



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**YAPILANDIRILMIŞ EMZİRME EĞİTİMİNİN SADECE ANNE
SÜTÜNÜ ERKEN BIRAKMA ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Naciye IRMAK

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2015



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**YAPILANDIRILMIŞ EMZİRME EĞİTİMİNİN SADECE ANNE
SÜTÜNÜ ERKEN BIRAKMA ÜZERİNE ETKİSİ**

**Dr. Naciye IRMAK
UZMANLIK TEZİ**

Danışman: Doç. Dr. Arzu UZUNER

İSTANBUL 2015

ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi boyunca ilminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, yanında çalışmaktan onur duyduğum ve ayrıca tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Arzu UZUNER'e, değerli hocalarım Doç. Dr. Serap ÇİFÇİLİ'ye, Doç. Dr. Pemra C. ÜNALAN'a, Doç. Dr. Mehmet AKMAN'a, Doç. Dr. Çiğdem Apaydın KAYA'ya

Tez sürecinde desteklerini esirgemeyen Sevim Aksoy, Merve Tellioğlu ve Burcu Başaran başta olmak üzere, birlikte çalışmaktan zevk aldığım bütün asistan arkadaşlarıma,

Büyük özveriyle çalışan, üç yıl boyunca huzurlu ve aile sıcaklığında bir ortamda çalışmamda büyük katkıları olan Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği ve Evde Sağlık Birimi çalışanlarına,

Diğer branş rotasyon eğitiminde bana yardımcı olan hocalarıma ve ekiplerindeki herkese,

Bu günlere gelmemde büyük pay sahibi olan aileme ve her zaman desteğini hissettiğim sevgili eşim Mustafa Yasin IRMAK'a, kızım Safiye Nil'e ve aramıza yeni katılacak oğluma en içten sevgi saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Naciye Irmak

Haziran 2015

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR	3
İÇİNDEKİLER	4
KISALTMALAR- SİMGELER.....	7
ŞEKİL, RESİM VE TABLOLAR LİSTESİ	8
ÖZET:	11
SUMMARY	13
1.GİRİŞ ve AMAÇ:	15
2. GENEL BİLGİLER	18
2.1.Emzirme:	18
2.1.1. Tarihten günümüze emzirme	18
2.1.2. Emzirmeyle ilgili izlenen politikalar	20
2.2. Memenin anatomisi	22
2.3. Laktasyonun fizyolojisi	23
2.4. Anne sütünün içeriği	26
2.5. Anne sütünün bileşenleri	29
2.6. Anne sütünün anne ve bebek için yararları	35
2.7. Emzirme tekniği	36
2.8. Ülkemizde ve Dünyada sadece anne sütü ile beslenme süresi	41
2.9. Ek gıdaya erken başlamayı etkileyen faktörler	41
2.10. Eğitimin ek gıdaya erken başlanmasını önleme üzerine etkisi.....	42
2.11. Erişkin eğitim ilkeleri ve etkin eğitimin özellikleri.....	43
3. GEREÇ VE YÖNTEM	45

3.1. Araştırmanın tipi.....	45
3.2. Araştırmanın yeri.....	45
3.3. Araştırmanın katılımcıları: evren ve örneklem hesabı	45
3.4. Müdahale süreci	48
4.BULGULAR.....	52
4.1 Katılımcıların genel özellikleri.....	52
4.2. Katılımcıların doğacak bebeklerini emzirme ile ilgili planları	56
4.3. Katılımcıların bilgi sorularına verdiği yanıtlar.....	56
4.4. Müdahale grubunun 2. ay kontrolünde edinilen anneğe ve bebeğe ait bilgiler60	
4.5. Kontrol ve müdahale grubu altıncı ay bebek ve anneye ait bilgiler	62
4.5.1. Yenidoğan bebekleriyle ilgili bilgiler.....	62
4.5.2. Bebeklerin ilk altı ayda beslenmelerine ilişkin veriler	64
4.5.3. Annelerin son gebelik ve aile planlaması ile ilgili veriler.....	69
4.6. Grupların ilk 6 ay SAS verme durumunun kategorik ve sürekli değişkenler açısından karşılaştırılması	70
4.7. Ağırlıklı SAS veren ve SAS vermeyen gruplar arasında yapılan analizler.....	72
4.8. Müdahale 1 ve müdahale 2 gruplarının SAS verme durumunun karşılaştırılması	74
4.8. Logistik regresyon analizi ile SAS vermeyi etkileyen bağımsız değişkenler .	76
4.9. Eğitim sonunda müdahale grubunun geri bildirimleri.....	77
5.Tartışma.....	78
5.1. Emzirmeyi etkileyen müdahale çalışmaları.....	78
5.2. İlk 6 ay SAS alımını etkileyen durumlar	83
5.3. Uygulanan eğitim programının olası etkileri.....	89
5.4. Birinci basamak sağlık kurumlarının İlk 6 SAS verme sıklığındaki rolü	91

