve yeterli olmayan süt miktarı olduğu bildirilmiştir (75). Araştırmamıza katılan bebeklerin sadece anne sütü ile beslenmelerinin bozulduğu zamanlar değerlendirildiğinde bunun en çok %65.6 oranla postnatal 1.ayda olduğu görülmüştür. İlk ayda anne-bebek iletişiminin sık izlenmesi ve desteklenmesi gerekmektedir. Taburculuk sonrasında 6.aya kadar olan sürede, annelerin %37’si (n=100) bebeğine anne sütü dışında besin verdiğini belirtmiştir. Bunların %50’sine (n=50) hastanede formül süt hiç verilmediği görülmüştür. Bu durum 6 ay boyunca SAS durumunun sağlanabilmesi için, taburculuk sonrası hekim desteğinin sürdürülmesi gerektiğini gösteren bir diğer bulgudur.

Annenin önceki emzirme tecrübesi şimdiki gebeliğindeki emzirme durumunu etkilemektedir. Çalışmamızda annelerin mevcut gebelikten önceki dönemde en az 6 ay emzirme öyküsünün olması SAS_{tbc} 'ı 2.46 kat (OR:2.468, %95 GA:1.382-4.408), SAS_{6ay} 'ı 2.12 kat (OR:2.12, %95 GA:1.305-3.44) arttırmıştır. Bu durum dikkati primiparlara ve öncesinde SAS'ı erken kesen anne adaylarına yöneltmektedir. Prior ve ark, primiparlarla erken dönemde anne sütü ile beslenme arasında ilişki olmadığını bildirmiştir (30). Çalışmamızda ise annenin primipar olması, SAS_{tbc} oranlarını yarı yarıya azaltmaktadır (OR:0.527, %95 GA:0.300-0.924). Ancak parite ile SAS_{6ay} arasında bir ilişki bulunmamıştır (OR:1.51, %95 GA:0.920- 2.493). Primiparlar ve önceki gebeliklerinde emzirmeyen anneler anne sütü konusunda daha iyi desteklenmelidir.

Annenin doğum öncesindeki emzirme beklentisi de SAS ile beslenmenin sağlanabilmesi açısından önem taşır (61,62). Hastanedeki anne sütü kullanımı ile ilişkili olmasa da annenin 12-14 aylık emzirme öngörüsünün olması SAS_{6ay} oranlarını yaklaşık 2 kat arttırmaktadır (OR:2.08, %95 GA:1.129-3.854). Literatürde bebek bakımı ve emzirme üzerine verilen eğitim veya hekim görüşünün, SAS oranlarında yükselme ve anne sütü kullanımı sürelerinde uzama ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (63-66). Doğum öncesi eğitim ile anne yönlendirilebilir. Bu konuda kadın doğum hekimlerinin sorumluluğu büyüktür, çünkü ülkemizde doğum öncesi emzirme danışmanlığı yaygın olarak bulunmamaktadır. Literatürde bebeğini anne sütü ile besleyeceğini öngören annelerde C/S'nin SAS_{6ay} üzerindeki olumsuz etkisinin azaldığı gösterilmiştir (30). Çok değişkenli regresyon modelinde de en az 12 aylık olan emzirmeyi öngörme süresi anlamlı bulunmuştur.

Çalışmamızda anneye bebek bakımında aile desteğinin varlığı SAS_{tbc} (OR:0.350, %95 GA:0.176-0.694) ve SAS_{6ay} (OR:0.484, %95 GA:0.288-0.814) oranlarını azaltmaktadır. Doğum sonrasında annede olumsuz duygu durumunun olması da SAS_{6ay} oranlarını azaltmaktadır (OR:0.52, %95 GA:0.311-0.885). Bebek bakımı konusunda annenin çevreden destek almasının olumlu bir etki yaratacağı düşünülebilir ama bizim toplumumuzda bu destek aile içindeki büyük kadın akrabalarından (anneanne veya babaanne) gelmekte, onların emzirme konusundaki olumsuz deneyimleri yanında eksik ve yanlış bilgilerini yansıtarak anneyi emzirme konusunda baskı altında hissettirebilmektedir. Annedeki olumsuz duygu durumunun SAS ile beslenmeyi azalttığı bilinmektedir. Bu

dönemde anneye hekim tarafından doğru desteği verilmesi önemlidir. Anneye yeterli zaman ayrılmalı ve tüm soruları cevaplanmalıdır. Gerekirse bebek bakımını anneye paylaşan kişilerle de görüşmek yerinde olacaktır. Olumsuz duygu durumu ile çevre desteği arasında ilişki gösterilmemiş olsa da, kendisi için yeterli zaman ayıramayan yorgun anne, çevre baskısından çekinerek formül süt başlamaya yönelmiş olabilir. Literatürde ise bulgularımızın aksine aile desteğinin SAS süresini ve oranlarını arttırdığı gösterilmiştir (108,109). Anne ve destek aldığı kişilerin yapısı, aralarındaki ilişki örüntüsü toplumsal yapının bir yansımasıdır. Bulgularımızdaki farklılık diğer araştırmaların batı toplumları kaynaklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcılar değerlendirildiğinde Grup 2’de yeniden hastaneye yatışın daha fazla olduğu görülmüştür.($p=0,043$). Toplamda YDÜ yatışı olan 40 bebeğin 18’i yeniden hastaneye yatmıştır. Taburculuk sonrası yeniden hastane yatma öyküsü SAS_{6ay}’ı azaltmaktadır (OR:0.51, %95 GA:0.484-1.002). Bu etki çok değişkenli regresyon analizi modelinde daha anlamlı bulunmuştur. Yeniden yatışın en sık sebepleri sarılık ve enfeksiyondur. Hipernatremi, dehidratasyon ve aşırı kilo kaybı nedeniyle yatış olmaması, sarılığa bağlı yeniden yatışın yetersiz beslenme dışındaki diğer risk faktörlerine bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

Müdahale sonrası grupta annelerin bebeklerinin büyümesinden memnuniyet derecesinin daha yüksek olması, annelerin bebeklerinin gerçek gereksinimlerini daha iyi anladığı şeklinde yorumlanabilir. SAS ile beslenenlerde büyümeden memnuniyetin daha fazla olduğunu gösteren bir ilişki bulunmamıştır.

Yaşamın ilk gününde gözlenen hekimlik yaklaşımlarının bebeğin tüm yaşamını etkileyebilecek nitelikte olduğu çalışmamızda ortaya konmuştur. Tek değişkenli lojistik regresyon modelinde annenin daha öncesinde en az 6 ay emzirme tecrübesinin olması, annenin doğum öncesi 12-24 ay emzirmeyi öngörmesi, anne sütü ile beslenme ve laktasyon problemleri hakkında anneye bilgi verilmesi ve daha az kan glukozu monitorizasyonu yapılmasının SAS_{6ay} oranlarını arttıran faktörler; taburculuk sonrası yeniden hastane yatışın, aileden destek görmenin ve annede olumsuz duygu durumu olmasının ise SAS_{6ay}’ı önleyen faktörler olduğu gösterilmiştir. Yapılan çok değişkenli regresyon modelinde de; öngörülen emzirme süresi, yeniden hastaneye yatış ve anne

duygu durumunun yanısıra eğitim müdahalesinin güçlü bir etken olarak SAS_{6ay}'ı etkilediği gösterilmiştir. SAS_{tbc} durumu incelendiğinde ise yapılan çok değişkenli regresyon analizine göre eğitim müdahalesi, önceki gebeliğinde en az 6 ay emzirme öyküsünün olması, elektif sezaryen ile doğum, ilk 2 saatte emzirmenin sağlanması, aile desteği modelde ilgili değişkenler ($p<0.05$) olarak bulunmuştur. Yapılan eğitim müdahalesi hem SAS_{6ay}'ı, hem de SAS_{tbc}'ı belirgin olarak arttırmaktadır. Hekimlerin bilgili olması, ekibinin ve dolayısıyla yardım ettiği annelerin de bilgili olmasını sağlamaktadır (16,21,83). Yapılan çalışmalar emzirme konusunda annelerin en çok hekimlerden etkilendiklerini ortaya koymuştur (2,73). Araştırmamız hekim uygulamaları ve hekim eğitiminin SAS üzerindeki etkisini gösteren dünyadaki sınırlı sayıdaki çalışmadan biri olmakla birlikte ülkemizde yapılan ilk çalışmadır.

