

BAHAR KURAL

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2018



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**ÇOCUKLARIN İLK 2 YAŞTA UYKU ALIŞKANLIKLARI
VE ANNE SÜTÜ ALIMINA ETKİSİ**

BAHAR KURAL

**DANIŞMAN
PROF.DR.GÜLBİN GÖKÇAY**

**SOSYAL PEDIATRİ ANABİLİM DALI
SOSYAL PEDIATRİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

DOKTORA TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Pediatri Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Doktora Programında Doktora öğrencisi **Bahar KURAL** tarafından **Prof.Dr. Emine Gülbin GÖKÇAY**'ın danışmanlığında hazırlanan “**Çocukların İlk 2 Yaşta Uyku Alışkanlıkları ve Anne Sütü Alımına Etkisi**“ başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **30/03/2018** tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

(Tez Danışman)

Prof.Dr.Emine Gülbin GÖKÇAY

İÜ.Çocuk Sağlığı Enstitüsü Sosyal Pediatri Anabilim Dalı

Jüri

Prof.Dr.Firdevs BAŞ

İstanbul Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri

Prof.Dr.Perran BORAN

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri

Doç.Dr.Alev Yılmaz

İstanbul Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri

Doç.Dr.Nalan KARABAYIR

İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bahar Kural

İTHAF

Doktora tezimi

Eşim Emre, kızlarım Yonca ve Yasemin'e

ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları alanında, bana başka bir bakış açısı kazandıran, değerli bilgilerinin yanı sıra eşsiz kişiliği ile hayatımı zenginleştiren, hayranlık duyduğum, ülkem için bir değer olan Prof. Dr. Gülbin Gökçay’a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimimde beni yetiştiren, hekimliğin, tıp sanatını uygulamak olduğunu öğreten, mesleki açıdan ilerlemem için her zaman yolumu açan, çok değerli hocam Doç.Dr. Sami Hatipoğlu’na sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamın başında tez danışmanı olarak katkıları bulunan değerli Prof. Dr.Fatma Oğuz’a, araştırmanın metodolojisinde katkıları olan Exeter Üniversitesi öğretim üyesi Prof.Dr.Stuart Logan’a, Antropoloji konusundaki çalışmaları araştırmada destek veren Prof. Dr. Taylan Akkayan’a teşekkür ederim.

Doktora boyunca dostça bir çalışma ortamını paylaştığım, her zaman destek ve yardımlarını gördüğüm, sevgili dostlarım Dr. Tijen Eren, Dr. Esra Devecioğlu, Dr. Pınar Yılmazbaş ve çok değerli Dr. Perran Boran’a teşekkür ederim. Doktoranın hayatıma kattığı güzelliklerden biri de sizlersiniz.

Doğduğum günden beri sevgi ve sıcaklıklarını her zaman yanımda hissettiğim aileme, bana ait tüm güzel şeyleri borçlu olduğum annem Emel Salihoğlu’na , hekim ve insan olarak örnek aldığım babam Op. Dr. İsmet Salihoğlu’na, hayattaki büyük desteğim, zenginliğim ablam Nihan Salihoğlu Tarmur’a ve kardeşim Cihan Salihoğlu’na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın anlamı, eşim Emre Kural, kızlarım Yonca ve Yasemin....Umarım benimle gurur duyarsınız...

Uz. Dr. Bahar Kural

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Anne Sütünün Önemi.....	4
2.2.Doğum,Bağlanma ve Anne Sütü ile Beslenme.....	6
2.2.1.Vücut Teması ve Kültürel Etkiler.....	7
2.3.Uyku Fizyolojisi ve Çocuklarda Uyku.....	8
2.3.1.Çocuklarda Farklı Gelişim Dönemlerinde Uyku.....	10
2.3.2.İlk İki Yaşta Normal Uyku Süreleri.....	10
2.4.Uyku ve Anne Sütü ile Beslenme İlişkisi.....	12
2.4.1.Birlikte Uyuma ve Yatak Paylaşma.....	12
2.5.Güvenli Uyku ve Birlikte Uyuma.....	15
2.5.1.Anı Bebek Ölüm Sendromu ve Birlikte Uyuma.....	15
2.5.2.Emzik Kullanımı, Anı Bebek Ölümü ve Anne Sütü Alımı.....	18
2.6.Gece Çocuk Bakımı ve Birlikte Uyumanın Nedenleri.....	19
2.7.Birlikte Uyuma Çekinceleri ve Olası Uzun Dönem Etkileri.....	20
2.8.Dünyada Birlikte Uyuma.....	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1.Çalışmanın Tipi ve Örneklem Seçimi.....	23
3.2.Çalışmanın Yürütüldüğü Birimin Özellikleri.....	25
3.3.Çalışmadaki Tanımlamalar.....	26

3.4.Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.5.Etik Kurul Onayı.....	27
4.BULGULAR.....	28
5.TARTIŞMA.....	45
KAYNAKLAR.....	54
EKLER.....	64
ETİK KURUL KARARI.....	70
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	71
ÖZGEÇMİŞ.....	72



TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1:Anne sütünün sağladığı yararlar

Tablo 2.2:Yaşlara göre uyku süreleri

Tablo 2.3:Meme uykusunun yararları

Tablo 2.4:Güvenli uyku ortamı prensipleri

Tablo 4.1:Çalışmaya alınan aile ve çocukların genel özellikleri

Tablo 4.2:Uyku alışkanlıkları ve uyku çevresi özelliklerinin yaşlara göre dağılımı

Tablo 4.3:Çocukların yaşlarına göre uykuya dalma şekilleri

Tablo 4.4:Sigara kullanan ebeveynlere göre birlikte uyuma durumu

Tablo 4.5:Ailelerin bazı özelliklerinin yatak paylaşma durumuna göre değerlendirilmesi

Tablo 4.6:Güncel ve retrospektif yaş dilimlerine göre çocukların beslenme şekillerinin dağılımı

Tablo 4.7: Anne yaşlarına göre anne sütü alma sürelerinin değerlendirilmesi

Tablo 4.8: Güncel ve retrospektif yaş dilimlerine göre çocukların uyku yerinin dağılımı

Tablo 4.9: İlk 6 ayda beslenme ve uyku yeri değişimi

Tablo 4.10: Altıncı ay sonrasında beslenme ve uyku yeri değişimi

Tablo 4.11: İlk 6 ay boyunca SAS ile beslenme ve yatak paylaşımı

Tablo 4.12:İlk 6 ay boyunca SAS ile beslenme ve yatak paylaşımı ilişkisi

Tablo 4.13:Altıncı ayda oda paylaşma ve SAS alma arasındaki ilişki

Tablo 4.14: Onikinci ayda oda paylaşma ve AS+Karma beslenme arasındaki ilişki

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1: Çalışma evreni oluşum akış şeması

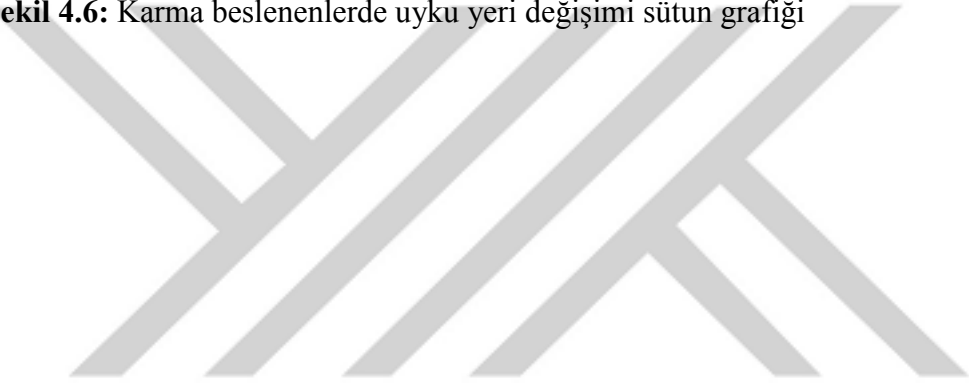
Şekil 4.2: SAS ile beslenenlerde uyku yeri değişimi grafiği

Şekil 4.3: AS+Karma beslenenlerde uyku yeri değişimi grafiği

Şekil 4.4: AS+Karma beslenenlerde uyku yeri değişimi sütun grafiği

Şekil 4.5: Karma beslenenlerde uyku yeri değişimi grafiği

Şekil 4.6: Karma beslenenlerde uyku yeri değişimi sütun grafiği



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AAP: American Academy of Pediatrics

AASM: American Academy of Sleep Medicine

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ABM: Academy of Breastfeeding Medicine

ABÖS: Ani Bebek Ölümü Sendromu

AS: Anne Sütü

BEAH: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

EEG: Elektroensefalogram

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

Non-REM: Non Rapid Eye Movement

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

PRL: Prolaktin

REM: Rapid Eye Movement

SAS: Sadece Anne Sütü

SCN: Suprakiazmatik Nukleus

SES: Sosyoekonomik Seviye

SIDS: Sudden Infant Death Syndrome

SUDI: Sudden Unexpected Death in Infancy

TAYA: Türkiye Aile Yapısı Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

WHO: World Health Organisation

ÖZET

Kural, B. (2018). Çocukların İlk 2 Yaşta Uyku Alışkanlıkları ve Anne Sütü Alımına Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Pediatri ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Anahtar Kelimeler : Anne sütü ile beslenme, güvenli uyku çevresi, birlikte uyuma, yatak paylaşma

Giriş: Anne sütü ile beslenme, çocuğun sağlığı ve gelişimi için temeldir. Araştırmalarda bebekleri ile birlikte uyuyan annelerin emzirme süreleri daha uzun bulunmuştur. Yatak paylaşmanın Ani Bebek Ölümü Sendromu (ABÖS) açısından riskli olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan, anne sütü ile beslenme ABÖS'e karşı koruyucudur. Anne sütü ile beslenme ve yatak paylaşma ile ilgili tartışmalar sürmektedir.

Amaç: Çalışmada ilk 2 yaşta çocukların ve ailelerin uyku çevre ve davranışlarının anne sütü alımına etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel bir çalışma olup, bazı verilerin değerlendirilmesi açısından retrospektif kohort özellikleri taşımaktadır. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlıklı Çocuk İzlem Polikliniği'nde yürütülmüştür. Araştırmacı tarafından hazırlanan anket, çalışmaya dahil edilen 351 çocuk ve ailesine uygulanmıştır. Anket ile ailelerin sosyo-demografik özellikleri, çocukların beslenmeleri ve uyku alışkanlıkları konusunda bilgi toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda ilk 6 ay ayda sadece anne sütü (SAS) ile beslenme %50,2; oda paylaşma %80,6, yatak paylaşma %22,8 oranında bulunmuştur. Yatak paylaşan çocuklarda, ilk 6 ay boyunca SAS ile beslenmenin 2,75 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Güvenli uyku çevresinin çocukların %29,9'unda sağlandığı gözlenmiştir. Yatak paylaşan ebeveynler, paylaşmayanlarla karşılaştırıldığında çalışan annelerin ve 35 yaş üzerinde annelerin varlığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca yatak paylaşan ebeveynlerde sigara kullanımı, çocuk sağlığı açısından riskli davranış olarak tesbit edilmiştir.

Sonuç: Bulgularımıza göre yatak paylaşmak ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmeyi arttırmaktadır. Diğer yandan, ailelerin güvenli uyku konusunda rehberliğe gereksinimleri vardır. Bu rehberliği yaparken anne sütü ile beslenmenin de desteklenmesi gerekmektedir. Sonuç olarak yatak ve oda paylaşımı konusunda ailelere danışmanlık verilirken, yatak paylaşmanın anne sütü ile beslenme üzerine olumlu etkileri gözönünde bulundurulmalıdır.

ABSTRACT

Kural, B. (2018). The sleep practice of children at the first two years of age and its effect on breastmilk intake. Istanbul University, Institute of Health Science, Social Pediatrics Department. PhD Thesis. İstanbul.

Key Words: Breastfeeding, safe sleep environment, co-sleeping, bedsharing

Introduction: Breastfeeding is the basis for the child's health and development. Studies have shown that mothers sleeping with their babies have longer breastfeeding durations. Bedsharing is thought to be risky in terms of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). On the other hand, breastfeeding is protective against SIDS. The debate about breastfeeding and bedsharing still continues.

Objective: The aim of the study was to investigate the sleeping environment and practices of children and families in the first 2 years of age and its effect on breastfeeding.

Material and Method: Our study is a cross-sectional study, with retrospective cohort features for the evaluation of some data. It was conducted at Bakırköy Dr. Sadi Konuk Research and Training Hospital, Well-Child Clinic. The data were collected by a questionnaire which was prepared by the researcher and consisted of questions on socio-demographic characteristics, children's feeding status and their sleeping environment. The study encompassed 351 children and their families.

Findings: In our study, the rate of exclusive breastfeeding was found to be 50.2% for the first 6 months of age. Room sharing ratio was 80.6% and bedsharing was 22.8%. It was determined that bedsharing children were 2.75 times more likely to be fed with exclusive breastfeeding during the first 6 months. It was observed that safe sleeping environment was provided for 29.9% of all children. When bed sharing and non-sharing parents were compared; working mothers and mothers over 35 years of age were found to be significantly higher in bedsharing. Cigarette smoking was identified as a risky behavior in terms of child health for bedsharing parents.

Conclusion: According to our findings, bedsharing increases breastfeeding for the first 6 months. On the other hand, families need guidance on safe sleeping practices. Breastfeeding should also be supported while providing guidance. As a result; when parents are advised about bed and room sharing, positive effects of bedsharing on breastfeeding should be taken into consideration.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anne sütü ile beslenme, çocuğun sağılığı ve gelişimi için temeldir. İlk 6 ayda anne sütü, tek başına bebeğin ihtiyacı olan besinsel öğeleri kapsamaktadır. Günümüz bilimsel çalışmalarının sonuçlarına göre, Dünya Sağılık Örgütü ve UNICEF gibi uluslararası kuruluşlar ve dünyadaki ülkelerin Sağılık Bakanlıklarının yanısıra tüm bilimsel kuruluşlar bebeklerin doğumdan itibaren ilk altı ay boyunca sadece anne sütüyle beslenmelerini, 6. aydan sonra uygun tamamlayıcı besinler başlanarak emzirmenin en az 2 yaşına kadar sürdürülmesini önermektedir (WHO 2017). Daha uzun süre anne sütü alan çocuklar, kısa süre anne sütü alanlar veya almayanlara göre enfeksiyon hastalıklarına bağılı düşük mortalite, morbiditeye ve daha ileri zekaya sahiptirler (Victoria ve ark. 2016).

Emzirme, bebeğin anne sütü ile beslenmesinden daha fazlasını kapsamaktadır. Doğum şeklinden bağımsız olarak, doğar doğmaz tüm bebeklerin anne ile ten-tene teması önerilmektedir (AAP 2016). Cochrane analizine göre, ten-tene temas, bebeklerde fizyolojik düzenlemeyi ve anne sütü ile beslenme sıklığını arttırabilmektedir (Moore ve ark. 2016).

Anne-bebek arasında güvenli bağlanmanın sağılanması da anne sütü ile beslenme önemlidir. Doğum sonrasında, anne ile bebeğin aynı odada kalması (rooming-in) bebeğin doğumdan itibaren gece-gündüz anne ile birlikte olması olarak tanımlanır. Bu uygulama ile birlikte bebeğin ipuçlarının tutarlı olarak değerlendirilmesi emzirme başarısını arttırmaktadır. Ayrıca annenin bebeğini emzirmesi (göz teması, bebeği sık sık kucağına alma) ve emzirirken kendini güvenli ve rahat hissetmesi de (doğru emzirme teknikleri) bu bağlanmanın gerçekleşmesinde rol oynar. Bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak konusunda tutarlı olmak da bağlanmayı arttırmaktadır (WHO 2017, Özmert 2006).

Araştırmalarda bebekleri ile yatak paylaşan annelerin emzirme süreleri daha uzun ve sıklıkları daha fazla bulunmuştur (McKenna ve ark. 1997, Ball 2017). Sonuçta anne sütü ile beslenmeyi etkileyebileceğinden, bebeklerin nerede uyudukları tıbbi bir soru ve sorun haline gelmiştir.

Birlikte uyuma (co-sleeping) ve yatak paylaşma (bed-sharing) sıklıkla aynı anlamda kullanılmaktadır. Oysa ki, yatak paylaşma, birlikte uyumanın bir biçimidir ve ebeveyn(ler)in bebek ile aynı yüzeyde -yatakta- uyuması olarak tanımlanır. Birlikte uyuma, yataktan farklı ortamlarda (çekyat, divan, koltuk gibi) birlikte uyumayı da içerir. Oda paylaşma (room-sharing), ebeveyn ile bebeğin aynı odada, farklı yüzeylerde uyumasını belirtir (AAP 2016).

Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics-AAP) Ani Bebek Ölüm Sendromunu (ABÖS) (Sudden Infant Death Syndrome-SIDS) önlemek için oluşturduğu önerilerde, ebeveynlerin bebekleri ile yataklarına yakın bir yerde, fakat ayrı düzlemde uyumalarını, en az 6 ay, ideal olarak 1 yıl aynı odayı paylaşmalarını tavsiye etmektedir (AAP 2016).

Diğer yandan, İngiltere’de Ulusal Sağlık ve Bakım Üstünlüğü Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence–NICE) Ani Bebek Ölümü Sendromu ile birlikte uyuma arasında istatistiksel ilişki saptandığını ancak birlikte uyumanın olduğu durumlarda ABÖS vaka sayısında görülen artışa dayanarak, birlikte uyuma ABÖS’e neden olur denemeyeceğini belirtmişlerdir (NICE 2014).

Birçok çalışmada yatak paylaşma ve anne sütü ile beslenme arasında kuvvetli bir ilişki gösterilmiştir. Uzun süreli emzirme süresine bağlı olarak anne sağlığının da olumlu etkileneceği öngörülmektedir (McKenna ve Gettler 2016).

Birçok uzman tarafından “Kesinlikle anne-bebek aynı yatakta uyumamalı” mesajının anne sütü alımını azaltarak, anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkileyeceği ve aynı zamanda formül süt ya da mama kullanımını arttırarak Ani Bebek Ölüm Sendromu (ABÖS) artışına da sebep olabileceği vurgulanmaktadır (Ball 2017, Hauck ve ark. 2011).

Varolan önerilere rağmen birlikte uyuma dünyada ebeveynlerin sıklıkla uyguladığı bir durumdur (Mileva-Seitz ve ark. 2017). Bebekleri ile birlikte uyuyan ebeveynlerin dikkat etmesi gereken durumlar da açıklanmıştır. Annenin sigara içiyor olması, yatak paylaşan ebeveynlerin çok yorgun olmaları, alkol, sedatif ilaçlar kullanımı, obez olmaları, yatağa gelme olasılığı olan başka küçük çocukların varlığı, bebeğin düşük doğum ağırlıklı ya da preterm olması, 8-14 haftadan küçük olması, yatak dışında başka bir yüzeyde (divan, çekyat, kanepeler) uyuma, yumuşak zeminde (su

yatağı) yatma, yatağa bitişik bebeğin sıkışabileceği bir yerin olması, yatakta bebeğin yüzüstü yatması saptanmış riskli durumlardır (AAP 2016, ABM 2008).

Çocuk sağlığını korumak, çocukluk çağı ölümlerini azaltmak için anne sütü ile beslenme desteklenmelidir. Çocuk sağlığı alanındaki koruyucu önlemler oluşturulurken bu temel nokta gözönünde bulundurulmalıdır. Çocukların uyku hikayesi alınırken etnik, kültürel, sosyoekonomik, beslenme ve diğer ailevi koşullar da dikkate alınmalıdır. Kanıta dayalı tıp prensiplerinden, başarılı halk sağlığı stratejileri kurmada sosyal değerlere anlayış ve saygı gösterilmesinden yola çıkarak, ebeveynlere güvenli uyku prensipleri, önlenabilir riskler ve yatak paylaşmada güvenli olmayan durumlar hakkında bilgi verilmeli, bilinçli karar vermelerine rehberlik edilmelidir. Bu amaçla anne sütü ile beslenmenin önemli olduğu ilk iki yaşta uyku alışkanlıkları ayrıntılı incelenmelidir. Ülkemizde bu özellikte yapılmış bir çalışmaya alanyazında rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, ülkemizde ilk 2 yaşta çocukların uyudukları ortam, ebeveynleri ile yatak veya oda paylaşma sıklığı, uyku çevresindeki riskli durum ve davranışlar incelenmiş ve anne sütü alımı, uyku çevresi bağlamında değerlendirilerek, uyku yerinin anne sütü alımına etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anne Sütünün Önemi

Anne sütü bebeğin gereksinim duyduğu tüm besin maddelerini uygun miktar ve kalitede içeren mükemmel içeriğe sahip, canlı, doğal, işlevsel ve fizyolojik bir besindir. Anne sütünün miktar ve içeriği, büyüyen bebeğin ihtiyaçlarına göre dinamik olarak değişkenlik gösterir (Walker 2010). Emzirmenin korunması ve yaygınlaştırılması ile tüm dünyada beş yaş altı 823 000 çocuğun ölümünün önlenebileceği bildirilmiştir (Victora ve ark. 2016).