5.5. Çalışmanın sınırlılıkları	92
6.SONUÇ	93
EKLER.....	95
Kaynaklar	118

KISALTMALAR- SİMGELER

AAP	: American Academy of Pediatrics
AAFP	: American Academy of Family Phycisian
ACOG	: The American Congress of Obstetricians and Gynecologists
ABM	: The Academy of Breastfeeding Medicine
AAFP	: American Academy of Family Phycisian
ACOG	: The American Congress of Obtetricians and Gynecologist
ABM	: The Academy of Breastfeeding Medicine
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü,
NUTS	: The Nomenclature of Territorial Units for Statistics
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
WHO	: World Health Center

ŞEKİL, RESİM VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 1.Memenin anatomik yapısı.....	22
Şekil 2.Laktasyonun hormonal kontrolü	26
Resim 1.Pablo Picasso, Maternité	18
Resim 2.Emzirme sırasında annenin pozisyonu.....	37
Resim 3.Emzirme basamakları ve doğru emzirme pozisyonu	39
Resim 4.Bebğin memeyi tutuşu.....	39
Resim 5.Eğitimdeki rol playden kareler.....	49
Tablo 1. Bebek Dostu İl olabilmek için gereken şartlar.....	21
Tablo 2.Laktasyonun ilk bir aylık dönemde term ve preterm süt bileşenleri.....	27
Tablo 3.Anne Sütündeki Ana Bileşenler ve Görevleri.....	32
Tablo 4.Anne sütünün doz bağımlı yararları ^a	34
Tablo 5.Meme başı telefon vizitinin içeriği	50
Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, ortalama ve standart sapma(SS) değerleri.....	52
Tablo 7.Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, kategorik değişkenler tablosu .	53
Tablo 8. Katılımcıların son doğan bebeğine ilişkin bilgileri (ortalama ve SS değerleri)	54
Tablo 9. Katılımcıların son doğan bebeğine ilişkin bilgileri (kategorik değişkenler)	54

Tablo 10. Katılımcıların daha önce eğitim alma durumları ve bilgi edinilen kaynaklar	55
Tablo 11. Katılımcıların doğacak bebeklerini emzirme ile ilgili planları.....	56
Tablo 12. Katılımcıların bilgi sorularını doğru yanıtlama oranları.....	57
Tablo 13. Müdahale grubunun eğitim öncesi ve sonrası bilgi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	60
Tablo 14. Annelerin meme başı problemleri.....	60
Tablo 15. Annelerin 2. Ay ek besine başlama sebepleri	61
Tablo 16. Müdahale grubu bebeklerin doğum kilosu	61
Tablo 17. Katılımcıların yenidoğan bebeklerine ve emzirme durumlarına ilişkin veriler	62
Tablo 18. Katılımcıların ilk 6 ay bebeklerine SAS verme durumları	64
Tablo 19. SAS ve anne sütü ile birlikte su veya mama verenler.....	65
Tablo 20. Annelerin bebeğe ek besin ve su başlama zamanı.....	66
Tablo 21. Bebeklerin ilk 3 gün ek gıda alma durumları ve alınan ek gıda çeşidi.....	66
Tablo 22. Katılımcıların yeni doğan bebeklerine ek gıdaya erken başlama sebepleri.....	67
Tablo 23. Annelerin aile planlaması bilgileri.....	69
Tablo 24. Müdahale grubu ağırlıklı SAS veren/vermeyen grubun kategorik değişkenlerinin karşılaştırılması	73
Tablo 25. Kontrol grubu ağırlıklı SAS veren/vermeyen grubun kategorik değişkenlerinin karşılaştırılması	73
Tablo 26. Kontrol ve müdahale grubu ağırlıklı SAS verme /vermeme açısından sürekli değişkenlerin karşılaştırılması.....	74
Tablo 27. Müdahale 1-2 gruplarının ilk 6 ay ağırlıklı SAS verme açısından karşılaştırılması	75
Tablo 28. SAS vermeyi etkileyen bağımsız değişkenler.....	77