SONUÇLAR

Doğumdan sonraki ilk günlerde hekim yaklaşım, bilgi ve uygulamaları yanında, demografik ve doğum özelliklerinin sadece anne sütü ile beslenme üzerine etkisini araştırmak amacıyla planlanlanmış olan bu çalışma, 15.01.2018 - 15.10.2019 tarihleri arasında Ankara Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır. Her biri altışar ay olmak üzere iki fazdan oluşan çalışmamız bir müdahale araştırmasıdır. Anabilim Dalımız Başkanlığınca Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda rotasyonu ve nöbetleri planlanan asistanları içerecek şekilde tüm pediatri asistanlarına yönelik bir eğitim müdahalesi uygulanmıştır. Bebeklerin 6-9 ay arası kontrollerinde annelerine yapılan anket yardımıyla SAS_{6ay}'ı etkileyen değişkenler sorgulanmıştır. Zamanında doğmuş, sağlıklı, tekil, AGA olan 140'ı müdahale öncesinde, 130'u müdahale sonrasında olmak üzere toplamda 270 anne-bebek çifti çalışmaya alınmıştır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 08 Ocak 2018 tarihinde 01-12-18 karar numarası ile onay alınmıştır.

Araştırmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Çalışmamızda demografik ve doğum özelliklerine bakıldığında, müdahaleden etkilenmeyen değişkenlerden iki grup arasındaki grup sayısı, anne eğitimi, parite, çalışan anne oranı, primipar sayısı, abortus/ölü doğum öyküsü varlığı, doğum şekli oranları, doğum ağırlığı, annenin önceki emzirme tecrübesi, annenin doğum öncesi öngördüğü emzirme süresi, annenin olumsuz duygu durumu, bebek bakımında destek alan anne sayısı, YDÜ'ye yatan bebek sayısı benzer bulunmuştur. Anne yaşı ortalaması birinci grupta daha genç olmasına rağmen, SAS_{6ay} oranlarını etkilediği ileri sürülen 20 yaştan küçük ve 35 yaştan büyük anne sayıları benzerdir. Müdahaleden etkilenmeyen değişkenlerden iki grup arasında farklılık gösteren iki bulgu mevcuttur. Bunlar; genel anestezi alan annelerin Grup 1'de (RR=2.78, p=0.031) ve taburculuk öncesi YDÜ'ye yatan bebek sayısının Grup 2'de (RR=1.79, p=0.049) daha fazla olmasıdır. Fakat bu değişkenlerin lojistik regresyonun hem tek hem de çok değişkenli analizinde, SAS_{6ay}'ı etkilemediği gösterilmiştir.

2. Müdahaleden etkilenen değişkenlere bakıldığında iki grup arasında, ilk 1 veya 2 saatte anne-bebek teması, ilk 1 veya 2 saatte emzirmenin başlatılması, anne sütü ile beslenme ve laktasyon problemleri hakkında anneye bilgi verme, bebeğin aşırı kilo kaybettiğinin söylenmesi, bebeğin sarılık riskinin olduğunun belirtilmesi, hastaneye taburculuk sonrası ilk başvuru zamanı, demir profilaksisi ve D vitamini kullanımı arasında farklılık görülmemiştir. Grup 2’de Grup 1’e göre kan glukozu monitorizasyonu ($p=0.045$), hastanede formül süt başlanması ($p=0.041$), taburculuk sonrası anne sütü dışı besin verilmesi ($p=0.024$) ve erken taburculuk ($p<0.001$) azalırken; yeniden hastaneye yatış oranları ($p=0.043$), annenin bebeğinin büyümesinden memnuniyeti ($p=0.015$) ve SAS_{6ay} sıklığı ($p=0.003$) artmıştır. Ayrıca 6. aydaki sadece anne sütü kullanımı sıklığı yükselmiştir ($p=0.005$).
3. SAS_{6ay} açısından gruplara bakıldığında, müdahale sonrası oranların %42.9’dan %60.8’e arttığı görülmektedir ($p=0.003$). Müdahale öncesi gruptaki oranlar TNSA-2018 sonuçlarıyla benzer bulunmuştur. SAS ile beslenmenin bozulduğu zaman dilimleri incelendiğinde, %65.6’sının 0-1 ay arasında, %16.8’inin ise 5-6 ay arasında yer aldığı bulunmuştur.
4. Çalışmamızda yapılmış olan müdahale sonrası SAS_{tbc} 1.8 kat artmıştır (OR:1.8, %95 GA:1.022-3.172). İlk 2 saatte anne-bebek temasının olması (OR:2.89, %95 GA:1.338-6.244), ilk 2 saatte emzirmenin olması (OR:3.622, %95 GA:1.792-7.321), e-C/S (OR: 0.552, %95 GA:0.285-0.957), annenin primipar olması (OR:0.527, %95 GA:0.300-0.924), hastane izleminde bebeklere kan şekeri bakılması (OR:0.492, %95 GA:0.281-0.860), elektif C/S ile doğum öyküsünün olması (OR:0.549, %95 GA:0.314-0.958), taburculuk öncesi bebeğin YDÜ’ye yatışının olması (OR:0.427, %95 GA:0.211-0.865), annelerin mevcut gebelik önceki dönemde en az 6 ay emzirme öyküsünün olması (OR:2.468, %95 GA:1.382-4.408), bebek bakımında doğum sonrası ilk günlerdeki anneye aile desteğinin varlığı (OR:0.350, %95 GA:0.176-0.694) SAS_{tbc} ile ilişkili bulunmuştur.

5. Müdahale ile birlikte taburculuk sonrası anne sütü dışı besin verme oranı %50.7'den %36.9'a düşmüştür ($p=0,024$). Formül süt başlanmasının en büyük nedeninin %79.7 oranında “sütün gelmemesi/ yetersiz anne sütü” olduğu tespit edilmiştir. Sütün gelmemesi nedeniyle formül süt başlama durumu müdahale sonrasında azalmıştır ($p=0,04$).
6. Çalışmamızda 25 bebeğe (%9.2) hekim önerisi ile, 25 bebeğe (%9.2) hemşire önerisiyle formül süt başlandığı görülmüştür.
7. Doğumların %50.3'ü C/S olarak değerlendirilmiştir. C/S olan doğumların %84,5'i elektif C/S, %15,5'i acil C/S olarak sınıflandırılmıştır. NVY'li doğumların C/S'lilere göre (OR:9.00, $p=0.040$) ilk 2 saatteki anne-bebek temasının daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmamızda e-C/S'ler değerlendirildiğinde, literatüre uyumlu olarak e-C/S'lerde SAS_{tbc} oranlarının azaldığı gösterilmiştir (OR: 0.549, %95 GA:0.314-0.958). Çok değişkenli regresyon analizinde de e-C/S'nin modelde yer alması, değişkenin etkisinin önemini ortaya koymaktadır. Gruplar arası e-C/S oranlarında farklılık saptanmamıştır, bu da müdahalemizin etki kuvvetini güçlendirmiştir. e-C/S ile SAS_{6ay} arasında ilişki görülmemiştir.
8. Çalışmamızda anne-bebek teması ile SAS_{6ay} arasında ilişki bulunmamış (OR:1.331, %95 GA:0.628-2.823) fakat literatürle uyumlu olarak ilk 2 saatteki temasın SAS_{tbc} oranlarını 2.9 kat arttırdığı gösterilmiştir (OR:2.89, %95 GA:1.338-6.244).
9. Doğum sonrası dönemde anneye çocuk hekimi tarafından “anne sütü ile beslenme ve laktasyon sorunları” hakkında bilgi verilmiş olmasının SAS_{6ay} oranlarını 2 kat arttırdığı görülmüştür (OR:2.06, %95 GA:0.998-4.270).
10. Müdahale sonrası grupta bebeklerde kan glukozu ölçümünün %33.1'e gerilediği görülmüştür ($p=0,045$). Bu, müdahalemizin başarısını gösteren önemli bir bulgudur. Bebek odasında kan şekeri bakılmayan bebeklerde, SAS_{tbc} sıklığının 2 kat (OR:2.03, GA:1.142-3.451), SAS_{6ay}'ın 1.7 kat daha fazla olduğu görülmüştür (OR:1.70, GA:1.044-2.797). Toplamda katılımcılardan 106

bebeğe (%39,2) kan şekeri bakılmış olup kan şekeri düşük olduğu belirtilen 6 (%2,2) bebek mevcuttur ve bunlardan hiçbirisi YDÜ'ye yatırılmamıştır, sadece 1 bebeğe formül süt başlanmıştır. YDÜ'ye yatışı olan bebeklerde ise kan glukoz düzeyi monitörizasyonunun SAS_{6ay} 'ı ($p=0.094$, $OR:0.279$, %95 $GA:0.062-1.242$), SAS_{tbc} oranlarını ($p=0.582$, $OR:0.686$, $GA:0.179-2.624$) değiştirmedigi gösterilmiştir. Zamanında doğmuş, sağlıklı bebeklerde rutin kan glukozu monitorizasyonu SAS oranlarını azaltacağından önerilmemektedir.