Emzirme, bebeklerin anne sütü ile beslenmesinden daha fazlasını kapsamaktadır. Anne sütü ile beslenme; tüm aile için duygusal ve ekonomik olarak önemlidir, annenin sağlığını da korur. Tablo 2.1’de sağladığı yararlar özetlenmiştir. Anne sütü eşsiz içeriği ile, bebeğin tam ihtiyacı olan besin öğelerini içerir. İlk yılda beyin gelişimi için kolesterol, dokosaheksaenoik asid ve taurin önemlidir. Anne sütü kolayca sindirilir, esansiyel besinler ve mikromineraler bebeğin vücudu tarafından etkin şekilde kullanılır. İçerdiği demir neredeyse tamamen emilir. Özellikle yenidoğanlar için önemli olan enfeksiyonlardan korunmayı sağlar. Ani bebek ölüm sendromundan koruyucudur. Uzun dönem sağlık yararları vardır; obezite ve allerji riskini azaltır (Lawrence ve Lawrence 2016 pp.214-224).

Ayrıca anne sütü ile beslenme, sosyal eşitsizliği de azaltır. Zekanın yetişkinliğe kadar artmasında etken olup, daha iyi eğitim alma şansını arttırabilmektedir. Eğitim kişinin kazancını arttırarak, bireysel ve toplumsal düzeyde değişime neden olabilmektedir (Victora ve ark. 2015).

Emzirmenin anne sağlığı için de olumlu etkileri bulunmaktadır. Gebelikten sonra uterusun eski büyüklüğüne dönmesinde yardımcıdır. Kanamayı azaltır, annede anemi oluşumunu önler. Ayrıca meme, over kanseri ve tip 2 diyabet riskini azaltır. Emzirme sırasında salgılanan hormonlar annenin depresyona girmesini engeller. Yapay beslenmeye göre, anne sütü ile beslenme daha ucuzdur; sağlık harcamalarını da azaltır. Hiç atık madde üretilmez, çevre dostudur (Kural ve Gökçay 2017).

Tablo 2.1: Anne sütü ile beslenmenin bebek ve anne için yararları
(Gökçay ve Beyazova p.258)

Bebek İçin Yararları	Anne İçin Yararları
1)Akut ve kronik hastalıklardan korur Alt solunum yolu enfeksiyonları Otitis media İdrar yolu enfeksiyonları Gastroenterit Nekrotizan enterokolit Allerjik hastalıklar Ani bebek ölümü sendromu İnsuline bağlı diyabet Metabolik sendrom Lösemi ve Lenfomalar Obezite Crohn hastalığı Ülseratif kolit Çölyak hastalığı Hipertansiyon Hiperlipidemi 2)Büyüme ve gelişmeyi olumlu yönde etkiler Organ ve doku olgunlaşmasını sağlar. Bağlanmayı kolaylaştırır. Bilişsel gelişimi artırır. Nöromotor gelişimi destekler. Çene ve diş gelişimini destekler. Dikkat eksikliği ve otizm riskini azaltır. Çocuk ihmal ve istismar riskini azaltır.	1)Emzirme; Over ve meme kanseri riskini azaltır. Osteoporozdan korur. Uterusun toparlanmasını hızlandırır. İlk 6 ayda gebelikten korunmayı sağlar. Annenin doğum öncesi kilosuna dönmesini kolaylaştırır. Annelik duygusunun gelişmesine yardımcı olur. Doğum sonu depresyon riskini azaltır. Bağlanmayı artırır. Anne için doğal bir sakinleştiricidir. Annede birçok kronik hastalık riskini düşürür. 2)Anne sütü; Ekonomiktir. Her zaman ulaşılabilir. Taze ve mikroorganizma bulaşından uzaktır.

2.2.Doğum, Bağlanma ve Anne Sütü ile Beslenme

Tüm canlılar içinde memeliler içgüdüsel olarak yavrularına yakındırlar. Yenidoğanlar annelerinin sağladığı sıcaklık, besin, korunma ve psikolojik destek olmadan yaşayamazlar. Bu sürekli fiziksel temas, anne ile bebek arasında sosyal bir bağın yanısıra fizyolojik bir bağ da kurulmasını sağlar ki, bu bağ nörolojik açıdan olgunlaşmamış yenidoğanın daha etkili bir şekilde gelişip fonksiyon kazanmasına olanak sağlar (McKenna 2012 p.36).

Çoğu memeli yetişkin beyin büyüklüğünün %69-90'ına sahip olarak dünyaya gelir. İnsanlar ise, yetişkin beyin büyüklüğünün sadece %25'ine sahip olarak doğarlar. Diğer memelilerle karşılaştırıldığında, insan yavrusu büyümesi en uzun süre alan türdür ve biyolojik açıdan bağımlı kaldığı süre en uzun olandır (McKenna 2012 p.30).

Bebekler doğumda anne sütü ile beslenmeye programlanmışlardır. Yenidoğan reflekslerinden arama ve emme refleksi anne sütü almak için tasarlanmıştır. Modern biyolojik teknikler ile yapılmış çalışmalardan elde edilen bulgular, anne sütünün bebeğin kişiselleştirilmiş ilacı olduğunu öne sürmektedir (Lawrence ve Lawrence 2016 p.211, Victora ve ark. 2016).

Doğum şeklinden bağımsız olarak, doğar doğmaz tüm bebeklere kesintisiz anne ile ten-tene temas önerilmektedir (AAP 2016, WHO 2017). Hayatın ilk dakikalarının en güzel gözlemi, doğumdan hemen sonra bebek annenin karnına sessizce bırakıldığında, bebeğin sürünerek annenin göğsüne doğru ilerlemesi ve meme ucunu bularak emmeye başlamasıdır. Buna meme emeklemesi (*breast crawl*) denir. Annenin yavrusunu vücudu üzerinde sıcak tutma kapasitesi bebeğin emekleme yeteneğinin çıkmasında yardımcı olur. Bir anne, bebeğinin vücut ısısını, çıplak göğsünde ten-tene temas ile, gelişmiş teknoloji ısıtma cihazları kadar başarıyla koruyabilir (Klaus 1998). Cochrane analizine göre, ten-tene temas, bebeklerde fizyolojik düzenlemeyi ve anne sütü ile beslenme sıklığını arttırabilmektedir (Moore ve ark. 2016). Anne temasının yenidoğanlarda ağrı giderici işlevi olduğu bilinmektedir; artan dokunuş ve kucağa alma, bebeklerin doğuma bağlı yorgunluktan hızla kurtulmalarına yardım etmektedir (McKenna 2012 p.40).

Oksitosin salınımı, bebeğin annenin meme ucuna dudaklarıyla dokunması ile uyarılır. Bu, hem annenin beyinde hem de bebeğin beyinde oksitosini artırır. Sadece küçük miktarlarda oksitosin beyne kan dolaşımı yoluyla ulaşır, çünkü kan-beyin bariyeri bu hormona karşı geçirgen değildir. Beyin içindeki oksitosin reseptörleri endojen

üretimle sağlanır. Annedeki beyin oksitosininin artması hafif uykulu olmaya, öforiye, ağrı eşiğinin yükselmesine ve bebeğe olan sevginin artmasına neden olur. Yüksek plazma oksitosin konsantrasyonları da, uyku hali ile ilişkilidir (Klaus 1998).

Anne-bebek arasında güvenli bağlanmanın sağlanmasında da anne sütü ile beslenme önemlidir. Doğumdan sonra ilk 1 saat içinde bebeğin memeye tutturulması emzirme başarısını arttırmaktadır. Doğum sonrasında, anne ile bebeğin aynı odada kalması (*rooming-in*) bebeğin doğumdan itibaren gece-gündüz anne ile birlikte olması olarak tanımlanır. Bu uygulama ile birlikte bebeğin ipuçlarının tutarlı olarak değerlendirilmesi de emzirme başarısını arttırmaktadır. Ayrıca annenin bebeğini emzirmesi (göz teması, bebeği sık sık kucağına alma) ve emzirirken kendini güvenli ve rahat hissetmesi de (doğru emzirme teknikleri) bu bağlanmanın gerçekleşmesinde rol oynar. Bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak konusunda tutarlı olmak da bağlanmayı arttırmaktadır (WHO 2017, Özmert 2006).

Bebeğin ebeveynleri ile güvenli olarak bağlanması, onun sosyal ve duygusal gelişiminin temel taşlarından biridir. Bağlanma ilk birkaç ayda gelişmeye başlayarak dokuzuncu ayda kuvvetle oluşur. Bağlanma gerek bebek, gerekse ailedeki çeşitli faktörlerden etkilenebilen dinamik bir süreçtir (Özmert 2006).

2.1.1.Vücut Teması ve Kültürel Etkiler

İnsanlarda emzirme davranışı evrenseldir ancak dünyada farklı kültürlerde anne sütü ile beslenme konusunda farklı “kurallar” konmuştur. Kültürel gelenekler anne sütüyle beslemenin başlatılmasında, sıklığının belirlenmesinde ve sonlandırılmasında belirleyici olur. Öğrenme emzirme işleminde anahtar bir rol oynar fakat bu öğrenme inanç, tutum ve kültür değerlerine odaklıdır. Temel farklılık, kültür tarafından izin verilen vücut temasının derecesidir. Fiziksel mesafe, kültür tarafından onaylanan toplumsal mesafenin bir yansıması olarak görülür. Kültürler sıklıkla bebeklerin nasıl giydirileceği, nasıl tutulacağı, kucakta olmadığında nereye konulacağı ve geceyi nerede geçireceğini tanımlar ve bu da emzirmeyi etkiler. Anne davranışlarını kontrol altına alan kültürel kısıtlamalar, meme maruziyetinin kabul edilebilirliği (*acceptability of breast exposure*), anne giysilerinin çeşit ve kalınlığı ile anne sütüyle beslenmenin sıklık ve uzunluğu konusundaki inançları içerir. Bölgenin iklimi de kültürel törelerin gelişmesinde etkili olur. Soğuk iklimlerde bebekler kalın giydirildiklerinden veya kundak yapıldıklarından kolayca kucaktan bırakılmaktadırlar. Inuit topluluğu soğuk

iklimde bebeklerini sıcak tutmak ve sık beslenmek için parkalarının içinde tutarlar. Giysilerin ince veya hiç olmadığı sıcak iklimlerde bebeklerin kucakta tutulması ve taşınması sıktır ve meme de kolay ulaşılabilir bir durumdadır (Lawrence ve Lawrence p.197).

Aynı kültür içindeki alt kültür grupları arasında ciddi farklar olabilmektedir. Köy-kent, eğitim, sosyal sınıf, dar-geniş-eksik aile yapısı, anne ve bebeği saran sosyo-kültürel yakın çevreye bağlı değişkenler bebeğin anne sütü ile beslenmesinde değişik yaşam tabloları ortaya koyabilmektedir. Ülkemizin bazı kırsal yörelerinde gelinler kayınvalide/kayınpeder yanında ağlayan çocuklarını büyüklere saygı nedeniyle kucağına bile alamamaktadırlar. Gelinden hizmet beklenen bir ortamda bebeğe süt vermek, altını temizlemek vb. çocuk bakımı işleri aksayabilmektedir (*Akkayan T, kişisel yazışma, 30.12.2017).

Kuzey Amerikalı ve Avrupalı kadınlar, memenin fazla görünürde olmasının uygun olmadığı, çocuğun sık kucağa alınmasının da çocuğu şımartacağı endişesini ortaya koymuşlardır. Batı ülkelerinde anneler uzun yıllar bebekleri ile aralarına mesafe koymayı tercih etmişlerdir. Yüksek oranda vücut teması yapan topluluklarda anneler zamanlarının %75'ini bebekleri ile temasta geçirirken, düşük temas topluluklarında bu oran %25'den azdır. Batı toplumunda da, 1990'larda bebekleri ebeveynlerin vücuduna yakın taşıma yöntemi benimsenmeye başlanmıştır. Gece boyunca memeye kolay erişebilmek için bebek ile birlikte yatmanın ve aile yatağı kavramının ebeveyn-bebek bağına yararlı etkileri olduğu bildirilmektedir (Lawrence ve Lawrence p.198).

2.3.Uyku Fizyolojisi ve Çocuklarda Uyku

Uyku kompleks, aktif ve farklı nöron gruplarının etkilendiği, organize, esansiyel, beynin aktif olduğu ancak dışarıdan gelen uyarılara kapalı olunan bir bilinçsizlik durumudur. Henüz uykunun fonksiyonu tam olarak aydınlatılmamış olsa da, tüm gelişmiş yaşam türleri uykuya ihtiyaç duyarlar ve yokluğu ciddi fizyolojik problemlere neden olur (Canoruç ve Özçelik 2016).

*Akkayan T. İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Antropoloji Bölümü Em.Öğr.Üyesi.

Uyku-uyanıklık ritmi, bebeklerin beyin gelişiminin önemli bir parçasıdır. Sirkadiyen (yaklaşık bir gün) ritminden biyolojik saat olarak adlandırılan ön hipotalamusun suprakiazmatik çekirdeği sorumludur. Ana sirkadiyen saat, ön hipotalamusun suprakiazmatik çekirdeğinde (SCN) bulunur. SCN nöronları, ritmik elektriksel aktivite üretir ve SCN'nin ritmik aktivitesi, başlıca retinadan gelen ışık sinyalleri ile senkronize edilir. Karaciğer, kalp ve kaslar gibi, dokularda çalışan periferik saatleri de uyarıları ile düzenler. Böylece organizmanın ihtiyaçlarına günün belirli saatlerinde, optimal yanıt verilmesini sağlar. Biyolojik saat, vücut ısısı, hormon salınımı gibi birçok olayın ritmini düzenler ve yaklaşık olarak 24 saatlik ışık-karanlık döngüsü ile senkronize olmaya çalışır (Kondratova ve Kondratov 2012).

Uyku elektroensefalogram (EEG) aktivitesi, göz hareketleri ve kas tonusuna göre hızlı göz hareketi (*Rapid Eye Movement* -REM) ve hızlı göz hareketi olmayan (NREM) olarak 2 evrede incelenir.

1.NREM: 4 evreden oluşur. NREM Evre 1-2 yüzeysel uyku evresi iken, NREM Evre 3-4 derin uyku evresi olarak tanımlanır. Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi (American Academy of Sleep Medicine-AASM) 2007 yılında uyku evre 3-4'ü sadece Evre 3 olarak değerlendirmiştir (Miano 2016). Evre 3'te nöronal aktivite düşüktür, beyin metabolizması en alt düzeydedir. Kalp hızı ve basıncı azalmış, kas tonusu ve refleksler korunmuştur. Bu dönemde terleme görülebilir. Evre 1-2'de EEG'de düşük amplitüdlü karışık frekanslı aktivite, Evre 3'te ise yüksek amplitüdlü, düşük frekanslı beyin dalgaları gözlenir. NREM, uyanıklık sonrası enerji ve besinsel dengesizliklerin düzeltildiği evredir ve doğumdan sonraki ilk 6 ayda şekillenir (Canoruç ve Özçelik 2016).

2.REM: Hızlı göz hareketlerinin ve kas atonisinin olduğu, rüyaların görüldüğü, düşük voltajlı ve karışık frekanslı beyin dalga aktivitesinin olduğu dönemdir. Bu dönemde otonomik aktivite ve EEG aktivitesi artar. Kalp hızı NREM'e göre daha hızlı ve değişkendir. Kan basıncı da artabilir. Nörogenez, nörolojik ve duygusal gelişim , hafıza oluşumu ve öğrenme için bu evre gereklidir (Canoruç ve Özçelik 2016, Gökçay ve Beyazova 2017 p.331).

2.3.1. Çocuklarda Farklı Gelişim Dönemlerinde Uyku

Uyku sırasında REM, NREM evreleri döngüsel olarak tekrarlanır. Yenidoğan bebekler, narkolepside olduğu gibi uykuya REM evresi ile geçerler ve bebek yaklaşık 3 aylık olduğunda erişkin döneminde olduğu gibi uykuya geçiş NREM evresi ile gerçekleştirmeye başlar. Üç haftalık bir bebeğin uyku periyotlarının %64'ü REM ile başlamaktayken, 6. ayda REM ile uykuya başlama oranı %18 civarındadır (Canoruç ve Özçelik 2017).

Yenidoğanda NREM,REM evreleri 50 dk. sürerken, tedricen artarak okul çağında bu süre 90-110 dakikaya çıkar. Bu döngüler arasında kısa uyanıklıklar gerçekleşir. Dolayısı ile bebeklerin gecede 6-9 kez kısa uyanıklıklar yaşamaları beklenen bir durumdur. Yenidoğan bir bebeğin 16-20 saat arasında uyuduğu ve bu uykunun gece-gündüz eşit dağıldığı bilinmektedir. Üç saatlik uykuyu, 1-2 saatlik uyanıklık dönemleri takip eder. Anne sütüyle beslenen bebeklerde bu döngü daha kısa olup, uyku süresi daha kısadır. Bu dönemde uyku döngüleri açlık ve beslenme ile ilişkili olup, ışıktan az etkilenir. Bebek yaklaşık 3 aylık olduğunda melatonin, kortizol gibi hormonlar sirkadiyen ritme özgü salgılanma gösterir. Uyku açısından bir gelişim basamağı ise, bebek 8-12 haftalık olduğunda uykunun büyük bir kısmının geceye yoğunlaşması, gündüz kısa uyku dönemlerini (kestirme/şekerleme) içeren gece-gündüz döngüsünün oluşmasıdır (Gökçay ve Beyazova 2017 pp.331-332).

Bebeğin kendini sakinleştirip uykuya dalması öğrenilen bir davranıştır. Gece boyunca kesintisiz uyku 3-6 ay arasında, sirkadiyen sistemin olgunlaşmasıyla gerçekleşir. Bebeklerin %50'si gece boyu kesintisiz uykuyu 6 aylıkken, %90'ı ise 12 aylıkken başarmaktadırlar (Gökçay ve Beyazova 2017 pp.331-332).

2.3.2. İlk 2 Yaşta Normal Uyku Süreleri

Çocuklarda uykunun değerlendirilmesi oldukça zordur. Konu ile ilgili yazında yer alan birçok kohort çalışmada yatakta geçen süre ile uyku süresi ayrımı yapılmadığı görülmektedir. Ancak laboratuvar çalışmalarında ise, uyku sürelerinin öznel olarak belirtilen uyku sürelerinden daha kısa olduğu gösterilmiştir. Ayrıca uyku sürelerinin, çocuğun matürasyonuna, genetik ve çevresel koşullara bağlı değişiklik gösterebileceği belirtilmektedir (İyigün ve Özçelik 2017).

Bu konuda yapılmış ilk kapsamlı çalışma, Iglowstein ve arkadaşlarının, 1974-1993 yılları arasında, 493 çocuğun dahil olduğu “Zürich Longitudinal Çalışma Grubu” olarak yaptıkları çalışmadır. Bu çalışma ile saptanan yaşlara göre uyku süresi persentilleri ile pediatrik uyku süresinin gelişimsel seyri ve yaşa özel değişkenliği hakkında değerli bilgiler sağlanmıştır. Uyku ihtiyacının bir göstergesi olarak uyku süresi, yenidoğan döneminden ergenlik çağının sonuna kadar önemli ölçüde azalır, ancak her yaşta önemli bireysel değişkenlik gözlenmektedir (Iglowstein ve ark. 2003). Bebeklik döneminden başlayıp ergenlik çağına kadar geniş çalışma popülasyonlarıyla yaşa özel referans değerleri olan çalışmalar azdır.

Galland ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları sistematik derlemede, 1994-2010 arasında yapılan 34 çalışmadan, 0-12 yaş arası çocuklarda, uyku süresi, gece uyanma sayısı, gece boyunca en uzun uyku süresi ve gündüz kısa uyku sayısı meta-analiz yapılarak hesaplanmıştır. Süt çocukluğunda ortalama uyku süresi 12,8 (9,7-15,9) saat olarak bildirilmiştir (Galland ve ark. 2012). Bu çalışmadan çıkan temel sonuçlar Tablo 2.2’de yer almaktadır.

ABD’de Ulusal Uyku Vakfı tarafınca yürütülen bir çalışmada da, 312 makalenin verileri toplanarak, yaşlara göre sağlıklı kişilerde uyku süreleri önerisinde bulunmuştur (Hirshkowitz ve ark. 2015). Sıfır-2 yaş aralığı için, bu iki çalışmada sunulan uyku süreleri Tablo 2.2’de birleştirilmiştir.

Tablo 2.2: Yaşlara göre uyku süreleri (* Galland 2012, * * Hirshkowitz ve ark. 2015)

Yaşlar	Toplam Uyku Süresi * (saat) Ortalama (%95 Güven aralığı)	Önerilen Uyku Süresi ** (saat)
0-2 ay	14.6 (9.3-20.0)	12-18
3 ay	13.6 (9.4-17.8)	14-15
6 ay	12.9 (8.8-17.0)	14-15
9 ay	12.6 (9.4-15.8)	14-15
12 ay	12.9 (10.1-15.8)	12-14
1-2 yaş	12.6 (10.0-15.2)	12-14

2.4.Uyku ve Anne Sütü ile Beslenme İlişkisi

Araştırmalarda bebekleri ile yatak paylaşan annelerin emzirme süreleri daha uzun ve sıklıkları daha fazla bulunmuştur (McKenna ve ark. 1997, Ball ve ark. 2016). Sonuçta anne sütü ile beslenmeyi de etkileyebileceğinden, bebeklerin nerede uyudukları tıbbi bir soru ve sorun haline gelmiştir.

Mileva-Seitz ve ark. ebeveyn araştırmaları içindeki tartışmalı konulardan olan yatak paylaşma hakkında yapılmış olan 659 makaleyi incelemişler ve sonuç olarak bu alandaki çalışmalar için “Psikoantropediatri” teriminin kullanılmasını bilim dünyasına önermişlerdir. Antropoloji, psikoloji/psikiyatri ve pediatriinin, bebeklerin uykularının anlaşılması ve ebeveynlerin bebekleri ile gece yakın ilişkilerinin, çocukların sosyal, duygusal ve fiziksel gelişimlerine etkisini anlamak amacı ile bir arada ele alınması gerektiğini vurgulamışlardır (Mileva-Seitz ve ark. 2017).