Tablo 29. Müdahale grubunun eğitim sonrası geri bildirimleri	77
--	----

ÖZET:

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen, bebeğin ilk 6 boyunca hiçbir ek gıda almaksızın sadece anne sütüyle (SAS) beslenmesidir.

Amaç: Çalışmamızda doğum öncesi ve sonrasında verilen emzirme eğitiminin SAS verme süresi üzerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır

Materyal-metot: Katılımcılar coğrafik ulaşılabilirlik göz önünde bulundurularak dört Aile Sağlığı Merkezinden (ASM) seçilmiştir. Bir ASM'ye kayıtlı gebeler kontrol diğerleri müdahale grubu olarak alınmıştır. Seçilen bütün ASM'ler Sağlık Bakanlığı tarafından verilen “Bebek Dostu ASM” sertifikasına sahiptir. Eğitim modülü ve doğum sonrası müdahale grubunun ikinci ay viziti Marmara Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği bölümünde yapılmıştır. Müdahale grubuna emzirme ve anne sütü ile ilgili bilgileri ölçmek amacıyla eğitim öncesi ve sonrası test uygulanmıştır. Anneler, meme başıyla ilgili herhangi bir problem yaşayıp yaşamadıklarını öğrenmek amacıyla doğum sonrası 2. haftada aranmıştır. Müdahale grubunun anneleri 4. ayda telefon görüşmesi yapılan ve rutin izlenen olmak üzere randomizasyonla ikiye ayrılmıştır. Altıncı ayda kontrol grubu dahil bütün anneler sadece anne sütü verme sıklığını belirlenmesi amacıyla aranmıştır.

Bulgular: Müdahale grubunda 82, kontrol grubunda 50 anne çalışmaya dâhil edilmiştir. Eğitim modülünün etkinliğini gösteren SAS verme sıklığı müdahale grubunda istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulunmuştur (%42,9 vs %22,2, $p=0,001$). Ek gıdaya başlama haftası ortalamaları kontrol grubunda daha erkendir ($18,5\pm 8$ vs $15\pm 9,5$ hafta, $p=0,03$). Anneler ek gıdaya erken başlama sebebi olarak en sık “anne sütünün yetersizliğini” göstermişlerdir. SAS verilmesinde; ailenin gelir durumunun yüksek olması, annenin daha önceki bebeğindeki olumlu deneyimleri, gebeliğin planlı olması, hastaneden erken taburculuk ve babanın yüksek eğitim seviyesinin etkili olduğu saptanmıştır. Biberon kullanmanın ise emzirmeyi negatif etkileyen bağımsız bir faktör olduğu bulunmuştur. Dördüncü ay telefon görüşmeleri

yapılan grupla yapılmayan grup arasında SAS vermek açısından istatistiksel anlamda fark saptanmamıştır.

Sonuç: Doğum öncesi yapılan eğitim modülü ve doğum sonrası 6. aya kadar izlem yapılarak SAS verme süreleri uzatılabilir. Benzeri grup eğitimlerinin birinci basamakta uygulanması etkili bir yöntem olarak işleri kolaylaştırabilir.

Anahtar kelimeler: anne sütü, emzirme, eğitim

SUMMARY

Background:

“Exclusive Breastfeeding” (EBF) means that the infant receives only breastmilk during the first 6 months of life and is suggested by the WHO

Aim:The purpose of this study,was to determine the effects of an antenatal and postnatal breastfeeding education module on EBF duration.