11. YDÜ'ye yatırılma SAS_{6ay} oranlarıyla ilişkili bulunmamıştır ($OR:0.654$, %95 $GA:0.332-1.289$) fakat hastanede formül süt başlama oranlarında 2.3 kat artış gözlenmiştir ($OR:2.34$, %95 $GA:1.156-4.735$). Çok değişkenli regresyon analizi göz önüne alındığında YDÜ yatışının SAS_{tbc} modelinde yer alacak kadar güçlü olmadığı görülmektedir. Ayrıca sadece YDÜ yatışı olan bebekler değerlendirildiğinde müdahale sonrası Grup 2'de hastanede formül süt başlanması belirgin olarak azalmıştır ($p=0.010$, $OR=0.158$, %95 $GA:0.038-0.648$).
12. Çalışmamızda aşırı kilo kaybı olduğu söylenen veya sarılık riski olduğu söylenen bebeklerle SAS_{tbc} ve SAS_{6ay} arasında ilişki bulunmamıştır. Ayrıca eğitim müdahalesi ile bu değişkenlerde farklılık görülmemiştir. Sarılığa yol açan risk faktörleri çoklu olduğundan ve çalışmamızda bu değişkenler değerlendirilmediğinden yetersiz beslenmeye sekonder sarılık riski ile SAS arasındaki ilişki tam olarak ortaya konamamış olabilir. Bu çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olarak değerlendirilmiştir ve ek çalışmalar gerektiği düşünülmektedir. Tüm katılımcılara bakıldığında %3.3'üne sarılık riski, %1,5'ine ise aşırı kilo kaybı nedeniyle formül süt başlandığı görülmüştür. Hekimlerin bu konudaki bilgi düzeylerinin yeterli olduğu söylenebilir.
13. Taburculuk zamanlarına bakıldığında Grup 2'de hastaneden taburculuk zamanı ilk 24 saatin altında olanların oranı azalırken, 24-48 saat arasında olanlarınkı arttığı tespit edilmiştir ($p=0,001$). Postnatal 24. saatin altında olan taburculuklar azalmasına karşın, bu durumun SAS_{tbc} ve SAS_{6ay} oranlarını etkilemediği

saptanmıştır. Emzirme sağlanmadan taburculuk yapılmadığı görülmüştür. Araştırmamızda bebeklerin %86'sının taburculuk sonrasında hekim tarafından ilk kez görülmesi postnatal 7.günde topuk kanı vermeye gittiğinde olmuştur. Ülkemizde taburculuk sonrası 48-72.saatlerde rutin hekim-bebek görüşmesi olmadığından erken taburculuktan kaçınılması gerekmektedir. Müdahale ile erken taburculuk oranlarının azaldığı görülmüştür.

14. Çalışmamızda annelerin mevcut gebelik önceki dönemde en az 6 ay emzirme öyküsünün olması SAS_{tbc} 'ı 2.46 kat ($OR:2.468$, %95 $GA:1.382-4.408$), SAS_{6ay} olmasını 2.1 kat ($OR:2.12$, %95 $GA:1.305-3.44$) arttırmıştır. Bu durum dikkati primiparlara ve öncesinde SAS 'ı erken kesen anne adaylarına yöneltmektedir. Çalışmamızda annenin primipar olması, SAS_{tbc} oranlarını yarı yarıya azaltmaktadır ($OR:0.527$, %95 $GA:0.300-0.924$). Fakat parite ile SAS_{6ay} ilişkili bulunmamıştır ($OR:1.51$, %95 $GA:0.920-2.493$). Primiparlar ve önceki gebeliklerinde emzirmeyen annelere anne sütü eğitimi için dikkatle yaklaşılmalıdır.
15. Hastanedeki anne sütü kullanımı ile ilişkili olmasa da annenin 12-14 aylık emzirme öngörüsünün olması SAS_{6ay} oranlarını yaklaşık 2 kat arttırmaktadır ($OR:2.08$, %95 $GA:1.129-3.854$). Annenin doğum öncesindeki emzirme planı önemlidir, bu nedenle anneler doğum öncesinden itibaren anne sütü ve emzirme konusunda hekim tarafından desteklenmelidir.
16. Çalışmamızda anneye bebek bakımında aile desteğinin varlığı SAS_{tbc} ($OR:0.350$, %95 $GA:0.176-0.694$) ve SAS_{6ay} ($OR:0.484$, %95 $GA:0.288-0.814$) oranlarını azaltmaktadır. Doğum sonrasında annede olumsuz duygu durumunun olması da SAS_{6ay} oranlarını azaltmaktadır ($OR:0.52$, %95 $GA:0.311-0.885$). Hekimler bebeği değerlendirirken anne sorunlarını da ele almalı, gerekirse aile ile görüşme yapılmalıdır.
17. Grup 2'de yeniden hastaneye yatışının daha fazla olduğu görülmüştür. ($p=0,043$). Taburculuk sonrası yeniden hastane yatma öyküsü SAS_{6ay} 'ı azaltmaktadır ($OR:0.51$, %95 $GA:0.484-1.002$). Bu etki çok değişkenli

regresyon analizi modelinde daha anlamlı bulunmuştur. Yeniden yatışın en sık sebepleri sarılık ve enfeksiyondur.

18. Müdahale sonrası grupta annenin bebeğinin büyümesinden olan memnuniyetinin arttığı görülmüştür, bu durum annenin bebeğini ve gereksinimlerini daha iyi tanıdığı anlamına gelebilir.
19. Yaşamın ilk gününde gözlenen hekimlik yaklaşımlarının bebeğin tüm yaşamını etkileyebilecek nitelikte kararlar olduğu çalışmamızda ortaya konmuştur. Yapılan çok değişkenli regresyon analizine göre yapılmış olan eğitim müdahalesi, öngörülen emzirme süresinin 12-24 ay olması SAS_{6ay} oranlarını arttırırken, doğum sonrası olumsuz duygu durumunun ve yeniden hastane yatış öyküsünün olmasının SAS_{6ay}'ı önlediği bulunmuştur. Annenin önceki gebeliğinde en az 6 ay emzirme öyküsünün olması istatistiksel olarak anlamlı olmasa da klinik olarak anlamlı olabileceğinden modele katılabileceği düşünülmüştür. SAS_{tbc} durumu incelendiğinde ise yapılan çok değişkenli regresyon analizine göre müdahale, önceki gebeliğinde en az 6 ay emzirme öyküsünün olması, elektif sezaryen ile doğum, ilk 2 saatte emzirmenin sağlanması ve anneye aile desteğinin varlığı modelde ilgili değişkenler olarak bulunmuştur. Yapılan eğitim müdahalesi her iki durumu da güçlü bir değişken olarak arttırmaktadır.
20. Müdahale sonrası grupta; SAS_{6ay}, 6. ayda sadece anne sütü ile beslenme, annenin bebeğin büyümesinden olan memnuniyeti artmış olup; hastanede formül süt başlanması, taburculuk sonrası ek besin verilmesi, hastanede kan glukozu ölçülmesi ve erken taburculuk oranları düşmüştür. Çok değişkenli lojistik regresyon analizlerinde de düzeltilmiş odds oranları ile değerlendirildiğinde müdahalenin güçlü bir şekilde SAS_{tbc} ve SAS_{6ay} düzeylerini etkilediği gösterilmiştir. Hekimler üzerindeki kısa ama etkili bir eğitim müdahalesi SAS ile beslenme oranlarını arttırmaktadır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

SAĞLIKLI, ZAMANINDA DOĞMUŞ VE ALTI AYLIK BEBEKLERİN AİLELERİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı: Doğum şekli ve doğumdan sonra ilk günlerdeki hekim yaklaşım ve uygulamalarının, zamanında doğmuş bebeklerin 6. ayda sadece anne sütüyle beslenme durumu üzerine etkileri

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Saadet ARSAN

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Çocuk Hastanesi

Sayın Veli,

Bu form Ankara Üniversitesi Neonatoloji Bilim Dalında hazırlanmış olup doğum şekli, yaşamın ilk günündeki yaygın hekimlik uygulamaları ve doğum sonrası taburculuk zamanının, zamanında doğmuş ve sağlıklı bebeklerin 6. ayında sadece anne sütüyle beslenme durumu üzerine etkileri değerlendirmek için yapılan araştırmanın bilgilendirilmiş gönüllü olur formudur.