2.4.1. Birlikte Uyuma ve Yatak Paylaşma

Birlikte uyuma (*co-sleeping*) ve yatak paylaşma (*bed-sharing*) sıklıkla aynı anlamda kullanılmaktadır. Oysa ki, yatak paylaşma, birlikte uyumanın bir biçimidir ve ebeveynlerin bebek ile aynı yüzeyde –yatakta- uyuması olarak tanımlanır. Birlikte uyuma, yataktan farklı ortamlarda (çekiye, divan, koltuk gibi) birlikte uyumayı da içerir. Oda paylaşma (room-sharing), ebeveyn ile bebeğin aynı odada, farklı yüzeylerde uyumalarını belirtir (AAP 2016).

Araştırmacılar, birlikte uyumanın doğasını tanımlamaya çalışırken, iki tür birlikte uyuma belirlemişlerdir (Madansky ve Edelbrock 1990).

- 1) Tepkisel yatak paylaşma (*reactive bed-sharing*): Doğrudan veya dolaylı olarak, çocuğun da içinde bulunduğu faktörler nedeni ile yatak paylaşmadır. Bazı ebeveynlerin çocuğun mevcut uyku sorunlarına tepki olarak çocuklarıyla birlikte uyumasıdır. Bu durumdan ebeveynler şikayetçidir fakat varolan problemden dolayı yatak paylaşmaya son verememektedirler.
- 2) İstekle yatak paylaşma (*intentional bedsharing*): Uyku sorunlarından bağımsız olarak kişisel veya kültürel nedenlerle birlikte uyumayı kapsamaktadır. Anne-babalar tarafından bebeklik döneminde bilinçli olarak birlikte uyumanın

başlatıldığı ve bebeklikten çocukluk yıllarına devam eden, uyku sorunlarıyla ilişkisiz ve aileler tarafından kabul edilen bir durum olarak tanımlanmıştır (Ramos 2003).

Ayrıca zamanla bu iki grup içinde değişimler de olmaktadır. Tepkisel olarak birlikte uyumaya başlayan ebeveynler zamanla bu durumdan hoşlanmaya başlayıp, istekle yatak paylaşan ebeveynlere dönüşebilmektedirler (Mileva-Seitz ve ark. 2017).

Anne-bebek ikilisinin birlikte uyuması ise, annenin bebeğinin duyuşsal alanı içinde karşılıklı takip, duyuşsal iletişim, fizyolojik düzenleme ve emzirmeye izin veren bir durum olarak tanımlanmaktadır (Gettler ve McKenna 2011).

McKenna ve Gettler, 2015 yılında yatak paylaşan ve anne sütü alan bebeklerin evrimsel ve birbirinden ayrılmaz uyku ve emzirme durumuna “meme uykusu” (*breastsleeping*) adını vermişlerdir. Meme uykusu yapan bebekler, çocukluk hastalıkları ve sorunlarına karşı -Ani Bebek Ölümü Sendromu dahil- anne sütünün doza bağı artan koruyuculuğundan faydalanmaktadır. Uzamış emzirme süresine bağı olarak annenin sağığının da olumlu etkileneceğı öngörülebilir. Meme uykusunun anne ve bebek için olası yararları Tablo 2.3’de özetlenmiştir (McKenna ve Gettler 2016).

Sadece anne sütü alan, birlikte uyuyan ve uyumayan anne-bebek çiftleri izlendiğinde, birlikte uyuyan çiftlerin daha sık uyanmalarına karşın, bu bebeklerin uyku sırasında toplam uyanıklıkları azalmıştır. Bebeklerde daha derin uykunun olduğı evre 3-4’ün kısaldığı saptanmıştır (Mosko ve ark. 1997a).

Tablo 2.3: Meme uykusunun yararları

- Anne-bebek arasında artmış fiziksel temas, uyarı
- Bebeklerde daha sık uyanma, uykunun 3-4. evrelerinde daha az zaman geçirme (ABÖS önleyici)
- Daha sık emme, daha fazla süt alımı
- Annede prolaktin hormonunun daha fazla salgılanması, süt yapımının uyarılması
- Anneden salgılanan oksitosin ile anne-bebek çiftinin daha kolay uykuya dalması ve uzun uyuması
- Bebeklerin gece daha az ağlamaları

Bebeğin uyanmasının anne uyanmasını tetiklediği, uyku senkronizasyonunu arttırdığı, anne uykusunun da, bebeğin durumunu izlemeye yönelik fırsatları arttıracak şekilde uyarlandığı görülmüştür (Mosko ve ark. 1997b).

Meme uykusu uyuyan anne-bebek çiftlerinin davranışsal ve fizyolojik karakterleri de emzirmeyen anne-bebek çiftlerinden farklılıklar göstermektedir. Yapılacak araştırmalarda, birlikte uyuyan anne-bebek çiftlerinin epidemiyolojik kategori ve yarar-zarar değerlendirilmesinin de ayrı olması önerisinde bulunulmuştur (McKenna ve Gettler 2016).

Birçok çalışmada yatak paylaşma ve anne sütü ile beslenme arasındaki kuvvetli ilişki gösterilmiştir (McKenna ve ark. 1997, Baddock ve ark.2006). “Kesinlikle anne-bebek aynı yatakta uyumamalı” mesajının anne sütü alımını azaltarak, anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkileyeceği ve aynı zamanda formül süt ya da mama

kullanımını arttırarak Ani Bebek Ölüm Sendromu artışına da sebep olabileceği vurgulanmaktadır (Hauck ve ark. 2011, Ball ve ark. 2016).

2.5. Güvenli Uyku ve Birlikte Uyuma

Yıllar içinde bebekler için güvenli uyku önerileri değişmektedir. 1949-1998 yılları arasında yüzükoyun uyuma bebekler için önerilen uyku pozisyonuydu. Ani Bebek Ölüm Sendromunu önlemeye yönelik olarak, 1995'te sırtüstü uyumanın en güvenli uyku pozisyonu olduğunun açıklanmasından sonra, epidemiyolojik verilere göre, çocuk sağlığı ile ilgilenen kuruluşlar, düzenli olarak öneriler yayınlamaya başlamışlardır (Gilbert ve ark. 2005, AAP 2016). Bu öneriler Tablo 2.4'te yer almaktadır.

2.5.1. Ani Bebek Ölümü Sendromu ve Birlikte Uyuma

Ani Bebek Ölüm Sendromu (ABÖS) bir yaşından küçük çocukların ani ölümünün; otopsi uygulanması, ölüm yeri incelemesi ve klinik öykünün gözden geçirilmesini içeren eksiksiz vaka incelemesi sonrasında açıklanamaması olarak tanımlanır. Süt Çocuğunun Beklenmedik Ölümü (Sudden Unexpected Death in Infancy-SUDI) ise süt çocukluğu döneminde nedeni açıklanabilen veya açıklanamayan (ABÖS'ü de kapsayarak) ölümleri belirtir (AAP 2016).

1980'lerde yürütülen çalışmalarda bebeklerin uyku pozisyonu ile ABÖS arasında ilişki saptanmıştır. Sırtüstü yatma pozisyonunun koruyucu etkisinin nasıl olduğu bilinmese de, santral apne olasılığı anahtar hipotez olarak kabul edilmektedir. ABÖS oranının batılı ülkelerde yüzüstü, ayrı odalarda, kendi yataklarında yatan, formüle ile beslenen bebeklerde yüksek olduğu saptanmıştır (Ball ve ark. 2016). Anne sütü ile beslenmenin ABÖS'den koruyucu etkisi uzun süredir bilinmektedir (AAP 2016, Hauck ve ark. 2011). Thompson ve ark. 2017'de yayınladıkları anne sütü ile beslenme süresi ve ABÖS riskini araştıran çalışmada, en az 2 ay anne sütü ile beslenmenin ABÖS riskini yarıya indirdiğini belirtmişlerdir (Thompson ve ark. 2017).

Gece bebek bakımını inceleyen araştırmacılar, evrimsel açıdan, insan yavrusu için yalnız uyumanın bir norm olmadığını, uykuda yakın anne-bebek ilişkisinin (birlikte veya aynı yatakta uyuma ile) anne-bebeğin sık gerçekleşen uyanıklık dönemlerinin santral apneleri, ABÖS'ü önleyebileceğini ileri sürmüşlerdir (Ball 2017). Ayrıca yatak paylaşan anne-bebek çiftlerinin uykunun daha derin evrelerinde daha az zaman geçirdikleri, anne-bebek uykusunun senkronizasyonunun, sık uyanmalarının ABÖS'den koruyucu etkileri olduğu düşünülmektedir (McKenna ve ark. 2007).

Ani Bebek Ölüm Sendromunu azaltmak için çocuk sağlığı ile ilgilenen kuruluşlar öneriler yayınlamaktadır. Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics-AAP) Ani Bebek Ölüm Sendromunu önlemek için oluşturduğu önerilerde, ebeveynlerin bebekleri ile yataklarına yakın bir yerde, fakat ayrı düzlemde uyumalarını, en az 6 ay ideali 1 yıl aynı odayı paylaşmalarını tavsiye etmektedir (AAP 2016).

Diğer yandan, İngiltere'de araştırma sonuçlarına göre, ABÖS ile birlikte uyuma arasında istatistiksel ilişki saptandığını ancak birlikte uyumanın olduğu durumlarda ABÖS vaka sayısında görülen artışa dayanarak, birlikte uyuma ABÖS'e neden olur denemeyeceği belirtilmektedir (NICE 2014).

Çeşitli uzmanlar tarafından oluşturulan güvenli uyku ortamına (Tablo 2.4) ek olarak bebekleri ile birlikte uyuyan ebeveynlerin dikkat etmesi gereken durumlar da açıklanmıştır (AAP 2016). Annenin sigara içiyor olması, yatak paylaşan ebeveynlerin çok yorgun olması, alkol, sedatif ilaçlar kullanımı, obez olmaları, yatağa gelme olasılığı olan başka küçük çocukların varlığı, bebeğin düşük doğum ağırlıklı ya da prematüre olması, 8-14 haftadan küçük olması, yatak dışında başka bir yüzeyde (divan, çekyat, kanepeler) uyuma, yumuşak zeminde (su yatağı) yatma, yatağa bitişik bebeğin sıkışabileceği bir yerin olması, yatakta bebeğin yüzüstü yatması riskli durumlardır (ABM 2008). Hamilelikte sigara içmenin ve sonrasında yatak paylaşmanın, sigara maruziyeti olmayan bebeklere göre ABÖS riskini arttırabileceğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Blair ve ark. 1999).

Tablo 2.4. Güvenli uyku ortamı prensipleri (AAP 2016, NHS 2015)

- Erken doğanlar dahil tüm bebekler sırtüstü yatırılmalı
- Bebek yumuşak olmayan bir zeminde yatmalı
- Bebeğin ayakları yatağının alt kenarına değmeli
- Bebek hafif, gözenekli bir battaniye ile, koltuk altı hizasından aşağıda örtülmeli ve battaniye yatağın kenarına sıkıştırılmalı
- Çarşaflar gevşek olmamalı, yatak kenarına sıkıştırılmalı
- Bebek boğulmasına neden olabilecek yastık, yatak yanı koruyucusu, oyuncak, emzik bağı gibi objelerle bir arada uyumamalı
- Bebek yatağı standartlara uygun olmalı
- Bebeğin fazla ısınması önlenmeli, bebeğin uyuduğu oda ısısı 18°C (16-20°C arasında) olmalı
- Uykuya dalarken emzik sunulmalı (Emzik kullanımı anne sütü almaya engel olursa, sonlandırılmalı)

2.5.2. Emzik Kullanımı, ABÖS ve Anne Sütü Alımı

Mekanizması henüz belli olmamasına rağmen, çalışma sonuçları bebeklerde emzik kullanımının ABÖS açısından koruyucu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Solunum yolu açıklığının korunması bir olasılık olarak belirtilmektedir (AAP 2016). Diğer öne sürülen durumlar; yüzükoyun uyku pozisyonunun önlenmesi, yutkunma yoluyla gastro-özofageal reflünün azaltılması veya uyarı eşiğinin düşürülmesi olarak sıralandırılmaktadır. Emzikle uykuya dalmış bir bebeğin, anne memesinde uykuya dalan bebekleri taklit ettiği düşünülmektedir (Fleming ve Blair 2006).

Diğer yandan, “Bebek Dostu Hastane Girişimi” kapsamında emzik kullanımı emzirme başarısının azalmasında etkili olduğu için önerilmemektedir. Anne sütü ile beslenmenin, ABÖS’e karşı koruyucu etkisi de bilindiğinden, emzik kullanımı konusunda potansiyel risk/yarar gözönünde bulundurulmalıdır. Anne sütü alan bebekler için, emzirme başarılı bir biçimde sağlanana dek emzik girişinin ertelenmesi önerilmektedir. Emziğin bebek uykuya daldıktan sonra yeniden verilmemesi ve emzik emmek istemeyen bebeklerin zorlanmaması gerektiği vurgulanmaktadır (WHO 2017, AAP 2016, Nelson ve ark. 2005).

Emzik kullanımının olası zararları arasında “meme başı şaşkınlığı” ve emzirmeye başlama güçlüğü, emzirme problemleri, daha kısa emzirme süresi, dental maloklüzyon, akut veya rekürren otitis media sıklığında artış ve buna bağlı sekeller yer almaktadır (Nelson ve ark. 2005).

Sağlıklı Rus çocuklarında yapılan bir çalışmada, yatak paylaşma ve emzik kullanma arasında ilişki bulunmazken, İngiliz çocuklarında yapılan kesitsel bir çalışmada, yatak paylaşmanın daha az parmak veya emzik emme ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Mileva-Seitz ve ark. 2017).

2.6. Gece Çocuk Bakımı ve Birlikte Uyumanın Nedenleri

Volpe ve ark. ebeveynlerin bebek uykusuna yaklaşımlarını; bebek fizyolojisi ve mizacını, ebeveyn amaçları ve arzuları ile birlikte, sosyal ve davranışsal bağlamda dengede tutma biçimi olarak tanımlamışlardır (Volpe ve ark 2013). Kültürel ve ailesel gelenek nedeni ile birlikte uyuma, yatak paylaşma görülebilmektedir. Bazı ebeveynler, yatak paylaşmayı ABÖS önleyici olarak gördüklerini, uykularının hafif olduğunu öne sürmektedirler. Ayrıca yatak paylaşmanın “anne içgüdü” ve “doğal” olduğu belirtilen nedenlerdendir (Ward 2015).

Beslenme biçimine bağlı olarak, bebeklerin davranışsal ipuçlarına annelerin verdikleri cevaplar arasında farklılıklar vardır ve bunlar bebeklerin uykusunu ve uyanıklığını etkileyebilir (Thompson ve ark. 2017). Yatak paylaşmanın anne sütü ile beslemeyi kolaylaştırması, anne ve bebeği rahatlatması, daha iyi/daha çok uykuya izin vermesi ebeveynlerin bebekleri ile birlikte uyumasının önde gelen sebepleri olarak bulunmuştur (Ward 2015). Anne sütü alan bebeklerin, mama ile beslenen bebeklere göre geceleri daha az uyuduğu, anne sütü ile beslenen bebekler ve annelerinin daha fazla uyandığı bilinmektedir. Çalışmalarda, emziren annelerin bebekleri ile birlikte uyuduklarında sık bölünen uykuları olmasına rağmen, mama ile beslenen bebeklerin annelerinden daha uzun uyuyabildikleri saptanmıştır (Quillin 2004). Ayrıca annenin bebeğini daha kolay takip edebildiği, anne-bebek bağlanmasını arttırdığı da gösterilmiştir (Ward 2015).

Çalışan ebeveynler bebekleri ile daha fazla yakın zaman geçirmek, daha uzun uyumak, süt miktarını korumak, gün içinde emziemediği zamanı telafi etmek için de birlikte uyuduklarını belirtmektedirler (Ball 2002). Otistik çocuklarda varolan uyku problemlerinde, birlikte uyuma en sık denenen ebeveynlik çözümlerindendir (Williams ve ark. 2006).

Birlikte uyumanın bebeklerde ağlamayı azalttığı yayınlarda bildirilmektedir (McKenna ve Gettler 2016). İhtiyaçları uzun sürelerde karşılanmadığı için, uzun ağlayan bebeklerde de toksik stress cevabının ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Stres sistemleri sürekli olarak aktive olan çocuklar için, gelişmekte olan beyin yapısında uzun süreli bozulmalar meydana gelebilir, bunlar sağlık ve refah üzerinde ömür boyu zararlı etkiler bırakabilir (Macvarish 2016 pp.35-36). Birlikte uyuyan bebeklerin daha

az karmaşık ve 'olaysız' gece ritüelleri olduğu, uykunun ebeveynlerden bir ayrılma olarak algılanmadığı görülmüştür (Hayes ve ark. 1996).

Çevresel faktörlerin; bebeğin yatağının olmaması, koruma (evdeki şiddet, kaçırılma, hırsızlık, yangın), bebeğin ısınısını düzenlemek gibi nedenlerin olduğu bildirilmiştir (Ward 2015). Ayrıca sıtmanın yaygın olduğu coğrafyalarda, etkin cibinlik kullanımı için birlikte uyuma önerilmektedir. Barınma imkanlarının kısıtlı olduğu, soğuk bölgelerde de birlikte uyuma sıkça görülebilmektedir (ABM 2008).

2.7. Birlikte Uyuma Çekinceleri ve Olası Uzun Dönem Etkileri

Birlikte uyumanın bir türü olan yatak paylaşmada, en çok korkulan durum ABÖS'dür. Ebeveynleri ile birlikte uyuyan çocuklar, yalnız uyuyan bebeklere göre, 2.9 kat fazla, 2 veya daha çok sayıda yatak örtüsünün altında uyuma riskine sahiptirler. Dahası, birlikte uyuyan bebeklerin odanın sıcaklığından bağımsız olarak çeşitli coğrafi bölgelerde örtünün altında tutulma olasılığı iki kat daha fazladır (Willinger ve ark. 2003). Ayrıca yapılan çalışmalarda, yatak paylaşan bebekler yalnız uyuyan bebeklere göre daha çok yan yatma pozisyonunda uyumaktadır (Baddock ve ark. 2004).

Keller ve Goldberg, birlikte uyumanın çocukların bağımsızlığına müdahale edeceği hipotezini araştıran çalışmalarında, yalnız uyuyanların yalnız uykuya daldıklarını, gece boyunca uyuduklarını ve daha erken tamamlayıcı beslenmeye başladıklarını saptamışlardır. Bununla birlikte, erken dönemde birlikte uyuyan çocukların kendine güvendikleri ve sosyal bağımsızlığı daha fazla sergiledikleri (kendi başlarına arkadaş edinmek gibi) gözlenmiştir. Erken dönemde birlikte uyuyan çocukların annelerinin, diğer uyku gruplarındaki annelere kıyasla çocuğun özerkliğini en çok destekleyen grubu oluşturdukları görülmüştür (Keller ve Goldberg 2004).

Ebeveynlerin bebekleri ile birlikte uyumaktan kaçınmalarının bir başka sebebi de, ebeveyn gizliliği ile ters düşen, çocukların yetişkin eylemlerine travmatik bir şekilde şahitlik etme riskidir (Okami ve ark. 1995). Okul çağında çocukları ile birlikte uyuyan ebeveynlerde, daha sık psikolojik sıkıntı ve evlilikte uyumsuzluk bildirilmiştir (Cortesi ve ark. 2008).

Okami ve arkadaşları Amerika Birleşik Devletlerinde 18 yıl süren longitudinal çalışma ile, birlikte uyumanın uzun süreli etkilerini araştırmışlardır. Araştırmada 205 aile, hamileliğin son üç ayından çocukları 18 yaşına gelene dek takip edilmiş; erken çocuklukta birlikte uyuyan çocukların 6 yaşında iken yalnız uyuyan çocuklara göre bilişsel yeterliliklerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgunun başka çalışmalarla da desteklenmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Birlikte uyumanın 18 yaşındaki pozitif veya negatif etkileri gösterilmemiştir. Araştırmacılar, birlikte uyumanın çocuklar üzerinde psikoseksüel sorunlu ilişki kurma, davranış bozuklukları, uyku problemleri, yaşıtları ile anlaşma ve duygusal ilişki kurmada zorluk gibi zararlı etkileri olduğu anlayışını destekleyen hiçbir kanıt olmadığını belirtmişlerdir (Okami ve ark. 2002).

Bazı çalışmalarda, çocuklukta ebeveynleri ile birlikte uyumuş olmanın, yetişkinlikte benlik saygısının ve cinsel rahatlığın artmasına yardımcı olabileceği bildirilmiştir (Lewis ve Janda 1988, McKenna ve ark. 1997). Genel olarak ebeveynleri ile birlikte uyumuş yetişkinler ile uyumayanlar arasında büyük farklılıklar olmadığı konusunda fikir birliği vardır. Bu bilgi çok az çalışmaya dayanmaktadır. Bu konuda varolan az sayıda çalışma, olumlu sonuçlara varmak için yeterli değildir ve daha fazla araştırmaya gereksinim duyulmaktadır.

2.8. Dünya’da Birlikte Uyuma

Dünyada, ülkeler arasında birlikte uyuma sıklığında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Endüstrileşmiş ülkelerdeki aileler, gelişmekte olan ülkelere göre daha az sıklıkta bebekleri ile uyumaktadırlar. Afrika ve Asya ülkelerinde, birlikte uyuma Avrupa ve Amerika’ya göre yüksek orandadır ve bu ülkelerde doğal bir uygulama olarak görülmektedir. Japonya’da oda ve yatak paylaşmak yaygın bir uygulama olarak belirtilmektedir (Mileva-Sevitz ve ark. 2017).

Ülkemizde anne ve bebeğin gece birlikte uyuması ve bu dönemde annenin gece yakınında uyuyan bebeğe süt vermesinin köklü bir kültürel alt yapısı vardır. Ülkemizde birlikte uyuma geleneğini, sıklığını ayrıntılı araştıran antropolojik bir çalışmaya rastlanmamıştır (*Akkayan T, kişisel yazışma, 30.12.2017).

*Akkayan T. İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Antropoloji Bölümü Em.Öğr.Üyesi.

Uyku ve uyku güvenliğini araştıran birkaç yayında birlikte uyuma ile ilgili veriler yer almaktadır. Yıkılkan ve ark. yatak paylaşma oranını %16, Boran ve ark. bu oranı %15,7 ebeveyn ile oda paylaşma oranını da %66.1 olarak bildirmişlerdir (Yıkılkan ve ark. 2011, Boran ve ark. 2014).

Amerika’da yürütülen “Ulusal Bebek Uyku Pozisyonu” çalışmasında “genellikle yatak paylaşma” oranının 1993’te % 6.5’ten, 2010’da %13.5’e yükseldiği saptanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri’nde çocuklarda ölüm nedenleri içinde; ABÖS 3. sırada ve istenmeyen yaralanmalar (yatak paylaşma ile ilişkisi olabilecek yaralanmalar da dahil) 5. sıradadır (Colson ve ark.2013).

Ani Bebek Ölüm Sendromu prevalansının düşük olduğu bazı ülkelerde yatak paylaşımı sıkça görülebilmektedir. Japonya, Hong Kong, Bangladeş, İngiltere bu ülkelerdendir. Bu ülkelerde yatak paylaşımı görülmesine karşın ABÖS sıklığı da azdır. Bu nedenle ABÖS riskinin yatak paylaşmayla değil, birlikte uyuma ile ilişkili diğer faktörlerden (sigara, alkol, ilaç kullanımı gibi) etkilendiği düşünülmektedir (Blair ve ark. 2009) .

Bazı ülkelerdeki yatak paylaşma sıklığı; Hollanda’da %40, Yeni Zelanda’da %43, Avustralya %46, Manitoba Kanada’da %72, İngiltere’de %47-49 civarında bildirilmiştir (Ball 2009). Farklı etnik, kültürel grupların yaşadığı aynı coğrafyalarda bile birlikte uyuma oranı oldukça farklı olabilmektedir (McKenna ve McDade 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Çalışmanın Tipi ve Örneklem Seçimi

Bu kesitsel çalışma bazı verilerin değerlendirilmesi açısından retrospektif kohort özellikleri taşımaktadır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlıklı Çocuk İzlem Polikliniği'nde 1 Ekim 2015-26 Şubat 2016 tarihleri arasında çalışma yürütülmüştür. Bu tarihler arasında Sağlıklı Çocuk Polikliniğinden takipli 0-2 yaş arasında 525 çocuk muayene için başvurmuştur. Randevularına ardı sıra gelen, çalışmaya katılmaya gönüllü, çalışma hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılan ve onamı alınan 370 ebeveyn çalışmaya dahil edilmiştir (Ek 1-2).

Sıfır-24 ay arasında, miadında doğan, bilinen herhangi bir kronik hastalığı olmayan, sağlıklı çocuklar çalışmaya dahil edilmiştir. Prematüre doğan (<37 gestasyon haftası), kronik hastalığı olan, kromozom anomalisi ve malformasyonu bulunan çocuklar ve eksik doldurulmuş anketleri bulunanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Belirtilen özelliklerdeki çocuklara ve ailelere ilişkin 351 adet anket çalışmaya katılmıştır.

Anket, araştırmacı ya da bu konuda eğitim verilmiş poliklinik hemşiresi tarafından anne ve/veya babalara yüzyüze yöntemle uygulanmıştır (Ek 3).

Çalışmaya başlamadan önce toplam 39 soru içeren bir anket ile pilot çalışma yapılmıştır. Yirmibeş ebeveyne uygulanan ankette boşluk doldurma ve çoktan seçmeli sorulara yer verilmiştir. Pilot çalışma sonrasında, konu ile bütünlük sağlayan soruların ardarda sorulması için, bazı soruların yerleri değiştirilmiştir. Yüzyüze görüşme tekniği ile anketi dolduran kişiye kolaylık olması açısından bazı soruların alt kısmına yönlendirici ok işaretleri eklenmiştir.

Anketin ilk bölümünde ailenin demografik özellikleri, annenin doğumdan sonra çalışmaya başladığı hafta ve çocuğun yaşı, cinsiyeti, kronik hastalık varlığı sorgulanmıştır.

Anketin ikinci bölümünde, çocuğun ne kadar süre sadece anne sütü ile beslendiği, karma beslenmeye (formüle vermek de dahil) başlanma süresi, geceleri nasıl beslendiği sorusu da sorulmuştur.

Üçüncü bölümde, çocuğun dün gece nerede uyuduğu, genelde nerede uyuduğu, yatağının nerede olduğu, yatak paylaşımı varsa, ne zaman başladığı sorgulandı. Yatak paylaşma sıklığı sorgulanmadı. Yatak paylaşmada riskli davranışları araştırmak için, ebeveynlerin uyku yapan ilaç, alkol, sigara kullanım varlığı sorulmuştur. Üçüncü bölümün son soruları, çocuğun uyku yerini tekrar gözden geçirmek için, oda paylaşma/ayrı odada uyumaya ilişkin sorularını içermektedir.

Dördüncü bölüm, çocuğun uykuya dalma, uyku düzeni ve uyku çevresi ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Bebeğin yattığı yerin özelliği sorgulandığında, sert veya yumuşak olması, ailenin ifadesine göre belirlenmiştir.

Beşinci ve son bölümdeki sorular, ailenin sosyoekonomik statüsünü belirlemek için oluşturulmuştur. Bu sorular Türkiye Aile Yapısı Araştırması (TAYA)'dan alınmıştır. 2011'de TAYA çalışması ile, ailelerin sosyo-ekonomik statüleri (SES) de belirlenmiştir. TAYA 2011, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yapılmış, Resmi İstatistik Programında yer alan bir çalışmadır. TAYA 2011 kapsamında sosyo-ekonomik statüyü belirlemenin temel ilkesi, bir hanenin statüsünü sadece mevcut durumda o hanede oturan kişilere ait bilgilerle hesaplamak, benzer şekilde hane özelliklerini sadece hanenin içinde yaşadığı konut ve o konutun nitelikleri ile sınırlandırmaktır. Hane statüsü hesabında 4 ana öge kullanılmıştır. Bunlar:

1. Hane reisi ve 18 yaş üstü hane üyelerinin çalışma biçim ve konumlarına dayalı ortalama çalışma puanı,
2. Hane reisi ve 18 yaş üstü hane üyelerinin öğrenim düzeylerine dayalı ortalama eğitim puanı,
3. Yaşanılan konutun nitelikleri ve mülkiyet durumu,
4. Gelir düzeyi.

Çalışmada toplam indeks değerlendirmede kullanılan tablolar verilmiş ve hesaplamaların nasıl yapılacağı anlatılmıştır. Bir hanenin dört ayrı ögenin toplamından alabileceği puan 2 ile 22 arasında dağılım göstermektedir. 8'den az toplam indeks değerine sahip haneler alt, 8-14 arası toplam indeks değerine sahip olanlar orta, 14 ve üzeri toplam indeks ise üst sosyoekonomik statüye ait kabul edilmiştir (TAYA 2011 pp.142-148).

Araştırmamızda çocukların o zamanki yaşları ile ilgili beslenme ve uyku durumları sorgulanırken; geriye yönelik olarak beslenme durumu ve uyku yeri değişikliklerinin de ne zaman olduğu sorularına yanıt aranmıştır. Böylece her çocuk için retrospektif olarak, 1. aydan itibaren, aylara göre beslenme ve uyku verileri oluşturulmuştur.

Beslenme şekilleri sorgulanırken, sadece anne sütü alan (SAS), anne sütü yanında herhangi başka bir besin (formüla dahil) alanlar anne sütü +karma, hiç anne sütü almayanlar ise karma beslenme olarak sınıflandırılmıştır.

Uyku yeri değerlendirilirken çocukların ebeveynleri ile yatak paylaşması, oda paylaşması ya da ayrı odada uyuma şeklinde 3 farklı durum araştırılmıştır.

3.2. Çalışmanın Yürütüldüğü Birimin Özellikleri

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (BEAH) Sağlıklı Çocuk İzlem Polikliniği'nde büyük çoğunluğu BEAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde doğum yapmış olan annelerin sağlıklı çocukları izlenmektedir. Ayrıca diğer hastanelerden sağlıklı çocuk izlemi için yönlendirilmiş bebekler de takibe alınmaktadır.

BEAH 4 Ekim 2004 yılında “Bebek Dostu Hastane” ünvanı almıştır (BEAH 2004). Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde başarılı emzirme için 10 adım özenle uygulanmaktadır. Aynı zamanda BEAH Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniğinde görev yapmakta olan emzirme danışmanlığı eğitimi bulunan hekim ve hemşireler tarafından annelere emzirme eğitimi verilmektedir.

Sağlıklı Çocuk İzlem Polikliniği takipli bebeklerin ilk 6 ayda, aylık rutin kontrol muayeneleri yapılmaktadır. Kontroller altıncı aydan itibaren üç aylık, 2 yaşından itibaren altı aylık aralıklarla devam etmektedir. Muayeneler sırasında anne sütü ile beslenmenin önemi vurgulanmaktadır. Gerekli görülen durumlarda ayrıntılı emzirme danışmanlığı da yapılmaktadır. Ayrıca doğumdan itibaren ailelere çocukların yaşlarına uygun güvenli uyku (Tablo 2.4) ve kazalara karşı danışmanlık verilmektedir.

3.3.Çalışmadaki Tanımlamalar

Yatak paylaşma: Yatak paylaşma ebeveynlerin çocuk ile aynı düzlemde -yatakta- uyuması olarak tanımlanır. Çalışmada “Bebeğiniz dün gece nerede uyudu?” sorusuna “benimle aynı yatakta” şeklinde cevap veren ebeveynler, yatak paylaşmış olarak çalışmaya dahil edilmişlerdir. Yatak paylaşan ebeveynlere yatak dışı birlikte uyuma olarak tanımlanan durumlar da (çekyat vb.) sorulmuştur.

Oda paylaşma: Araştırmamızda “oda paylaşma” tanımı Amerikan Pediatri Akademisi tarafından önerilen biçimde yapılmıştır (AAP 2016). Ebeveynler ile bebeğin aynı odada, farklı yüzeylerde uyumasını belirtir. Çalışmada “Çocuğunuzun kendi yatağında yatıyorsa, yatağı nerede?” sorusuna “yatağı benim odamda” şeklinde cevap veren ebeveynler çocukları ile oda paylaşmış olarak çalışmaya dahil edilmişlerdir. Aynı yatak ve doğal olarak aynı oda odayı paylaşanlar, oda paylaşma grubunda değerlendirilmiştir.

Sadece anne sütü ile beslenme: Bebeklerin anne sütünden başka gıdalar ya da sıvılar (su dahil) almadan beslenmesi olarak tanımlanmıştır (WHO 2017).

Karma beslenme: Anne sütü almadan, formüla mama ve ek besinler ile beslenme olarak tanımlanmıştır.

Vücut Kitle İndeksi (VKİ): Anne ve babaların boy ve kilo bildirimlerine göre VKİ hesaplanmıştır.VKİ’ne göre dört kategori oluşturulmuştur: zayıf, normal, fazla kilolu ve obez. VKİ 15 ila 19.9 arasında ise zayıf, 20 ila 24.9 ise normal ağırlıkta, 25 ila 29.9 ise fazla kilolu, 30 veya daha fazla ise obez olarak tanımlanmıştır (WHO 1995).

Sosyoekonomik sınıflama:Ailelerin sosyo-ekonomik durumları TAYA çalışmasındaki sınıflamaya göre belirlenmiştir.

Uyku güvenliği: Çocuk yatağının “Ani Bebek Ölüm Sendromu” riskini en aza indirecek şekilde fiziksel güvenliğinin düzenlenmesi ve çocuğun sırtüstü pozisyonda uyuması olarak tanımlanmıştır. Sırtüstü, yatağı sert, yastık kullanmayan, uyurken yüzü örtülmeyen, ilk 6 ayda tam kundak yapılmayan ve üzerine örtülen örtünün seviyesi

koltuk altı ya da daha alt seviyelerde olanlar “uyku güvenliği olan” çocuklar kategorisini oluşturmaktadır.

Sigara kullanımı: Ebeveynlere ankette sorulan “Sigara/Alkol/Uyku yapabilen ilaçlar kullanıyor musunuz?” sorusuna “Sigara kullanıyorum” şeklinde cevap veren ebeveynler sigara kullanıyor olarak değerlendirilmiştir.

Isınma şekli: Ebeveynlere ankette sorulan “Eviniz nasıl ısınıyor?” sorusuna verilen cevaplar doğrultusunda belirlenmiştir. Isınma şekli kömür sobası, elektrikli soba, klima olanlar doğalgaz dışı ısınma olarak gruplandırılmıştır.

3.4.Verilerin Değerlendirilmesi

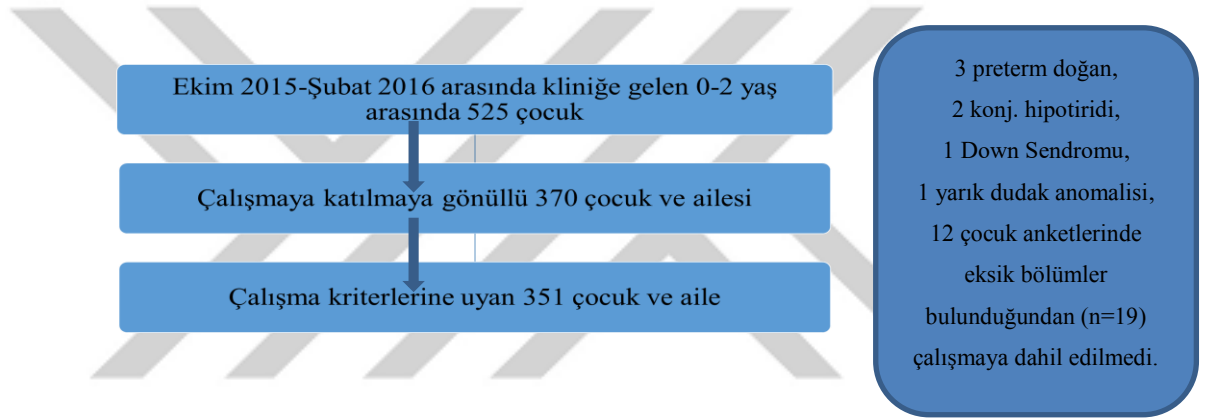
İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (NCSS LLC, Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, medyan, sıklık ve oran) yanı sıra verilerin normal dağılıma uygunluklarının incelenmesinde Kolmogorov Smirnov testi ve Box Plot grafiklerinden yararlanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman’s korelasyon analizi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Freeman Halton testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, istatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.5.Etik Kurul Onayı

Araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul onayı alınmıştır (Ek 4).

4. BULGULAR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlıklı Çocuk İzlem Polikliniğine 1 Ekim 2015-26 Şubat 2016 tarihleri arasında Sağlıklı Çocuk Polikliniğinden takipli 0-2 yaş arasında 525 çocuk muayene için getirilmiştir. Randevularına ardı sıra gelen, çalışmaya katılmaya gönüllü olan, onam alınan 370 ebeveyn ve çocuktan, çalışma kriterlerine uyan ve anket verileri eksiksiz olan 351 çocuk, bu kesitsel tanımlayıcı çalışmanın evrenini oluşturmuştur (Şekil 4.1).



Şekil 4.1 :Çalışma evreni oluşum akış şeması

Çalışmaya alınan aile ve çocukların genel özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Çalışmaya dahil edilen çocukların yaşları 0 ile 24 ay arasında değişmekte olup, ortalama $12,0 \pm 6,2$ ve ortanca değeri 11,0 aydır. Anne yaşları 17 ile 46 arasında değişmektedir. Annelerin %65,8’i ev hanımıdır. Çocukların %56,1’i birinci çocuk, %29,9’u ikinci çocuk, %9,7’si üçüncü çocuk ve %4,3’ü dördüncü çocuktur. Anne Vücut Kitle İndeksi (VKİ) incelendiğinde; %12,8’i obez bulunmuştur. Babalarda bu oran; %10,8’dir. Annelerin %23’ü zayıf iken, babalar arasında zayıf kişi bulunmamaktadır.

Tablo 4.1: Çalışmaya alınan aile ve çocukların genel özellikleri (n=351)

Çocuk yaşı (ay)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-24 (11,0)
	<i>Ort±Ss</i>	12,0±6,2
Çocuk cinsiyet; n(%)	Kız	198 (56,4)
	Erkek	153 (43,6)
Anne yaşı (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	17-46 (30)
	<i>Ort±Ss</i>	30,43±5,15
	≤25 yaş	47 (13,4)
	26-30 yaş	151 (43,0)
	31-35 yaş	96 (27,4)
	≥35 yaş	57 (16,2)
Anne meslek; n(%)	Ev hanımı	231 (65,8)
	Çalışan	120 (34,2)
Anne VKİ; n(%)	Zayıf	8 (2,3)
	Normal	183 (52,1)
	Fazla kilolu	115 (32,8)
	Obez	45 (12,8)
Baba VKİ; n(%)	Normal	145 (41,3)
	Fazla kilolu	168 (47,9)
	Obez	38 (10,8)
Sigara kullanımı; n(%)	Yok	325 (92,6)
	Var	26 (7,4)
Sigara kullanan ebeveyn; n(%)	Anne	6 (1,7)
	Baba	15 (4,3)
	Her ikisi de	5 (1,4)
Çocuk sayısı; n(%)	1.çocuk	197 (56,1)
	2.çocuk	105 (29,9)
	3.çocuk	34 (9,7)
	4.çocuk	15 (4,3)
Aile tipi; n(%)	Çekirdek	311 (88,6)
	Geniş	40 (11,4)
Isınma şekli; n(%)	Doğalgaz	319 (90,9)
	Doğalgaz dışı	32 (9,1)
Aile SES; n(%)	Alt	8 (2,3)
	Orta	133 (37,9)
	Yüksek	210 (59,8)
Anne sütü ile beslenme; n(%)	Anne sütü halen alanlar	261 (74,3)
	Anne sütü almayanlar	90 (25,7)
Oda paylaşma; n(%)	Var	283 (80,6)
	Yok	68 (19,4)
Yatak paylaşma ; n(%)	Var	80 (22,8)
	Yok	271 (77,2)
Uyku çevresi güvenliği; n(%)	Var	105 (29,9)
	Yok	246 (70,1)

Ebeveynlerin %92,6'sı sigara kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Her iki ebeveynin sigara içtiği aile oranı %1,4 (n=5) bulunmuştur. Ailelerin %88,6'sı çekirdek ailedir. Çalışmamıza katılan ailelerin (TAYA) sınıflamasına göre, orta ve üst sosyoekonomik seviyeye sahip oldukları görülmüştür. Alt SES'de olanların oranı %2,3 olarak saptanmıştır (Tablo 4.1).

Yatağın fiziksel güvenliği prensipleri ve sırtüstü pozisyonun sağlandığı güvenli uyku çevresi çocukların %29,9'unda belirlenmiştir (Tablo 4.1). Güvenli uyku açısından, 0-6 ay yaş grubunda riskli durumlardan yan ve yüzüstü uyuma %40,3, yumuşak zeminde uyuma %48,6, uyurken yüzünü örtme %18,1 oranında olduğu gözlenmiştir. Yastık kullanma oranı 0-6 ay arası çocuklarda %62,5, tüm çocuklarda %72,6 oranında saptanmıştır (Tablo 4.2) .

Uykuya dalma şekilleri incelendiğinde ise; %19,4'ünün kendi kendine, %22,8'inin memede, %57,8'inin yardımla (beşikte sallayarak, kucakta pırpışla, ayakta sallama ile) uykuya daldığı belirlenmiştir. Annelerin %16,0'sı geceleri çocuklarını beslemezken, %56,1 anne yatağında yatarak, %23,6'sı yatağında oturarak ve %4,3'ü koltukta çocuklarını beslemektedirler (Tablo 4.2).

Çocukların uykuda üstlerinin örtülme şekilleri de sorgulanmış ve %72,1'inin uygun şekilde örtüldüğü saptanmıştır. Doğalgaz ile ısınanların oranı %90,9, doğalgaz dışında farklı ısınma yöntemi (kömür sobası, elektrikli soba, klima) kullananların oranı %9,1 bulunmuştur.

Geceleri beslenme oranı yaşla artmıştır. Benzer şekilde yatak paylaşma oranı da yükselmiştir. İlk 6 ayda kundak yapılma oranı %4,2 bulunmuştur.