GİRİŞ:

ARAŞTIRMANIN AMACI:

Çalışmanın amacı Doğum şekli, doğum sonrası taburculuk zamanı, doğum sonrası hastanede yatış sırasında formül süt başlanmasına yol açan yaklaşım ve uygulamaların 6. ayda sadece anne sütü ile beslenmenin başarı ile sürdürülüyor olması üzerine etkilerinin araştırılmasıdır.

ÇALIŞMADA YAPILACAKLAR:

Bu çalışmada hastanemiz Kadın Doğum ve Hastalıkları kliniğinde doğup Sosyal Pediatri Bilim Dalı polikliniği tarafından takipli olan zamanında doğmuş, sağlıklı, 6-9 aylık çocuklar yer alacaktır. Araştırmada bilgi toplama süresi 9 ay olmakla birlikte, verilerin işlenmesi ve bulguların edinilmesiyle çalışmanın toplamda 18 ay sürmesi planlanmaktadır. Bu süre içinde, yapılan araştırmada 300 bebeğin yer alması hedeflenmektedir.

Çalışmada, çocuğunuz hastanemiz Sosyal Pediatri Bilim Dalı polikliniğinde klinik öykü ve fizik muayene ile değerlendirilecek, mevcut takipleri gözden geçirilerek varsa takipteki eksik tetkik, medikal destek ve taramalar tamamlanacaktır. Alınacak öykü içerisinde ebeveynler dahil aile yapısı ve eğitim düzeyleri bulunacaktır. Doğum öyküsü ve doğum

sonrası şikayet, verilen destek, bilgiye ulaşma, anne sütü ile besleme özellikleri değerlendirilecektir.

Çocuğunuza ve size ait kişisel bilgilerin gizliliği bizim için önemli olup, bilimsel çalışma amacı dışında kullanılmayacak ve hiçbir kişi ve kurumla paylaşılmayacaktır. Anket ve formlar bu araştırma için ayrılmış kilitli bir dolapta saklanacaktır. Gerekli sürenin sonunda imha edilecektir.

ÇALIŞMA SİZİN COCUGUNUZA NE YARAR SAĞLAYABİLİR?

Bu çalışmada çocuğunuzun sağlık durumu değerlendirilecek, gelişimsel değerlendirmesi yapılacak, vitamin ve demir destek tedavileri ile ilk 6 ay içinde olması gereken taramaları gözden geçirilecek, ilgili muayeneleri yapılacak ve herhangi bir sorun saptanması durumunda tedavi için yönlendirilecektir.

Yapılan çalışma doğum şekli ve doğum sonrası hastanede yatış sürecinin anne sütü ile beslenme süresi üzerine etkisi hakkında bilgi vererek başta biz hekimleri yapılan iyi uygulamalara teşvik ve kötü uygulamaları düzeltme konusunda yönlendirecektir. Bu da siz ve sizden sonraki takip etmekte olduğumuz çocukların ve annelerin karşılaşılabileceği sorunlara erkenden ve etkin müdahale ederek yaşanabilecek sorunları azaltmamızı ve anne sütünün devamlılığını sağlamak konusunda önemli bilgiler edinmemizi sağlayacaktır.

ÇALIŞMA HAKKINDA SORULAR SORMA VE ÇALIŞMADAN AYRILMA HAKKI:

Dilediğiniz zaman çalışma ile ilgili sorular sorma hakkına sahipsiniz. İsteddiğiniz zaman bebeğinizi bu araştırmadan çekme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılım gönüllüdür. Katılmayı reddettiğinizde herhangi bir yaptırım uygulanmaz. Çocuğunuzun bundan sonraki tedavisinde herhangi bir aksaklık da söz konusu olamaz. Çocuğunuzun bulguları çalışma koşullarına uygunluk göstermiyorsa rızanız sorulmadan çalışma dışında bırakılabilirsiniz.

ÇALIŞMA İLE İLGİLİ MADDİ YÜK:

Çalışma sırasında size ve bağlı olduğunuz SGK kurumuna ek bir ücret fatura edilmeyecektir.

Herhangi bir sorunuz olduğunda veya araştırmayla ilgili bir rahatsızlık duyduğunuzda Dr. Aybike KORKMAZ'ı 0538 832 12 61 numaralı telefondan arayabilir veya aybike.korkmaz6@gmail.com adresine mail atabilirsiniz.

Yazışma için

Adres:

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Dikimevi, Ankara

Hasta izlem ve anket formu:

KATILIMCI İSMİ : CİNSİYETİ : DOĞUM TARİHİ :
Çocuğumun katılımı sorulan klinik çalışmanın amaç ve işlemleri bana açıklanmıştır. Bu çalışma ile ilgili olası yararlar ve görülmesi mümkün olan herhangi bir risk ve bu çalışmaya bağlı rahatsızlıklar bana bildirildi. Tüm sorularıma yeterince cevap aldım. Bu çalışmaya katılımın gönüllü olduğunu ve çocuğumu bu çalışmadan istediğim zaman çekebileceğimi ve bunu yaptığımda, çocuğumun doktorundan ileride göreceğim bakım ve ilgiyi etkilemeyeceğini anladım. Çocuğumla ilgili olan verilere ulaşmaya ve düzeltilmesini istemeye hakkım olduğu bana bildirilmiştir. Ben,, ismi olan çocuğun velisi/vasisi olarak, bu klinik araştırmada yer almasını gönüllü olarak kabul ediyorum.
ADRES: TELEFON NUMARASI: TARİH: İMZA: VELİ/VASİ İMZASI:
ONAY ALMA OLAYINI GERÇEKLEŞTİREN KİŞİ: İSİM: İMZA: TARİH:
Aklınıza gelen soruları sormadan ve bu sorulara yeterli yanıt almadan bu formu imzalamayınız.

1. Demografik bilgiler:

- Annenin yaşı:
- Annenin eğitim durumu:

Okur-yazar değil: Okur-yazar: İlköğretim (8 yıl): Lise (12 yıl):
Üniversite:

- Annenin çalışma durumu:

Ev kadını: Sigortalı çalışıyor: Sigortasız çalışıyor:

- Gebelik sayısı:
- Canlı doğum sayısı:
- Ölü doğum sayısı:
- Düşük sayısı:
- Varsa daha önceki çocuklarda emzirme süresi:

Emzirmemiş: Emzirmiş (<6 ay): Emzirmiş (>6 ay):

Emzirmiş (<12 ay):

2. Doğuma ait bilgiler:

- Doğum haftası:
- Doğum ağırlığı:
- Doğum şekli:

NVD: e-C/S: Acil (eylemlı)-C/S:

- C/S için uygulanan anestezi:

Genel: Spinal/epidural:

- Doğumdan önce annenin öngördüğü emzirme süresi:

Hiç: <6 ay: 6-12 ay: 12-24 ay:

3. Doğum sonrası hastanede yatış dönemine ilişkin bilgiler:

- Bebek yenidoğan ünitesine yattı mı?

Evet: Hayır:

- Yenidoğan ünitesine yattıysa yatış nedeni:

Solunum sıkıntısı: Sarılık: Kan şekeri düşüklüğü: Aşırı kilo kaybı:

- Yenidoğan ünitesine yattıysa yatış süresi:

<24 saat: 24-72 saat: >72 saat:

- Anne-bebek ilk temas zamanı:

<1 saat: 1-2 saat: 2-24 saat: >24 saat:

- İlk emzirme zamanı:

<1 saat: 1-2 saat: 2-24 saat: >24 saat:

- Doğum sonrası çocuk doktoru tarafından ilk değerlendirme zamanı:

<24 saat: 24-72 saat:

- Doğumdan sonra emzirme konusunda hekim veya hemşireden ilk 6 ay tek başına, 6. aydan sonra tamamlayıcı besinlerin yanında AS ile beslenmenin yeterliliği konusunda bilgi ve destek alındı mı?

Evet: Hayır:

- Doğumdan sonra hastanedeysen bebeğe hiç kan şekeri bakıldı mı?

Evet: Hayır:

- Doğumdan sonra hastanedeysen bebek için “kan şekeri düşük” yorumu yapıldı mı?

Evet: Hayır:

- Doğumdan sonra hastanedeysen bebek tartılırken hiç çok kilo kaybettiği yorumu yapıldı mı?

Evet: Hayır:

- Doğumdan sonra hastanedeysen bebek için hiç sarılık riskinden söz edildi mi?

- Doğumdan sonra hastanedeysen bebeğe hiç mama verildi mi?