Tablo 4.2:Uyku alışkanlıkları ve uyku çevresi özelliklerinin yaşlara göre dağılımı

		0-6 ay	6-12 ay	12-24 ay	Toplam
Çocuk odası olma durumu; n(%)	Var	12 (16,7)	27 (20,5)	41 (27,9)	80 (22,8)
	Yok	60 (83,3)	105 (79,5)	106(72,1)	271 (77,2)
	Toplam	72	132	147	351
Oda paylaşma; n(%)	Evet, yatağı ebeveyn odasında	62 (86,1)	108 (81,8)	113(76,9)	283 (80,6)
	Hayır, yatağı kendi odasında	10 (13,9)	24 (18,2)	34 (23,1)	68 (19,4)
Yatak paylaşma ; n(%)	Evet	13 (18,1)	23 (17,4)	44 (29,9)	80 (22,8)
	Hayır	59 (81,9)	109 (82,6)	103(70,1)	271 (77,2)
Çocuğun yatma pozisyonu; n(%)	Sırt üstü	43 (59,7)	85 (64,4)	-	-
	Yan	25 (34,7)	36 (27,3)	-	-
	Yüzükoyun	4 (5,6)	11 (8,3)	-	-
Çocuğun uykuya dalma şekli; n(%)	Kendi kendine	10 (13,9)	19 (14,4)	39 (26,5)	68 (19,4)
	Memede	31 (43,1)	29 (22,0)	20 (13,6)	80 (22,8)
	Yardımlı Uykuya Dalma	31 (43,1)	84 (63,6)	88 (59,9)	203 (57,8)
Geceleri çocukların beslendikleri yer; n(%)	Besleme yok	2 (2,8)	15 (11,4)	39 (26,5)	56 (16,0)
	Anne yatağında yatarak	43 (59,7)	72 (54,5)	82 (55,8)	197 (56,1)
	Anne yatağında oturarak	25 (34,7)	36 (27,3)	22 (15)	83 (23,6)
	Koltukta oturarak	2 (2,8)	9 (6,8)	4 (2,7)	15 (4,3)
Gündüzleri karanlık odada uyuma; n(%)	Evet	20 (27,8)	50 (37,9)	53 (36,1)	123 (35,0)
	Hayır	52 (72,2)	82 (62,1)	94 (63,9)	228 (65,0)
Yüzünü örtme durumu; n(%)	Evet	13 (18,1)	-	-	-
	Hayır	59 (81,9)	-	-	-
Yastık kullanımı; n(%)	Evet	45 (62,5)	94 (71,2)	116(78,9)	255 (72,6)
	Hayır	27 (37,5)	38 (28,8)	31 (21,1)	96 (27,4)
Yattığı yerin özelliği; n(%)	Sert	37 (51,4)	64 (48,5)	58 (39,5)	159 (45,3)
	Yumuşak	35 (48,6)	68 (51,5)	89 (60,5)	192 (54,7)
Kundaklama durumu; n(%)	Hayır	58 (80,6)	-	-	-
	Tam kundak	3 (4,2)	-	-	-
	Yarı kundak	11 (15,2)	-	-	-
Üstlerinin örtülme şekli; n(%)	Boyun	21 (29,2)	41 (31,1)	36 (24,5)	98 (27,9)
	Kol altı	27 (37,5)	52 (39,4)	51 (34,7)	130 (37,0)
	Göbek	15 (20,8)	24 (18,2)	36 (24,5)	75 (21,4)
	Uyluk	7 (9,7)	14 (10,6)	21 (14,3)	42 (12,0)
	Diz	2 (2,8)	1 (0,8)	3 (2)	6 (1,7)
Isınma şekli; n(%)	Doğalgaz	-	-	-	319 (90,9)
	Doğalgaz dışı	-	-	-	32 (9,1)

Çalışmamızda çocukların yaşları ile uykuya dalma şekilleri birlikte değerlendirildiğinde, çocuk yaşları ile uykuya dalma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.3). Memede uyuma yaşla azalmış, kendi kendine uyuma ise yaşla birlikte artmıştır. Sıfır-6 ay bebeklerde memede uyuma oranı 6-12 ay ve 12-24 ay bebeklere göre yüksektir. Altı-12 aylık çocuklarda yardımcı uyuma oranı 0-6 ay'a göre anlamlı yüksektir. On iki-24 ay çocuklarda kendi başına uyuma oranı yaşı 0-12 ay olanlardan anlamlı yüksektir.

Tablo 4.3 : Çocukların yaşlarına göre uykuya dalma şekilleri (%)

Uykuya dalma şekli	Çocukların Yaşları			[*] <i>p</i>
	0-6 ay	6-12 ay	12-24 ay	
Kendi başına (n=68)	10 (13,9)	19 (14,4)	39 (26,5)	0,001**
Memede (n=80)	31 (43,1)	29 (22,0)	20 (13,6)	
Yardımla (n =203)	31 (43,1)	84 (63,6)	88 (59,9)	
Toplam (n=351)	72	132	147	

^{*} *Pearson Ki kare test*

****** *p<0,01*

Çalışmamızda yatak paylaşma %22,8 oranında belirlenmiştir (Tablo 4.1). Yatak paylaşan ebeveynlerin, yatak dışında başka bir düzlemi uyku için kullanmadıkları (çekyat vs.) saptanmıştır.

Araştırmamızda 26 (%7,4) ailede, 32 ebeveynde sigara kullanımı saptanmıştır. Toplam 11 anne sigara kullanmaktadır; bunların 4'ü yatak paylaşırken, 4'ü oda paylaşmakta, 3'ü ise çocuğunu ayrı odada yatırmaktadır. Sigara içen annelerden 6 tanesinin halen emzirmeye devam ettiği, diğer 5 annenin ise çocuklarını bir dönem emzirdikleri, sonra emzirmeyi bıraktıkları saptanmıştır. Baba sigara kullanıcısı ise; 10'u yatak paylaşırken, 8'i oda paylaşmakta, 3'i ise çocuğunu ayrı odada yatırmaktadır (Tablo 4.4).

Ebeveynlerin sigara kullanma durumlarına göre çocukları ile yatak paylaşma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.003$; $p<0.01$). Sigara kullanan ebeveynlerin, yatak paylaşma oranları daha yüksektir. Yatak paylaşan ebeveynlerin %15'i sigara kullanmaktadır (Tablo 4.5.)

Tablo 4.4 : Sigara kullanan ebeveynlere göre birlikte uyuma durumu

Sigara kullanımı	Yatak Paylaşma (n)	Oda paylaşma (n)	Ayrı Oda (n)	Toplam Aile (n)
Sadece Anne	2	2	1	5
Anne ve Baba	2	2	2	6
Sadece Baba	8	6	1	15
Toplam	12	10	4	26

Anne ve babaların VKİ düzeylerine göre çocukları ile yatak paylaşma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak yatak paylaşan annelerin %33,8'i fazla kilolu, %17,5'i obezken; yatak paylaşmayanlarda bu oranlar sırasıyla %32,5 ve %11,4'tür. Benzer durum babalar arasında da gözlenmektedir: yatak paylaşan babaların %46,3'ü fazla kilolu, %13,7'si obezdir; yatak paylaşmayanlarda bu oranlar %48,3 ve %10'dur (Tablo 4.5).

Annelerin çalışma durumlarına göre çocukları ile yatak paylaşma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.5). Çalışan annelerin bebekleri ile birlikte uyuma oranları, çalışmayan annelerden daha yüksektir.

Annelerin yaşlarına göre çocukları ile birlikte uyuma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.5). Yatak paylaşan anneler arasında ileri yaşta olanlar fazladır.

Isınma ve aile tipi, SES düzeyleri ve çocuk sayısına göre ebeveynlerin çocukları ile birlikte uyuma oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Ailelerin bazı özelliklerinin yatak paylaşma durumuna göre değerlendirilmesi

		Yatak paylaşma(-) (n=271) n (%)	Yatak paylaşma(+) (n=80) n (%)	p
Ebeveynlerin sigara kullanma durumu	Sigara kullanımı yok	257 (94.8)	68 (85.0)	0,003**
	Sigara kullanımı var	14 (5.2)	12 (15.0)	
Anne VKİ	Zayıf	8 (3.0)	0 (0)	0,222
	Normal	144 (53.1)	39 (48.7)	
	Fazla kilolu	88 (32.5)	27 (33.8)	
	Obez	31 (11.4)	14 (17.5)	
Baba VKİ	Normal	113 (41.7)	32 (40.0)	0,632
	Fazla kilolu	131 (48.3)	37 (46.3)	
	Obez	27 (10.0)	11 (13.7)	
Annenin Çalışma durumu	Çalışmıyor	186 (68.6)	45 (56.3)	0,040*
	Çalışıyor	85 (31.4)	35 (43.7)	
Isınma	Doğalgaz	244 (90.0)	75 (93.8)	0,311
	Doğalgaz dışı	27 (10.0)	5 (6.2)	
Aile tipi	Çekirdek	243 (89.7)	68 (85.0)	0,248
	Geniş	28 (10.3)	12 (15.0)	
SES	Alt	5 (1.8)	3 (3.7)	0,240
	Orta	98 (36.2)	35 (43.8)	
	Yüksek	168 (62.0)	42 (52.5)	
Anne Yaşı	≤25	41 (15.1)	6 (7.5)	0,025*
	26-30	123 (45.4)	28 (35.0)	
	31-35	69 (25.5)	27 (33.8)	
	≥35	38 (14.0)	19 (23.7)	
Çocuk sayısı	1.çocuk	157 (57.9)	40 (50.0)	0,451
	2.çocuk	78 (28.8)	27 (33.8)	
	≥ 3.çocuk	36 (13.3)	13 (16.2)	

Pearson Ki-kare Test

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Araştırmada, çocukların çalışma yapıldığındaki yaşlarına (güncel yaş) göre beslenme ve uyku durumları sorgulanırken, ayrıca geriye yönelik beslenme, uyku durumu değişikliklerine ilişkin veri toplanmıştır. Tüm çocukların 1. aydan itibaren beslenme ve uyku durumları değerlendirilmiştir (Tablo 4.6 ve Tablo 4.8).

Çalışmamıza katılan çocukların beslenme öykülerine göre retrospektif kohort çalışması uygulandığından, çocuk sayıları 1. ayda 351 iken, 19-24 ay arasında 57'ye düşmektedir.

Çalışma evreninde anne sütü almakta olan çocukların oranı %74,3 olarak saptanmıştır (Tablo 4.1.). Çocukların güncel ve retrospektif olarak yaş dilimlerine göre beslenme şekillerinin dağılımı Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Çalışmamızda 1. ayda SAS ile beslenme %92,6 iken, aylar içinde tedrici olarak azalıp, 6. ayda % 50,2 oranına gerilemektedir.

Tablo 4.6: Güncel ve retrospektif yaş dilimlerine göre çocukların beslenme şekillerinin dağılımı

Yaş diliminde bulunmuş ya da bulunan çocuk sayısı	Güncel olarak dilimdeki yaşta bulunan çocuk sayısı	BESLENME					
		Sadece anne sütü		Anne sütü+ Karma Beslenme		Karma beslenme	
		n	%	n	%	n	%
1.ay (n=351)	9	325	92,6	22	6,3	4	1,1
2.ay (n=342)	13	297	86,8	37	10,8	8	2,4
3.ay (n=329)	12	273	82,9	44	13,4	12	3,7
4.ay(n=317)	7	251	79,2	55	17,3	11	3,5
5.ay (n=310)	15	202	65,2	88	28,4	20	6,4
6.ay (n=295)	16	148	50,2	121	41,0	26	8,8
7-9.ay (n=279)	51	0	--	241	86,4	38	13,6
10-12.ay (n=228)	81	0	--	179	78,5	49	21,5
13-15.ay (n=147)	49	0	--	100	68,0	47	32,0
16-18.ay (n=98)	41	0	--	60	61,2	38	38,8
19-24.ay (n=57)	57	0	--	32	56,1	25	43,9

Tüm çocuklarda 6. aydan itibaren karma beslenmenin başladığı saptanmıştır. Çocukların %78,5'i 10-12 aylarda halen anne sütü alırken, 19-24 ay arasında bu oran %56,1'e düşmektedir. İlk 6 ay SAS ile beslenen bebekler, 7-9. ayda anne sütüne devam edebildiklerinden; Tablo 4.6'da 6.ayda çocukların % 41,0 AS+Karma beslenme ile beslenirken, 7-9 ayda bu oran %86,4'e yükselmiştir. Karma beslenen bebek oranı 1. ayda %1.1 oranında iken, aylar içinde artarak 6. ayda %8,8'e ulaşmıştır. 19-24 ayda, toplam 57 çocuktan %43,9'u karma beslenmektedir (Tablo 4.6).

Anne yaşına göre anne sütü alma süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.7). İlk altı ayda sadece anne sütü alımları ile anne yaşları arasında da yine istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Anne yaşına göre anne sütü alma sürelerinin değerlendirilmesi

Anne yaşı	Anne sütü alma süresi		p	İlk 6 ay sadece anne sütü (n=295)		p
	Min-Mak (medyan)	Ort+SD		Var	Yok	
<=25	1-22 (9)	8,53±5,22	0,123^a	15 (41,7)	21 (58,3)	0,232^b
26-30	1-24 (10)	10,58±6,13		66 (53,7)	57 (46,3)	
31-35	1-24 (9)	10,44±6,19		45 (54,9)	37 (45,1)	
>=35	0,33-24 (12)	11,54±6,69		22 (40,7)	21 (59,3)	

^a Kruskal Wallis test

^b Pearson Ki-kare Test

Uyku yeri değerlendirilirken; çocukların ebeveynleri ile yatak paylaşması, oda paylaşması ya da ayrı odada uyuma şeklinde 3 farklı durum araştırılmıştır. Oda paylaşma, ebeveynle çocuğun aynı odada ayrı yataklarda yatmasını ifade etmektedir. Çalışmaya katılan çocukların hepsinin (%100) ayrı yatakları olmasına rağmen, %22,8'i ebeveynleri ile yatak paylaşmaktadır. Çocukların %77,2'sinin ayrı odası bulunmamakta, %80,6'sının yatağı ebeveyn odasında (oda paylaşma) bulunmaktadır. Yatak paylaşmaya başlanılan yaş ortalama $5,4 \pm 4,1$ ay olarak saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan çocukların yaşlarına göre uyku yeri değişimi retrospektif kohort olarak araştırıldığından, çocuk sayıları 1. ayda 351 iken, 19-24 ay arasında 57'ye düşmektedir. Tüm çocukların çeşitli yaşlardaki uyku yeri dağılımı Tablo 4.8'de gösterilmiştir. Yatak paylaşma 1. ayda % 4,2 iken, aylar içinde tedricen artarak, 16-18. aylarda tepe yapıp %31,6 oranına ulaştığı gözlenmiştir. Oda paylaşımı 1. ayda %77,8 iken, aylar içinde azalarak, 19-24. aylarda %52,6'ya gerilemiştir. Ayrı odada uyuma ise, aylar içinde belirgin değişime uğramasa da; en düşük 10-12. ayda iken, 19-24. aylarda en yüksek orana ulaştığı belirlenmiştir.

Tablo 4.8: Güncel ve retrospektif yaş dilimlerine göre çocukların uyku yerinin dağılımı

Yaş diliminde bulunmuş ya da bulunan çocuk sayısı	Güncel olarak dilimdeki yaşta bulunan çocuk sayısı	Uyku Yeri					
		Yatak paylaşma		Oda paylaşma		Ayrı oda	
		n	%	n	%	n	%
1.ay (n=351)	9	15	4,2	273	77,8	63	18,0
2.ay (n=342)	13	21	6,2	260	76,0	61	17,8
3.ay (n=329)	12	29	8,8	240	73,0	60	18,2
4.ay(n=317)	7	35	11,0	225	71,0	57	18,0
5.ay (n=310)	15	42	13,5	216	69,7	52	16,8
6.ay (n=295)	16	42	14,2	202	68,5	51	17,3
7-9.ay (n=279)	51	41	14,7	191	68,4	47	16,9
10-12.ay (n=228)	81	54	23,7	136	59,6	38	16,7
13-15.ay (n=147)	49	41	27,9	80	54,4	26	17,7
16-18.ay (n=98)	41	31	31,6	49	50,0	18	18,4
19-24.ay (n=57)	57	16	28,1	30	52,6	11	19,3

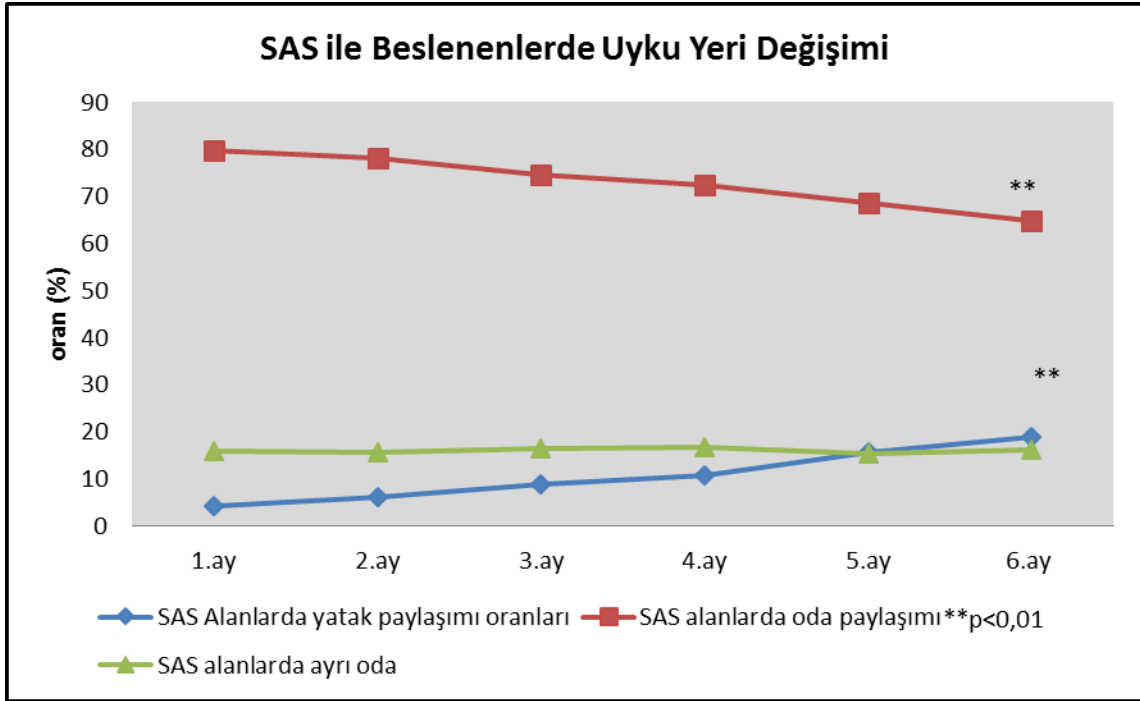
Çalışmaya katılan tüm çocukların beslenme ve uyku yeri değişimi verileri, ilk 6 ayda sadece anne sütü ile beslenmenin varlığından dolayı, 0-6 ay ve 7-24 ay şeklinde iki farklı tabloda değerlendirilmiştir (Tablo 4.9 ve 4.10). İlk 6 ayda üç farklı beslenme çeşidine göre, üç farklı uyku yeri dağılımı incelenmiştir. Her ay için 9 ayrı grup oluşturulmuştur (Tablo 4.9). Bu grupların aylar içindeki değişimleri beslenme çeşidine göre, 3 ayrı durum için değerlendirilmiştir.

Tablo 4.9: İlk 6 ayda beslenme ve uyku yeri değişimi

Yaş dilimi	Uyku Yeri	BESLENME		
		Sadece anne sütü	Anne sütü + Karma Beslenme	Karma beslenme
		n (%)	n (%)	n (%)
1.ay (n=351)	Yatak paylaşma	14 (4,3)	0 (0)	1 (25,0)
	Oda paylaşma	259 (79,7)	13 (59,1)	1 (25,0)
	Ayrı oda	52 (16,0)	9 (40,9)	2 (50,0)
	Toplam	325	22	4
2.ay (n=342)	Yatak paylaşma	18 (6,1)	1 (2,7)	2 (25,0)
	Oda paylaşma	232 (78,1)	23 (62,2)	5 (62,5)
	Ayrı oda	47 (15,8)	13 (35,1)	1 (12,5)
	Toplam	297	37	8
3.ay (n=329)	Yatak paylaşma	24 (8,8)	2 (4,5)	3 (25,0)
	Oda paylaşma	204 (74,7)	31 (70,5)	5 (41,7)
	Ayrı oda	45 (16,5)	11 (25,0)	4 (33,3)
	Toplam	273	44	12
4.ay (n=317)	Yatak paylaşma	27 (10,8)	4 (7,3)	4 (36,4)
	Oda paylaşma	182 (72,5)	39 (70,9)	4 (36,4)
	Ayrı oda	42 (16,7)	12 (21,8)	3 (27,2)
	Toplam	251	55	11
5.ay (n=310)	Yatak paylaşma	32 (15,8)	6 (6,8)	4 (20,0)
	Oda paylaşma	139 (68,8)	65 (73,9)	12 (60,0)
	Ayrı oda	31 (15,3)	17 (19,3)	4 (20,0)
	Toplam	202	88	20
6.ay (n=295)	Yatak paylaşma	28 (18,9)	9(7,4)	5 (19,2)
	Oda paylaşma	96 (64,9)	89 (73,6)	17 (65,4)
	Ayrı oda	24 (16,2)	23 (19,08)	4 (15,4)
	Toplam	148	121	26

İlk 6 ayda sadece anne sütü ile beslenen çocuklarda yatak paylaşma sıklığında aylar içinde artış görülmektedir. Anne sütü + karma beslenenlerin sıklıkla ebeveynleri ile oda paylaştığı belirlenmiştir. İlk 6 ayda anne sütü almayıp, karma beslenen çocukların 1. ay dışında çoğunlukla oda paylaştığı gözlenirse de, bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

İlk 6 ayda SAS ile beslenenlerde, aylara göre yatak paylaşma oranında görülen artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yatak paylaşanlar oda paylaşan grupta değerlendirilmediği için oda paylaşma SAS ile beslenen grupta doğal olarak azalmaktadır. Bu azalış da istatistiksel olarak anlamlıdır. Çocuklar aynı odada ayrı yataktan, aynı oda aynı yatak düzenine geçmektedirler ve bu durum SAS ile beslenen grupta gözlenmektedir ve istatistiksel açıdan anlamlıdır (Şekil 4.2). SAS ile beslenip, ayrı odada uyuyan grupta aylar içinde artış görülse de, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.



Şekil 4.2: SAS ile beslenenlerde uyku yeri değişimi grafiği

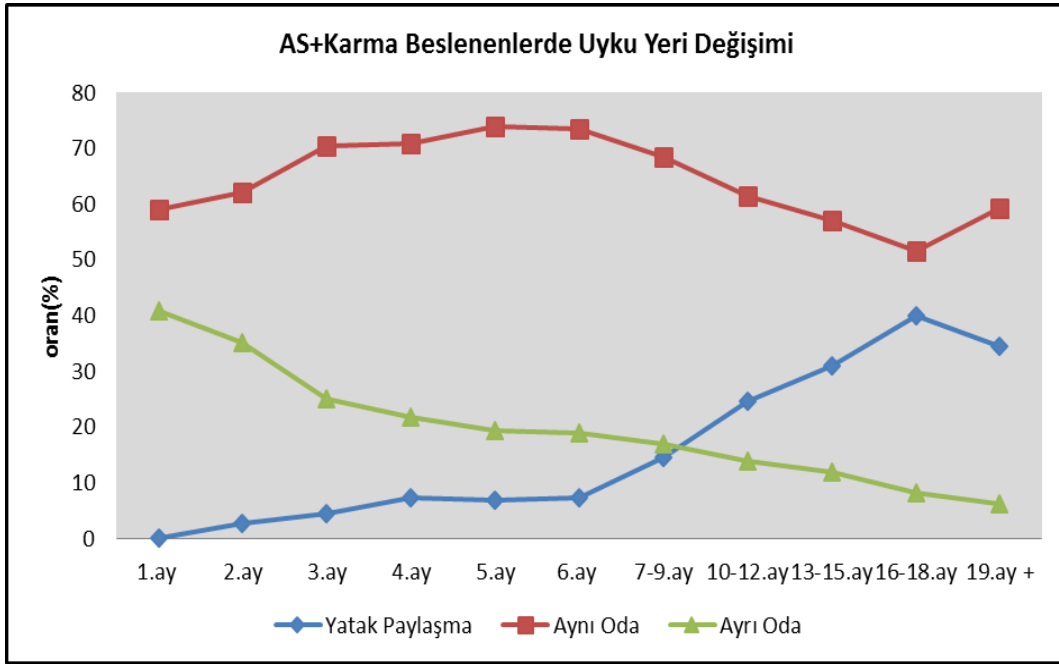
Altıncı aydan sonra AS + Karma Beslenme ve Karma Beslenme ile uyku yeri değişimi Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Altıncı aydan sonra SAS ile beslenen ya da beslenmiş çocuk bulunmamaktadır. Yedi-24 ayda iki farklı beslenme çeşidine göre, üç farklı uyku yeri dağılımı incelenmiştir. Her yaş dilimi için 6 ayrı grup oluşturulmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Altıncı ay sonrasında beslenme ve uyku yeri değişimi

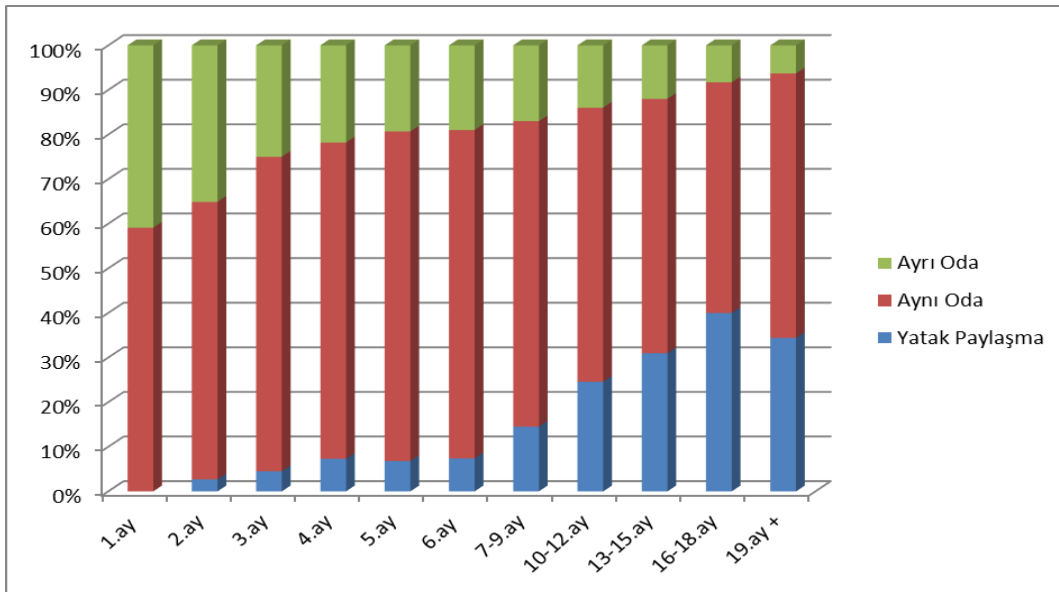
Yaş dilimi	Uyku Yeri	BESLENME	
		Anne sütü+ Karma Beslenme n (%)	Karma beslenme n (%)
7-9.ay (n=279)	Yatak paylaşma	35 (14,5)	6 (15,8)
	Oda paylaşma	165 (68,5)	26 (68,4)
	Ayrı oda	41 (17,0)	6 (15,8)
	Toplam	241	38
10-12.ay (n=228)	Yatak paylaşma	44 (24,6)	10 (20,4)
	Oda paylaşma	110 (61,5)	26 (53,1)
	Ayrı oda	25 (14,0)	13 (26,5)
	Toplam	179	49
13-15.ay (n=147)	Yatak paylaşma	31 (31,0)	10 (21,3)
	Oda paylaşma	57 (57,0)	23 (48,9)
	Ayrı oda	12 (12,0)	14 (29,8)
	Toplam	100	47
16-18.ay (n=98)	Yatak paylaşma	24 (40,0)	7 (18,4)
	Oda paylaşma	31 (51,7)	18 (47,4)
	Ayrı oda	5 (8,3)	13 (34,2)
	Toplam	60	38
19-24 ay (n=57)	Yatak paylaşma	11 (34,4)	5 (20,0)
	Oda paylaşma	19 (59,3)	11 (44,0)
	Ayrı oda	2 (6,3)	9 (36,0)
	Toplam	32	25

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi anne sütü alan grupta 9. aydan sonra yatak paylaşma oranı belirgin olarak artmaktadır ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Anne sütü almayan karma beslenme grubunda da benzer bir artış vardır ancak istatistiksel anlamlı değildir.

AS+Karma beslenenlerde; aylara göre yatak paylaşma oranlarında görülen artış yönündeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Bu grupta; ilk 6 ayda aynı odayı paylaşma oranları artmaktadır. Bu artış istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=0,05$). AS+karma beslenenlerde; ilk aydan itibaren ayrı odada uyuma oranı azalmaktadır. Bu azalma istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$). Çocuklar anne sütü ile beslenmeye devam ettikçe, ayrı odadan, yatak paylaşma düzenine geçmektedirler. Bu değişim Şekil 4.3 ve 4.4’de gösterilmiştir.

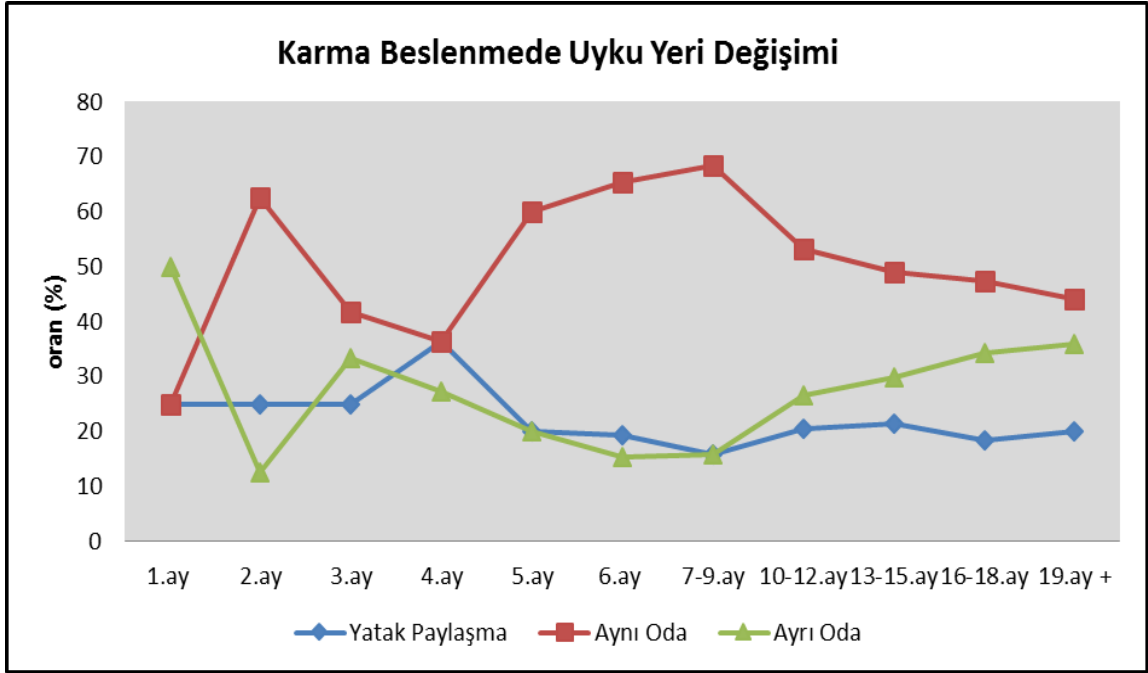


Şekil 4.3: AS+Karma beslenenlerde uyku yeri değişimi grafiği

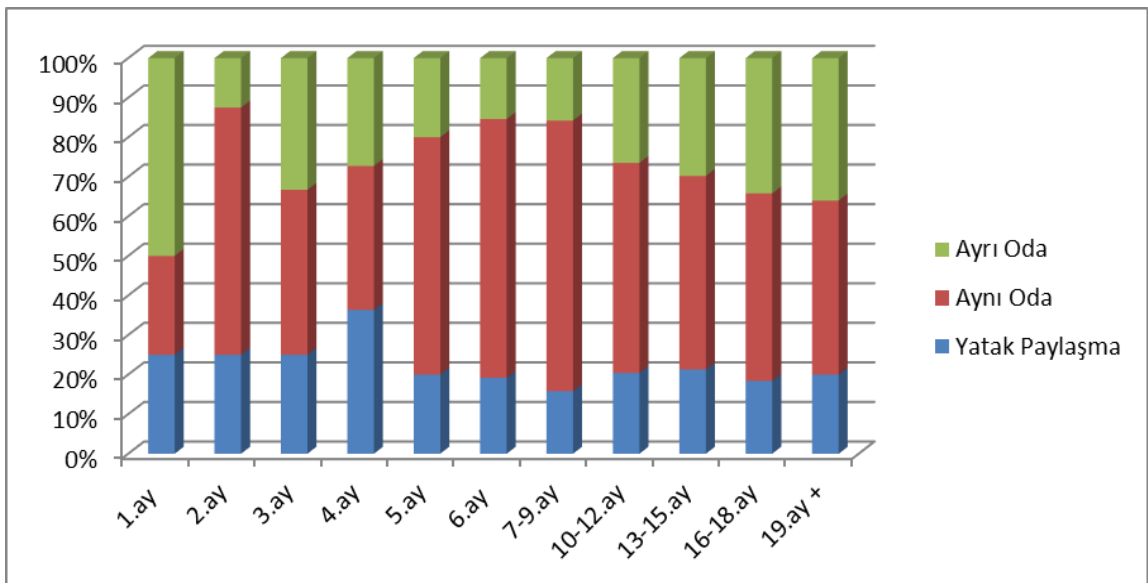


Şekil 4.4: AS+Karma beslenenlerde uyku yeri değişimi sütun grafiği

Bir-24 ay arasında anne sütü almadan karma beslenenlerde; aylara göre yatak paylaşma, oda paylaşma ve ayrı odada uyuma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu grupta ilk 6 ayda ayrı odada uyuma oranı giderek azalmaktadır, 6. aydan sonra ise giderek artmaktadır. Yatak paylaşma ise 24. aya doğru belirgin azalmaktadır. Karma beslenen çocuk sayısı, anne sütü ile beslenmeye göre çok daha düşük oranda olduğundan; aynı odada uyuma 5-9 ay arasında artış gösterse de, bu oran kişi sayısı sebebiyle anlamlı değildir (Şekil 4.5 ve 4.6).



Şekil 4.5: Karma beslenmede uyku yeri değişimi grafiği



Şekil 4.6: Karma beslenmede uyku yeri değişimi sütun grafiği

İlk 6 ayda, yatak paylaşmayan çocukların %44'ü sadece anne sütü almaktadır. Yatak paylaşanlarda ise bu oran %68'e ulaşmaktadır. İlk 6 ay boyunca SAS ile beslenme ve yatak paylaşımı (Tablo 4.11) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,01$). Yatak paylaşımının ilk altı ay boyunca sadece anne sütü alma üzerine etkisinin göreceli olasılıklar oranı (OR) değeri 2,751 (%95 CI: 1,57-4,82) olarak saptanmıştır. Bulgularımıza göre, yatak paylaşanlar arasında ilk 6 ay SAS ile beslenme 2,75 kat fazladır (Tablo 4.12).

Tablo 4.11: İlk 6 ay boyunca SAS ile beslenme ve yatak paylaşımı

İlk 6 ay yatak paylaşma	İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme		*p
	Evet	Hayır	
	n (%)	n (%)	
Evet (n=73)	50 (33,8)	23 (15,6)	0,001**
Hayır (n=222)	98 (66,2)	124 (84,4)	
Toplam	148	147	

* Pearson Ki kare test

** $p<0,01$

Tablo 4.12: : İlk 6 ay boyunca SAS ile beslenme ve yatak paylaşımı ilişkisi

	Risk Tahmini		
	Değer	% 95 Güven Aralığı	
		Alt	Üst
Göreceli Olasılıklar Oranı (<i>Odds Ratio-OR</i>)	2,751	1,571	4,817
Yatak paylaşma (<i>hayır/evet</i>)			

İlk 6 ay boyunca SAS ile besleme ile oda paylaşımı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.13). Oda paylaşımının ilk altı ay boyunca sadece anne sütü alma üzerine göreceli olasılıklar oranı (OR) değerinin 1,163 (%95 CI: 0,63-2,13) olarak saptandığı görülmektedir. Araştırmamızda yatak paylaşan çocuklar, oda paylaşanlar arasında ele alınmamıştır.

Tablo 4.13: Altıncı ayda oda paylaşma ve SAS alma arasındaki ilişki
İlk 6 ay Sadece anne sütü

6.ayda oda paylaşma	Evet	Hayır	*p
	n (%)	n (%)	
Evet (n=244)	124 (83,8)	120 (81,6)	0,625
Hayır (n=51)	24 (16,2)	27 (18,4)	
Toplam	148	147	

*Pearson Ki kare test

Onikinci ayda ayrı yatakta oda paylaşımı ve 12.ayda AS+karma beslenme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.14). Oda paylaşımının 12.ayda AS+karma beslenme üzerine etkisinin göreceli olasılıklar oranı (OR) değeri 1,432 (%95 CI: 0,54-3,81) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.14: Onikinci ayda oda paylaşma ve AS+karma beslenme arasındaki ilişki
12.ayda anne sütü

12.ayda oda paylaşma	Anne sütü+ Karma	Anne sütü olmadan karma	*p
	n (%)	n (%)	
Evet (n=190)	168 (84,0)	22 (78,6)	0,429
Hayır (n=38)	32 (16,0)	26 (21,4)	
Toplam	200	28	

*Fisher Exact Ki kare test

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, ilk 2 yaşta anne sütü alımı; uyku çevresi bağlamında değerlendirilerek, ebeveyn ve çocuk uyku yerinin anne sütü alımına etkisinin ortaya konması amaçlanmıştır. Ayrıca uyku alışkanlıkları araştırılarak, güvenli uyku ortamı için riskli durum ve davranışlar sorgulanmıştır. Çalışmaya 0-24 aylık 351 çocuk ve ebeveyn katılmıştır. Kesitsel olan çalışmada, çocukların yaşlara göre beslenme çeşitleri ve uyku yeri değişimleri, retrospektif kohort yöntemi ile incelenmiştir. Ülkemizde uyku yerinin anne sütü alımına etkisi konusunda yürütülmüş ilk çalışmadır.

Araştırmadaki tüm çocukların %74,3'ünün anne sütü ile beslendikleri belirlenmiştir. Bulgularımıza göre, oda paylaşma %80,6, yatak paylaşma %22,8 oranında saptanmıştır. Yatak paylaşan ebeveynler arasında çalışan anne ve 35 yaş üstü anne istatistiksel açıdan anlamlı yüksek düzeyde bulunmuştur. Güvenli uyku prensiplerinin çocukların %29,9'unda sağlandığı görülmüştür. Yatak paylaşmanın ilk 6 ay sadece anne sütü (SAS) ile beslenmeyi 2,75 kat arttırdığı saptanmıştır. İlk 2 yaşta anne sütü + karma beslenen çocuklarda yatak paylaşımının artışı da anlamlı bulunmuştur.

Araştırmamızda, Türkiye Aile Yapısı Araştırması (TAYA 2011) sosyoekonomik seviye sınıflaması kullanılmıştır. Çalışmamıza katılan ailelerin %2,3 'ü alt, %37,9'u orta, %59,8'i yüksek SES'e sahip olduğu belirlenmiştir. Türkiye ve İstanbul geneline göre, araştırma evreninin orta-yüksek SES'e sahip aileler oluşturmuştur (TNSA 2013 p.40, TÜİK 2016).

Çalışmamıza uygun 525 çocuk ve ebeveyn, 370 tanesi çalışmaya gönüllü olmuştur. İlk iki yaşta beslenme ve uyku konularındaki bir çalışmaya, ebeveynlerin %29,5'inin katılmak istememesi dikkat çekicidir. Beslenme, uyku, uyku güvenliği gibi, çocuk sağlığı ve güvenliği ile ilgili konularda ebeveynlerin davranışlarının eleştirileceği düşüncesinin, bu çekinceye etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Yatak ve Oda Paylaşma

En az 6 ay ve ideali 1 yıl çocukların ebeveynleri ile oda paylaşması ABÖS riskini azaltmak için önerilmektedir (AAP 2016). Çalışmamızda 0-24 aylık 351 çocukta oda paylaşma %80,6, yatak paylaşma %22,8 olarak bulunmuştur. Ülkemiz verilerinin paylaşıldığı Uluslararası Çocuk Bakım Pratiği Çalışma Grubu (ICCPS) yayınında; 3 aylık 94 bebeğin %77'sinin ebeveynleri ile birlikte aynı odada, %2'sinin ise aynı yatakta uyudukları bildirilmiştir (Nelson ve ark.2001a). Yıkılkan ve ark. tarafından yapılan sağlık çalışanları ve ebeveynlerin ABÖS hakkında bilgi ve tutumlarının araştırıldığı çalışmada, 2-6 aylık bebeği olan toplam 324 ebeveyn arasında yatak paylaşma %16 oranında saptanmıştır (Yıkılkan ve ark. 2011). Boran ve ark.'nın, "Bebek Kısa Uyku Anketi" çalışmasında, 9 aylık 121 çocukta, ebeveyn ile oda paylaşma %66.1, yatak paylaşma %15,7 bulunmuştur (Boran ve ark. 2014). Bulgularımız en güncel çalışma olan Boran ve ark. çalışması ile benzer niteliktedir.

Çalışmamızda yatak paylaşma sıklığının yaşla arttığı; 1. ayda % 4,2 iken, aylar içinde tedricen artarak, 16-18. aylarda tepe yapıp %31,6 oranına ulaştığı gözlenmiştir. Boran ve ark. 9. ayda yatak paylaşma sıklığının %15,7 olarak bildirdikleri çalışma, 7-9 aylık bebeklerde yatak paylaşmanın %14,7 olarak belirlendiği çalışmamız ile benzer sonuçlara sahiptir. Sonuç olarak, ilk iki yaşta;çocuk yaşı arttıkça, yatak paylaşma sıklığı da artmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1993-2010 yılları arasında birlikte uyuma ile ilgili değişimleri araştıran çalışmada, 1993 yılında %6,5 olan yatak paylaşma oranının, 2010 yılında %13,5' e yükseldiği saptanmıştır (Colson ve ark. 2013). Yıllar içinde ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutum ve davranışları öneriler doğrultusunda değişebildiğinden, ülkemizde de oda ve yatak paylaşma konusunda yıllar içinde benzer değişimlerin yaşanmakta olduğu öngörülebilir.