Evet: Hayır:

- Verildiyse nedeni:

Sütün gelmemesi: Aşırı kilo kaybı: Sarılık riski: Kan şekeri düşüklüğü:

- Mama verilmesini kimin önerdiği:

Anne/aile: Hemşire: Çocuk doktoru: Kadın doğum doktoru:

- Hastaneden çıktıktan sonra;

Hiç mama vermedim: AS + Mama verdim: Sadece mama verdim:

- Doğum sonrasında hastaneden taburculuk zamanı:

<24 saat: 24-48 saat: 48-72 saat: >72 saat

- C/S sonrası >48 saat taburcu olunduysa nedeni:

Anneye ait tıbbi neden (Açıkla): Bebeğe ait tıbbi neden (açıkla):

- NVD için <24 saat taburculuk kararı kime ait:

Anne/aile: Doktor:

- C/S için <48 saat taburculuk kararı kime ait:

Anne/aile: Doktor:

- Taburculuk sonrası eşiniz, anneniz ya da herhangi bir yakınınız tarafından emzirme için destek gördünüz mü?

Evet: Hayır:

- Doğum sonrasında yetersizlik duygusu, depresyon veya buhran yaşadınız mı?

Evet: Hayır:

- Doğum sonrası hastaneden taburcu olduktan sonra yeniden ilk hekim başvurusu zamanı:

Topuk kanı aldırma zamanında: Topuk kanı aldırma zamanından önce:

- Doğum sonrası hastaneden taburcu olduktan sonra topuk kanı aldırma zamanından önce yeniden ilk hekim başvurusu nedeni:

Emzirememe/bebeğin çok ağlaması: Sarılık: Diğer (Açıkla):

- Doğum sonrası hastaneden taburcu olduktan sonra yeniden hastane yatışı oldu mu?

Evet: Hayır:

- Olduysa nedeni:

Susuz kalma/hipernatremi: Sarılık: Diğer (Açıkla):

3. Bebeğin 6. ayda beslenme ve sağlık durumuna ait bilgiler

- Bebek şu anda neyle besleniyor?

Sadece AS: AS + Mama: AS + mama dışı tamamlayıcı besinler:

- AS'ne ek mama başlanma zamanı:
- AS'ne ek mama dışı tamamlayıcı besin başlanma zamanı:
- Bebek D vitamini alıyor mu?

Evet: Hayır:

- Bebek demir profilaksisi alıyor mu?

Evet: Hayır:

- İlk ayda bebeğinize besin allerjisi/intoleransı tanısı konuldu mu?
- Bebeğinizin beslenme, büyüme-gelişme durumundan memnun musunuz?

Evet: Hayır:

4. Bebeğin değerlendirilmesi:

VA (%): Boy (%): BÇ (%):

Başka patolojik muayene bulgusu:

Var: Yok:

Gelişiminin ayına uygunluğu:

Evet: Hayır:

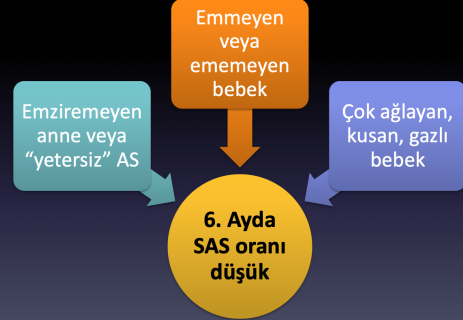
Asistan Hekimlere Verilen Eğitim

Doğum sonrasında yenidoğan ve annesine bütüncül ve doğru yaklaşım

Prof. Dr. Saadet Arsan

arsan@medicine.ankara.edu.tr

Bu eğitim neden gerekli?



SAS*: Sadece Anne Sütü ile beslenme

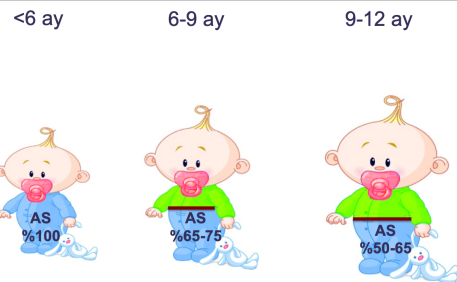
Hekimler



Hemşireler

Sağlık çalışanlarının olumsuz rolü
%80

Teorik bilgilerimiz



Anne sütünün yararları:

Bebek

- Akut otitis media
- Gastrointestinal enfeksiyonlar
- Atopik dermatit
- Astım
- Obezite
- Diabetes mellitus
- Kardiyovasküler hastalık riski
- Bebek ölümü
- Ani bebek ölümü sendromu
- Bilişsel gelişim

Anne

- Doğum öncesi kiloya dönme
- Tip 2 Diabetes mellitus
- Osteoporoz
- Postpartum depresyon
- Meme kanseri
- Over kanseri

Türkiye'de 6. ayda sadece ve tek başına anne sütü (SAS)

TNSA 2013, TÜİK, Lansinoh Emzirme Araştırması	(%)
Doğumdan sonra ilk saat/gün içinde hiç emmemiş olma	50/30
Doğum sonrası emzirilmeden önce başka besin almış olma	26
İlk 2 ayda SAS	58
İlk 6 ayda SAS	30 (26)
İlk 6 ayda AS + Ek gıda	12
İlk 6 ayda AS + su	23
İlk 6 ayda AS + Formül süt	26
İlk 6 ayda biberon	40
Formül süt önerisi (Doktor)	52



Yapmakta olduklarımız
yeterli değil



"Anne sütü sütlerin en iyisidir"

Neleri bilmeliyiz?
Ne yapmalıyız?
Nasıl yapmalıyız?

Doğum sonrası yaşanan sorunlar

- "Riskli" yenidoğanı tanımiyor, ayırmıyoruz
- Doğumdan sonraki ilk gün için KŞ normallerini tam olarak bilmiyoruz
- Doğumdan sonra ilk günlerdeki fizyolojik VA kayıplarını bilmiyoruz
- İlk 1-2 gün iyi beslenmezse "her" yenidoğan sarılık olur, korkumuz var

Hipoglisemi, Beslenememe, Sarılık
açısından riskli yenidoğanlar:

Riskli +

Küçük bebekler (GY,DA)
Büyük bebekler (GY, DA)
Maternal ilaç* kullanımı

Konjenital anomali
Riskli soygeçmiş
Sepsis
Perinatal stres/hipoksi

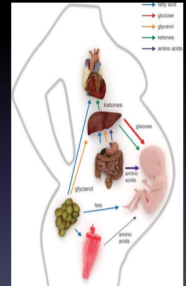
Risksiz

Sorunsuz gebelik
Sorunsuz doğum
Normal GY, DA

Kaygan Zemine Dikkat!
Yüksek C/S oranı ve
multiparite!

Fetal glukoz homeostazı

- Glukoz → plasenta → kolaylaştırılmış difüzyon
- Annede açlık/plasental yetersizlik → fetusta endojen yapım
- Fetal enerji → % 65'i glukoz metabolizması
- Erişkinden farkı → glukoz insülin yanıtı ↓
- Yenidoğandan farkı → glukagon yanıtı ↓



Doğum sonrası adaptasyon



Kime, nasıl KŞ izlemi?

Taburculuk öncesi yenidoğanın normal kan şekerini en az 3 beslenme döngüsü boyunca sağladığından emin olmalıyız!

Asemptomatik yenidoğanda hipoglisemi sınırları

ilk 4 saat
< 25 mg/dl

4-24 saat
< 35 mg/dl

24-48 saat
< 50 mg/dl

>48 saat
< 60 mg/dl

Kan Şekerİ Ölçümü: **Sadece Riskli Yenidoğanlarda**

- > İlk beslenme yapıldıktan sonra,
- > Sonraki beslenmeden 1 saat öncesinde
- > En az 2 ölçümle doğrulanmalı!

AAP, Committee on Fetus and Newborn Pediatrics 2011;127:575-579

Asemptomatik Riskli YD

İlk 4 saat
İlk 1 saat içinde besle- ilk beslenmeden 30 dk sonra
kan şekerini ölç

İlk kan şekeri <25 mg/dl

Tekrar besle ve 1 saat içinde kontrol et

< 25 mg/dl



İV glukoz

25-40 mg/dl



Tekrar
besle/gerekirse İV
glukoz

Asemptomatik Riskli YD

4-24 saat
2-3 saatte bir beslemeye devam et- her beslenme
öncesi KŞ kontrolü yap

KŞ<35 mg/dl

Tekrar besle ve 1 saat içinde kontrol et

< 35 mg/dl



İV glukoz

35-45 mg/dl



Tekrar
besle/gerekirse İV
glukoz

Doğum sonrası fizyolojik kayıplar

YD doğumdan sonraki ilk 5 gün
DA'nın %12-13 kadarını
kaybedebilir!

1. gün (Ort ve Max):

- NVY: %4.2 ve %6.4
- C/S: %4.9 ve %7.2

48. Saat (Max):

%9

Sağlık sistemimizle ilgili sorunlar

Kaygan zemin:

Multiparite ve C/S doğumlar

Risk:

Erken taburculuk

Öngörülü olma gereği:

Taburculuk-İlk kontrol arası kontrolsüz 5-6 gün
ve kontrolde sadece "topuk kanı"

Başlangıçta "emzirememe" nedenleri:



Uygun olmayan emzirme tekniği / meme başı
sorunları

Emzirme sıklığının ve süresinin uygun olmaması

Annenin açlık, susuzluk, yorgunluk ve akut hastalık
durumları

Aile, arkadaşlar, sanal alem baskısı ve "pompa"

İlk muayenede yaklaşım:

- “Emzirme süreci” muayenesi
- Emzirme sonrası memedeki süt
- Meme sorunlarının giderilmesi
- Yeterli “idrar-dışkı” kontrolü
- Büyümenin ve gelişmenin izlenmesi
- Yorgunluk, uykusuzluk, açlık ve susuzluğun giderilmesi
- Aşırı emme isteğinin nedenlerinin anneye anlatılması



Bebeklerdeki ağlama ve devamlı emme isteği:



- Bebekler 3 amaç için emerler:
 - Açlık
 - Susuzluk
 - Haz alma

EMZİK:

- İlk 1-2 haftada önerilmez
- Ağrıyı azaltır
- Oral-motor fonksiyonları geliştirir
- Ani bebek ölüm sendromu sıklığını azaltır
- “Haz” verir
- SAS’nü engellemez

Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012

Emmeyen/Emzirilemeyen Bebek



- 3-5 aylarda: “Yalancı emme reddi”
- Tamamlayıcı besinlere geçildiğinde
- Diş çıkarırken
- Akut enfeksiyonların seyri sırasında
- Duygusal stres dönemleri
- Yetersiz büyüme korkusu/sanrısı
- Yanlış besleme tutumları

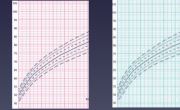
Yaklaşım

Doğal iştahsızlık ve “emme reddi” dönemlerinin açıklanması

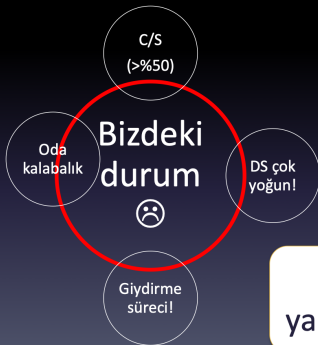
Anne sütü ve ileri yaşamda sağlık

Doğru tutumların anlatılması ve güven verme

Büyüme ve gelişmenin doğru izlenmesi



Erken temas çok önemli!



Neler yapabiliriz?

Neler öğrendik?

- Riskli bebekleri tanıyabilmeli ve onlar için gerekli tıbbi yaklaşımı, **sadece onlarda** eksiksiz yerine getirmeliyiz
- Sağlıklı bir gebelik ve doğum sonrasında yenidoğanlara gereksiz girişimler yapmaktan kaçınmalıyız.

Neler öğrendik?

- KŞ'nin normal değerleri, kime ve ne zaman bakılacağı, hipoglisemik değerlerde ne yapılacağı
- Doğum sonrası fizyolojik VA kayıp sınırları
- Anneyi endişelendirmeden gerekeni yapma
- Bebeği tek başına değil, gebelik ve doğum özellikleriyle birlikte değerlendirme

Son söz



- Başımızı DS'ndan çıkaralım
- Anne ve bebeğe daha çok zaman ayıralım 😊

ÖZET

AMAÇ: Süt çocuklarında 6 ay boyunca sadece anne sütü (SAS_{6ay}) ile beslenme önerilmektedir. Ülkemizde SAS_{6ay} oranları düşüktür. Çalışmada pediatri asistanlarının doğum odası uygulamaları ve SAS_{6ay}'ın korunması üzerine yapılan eğitim müdahalesinin etkisi araştırılmaktadır.

YÖNTEM: Araştırma müdahale öncesi (Grup 1) ve sonrası (Grup 2) altışar aydan oluşmuştur. Pediatri asistanlarının bebek odasındaki yüksek riskli yenidoğanı tanıma, kan glukozu monitorizasyonu, fizyolojik kilo kaybı, laktasyon sorunlarına yaklaşım, annelerle etkili iletişim konularında beceri ve bilgilerini arttırmaya yönelik interaktif eğitim müdahalesi yapılmıştır. Bebek odasına haftada iki kez Neonatoloji öğretim üyesi tarafından ziyaret yapılmıştır. Annelere bebeklerin 6. ay rutin kontrollerinde anket yapılmıştır. Gruplarda hekim uygulamaları, SAS_{6ay} oranlarıyla ilişkili demografik ve doğum özellikleri karşılaştırılmıştır. SAS_{6ay}'ı etkileyen parametreler lojistik regresyon analiziyle değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Grup 1 ve Grup 2 sırayla 140 ve 130 anne-bebek çiftinden oluştu. Tekil, term, AGA bebekler çalışmaya alındı. Müdahaleyle SAS_{6ay} prevalansı %42.9'dan %60.8'e yükselirken (p=0.003), hastanede formül süt başlama %30'dan %19.2'ye geriledi (p=0.041). Grup2'de kan glukozu monitorizasyonu (%45 vs %33.1, p=0.045) ve erken taburculuk (%67.9 vs %20, p<0.001) daha azken, 6. ayda çocuklarda büyüme memnuniyeti daha fazlaydı (%92,2 vs %98.5, p=0.015). SAS_{6ay}, annenin 12-24 ay emzirme isteği (OR:2.08, %95 GA: 1.12-3.85), öncesinde 6 ay emzirme öyküsü (OR:2.12, %95 GA:1.30-3.44), laktasyon eğitimi (OR:2.06, %95 GA:0.99-4.27), daha az kan glukozu monitorizasyonu (OR:1.70, %95 GA:1.04-2.79), postpartum olumsuz duygu durumu (OR:0.52, %95 GA:0.31-0.88), aile desteğiyle (OR:0.48, %95 GA:0.28-0.81) ilişkiliydi. Müdahale SAS_{6ay}'yla kuvvetli ilişkili bulundu (OR:2.06, %95 GA:1.27-3.35).

SONUÇ: Kısa ve kapsamlı bir eğitim dahi hekimin davranışlarını değiştirebilir ve SAS_{6ay} sonuçlarını iyileştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, müdahale, asistan eğitimi

SUMMARY

BACKGROUND: Exclusive breastfeeding for 6 months (EBF_{6M}) is recommended for every infant. Prevalence of EBF_{6M} has decreased from 42% to 30% during the last 5 years, in Turkey. The physician's maternity ward attitudes, knowledge and skills can affect EBF_{6M}.

OBJECTIVES: To investigate the effect of a supervised training intervention on maternity ward practices of pediatric residents and maintenance of EBF_{6M}.

METHODS: The study consisted of 2 phases lasting 6 months, before and after the intervention. An interactive multimedia curricular intervention was designed for pediatric residents to enhance their knowledge and skills in distinguishing the high-risk newborn, blood glucose monitoring, physiological weight loss, approach to lactation problems at the maternity ward. The maternity ward was visited twice a week by a NICU attending to give feedback. The attitudes of the physicians were deduced from the surveys answered by the mothers at the 6th month immunization visit. Pre (Group 1) and post (Group 2) intervention groups were compared with demographic and birth characteristics, as well as physicians' maternity ward practices and EBF_{6M}. The parameters that affect EBF_{6M} were evaluated by logistic regression analysis.

RESULTS: Group 1 and Group 2 were consisted of 140 and 130 mother-infant pairs, respectively. The infants were singleton, full-term and appropriate for gestational age at birth. The prevalence of EBF_{6M} increased from 42.9% to 60.8% ($p=0.003$), initiation of formula before discharge decreased from 30% to 19.2% ($p=0.041$) after the intervention. The frequency of blood glucose monitoring (45% vs 33.1%, $p=0.045$) and early discharge (67.9% vs 20%, $p<0.001$) were lower in Group 2. Mothers in Group 2 were more likely to report satisfaction with their children's growth at 6 months (92.2% vs 98.5%, $p=0.015$).