Araştırmamızda, çocukların %77,2'sinin ayrı odası bulunmamaktaydı. TAYA üst SES'te hanelerin yüzde 85,2'sinde, alt SES'te ise hanelerin yüzde 36,4'ünde, hanedeki çocukların ayrı bir odaya sahip olduğu saptanmıştır (TAYA 2011 p.162). Çalışmamız, orta-üst SES aileler arasında yapılmıştır,bulgularımız ilk 2 yaşta ailelerin çocukları ile fiziki olarak oda olmamasından değil, kendi istekleri doğrultusunda aynı odada uyuduklarını göstermektedir.

Yatak Paylaşan Ebeveynlerin Özellikleri

Yatak paylaşanlar arasında; çalışan annelerin, 35 yaş üzerindeki annelerin istatistiksel anlamlı yüksek oranda oldukları tespit edilmiştir. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Literatürde bu konuda farklı sonuçlar sunan araştırmalara rastlanmıştır. Yedi aydan küçük bebeği olan 18986 anneden yatak paylaşanların 20 yaşından genç, düşük gelir grubunda ve az eğitilmiş oldukları saptanmıştır (Colson ve ark. 2013). Bir retrospektif kohort çalışmada, 10355 anneden yatak paylaşanların; evli, 25-34 yaş aralığında, üniversite mezunu ve orta-yüksek gelir grubuna dahil oldukları görülmüştür (McCoy ve ark. 2004). Güncel bir çalışmada, sıklıkla yatak paylaşan annelerin ortalama 31,5 yaşında, yüksek eğitimi, yüksek geliri ve daha önce emzirme deneyimi olan gruptan oldukları bildirilmiştir (Ball ve ark. 2016). Bu çalışmanın da, orta-yüksek gelir seviyesinde yapılmış olduğu gözönüne alındığında, dünyada orta-yüksek gelir seviyesinde, yatak paylaşan annelerin benzer yaşlarda oldukları söylenebilir.

Yatak paylaşan ebeveynlerin, yatak paylaşma açısından riskli olabilecek durum ve davranışları çalışmamızda araştırılmıştır. Sigara kullanan ebeveynlerin yatak paylaşma oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sigara kullanan 26 ebeveyn den %46'sının yatak paylaştıkları saptanmıştır. Uluslararası Çocuk Bakım Pratiği Çalışma Grubunun (ICCPs) yaptığı çalışmada, 17 ülkede annelerin doğumda %22,3'ünün, üçüncü ayda ise %21,4'ünün sigara içtiği bildirilmiştir. Bu çalışmada Türkiye verileri sırasıyla; annelerde %18 ve %24, babalarda %61 ve %57'dir (Nelson ve ark 2001b). Ekonomik Kalkınma İşbirliği Örgütü (OECD)'nin 2017 verilerine göre dünyada erişkinler arasında sigara içme oranı en yüksek ülke olan Endonezya'yı, Türkiye ve Yunanistan takip etmektedir (OECD 2017). Araştırmamızda sigara içen ebeveyn olan aile oranı %7,4 gibi düşük bir orandadır ancak sigara içenler bebekleri ile oda paylaşmaktadırlar. Bulgularımız, bu konuda ailelerin rehberliğe gereksinimleri olduklarını göstermektedir.

Çalışmamızda ebeveynlere yöneltilen “sigara, alkol, uyku yapabilen ilaçlar kullanıyor musunuz?” sorusunda, ebeveynlerin sadece sigara kullanımları hakkında bilgi verdikleri gözlenmiştir. Alkol ve uyku yapabilen ilaç kullanımlarını ebeveynlerin açıklamak istemediklerini, çocuklarını takip eden sağlık birimi ile bu konuda konuşmayı reddettiklerini düşünmekteyiz.

Güvenli Uyku Çevresi

Güvenli uyku çevresi araştırıldığında 0-6 ay yaş grubunda riskli durumlardan yan ve yüzüstü uyumanın %40,3, yumuşak zeminde uyumanın %48,6 , uyurken yüzünü örtmenin %18,1 oranında olduğu gözlenmiştir. Güvenli uyku prensiplerinin çalışmada çocukların %29,9'unda sağlandığı görülmüştür. Diğer taraftan yatak paylaşmada varolan risklerden ebeveynlerin sigara içmesi, obez olması bu oranın içinde yeralmamaktadır. Bu riskler de dahil edildiğinde, güvenli uyku oranı daha da düşecektir. Ebeveynlerin çocukları ile birlikte yatabileceği düzlemler (çekyat gibi) hakkında bilgi vermedikleri belirlenmiştir. Oysa araştırmanın yürütüldüğü birimde izlemler sırasında güvenli uyku prensipleri konusunda bilgi verilmeye çalışılmaktadır.

1980'lerde yürütülen bir çalışmada bebeklerin uyku pozisyonu ile ABÖS arasında ilişki olduğu kanıtlanmıştır (Gilbert ve ark. 2005). Günümüzde, bebeklerin en az bir yaşına dek, her uykuda sırtüstü yatırılmaları önerilmektedir (AAP 2016, ABM 2008). Yan yatma da güvenli olmadığı için önerilmemektedir (AAP 2016). Çalışmamızda, 0-12 ayda sırtüstü pozisyonda uyuma çoğunlukla uygulanan pratik olarak görünse de, yan yatmanın 0-6 ayda %34,7; 6-12. ayda ise %27,3 oranında olduğu saptanmıştır.

Yumuşak zeminde uyumanın ABÖS açısından risk faktörü olduğu bildirilmektedir (AAP 2016). Hauck ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada bir bebeğin yumuşak yatakta yatması; güvenli bir şekilde sert yatakta yatan bebekten beş kat, yüzüstü yumuşak yatakta yatması ise; güvenli ortamda sırt üstü yatan bebeklere göre 21 kat ABÖS riskinde artışa neden olduğu saptanmıştır (Hauck ve ark. 2003). Ayrıca yumuşak yatak ve yatak kenarlarına sıkıştırılmamış gevşek örtüler de boğulma için potansiyel risk faktörlerindendir (Kemp ve ark. 2000). Çalışmamızda ilk 1 yaşta, çocukların yaklaşık %50'sinin yumuşak zeminde yattıkları saptanmıştır.

Ülkemizde çocukları uyuturken veya uyku esnasında yüzlerini örtme geleneği mevcuttur ve çalışmamızda bu durumun halen ilk 6 ayda %18,1 oranında devam ettiği belirlenmiştir. Sonbahar-kış aylarında yürütülen çalışmamızda, 0-12 ay arası çocukların %30'unun boyunlarına kadar örtüldükleri saptanmıştır. Bir çalışmada; laboratuvar ortamında, 33 çocuğun 2 ½ ve 5 aylıkken uyku pozisyonu ve başlarının örtü ile kapatılması durumu incelenmiştir. Yüzükoyun pozisyonda ve başları örtü altında

kaldığında; kandaki karbondioksit düzeyinin, kalp atım hızının ve vücut ısısının arttığı ispatlanmıştır (Skadberg ve Markestad 1997). Bu durum ABÖS açısından ciddi risk artışına neden olmaktadır.

Kundaklamanın ABÖS riskini azaltmada bir strateji olarak seçilmesinde yeterli kanıt bulunmamaktadır. Diğer yandan gelişimsel kalça displazisi gelişimi açısından kundaklama risk oluşturmaktadır. Çocuk kendi etrafında dönmeye başladığında, kundaklama ABÖS riskinde artışa neden olabilir (AAP 2016). Ülkemizde 2012 yılında 0-3 aylık 598 çocuk arasında yapılan bir araştırmada, kundaklama oranı %47,3 bulunmuş, araştırmacılar Türkiye'de, anne eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik durum arttıkça kundaklama sıklığının azalma eğilimi gösterdiğini vurgulamışlardır (Yılmaz ve ark. 2012). Çalışmamızda annelerin 0-6 aylık bebeklerini %4,2 tam, %15,2 yarı kundak yaptıklarının saptanması, toplumda azalsa da kundaklanma geleneğinin devam ettiğinin göstergesi olabilir.

Araştırmamızda yastık kullanma oranı 0-6 ay arası çocuklarda %62,5, tüm çocuklarda %72,6 olarak saptanmıştır. Ülkemizde bir çalışmada, katılımcıların %77'sinin yastık kullanımının ABÖS ile ilişkili bir risk olduğunu bildiklerini göstermektedir (Yıkılkan ve ark.2011). Yine ülkemizden, 0-3 ay arasında çocuklarda %52 oranında yastık kullanımını bildiren çalışma bulunmaktadır (Nelson ve ark. 2001a). Gaw ve ark. 2000-2012 arasında Amerika'da bir yaş altı yatakta boğulan veya nefessiz kalan 1736 çocuğun verilerini analiz etmişlerdir. Boğulma/nefesiz kalma ile ilgili cisimlerin %24,5'inin yastık, %13,1'inin battaniye olduğunu belirtmişlerdir. Boğulmaya neden olabilecek nesnelerin, bebeklerin uyku ortamlarından uzaklaştırılması için çabaların artırılması gerektiği vurgulanmıştır (Gaw ve ark. 2017). Araştırmanın yürütüldüğü Polikliniğimizde ailelere verdiğimiz güvenli uyku çevresi danışmanlığına rağmen görülen yüksek oranda yastık kullanımı, yanlış uyku pozisyonu ve çocukların örtünmesi bu konuda ek uyarılar geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anne Sütü ile Beslenme

Dünya genelinde sadece anne sütü alma ve anne sütüne devam oranları beklenilenden düşüktür. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2025 hedeflerinde, ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin %50'nin üzerinde olması bulunmaktadır (WHO 2014).

UNICEF 2016 verilerine göre, tüm dünyada 0-5 ay arası çocukların %44'ü SAS ile beslenmektedir (UNICEF 2016). Emzirme Türkiye'de yaygın olmasına rağmen, altı aydan küçük bebeklerde sadece anne sütü ile beslenme oranı TNSA 2008'de % 42 iken, TNSA 2013'te % 30'a düşmüştür. Bebeklerin %58'inin yaşamın ilk 2 ayında SAS ile beslendikleri belirtilmiştir (TNSA 2013 p.160). Çalışmamızdaki anne sütü ile beslenme oranları dünya ve TNSA verilerine göre yüksektir. İlk 2 ayda SAS ile beslenme oranı %86,8 iken, ilk 6 ay için bu oran %50,2'dir. Bunda BEAH'ın "Bebek Dostu" bir hastane olmasının, Sağlıklı Çocuk İzlem Polikliniği'nden takipli çocukların annelerine emzirme danışmanlığı verilmesinin etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Beslenme ve Uyku Yeri İlişkisi

Çalışmamızın önemli bulgularından biri, yatak paylaşımlar arasında ilk 6 ay boyunca SAS ile beslenmenin 2,75 kat fazla olmasıdır. Moon ve ark.'nın 1194 anne ile yaptıkları çalışmada; SAS alan bebeklerin, yatak paylaşmayanlara göre, genellikle yatak paylaşan ve önceki gece yatak paylaşanlar arasında sırasıyla, 1.04 kat (% 95 CI 1.02, 1.06) ve 1.05 kat (% 95.03, 1.07) fazla olduğu bulunmuş ve bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada anne sütü ile beslenme süresi de hesaplanmış, genellikle yatak paylaşan ya da önceki gece yatak paylaşan bebekler için herhangi bir şekilde anne sütü ile beslenme, yatak paylaşımı olmadan oda paylaşımı yapan bebeklerle karşılaştırıldığında yaklaşık 1 hafta daha uzun sürdüğü saptanmıştır (Moon ve ark. 2017). Yeni Zelanda'da Maorili 200 anne, randomize olarak bebeklerini yatırmak için iki gruba ayrılmışlardır. Bir grupta (wahakura) bebekler geleneksel olarak kullanılan bir sepet içinde anneleri ile aynı yatakta yatmışlardır. Diğer grupta ise ayrı yatakta anne ile aynı odada yatmışlardır. Sonuçta altıncı ayda wahakura grubundaki

bebeklerin %22,5'i SAS ile beslenirken, yatak grubunda bu oran %10,7 olarak saptanmıştır ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır (Baddock ve ark. 2017).

Ball ve ark.'nın 2016'da yaptıkları çalışmada, 870 bebek doğumdan sonra 26 hafta boyunca beslenme ve yatak paylaşma davranışı açısından takip edilmiştir. "Sıklıkla" yatak paylaşan annelerin 6 ayda bebeklerini anne sütü ile beslemeleri "aralıklı/nadiren/asla" yatak paylaşımı olanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (Ball ve ark. 2016). Ball'un 2003'teki çalışmasında, 1. ayda yatak paylaşma ve en az 16 hafta anne sütü ile beslenme arasında anlamlı ilişki bulunduğu belirtilmiştir (Ball 2003). Bu sonuçlar araştırmamızın bulguları ile benzerdir.

Araştırmamızda tamamlayıcı beslenmeye geçilse de, anne sütü almaya devam edildikçe yatak paylaşmanın arttığı belirlenmiştir. Bu durum emziren annelerin daha fazla yatak paylaşmayı tercih ettiklerini düşündürmektedir. Anne sütü alan 16-18 aylık bebeklerde yatak paylaşma %40'a ulaşmaktadır. Brezilya'daki bir çalışmada 3 aylık 2866 çocuğun %71,9'unun anne sütü aldığı, 1 yaşta bu sıklığın %37,7 olduğu saptanmıştır. Anne sütü almaya 1 yaşta devam edenlerin, 3 aylıkken % 59,2'sinin anneleri ile yatak paylaşan çocuklar olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu belirtilmiştir (Santos ve ark. 2009). Blair ve ark.'nın 7747 çocukta yürüttüklerin longitudinal çalışmada, yatak paylaşanlar 3 ayrı gruba ayrılmıştır. Erken yatak paylaşanlar (ilk 1 yılda yatak paylaşan), geç yatak paylaşanlar (1 yıldan sonra) ve sürekli yatak paylaşanlar (dört yaşa dek) ile yatak paylaşmayanlar karşılaştırılmıştır. Anne sütü ile beslenme prevalansı; sürekli yatak paylaşan ya da erken yatak paylaşanlar arasında, yatak paylaşmayanlara kıyasla belirgin şekilde daha yüksek bulunmuştur. Doğumdan sonraki ilk 15 ayda sürekli veya erken yatakları paylaşan gruplar arasında, anne sütü ile beslenmenin belirgin şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Blair ve ark. 2010). Başka araştırmalarda da, sıklıkla yatak paylaşan kadınların, 6. ayda emzirmeye devam etmesi, aralıklarla yatak paylaşan ya da paylaşmayanlardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Ball ve ark. 2016, Huang 2013).

Çalışmamız, dünyada yatak paylaşmanın anne sütü alımını arttırdığını belirten araştırma bulguları ile benzer sonuçlara sahiptir. Bunun yanı sıra, SAS ile beslenenlerin yatak paylaşanlar arasında daha fazla olduğunu ortaya koyan birkaç çalışmadan biridir. Bu durum emziren annelerin mi daha fazla yatak paylaşmaya eğilimli olduklarını yoksa

yatak paylaşmanın mı sadece anne sütü ile beslenmeyi arttırdığı tartışmasını gündeme getirmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamıza katılan ebeveynler sosyoekonomik olarak orta-üst SES'e mensupturlar, bu nedenle bulgularımız tüm topluma genellenemez. Ebeveynler alkol, uyku yapan ilaç kullanımı, yatak dışı başka bir düzlemde yatma konusunda sağlık çalışanlarına bilgi vermekten kaçınmışlardır. Bu nedenle birlikte uyuma ile ilgili olabilecek bu hususlar değerlendirilememiştir. Ailelerin neden yatak paylaştığı konusunda ayrıntılı bilgi toplanmamıştır. Araştırmanın evrenini bir çocuk sağlığı izlem polikliniğine gelen aileler oluşturmaktadır. Bu ailelerin bilgi ve tutumları genel toplumdan farklı olacaktır.

Sonuç

TNSA 2013 verilerine göre ülkemizde ilk 6 ayda SAS ile beslenmenin azaldığı gözlenmektedir. Yatak paylaşma, anne sütü ile beslenmeyi arttırması açısından etkili bir uygulamadır, ancak yatak paylaşmanın da önlemler alınmadığı takdirde ABÖS riski taşıdığı unutulmamalıdır. Yatak paylaşmaya karşı bir yaklaşımda tavsiye verilirken de, emzirme ile olan önemli ilişkisi gözönünde bulundurulmalıdır. Çalışmamızda, yatak paylaşan ebeveynler arasında sigara kullanımı anlamlı olarak yüksektir. ABÖS açısından yatak paylaşmayı riskli hale getiren, sigara kullanımı konusunda ülkemizde farkındalık oluşturulmalıdır. Ayrıca, çalışan annelerde yatak paylaşma anlamlı olarak yüksektir. Bu durumda annelere çok yorgun olduklarında, yatak paylaşmanın varolan riskleri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. İlk 2 yaşta ebeveynlerin çocukları ile oda paylaşması ülkemizde yaygındır ve bunun da ABÖS riskini azaltan bir uygulama olduğu bilinmektedir. Diğer yandan güvenli olmayan uyku ortamı riskleri ülkemizde halen görülmektedir. İzlemde verilen güvenli uyku önerilerine rağmen çocukların yaklaşık %70'inin güvenli olmayan uyku çevresinde uyuduğu saptanmıştır. Sigara içen ve obez olan ebeveynle yatak paylaşan çocukları da ekleyince, güvenli olmayan uyku çevresinde uyuma oranı daha da artacaktır. Bu konuda daha etkin eğitim yöntemi (kamu spotu vb.) ve bunun nedenlerinin irdelenmesi gerekliliği sonucuna varılmıştır.

Çocuk sağlığını korumak, çocukluk çağı ölümlerini azaltmak için anne sütü ile beslenme desteklenmelidir. Ailelerin her gece aynı uyku düzeninde uyumadıkları unutulmamalıdır. Ebeveynlere güvenli uyku prensipleri, önlenabilir riskler ve yatak paylaşmada güvenli olmayan durumlar hakkında bilgi verilmeli, bilinçli karar vermelerine rehberlik edilmelidir.

İlerideki Çalışmalar için Öneriler

Çocuklarda, yatak paylaşımı konusunda tüm toplumu temsil edebilecek, kentsel-kırsal veri katılımını sağlayacak, prospektif çok merkezli çalışmalar düzenlenmelidir. Dünyada olduğu gibi, ülkemizde sosyal pediatri ve antropoloji bilim dallarının bu konuda ortak çalışmalar yapmaları ve ailelerin uygulama nedenlerinin incelenmesi yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

AAP (2016). American Academy of Pediatrics (AAP) Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. (2016) SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*,138(5),1-12.

ABM (2008). Academy of Breastfeeding Medicine, Clinical Protocol #6: Guideline on Co-Sleeping and Breastfeeding. *Breastfeed Med.*,3(1),38-43.

Baddock, SA.,Galland, BC., Beckers, MGS., Taylor, BJ., Bolton, DPG.(2004). Bedsharing and infant's thermal environment in home setting. *Arch Dis Child*, 89,1111-6.

Baddock, SA., Galland, BC., Bolton, DP., Williams, SM., Taylor BJ.(2006). Differences in infant and parent behaviors during routine bed sharing compared with cot sleeping in the home setting. *Pediatrics*,17(5),1599-607.

Baddock, SA., Tipene-Leach, D., Williams, SM.,Tangiora, A.,Jones, R.,Iosua, E. et al.(2017). Wahakura Versus Bassinet for Safe Infant Sleep: A Randomized Trial. *Pediatrics*, 139(2):e20160162

Ball, H.(2002). Reasons to bedshare: why parents sleep with their infants? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4), 207-22.

Ball, H.(2003). Breastfeeding, Bed-sharing and Infant Sleep. *Birth*, 30,181–8.

Ball, H.(2009) Bed-sharing and co-sleeping:Research overwiev. *NCT New Digest*, 48,22-7.

Ball, HL.(2017) The Atlantic Divide: Contrasting U.K. and U.S. Recommendations on Cosleeping and Bed-Sharing. *J Hum Lact.*,33(4),765-9.

Ball, H., Howel, D., Bryant, A., Best, E., Russell, C., Ward-Platt M.(2016). Bed-sharing by breastfeeding mothers: who bed-shares and what is the relationship with breastfeeding duration? *Acta Paediatr.*,105(6), 628-34.

BEAH (2004). Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. *Bebek Dostu Hastane*. Erişim : 13/01/2018,
<http://www.beah.gov.tr/sayfa/Bebek-Dostu-Hastane.html>

Blair, PS., Fleming, PJ., Smith, IJ., Platt, MW., Young, J., Nadin, P. et.al. (1999). Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *BMJ.*, 319(7223),1457-61.

Blair, PS., Heron, J., Fleming, PJ. (2010). Relationship Between Bed Sharing and Breastfeeding: Longitudinal, Population-Based Analysis. *Pediatrics*,126,e111

Blair, PS., Sidebotham, P., Evason-Coombe, C., Edmonds, M., Heckstall-Smith, EMA., Fleming, P. (2009).Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ*, 339,b3666

Boran, P.,Ay, P., Akbarzade, A., Küçük, S., Ersu, R.(2014).Genişletilmiş “Bebek Kısa Uyku Anketi”nin Türkçe'ye çevirisi ve bebeklerde uygulanması.*Marmara Medical Journal*,27(3),178-183.