In univariate analysis EBF_{6M} was related to maternal anticipation of BF for 12-24 months (OR:2.08 95% CI: 1.12-3.85), a previous history of BF for at least 6 months (OR:2.12, 95% CI:1.30-3.44), BF training during pregnancy (OR:2.06, 95% CI:0.99-4.27)

and less blood glucose monitoring (OR:1.70, 95% CI:1.04-2.79). Postpartum negative mood and grand parent support were preventive factors for EBF_{6M} (OR:0.52, 95% CI:0.31-0.88 and OR:0.48, 95% CI:0.28-0.81, respectively). Study intervention was also related to EBF_{6M} in multiple logistic regression.

CONCLUSION: Even a brief comprehensive supervised training may change physician attitudes and contribute to recuperate BF outcomes.

Key Words: Exclusive breastfeeding, intervention, pediatric resident

KAYNAKLAR

1. Horta BL, Loret de Mola C, Victoria CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(467): 30-7.
2. Ip S. et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess.* 2007; 153: 1-186.
3. World Health Organization. Infant and young child feeding. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>. Accessed January 25, 2020.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2018), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2019. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
5. Waldeström U., aarts C.. Duration of breastfeeding problems in relation to length of postpartum stay: a longitudinal cohort study of a national Swedish sample. *Acta Paediatr.* 2004; 93: 669-76.
6. Sieveers E., Haase S., Oldigs H.-D., Schaub J.. The impact of peripartum factors on the onset and duration of lactation. *Bull Neonate.* 2003; 83: 246-52.
7. Danielsen et al. Newborn discharge timing and readmissions: California, 1992-1995. *Pediatrics.* 2000; 106 :31.
8. Tan et al. Hospital Discharge on the first compared with the second day after planned cesarean delivery. A Randomised controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012; 120:1273-82.
9. National Childbirth Trust, Kingdom. Hypoglycemia of the newborn: Guidelines for the appropriate blood glucose screening of breast-fed and bottle-fed babies in the UK. *Midwives* 1997;110:248–249.
10. A.F. Williams. Hypoglycaemia of the newborn: a review. *Bull World Health Organ.* 1997; 75(3): 261–290.
11. Blyth R et al. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth.* 2002 Dec;29(4):278-84.
12. Bowatte G. et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015 Dec;104(467):85-95.
13. Korvel-Hanquist A, Djurhuus BD, Homoe P. The Effect of Breastfeeding on Childhood Otitis Media. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2017 Jul;17(7):45.

- 14.Davis-Paturet C. ve ark. Breastfeeding initiation or duration and longitudinal patterns of infections up to 2 years and skin rash and respiratory symptoms up to 8 years in the EDEN mother-child cohort. *Matern Child Nutr.* 2020 Jan 22:e12935.
- 15.Frank NM ve ark. The relationship between breastfeeding and reported respiratory and gastrointestinal infection rates in young children. *BMC Pediatr.* 2019 Sep 18;19(1):339.
- 16.Eidelman AI, Schanler RJ. American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding Executive Committee. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–41
- 17.Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, et al. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128:1–8.
- 18.American Academy of Pediatrics. Benefits of Breastfeeding. <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Breastfeeding/Pages/Benefits-of-Breastfeeding.aspx>. Accessed January 26,2020.
- 19.Jonas W, Woodside B. Physiological mechanisms, behavioral and psychological factors influencing the transfer of milk from mothers to their young. *Horm Behav* 2016; 77: 167-181 .
- 20.Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol* 2009;113:974–82.
- 21.D.Handa, R. J. Schanler. Role of the Pediatrician in Breastfeeding Management. *Pediatr Clin N Am* 60 (2013) 1–10.
- 22.American Academy of Pediatrics Policy Statement. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* March 2012, 129 (3) e827-e841
- 23.Cohen RJ. Exclusively breastfed, low birthweight term infants do not need supplemental water. *Acta Paediatr.* 2000 May;89(5):550-2.
- 24.Centers for Disease Control. Breastfeeding report card: progressing toward national breastfeeding goals. 2018. Available at: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2018breastfeedingreportcard.pdf>. Accessed January 26,2020.
- 25.İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı, Sağlık Göstergeleri (2018). Kamu Hastaneleri Birliği, Sağlık Bakanlığı.
- 26.Ecker J.. Elective cesarean delivery on maternal request. *JAMA.* 2013; 309(18) ;1930-36.
- 27.Dietz HP, Campbell S.. Toward normal birth- but at what cost? *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 215(4): 439-44.

28. Carrapato et al. Cesarean section: the pediatricians' views. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017; 30(17): 2081-85.
29. Bodner et al. Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low risk obstetric population. *Arch Gynecol Obstet.* 2011, 283: 1193-98.
30. Prior et al. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr.* 2012; 95: 1113-35.
31. Nakao Y, Moji K, Honda S, Oishi K. Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women. *Int Breastfeed J.* 2008; 10(3): 1.
32. Hobbs AJ et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016 Apr 26;16:90.
33. Prado DS et al. The influence of mode of delivery on neonatal and maternal short and long-term outcomes. *Rev Saude Publica.* 2018 Nov 29;52:95.
34. Paksoy Erbaydar N, Erbaydar T. Relationship between caesarean section and breastfeeding: evidence from the 2013 Turkey demographic and health survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 Jan 28;20(1):55
35. Türk Neonatoloji Derneği. Yenidoğan Endokrinoloji Rehberi-2019
36. Wight N1, Marinelli KA; Academy Of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #1: Guidelines for Blood Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Term and Late-Preterm Neonates, Revised 2014. *Breastfeed Med.* 2006 Autumn;1(3):178-84.
37. Akalay et al. Population Meta-Analysis of Low Plasma Glucose Thresholds in Full-Term Normal Newborns. *Am J Perinatol* 2006; 23(2): 115-120
38. Michael I. Reiff, Susan M. Essock-Vitale. Hospital influences on early infant-feeding practices. *Pediatrics.* 1985; 76:872-879
39. Crowley WR. Neuroendocrine regulation of lactation and milk production. *Evulation.* 2015; 5: 255-291
40. Cornblath M et al. Controversies Regarding Definition of Neonatal Hypoglycemia: Suggested Operational Thresholds. *Pediatrics* May 2000, 105 (5) 1141-1145
41. Haringer NC. Screening for hypoglycemia in healthy term neonate: Effects on breastfeeding

42. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/maternal-or-infant-illnesses/jaundice.html>. Accessed Feb 6th, 2020
43. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics*. 2004 Jul;114(1):297-316.
44. Nicoll A, Ginsburg R, Tripp JH. Supplementary feeding and jaundice in newborns. *Acta Paediatr Scand*. 1982 Sep;71(5):759-61.
45. Türk Neonatoloji Derneği. Yenidoğan Sarılıklarında Yaklaşım, İzlem ve Tedavi Rehberi. 2014
46. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics* 2015;135:e16–e23.
47. Schaefer EW. External Validation of Early Weight Loss Nomograms for Exclusively Breastfed Newborns. *Breastfeed Med*. 2015;10(10): 458-63.
48. Caglar MK, Ozer I, Altugan FS. Risk factors for excess weight loss and hypernatremia in exclusively breast-fed infants. *Braz J Med Biol Res*. 2006 Apr;39(4):539-44.
49. Noel-Weiss J. An observational study of associations among maternal fluids during parturition, neonatal output, and breastfed newborn weight loss. *Int Breastfeed J*. 2011 Aug 15;6:9.
50. Paul IM, Schaefer EW ve ark. Weight Change Nomograms for the First Month After Birth. *Pediatrics*. 2016;138(6):e20162625.
51. P Macdonald, S Ross, L Grant ve D Young. Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2003 Nov; 88(6): F472–F476.
52. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #3: Hospital Guidelines for the Use of Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. *Breastfeed Med*. 2017; 12 (3): 188-98, 36.
53. Colin WB, Scott JA. Breastfeeding: reasons for starting, reasons for stopping and problems along the way. *Breastfeed Rev*. 2002;10(2):13-9.
54. Amy Evans ve ark. ABM Clinical Protocol #2: Guidelines for Hospital Discharge of the Breastfeeding Term Newborn and Mother: “The Going Home Protocol,” Revised 2014. *Breastfeed Med*. 2014 Jan 1; 9(1): 3–8.
55. Heck KE, Schoendorf KC, Chávez GF, Braveman P. Does postpartum length of stay affect breastfeeding duration? A population-based study. *Birth*. 2003 Sep;30(3):153-9.