Canoruç, D., Özçelik, H.U. Uyku Fizyolojisi ve Normal Uyku.(2016) *Katkı Pediatri Dergisi*,38(1),605-14.

Colson, ER., Willinger, M., Rybin, D., Heeren, T., Smith, LA., Lister, G. et al. (2013).Trends and factors associated with infant bed sharing, 1993-2010: the National Infant Sleep Position Study.*JAMA Pediatr.*,167(11),1032-7.

Cortesi, F., Giannotti, F., Sebastiani, T., Vagnoni, C., Marioni, P. (2008). Cosleeping versus solitary sleeping in children with bedtime problems: child emotional problems and parental distress. *Behav Sleep Med.*,6(2),89-105.

Fleming, P., Blair, P. (2006). New knowledge, new insights, and new recommendations. *Archives of Disease in Childhood*, 91(10), 799–801.

Galland, BC.,Taylor, BJ.,Elder, DE.,Herbison, P. (2012).Normal sleep patterns in infants and children :A systematic review of observational studies.*Sleep Med Rev.*,16,213-22.

Gaw, CE., Chounthirath, T., Midgett, J., Quinlan, K., Smith, GA. (2017).Types of Objects in the Sleep Environment Associated With Infant Suffocation and Strangulation. *Acad Pediatr.*,17(8),893-901.

Gettler, LT., McKenna, JJ.(2011).Evolutionary perspectives on mother-infant sleep proximity and breastfeeding in a laboratory setting. *Am J Phys Anthropol.* , 144(3),454-62.

Gilbert, R., Salanti, G., Harden, M., See, S.(2005).Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940-2002. *International Journal of Epidemiology*,34(4),874-87.

Gökçay, G., Beyazova, U. (Eds).(2017). *İlk Beş yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul:Nobel.

Hauck, FR., Herman, S. M., Donovan, M., Iyasu, S., Merrick, Moore C., Donoghue E., et al.(2003). Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: The Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics*, 111(5), 1207-121.

Hauck, FR., Thompson, JM., Tanabe, KO., Moon, RY., Vennemann, MM. (2011). Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*, 128(1), 103-10.

Hayes, M. J., Roberts, S. M., Stowe, R. Early childhood co-sleeping: Parent-child and parent-infant nighttime interactions. (1996). *Infant Ment. Health J.*, 17, 348–357.

Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, SM., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos L.ve ark. (2015) National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health.*, 1(1), 40-43.

Huang, Y., Hauck. FR., Signore. C., Yu. A., Raju. TN., Huang. TT., Fein, SB. (2013) Influence of bedsharing activity on breastfeeding duration among US mothers. *JAMA Pediatr.*, 167(11):1038-44.

Iglowstein, I., Jenni, OG., Molinari, L., Largo, RH. (2003). Sleep Duration From Infancy to Adolescence: Reference Values and Generational Trends. *Pediatrics*, 111, 302-7.

İyigün, İ., Özçelik, HU. Çocuklarda uykunun özellikleri. (2017). *Katkı Pediatri Dergisi*, 38(1), 615-24.

Keller, MA., Goldberg, WA. (2004). Co-sleeping: Help or hindrance for young children's independence? *Infant and Child Development.*, 13(5), 369–88.

Kemp, JS., Unger, B., Wilkins, D., Psara, RM., Ledbetter, TL., Graham MA., et al. (2000). Unsafe sleep practices and an analysis of bed-sharing among infants dying suddenly and unexpectedly: result of a four-year, population-based, death-scene investigation study of sudden infant death syndrome and related deaths. *Pediatrics*, 106(3), 1-8.

Klaus, M.(1998).Mother and Infant: early emotional ties. *Pediatrics*,102,1244-46.

Kondratova, AA., Kondratov, RV.(2012). Circadian clock and pathology of the ageing brain. *Nature reviews Neuroscience*,3(5),325-35.

Kural, B., Gökçay, G.(2018).Anne Sütü ve Emzirme.İçinde F.Oğuz (Ed.), *Pedatrik Semiyoloji Kitabı*.İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri;63-71.

Lawrence, RA. ve Lawrence, RM.(2016).*Breastfeeding:A Guide for the Medical Profession*.PA: Elsevier,Inc.

Lewis, RJ., Janda, LH.(1988). The relationship between adult sexual adjustment and childhood experiences regarding exposure to nudity, sleeping in the parental bed, and parental attitudes toward sexuality.*Arch Sex Behav.*,17(4),349-62.

Macvarish, J.(2016). *Neuroparenting:The Expert Invasion of Family Life*. London:Springer Nature.

Madansky, D.,Edelbrock, C. (1990). Cosleeping in a Community Sample of 2 and 3-Year-Old Children. *Pediatrics*. 86(2),197-203

McCoy, RC., Hunt, CE., Lesko, SM., Vezina, R.,Corwin, MJ.,Willinger, M. et.al.(2004). Frequency of Bed Sharing and its Relationship to Breastfeeding. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*,25(3),141-9

McKenna, JJ.(2012).*Sleeping with Your Baby*.Washington:Platypus Media,LCC.

McKenna, JJ., Ball, HL., Gettler, LT. (2007). Mother-infant cosleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome: what biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *Am J Phys Anthropol.*,45,133-61.

McKenna, JJ., Gettler, LT. (2016). There is no such thing as infant sleep, there is no such thing as breastfeeding, there is only breastsleeping. *Acta Paediatr.*, 105(1),17-21.

McKenna, JJ, McDade, T. (2005). Why babies should never sleep alone: a review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Paediatr Respir Rev.*, 6(2),134-52.

McKenna, JJ., Mosko, SS., Richard, CA. (1997).Bedsharing Promotes Breastfeeding. *Pediatrics*,100(2),214-19.

Miano S.(2016).Normal Sleep from Infancy to Adolescence. *J Pediatr Biochem*, 6,160–71.

Mileva-Seitz, VR., Bakermans-Kranenburg, MJ., Battaini, C., Luijk, MPCM. (2017). Parent-child bed-sharing: The good, the bad, and the burden of evidence. *Sleep Medicine Reviews*. 32,4-27.

Moon, RY., Mathews, A., Joyner, BL., Oden RP, He J, McCarter. R Jr. (2017). Impact of a Randomized Controlled Trial to Reduce Bedsharing on Breastfeeding Rates and Duration for African-American Infants. *J Community Health*, 42(4),707-15.

Moore, ER., Bergman, N., Anderson, GC., Medley, N.(2016).Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. DOI: 10.1002/14651858.

Mosko, S., Richard, C., McKenna, J. (1997a). Infant arousals during mother-infant bed sharing: implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics*,100(5),841-9.

Mosko, S., Richard, C., McKenna, J.(1997b). Maternal sleep and arousals during bedsharing with infants. *Sleep*, 20(2),142-50.

Nelson, EAS., Taylor, BJ. and the International Child Care Practices Study Group Members. (2001b). International Child Care Practices Study: infant sleep position and parental smoking. *Early Human Development*,64,7-20.

Nelson, EA., Taylor, BJ., Jenik, A. and the International Child Care Practices Study Group Members. (2001a). International Child Care Practices Study: infant sleeping environment. *Early Human Development*,62(1),43-55.

Nelson, EAS., Yu, L., Williams, S. and the International Child Care Practices Study Group Members. (2005). International Child Care Practices Study: Breastfeeding and Pacifier Use. *Journal of Human Lactation*;21(3),289-95.

NHS (2015). National Health Service. Reduce the risk of sudden infant death syndrome (SIDS). Erişim 13.01.2018,
<https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/reducing-risk-cot-death/>

NICE (2104). National Institute for Health and Care Excellence. Clinical Guideline 37.1 Postnatal care.Erişim 03.01.2018,
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence/fullguideline-addendum-485782238>

OECD (2017). Ekonomik Kalkınma İşbirliği Örgütü. Risk Factors for Health. Smoking Among Adults. Erişim 07.01.2018
<http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/8117301ec016.pdf?expires=1515350646&id=id&accname=guest&checksum=9BC46932BF1B92F96D4C9BF2F4A88699>

Okami, P., Olmstead, R., Abramson, PR., Pendleton, L. (1995)Childhood Exposure to Parental Nudity, Parent-Child Co-Sleeping, and “Primal Scenes”: A

Review of Clinical Opinion and Empirical Evidence. *The Journal of Sex Research*,32(1),51-63

Okami, P., Weisner, T., Olmstead, R.(2002). Outcome correlates of parent-child bedsharing: an eighteen-year longitudinal study. *J Dev Behav Pediatr.* 23(4),244-53.

Özmert, EN. (2006).Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-III: Aile. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* ,49,256-73.

Quillin, SIM.,Glenn, LL. (2004) Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*,33(5),580-8

Ramos, KD. (2003).Intentional versus Reactive Cosleeping. *Sleep Research Online* ,5(4),141-7.

Santos, IS.,Mota, DM., Matijasevich, A.,Barros, AJD., Barros, FCF.(2009).Bed-sharing at 3 months and breastfeeding at 1 year in Southern Brazil. *J Pediatr.*, 155,505-9.

Skadberg, BT., Markestad, T.(1997).Consequences of Getting the Head Covered During Sleep in Infancy.*Pediatrics*,100;e6. Erişim 15.01.2018, <http://pediatrics.aappublications.org/content/100/2/e6>

TAYA (2011).Türkiye Aile Yapısı Araştırması. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim 03.01.2018, <http://www.cocukhaklariizleme.org/wpcontent/uploads/turkiyenin-aile-yapisi-arastirmasi-20111.pdf>.

Thompson, JMD., Tanabe, K., Moon, RY., Mitchell, EA., McGarvey, C., Tappin, D. et.al. (2017) Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Pediatrics*,140(5). Erişim 15.01.2018, <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2017/10/26/peds.2017-1324>

TNSA (2014). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

TUİK (2016). Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 04.01.2018, www.tuik.gov.tr. (Gelir_ve_Yaşam_Koşulları_Arařt_18.09.2017%20(2).pdf)

UNICEF (2017). *Infant and Young Child Feeding*.Erişim 03/01/2018, <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/#>.

Victora, CG., Bahl, R., Barros, AJD., França, GVA., Horton, S., Krasevec, S. et.al. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 387(10017),475-90.

Victora, CG.,Horta, BL., Loret de Mola, C.,Quevedo, L., Pinheiro, RT., Gigante, DP. et.al.(2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*, 3(4),e199–205.

Volpe, LE.,Ball, HL., McKenna, JJ.(2013). Nighttime Parenting Strategies and Sleep-Related Risks to Infants. *Soc Sci Med* .,79,92–100.

Walker, A .(2010). Breast milk as the gold standard for protective nutrients. *J Pediatr*.,156(2),3-7.

Ward, TCS. (2015). Reasons for mother-infant bed-sharing:a systemic narrative synthesis of the literature and implications for future research. *Matern Child Health J*,19,675-90.

WHO (1995). *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry: Report of a World Health Organization (WHO) Expert Committee*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Erişim 03.01.2018. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO_TRS_854.pdf

WHO (2017). *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Geneva: World Health Organization; 2017. Erişim 01/01/18, <http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>

WHO/UNICEF (2014). *Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief* (WHO/NMH/ NHD/14.7). Geneva, Switzerland: World Health Organization. Erişim 03.01.2018, http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/

Williams, G., Sears, L., Allard, A. (2006). Parental perceptions of efficacy for strategies used to facilitate sleep in children with autism. *J Dev Pys Disabil.*, 18,25-33.

Willinger, M., Ko, C., Hoffman, HJ., Kessler, RC., Corwin, MJ. (2003) Trends in Infant Bed Sharing in the United States, 1993-2000 The National Infant Sleep Position Study. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 157(1),43–9.

Yıkılkan, H., Ünal, PC., Çakır, E., Ersu, RH., Cifcili, S., Akman M et.al. (2011) Sudden infant death syndrome: How much mothers and health professionals know. *Pediatrics International*, 53, 24–8.

Yılmaz, AE., Unsal, NS., Celik, N., Karabel, M., Keskin, EA., Tan, S., Aldemir, S. (2012). A perspective from the practice of swaddling by Turkish mothers. *HIPPOKRATIA*, 16(2), 130-6

EKLER**Ek 1:**Gönüllü Onay Formu

Gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgilendirme formunu okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı, soru sormama izin verildi. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:

İmzası:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:

İmzası:

Ek 2: Katılımcı Bilgilendirme Formu

Bu bilgilendirme broşürü “Çocukların İlk 2 Yaşta Uyku Alışkanlıkları ve Anne Sütü Alımına Etkisi” isimli araştırmanın tanıtımını içermektedir.

Bu Çalışma ile Ne Amaçlanmaktadır?

Bu çalışmadan ilk 2 yaşta çocukların uyuma pozisyonlarının, uyku çevresinin , uykuda beslenme düzeninin, annenin çalışma durumunun ve ailenin sosyoekonomik düzeyinin sorgulanarak riskli davranış oranlarını belirlenmesi ve uyku alışkanlıkları, uyku çevresinin anne sütü alımına , çocukların beslenmesine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Tarafınıza çocuğunuzun beslenmesi, uyku alışkanlıkları, uykuda beslenmesi ve aileniz ile ilgili sorular sorulacaktır.

Çalışmayı katılmayı reddetmeniz durumunda poliklinik takiplerinizi ve tedavinizi aynı şekilde yapılmaya devam edecektir.

Bu Çalışmada Elde Edilen Bilgiler Nerede ve Nasıl Kullanılacaktır?

Elde edilecek veriler çocuk polikliniklerinde ailelere verilen danışmanlık hizmetinin geliştirilmesi amacı ile kullanılacaktır.

Bu Çalışma Kimler Tarafından Yürütülmektedir?

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Sosyal Pediatri Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Gülbin Gökçay ve Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri Bölümü başasistanı Uz. Dr. Bahar Kural tarafından tasarlanmış ve Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Polikliniği ve Sağlıklı Çocuk İzlem Polikliniği’nde yürütülecektir.

BU ÇALIŞMANIN VERİLERİ SUNULURKEN İSMİNİZ, SİZE AİT HERHANGİ BİR KİŞİSEL BİLGİ HİÇBİR YERDE YAYIMLANMAYACAKTIR.

ÇALIŞMA SONUÇLARI ANONİM (İSİMSİZ) OLARAK SUNULACAKTIR.

EK 3: “Çocukların İlk 2 Yaşta Uyku Alışkanlıkları ve Anne Sütü Alımına Etkisi” isimli çalışmanın Anketi

Tarih:

Annenin Yaşı:

Annenin Eğitim durumu:

Annenin Mesleği:

Anne çalışıyor mu?

Bebek kaç haftalıkken anne çalışmaya başlamış?

Anne kilo/boy:

Babanın Yaşı:

Baba kilo/boy:

Babanın mesleği:

Babanın eğitim durumu:

Çocuğun Yaşı:

Çocuğun Cinsiyeti:

Ailenin Kaçınıcı Çocuğu:

Çocuğun kronik bir hastalığı var mı?

Bebeğinizin SADECE ANNE SÜTÜ ile beslenme süresi:.....AY

Karma beslenmeye geçiş (mama vermek de dahil) süresi:.....AY

Bebeğinizi Gece Besliyor musunuz?

Besliyorsanız; Yalnız Anne Sütü

Yalnız Mama

Her ikisi de

Bebeğiniz dün gece nerede uyudu?:

Bebeğiniz nerede uyuyor?



Kendi yatağında



--Beşik (geleneksel) mi?

--Bebek yatağı mı?

Benimle aynı yatakta



(Yatak Paylaşma)

--Çift kişilik yatakta sadece ikimiz

--Çift kişilik yatakta üçümüz (baba ile)

-- Diğer: Çekyat vs...../kişi

Bebeğiniz kaç aylıkken sizinle yatmaya başladı?.....AY

Sigara / Alkol / Uyku yapabilen ilaç kullanıyor musunuz?

Çocuğunuzla beraber yatarken,baba da sizle yatıyorsa; Sigara / Alkol / Uyku yapabilen ilaç kullanıyor mu?

Çocuğunuzun ayrı odası var mı?

Kendi yatağında yatıyorsa; Yatağı benim odamda (Oda Paylaşma)
Kendi odasında (Ayrı Oda)

Bebeğiniz geceleri ne sıklıkta uyanıyor? Saat başı

2 saatte bir

3 saatte bir

Gece 1 kez

Gece 2 kez

Sabaha kadar uyuyor

Diğer

Uyandığında besliyor musunuz?

Evet

Nerede besliyorsunuz?

--Yatağında yatarak

--Yatağında oturarak

--Koltuk

--Diğer:.....

Hayır

Bebeğiniz nasıl yatıyor? -- Sırtüstü

-- Sırtüstü kafası bir yönde

-- Yan

-- Yüzükoyun

Bebeğiniz nasıl uykuya dalıyor? Kendi kendine:

Beşikte sallayarak:

Kucakta pış pışlayarak:

Ayakta sallayarak:

Memeyi emdikten sonra memede uyuyor:

Diğer: Açıklayınız

Gündüz uykularında odayı karartıyor musunuz?

Uyurken çocuğunuzun yüzünü örtüyor musunuz?

Eviniz nasıl ısıtılıyor?:

Bebeğiniz yastıkla mı yatıyor?

Evet;.....yükseklik/

.....büyüklük/yumuşaklık

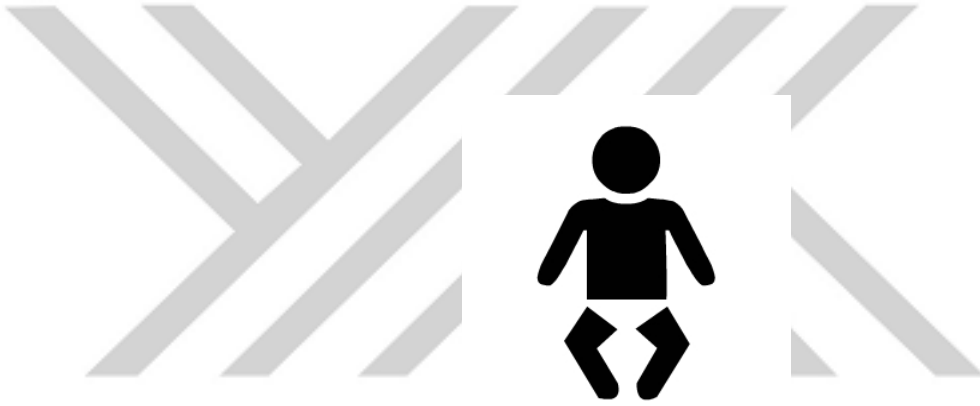
Bebeğin yattığı yer nasıl?: Sert:...../Yumuşak:.....

Bebeğinizi kundak yapıyor musunuz?

Evetse; Tam

kundak...../Yarı kundak.....

Bebeğinizi nasıl örtüyorsunuz?(şekil üzerinde nereye kadar örttüğünüzü çiziniz)



Geniş aile mi, çekirdek aile misiniz?

Aileniz kaç kişi:

18 Yaş üstü çalışanlar ve Eğitim düzeyleri:

(Oturulan Konutun Niteliği) Ev sahibi misiniz:

Apartman Dairesi mi:

Kalorifer var:

Kaloriferli yok:

Oda sayısı:

Güvenlikli site mi:

Gecekondu mu:

Lojman mı:

Kalorifer var:

Kalorifer yok:

(Gelir durumu) 1. Düzenli gelir yok-450 tl altı:

2. Asgari ücret-846 tl:

3. 846-1200 tl:

4. 1250-1870 tl:

5. 1900-3060 tl:

6. 3200-5500tl:

7. 5600 tl üstü:

Bu bölümden sonrası Dr tarafından tamamlanacaktır.

1. Çalışma Konumu:

2.Eğitim Puanı:

Eğitim indeksine dönüştür:

3.Ev Mülkiyeti:

4. Gelir Puanı:

SES SORULARI

Anne Eğitim Puanı:

Baba Eğitim Puanı:

Anne Çalışma Puanı:

Baba Çalışma Puanı:

Konut İndeks:

Gelir Küme İndeks Puanı:

Hane Eğitim Puanı:

TOPLAM:

Aile SES Düzeyi:

EK 4:ETİK KURUL KARARI

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ÇOCUKLARIN İLK 2 YAŞTA UYKU ALIŞKANLIKLARI VE ANNE SÜTÜ ALIMINA ETKİSİ

ORIJINALLIK RAPORU

%5	%3	%4	%1
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%1
2	www.ekap.com İnternet Kaynağı	<%1
3	www.huggiesclub.com İnternet Kaynağı	<%1
4	www.ailetoplum.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	YANIKKEREM, Emre, AY, Semra and GÖKER, Aslı. "Primipar ve multipar gebelerin emzirme tutumu ve yaşadıkları endişeler", Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2014. Yayın	<%1
6	istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	aileolduk.com İnternet Kaynağı	<%1



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Yönetim Kurulu Kararı



Sayı :E-99984023-300-3523213

Toplantı Yeri : İÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Toplantı Tarihi : 12.08.2025
Toplantı No : 31
Karar No : 28

Enstitümüz Sosyal Pediatri Doktora programından 10.04.2018 tarihinde mezun olan Bahar KURAL'ın 04.08.2025 tarihli dilekçesi incelenmiş olup, öğrenci sehven tezin düzeltmeleri yapılmamış ve imzalı halini yayın aşamasında Enstitüye teslim etmiş ve tezin PDF belgesi Sisteme yüklenmiş olduğundan, düzeltilmiş ve imzasız halinin Yüksek Öğretim Kurulu Tez Merkezine bildirilmesine karar verilmiştir.

Aslı Gibidir
Prof. Dr. Murat COŞKUN
Enstitü Müdürü