- 56.Cohen SS ve ark. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis.J Pediatr. 2018 Dec;203:190-196.e21.
- 57.Danielsen et al. Newborn discharge timing and readmissions: California, 1992-1995. Pediatrics. 2000; 106 :31.
- 58.Bayoumi YA ve ark. Is there a difference in the maternal and neonatal outcomes between patients discharged after 24 h versus 72 h following cesarean section? A prospective randomized observational study on 2998 patients.J Matern Fetal Neonatal Med. 2016;29(8):1339-4.
- 59.Türk Halk Sağlığı Kurumu, Temel Yenidoğan Bakımı. A. Zenciroğlu. 2015.
- 60.Türk Neonatoloji Derneği. Sağlıklı Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi. 2018.
- 61.S Arora ve ark. Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. Pediatrics. 2000;106(5):E67.
- 62.De Jersey SJ ve ark. A prospective study of breastfeeding intentions of healthy weight and overweight women as predictors of breastfeeding outcomes.Midwifery. 2017 Oct;53:20-27
- 63.Park HW ve ark. Positive Effect of Baby-Friendly Hospital Initiatives on Improving Mothers' Intention for Successful Breastfeeding in Korea.J Korean Med Sci. 2018 Sep 19;33(43):e272.
- 64.Zakarija-Grković I ve ark. Predictors of suboptimal breastfeeding: an opportunity for public health interventions. Eur J Public Health. 2016 Apr;26(2):282-9.
- 65.Senghore T ve ark. Predictors of exclusive breastfeeding knowledge and intention to or practice of exclusive breastfeeding among antenatal and postnatal women receiving routine care: a cross-sectional study. Int Breastfeed J. 2018 Mar 2;13:9.
- 66.Ke J, Ouyang YQ, Redding SR. Family-Centered Breastfeeding Education to Promote Primiparas' Exclusive Breastfeeding in China.J Hum Lact. 2018 May;34(2):365-378.
- 67.Keddem S, Frasso R, Dichter M, Hanlon A.The Association Between Pregnancy Intention and Breastfeeding.J Hum Lact. 2018 Feb;34(1):97-105.-
- 68.Wallenborn JT, Masho SW, Ratliff S. Paternal Pregnancy Intention and Breastfeeding Duration: Findings from the National Survey of Family Growth. Matern Child Health J. 2017 Mar;21(3):554-561.
- 69.Zhao J ve ark. Maternal education and breastfeeding practices in China: A systematic review and meta-analysis. Midwifery. 2017 Jul;50:62-71.

70. Acharya P, Khanal V. The effect of mother's educational status on early initiation of breastfeeding: further analysis of three consecutive Nepal Demographic and Health Surveys. *BMC Public Health*. 2015 Oct 19;15:1069.
71. Henshaw EJ ve ark. Breastfeeding Self-Efficacy, Mood, and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women. *J Hum Lact*. 2015 Aug;31(3):511-8.
72. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2015 Jan 15;171:142-54.
73. Swigart TM, Bonvecchio A, Théodore FL, Zamudio-Haas S, Villanueva-Borbolla MA, Thrasher JF (2017) Breastfeeding practices, beliefs, and social norms in low-resource communities in Mexico: Insights for how to improve future promotion strategies. *PLoS ONE* 12(7): e0180185.
74. Hackman NM ve ark. Breastfeeding outcome comparison by parity. *Breastfeed Med*. 2015 Apr;10(3):156-62.
75. Wagner EA. Breastfeeding concerns at 3 and 7 days postpartum and feeding status at 2 months. *Pediatrics* October 2013, 132 (4) e865-e875
76. Cromi A ve ark. Assisted reproductive technology and breastfeeding outcomes: a case-control study. *Fertil Steril*. 2015 Jan;103(1):89-94.
77. Barrera CM ve ark. Fertility treatment use and breastfeeding outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Mar;220(3):261.e1-261.e7.
78. Leclair E ve ark. Factors Associated with Breastfeeding Initiation in Adolescent Pregnancies: A Cohort Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015 Dec;28(6):516-21.
79. Pinheiro TV, Goldani MZ; IVAPSA group. Maternal pre-pregnancy overweight/obesity and gestational diabetes interaction on delayed breastfeeding initiation. *PLoS One*. 2018 Jun 18;13(6):e0194879.
80. Boudet-Berquier J ve ark. Association between maternal prepregnancy obesity and breastfeeding duration: Data from a nationwide prospective birth cohort. *Matern Child Nutr*. 2018 Apr;14(2):e12507.
81. Feldman-Winter L, Szucs K, Milano A, et al. National Trends in Pediatricians' Practices and Attitudes About Breastfeeding: 1995 to 2014. *Pediatrics*. 2017;140(4):e20171229
82. Feldman-Winter L, Ustianov J, Anastasio J, et al. Best Fed Beginnings: A Nationwide Quality Improvement Initiative to Increase Breastfeeding. *Pediatrics*. 2017;140(1):e20163121

- 83.Santiago LB ve ark. Promotion of breastfeeding: the importance of pediatricians with specific training. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(6):504-12.
- 84.Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics*. 1999 Mar;103(3):E35.
- 85.Taveras EM ve ark. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*. 2003;112(1 Pt 1):108-15.
- 86.Labarere J ve ark. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics*. 2005 Feb;115(2):e139-46.
- 87.Esselmont E ve ark. Residents' breastfeeding knowledge, comfort, practices, and perceptions: results of the Breastfeeding Resident Education Study (BRESt). *BMC Pediatr*. 2018 May 22;18(1):170.
- 88.Holtzman O, Usherwood T (2018) Australian general practitioners' knowledge, attitudes and practices towards breastfeeding. *PLoS ONE* 13(2): e0191854.
- 89.Dixit A, Feldman-Winter L, Szucs KA. "Frustrated," "depressed," and "devastated" pediatric trainees: US academic medical centers fail to provide adequate workplace breastfeeding support. *J Hum Lact*. 2015;31(2):240-8.
- 90.Shinwell ES ve ark. The effect of training nursery staff in breastfeeding guidance on the duration of breastfeeding in healthy term infants. *Breastfeed Med*. 2006 Winter;1(4):247-52.
- 91.Feldman-Winter L. Residency curriculum improves breastfeeding care. *Pediatrics*. 2010;126(2):289-97
- 92.Casey Rosen-Carole ve Scott Hartman. ABM Clinical Protocol #19: Breastfeeding Promotion in the Prenatal Setting, Revision 2015. *Breastfeed Med*. 2015 Dec 1; 10(10): 451–457.
- 93.Taveras EM ve ark. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits.*Pediatrics*. 2004 May;113(5):e405-11.
- 94.Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- 95.Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York, NY: Routledge Academic

- 96.Bhandari N, Kabir AK, Salam MA. Mainstreaming nutrition into maternal and child health programmes: scaling up of exclusive breastfeeding. *Matern Child Nutr* 2008; 4 (Suppl) 1: 5-23.
- 97.Ata Yüzügüllü D, Aytaç N, Akbaba M. Investigation of the factors affecting mother's exclusive breastfeeding for six months. *Turk Pediatri Ars* 2018; 53: 96-104.
- 98.E. Yılmaz ve ark. Emzirmeye başlama ve sadece anne sütüyle besleme: Bebek dostu bir hastanede doğum yapmış annelerin yaklaşımlarını etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017; 14 (1): 1-9.
- 99.World Health Organization. Global Targets 2025. <https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>. Accessed February 16, 2020.
- 100.Shinwell ES ve ark. The effect of training nursery staff in breastfeeding guidance on the duration of breastfeeding in healthy term infants. *Breastfeed Med*. 2006 Winter;1(4):247-52.
- 101.Amit Sharma. Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: a randomized controlled trial. *Afr Health Sci*. 2016 Sep; 16(3): 790–797.
- 102.Guala ve ark. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *ScientificWorldJournal*. 2017; 2017: 1940756.
- 103.Suzuki S. Effect of early skin-to-skin contact on breast-feeding. *J Obstet Gynaecol*. 2013 Oct;33(7):695-6.
- 104.World Health Organization. Ten steps to successful breastfeeding. <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding>. Accessed 20.02.2020.
- 105.Engle WA, Kominiarek MA.Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries. *Clin Perinatol*. 2008 Jun;35(2):325-41, vi.
- 106.Glavind J ve ark. Elective caesarean section at 38 weeks versus 39 weeks: neonatal and maternal outcomes in a randomised controlled trial. *BJOG*. 2013 Aug;120(9):1123-32.
- 107.Edwards MO ve ark. Respiratory distress of the term newborn infant. *Paediatr Respir Rev*. 2013 Mar;14(1):29-36; quiz 36-7.
- 108.Cernadas ve ark. Maternal and Perinatal Factors Influencing the Duration of Exclusive Breastfeeding During the First 6 Months of Life. *J Hum Lact*. 19(2):136-144.

109.Ratnasari D ve ark. Family support and exclusive breastfeeding among Yogyakarta mothers in employment. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2017 Jun;26(Suppl 1):S31-S35.