Materials methods:The participants of the study were pregnant women registered to a total of four family health centers selected based on their geographical accessibility.Pregnant women of one center formed the control group while others formed the intervention one.All of them were certified as “Baby Friendly” by the“Initiative” of Turkish Ministry of Health. The education module and postpartum second month’s visit have been run in the Marmara University Hospital Family Medicine department. A pretest and posttest were used to measure breastfeeding knowledge in the intervention group. Phone calls have been made on the second week after delivery to learn if any nipple problem had occurred. The mothers of the intervention group have been randomized into two groups to determine one group for reminder call and the other for routine follow up. All the participants including control group were called at the end of the postpartum 6th month to determine the rates of EBF.

Results:A total of 132 mothers, 82 in intervention group and 50 in the control group were included in study. Statistically significant increase in the rates of EBF at the end of 6 months showed the effectiveness of the education module (%42,9 vs, %22,2, $p=0,001$). Suplementary food taking time was early in the control group.(18,5 $\pm$ 8 , vs, 15 $\pm$ 9,5 week, $p=0,03$). The main reason of early weaning that reported by the mothers were “the insufficiency of the mother’s milk”.EBF were significantly associated with higher family income, previous positive breastfeeding experience, planned pregnancy, earlier discharge after delivery and high education

level of the father. Bottlefeeding was the only independent factor that affected breastfeeding negatively. Fourth month recalls did not changed EBF rates.

Conclusion: Antenatal educational programme and follow up since postpartum 6. Months can be effective on exclusivebreastfeeding duration. Similar group educations can be an effective method to facilitate rather work in primary care.

Key words: breast milk, breastfeeding, education

1.GİRİŞ ve AMAÇ:

Sadece anne sütü (SAS) ile emzirme (Exclusive breastfeeding) tanımı ilk 6 ay boyunca bebeğe anne sütü dışında hiçbir katı, yarı-katı ve sıvı gıda (su da dahil) verilmemesidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (AAFP), Amerikan Obstetri Ve Jinekoloji Cemiyeti (ACOG), Tıp Emzirme Akademisi (ABM) bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay süresince sadece anne sütü ile beslenmelerini ve ek gıdalara ancak yedinci aydan itibaren başlanmasını, emzirmenin bebek iki yaşına gelene kadar devam ettirilmesini önermektedir⁽¹⁻⁵⁾.

Ülkemizde özel ve kamu sağlık kurumlarında, Sağlık Bakanlığı ve UNICEF işbirliği ile temel amacı emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi olan **“Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı”** 1991 yılından bu yana yürütülmektedir.

Anne sütü yenidoğan bebeğin altı ay boyunca hemen hemen tüm ihtiyaçlarına cevap veren fizyolojik bir besindir ve her annenin sütü bebeğine özeldir. Çağlar boyu insanlar, anne sütünü bebek beslenmesinde benzersiz bir gıda olduğunu kabul etmiştir. Anne sütünü bebeklere en sağlıklı şekilde ulaştırmak ise yalnızca emzirmekle mümkündür. Anne sütü ve bebek beslenmesi çocuk sağlığının yanında, anne ve toplum sağlığını da etkilemektedir^(6, 7).

Emzirme ülkemizde de gelenekseldir. Annelerin çoğu bebeklerini bir süre (%96) emzirmektedir. Buna karşılık emzirmeyi sürdürmede dünyada olduğu gibi ülkemizde de aynı başarı gösterilememektedir⁽⁸⁾.

CDC'nin 2013 raporunda Amerika'da bebeklerin %76'sının emzirilmekte olduğu, emzirilen bebeklerin %16,4'ünün ilk 6 ay sadece anne sütü almakta olduğu bildirilmiştir⁽⁹⁾. TNSA 2013 raporuna göre Türkiye'de iki ayda SAS alan bebeklerin oranı %57,9'a, ikinci aydan itibaren %35,4'e, 4. ve 5. Aylar arasında ise bu oran

%9,5'e gerilemektedir. Aynı rapora göre bebeklerin %29'u ilk 24 saatte emzirilememektedir⁽⁸⁾.

Çeşitli sosyoekonomik, kültürel ve kişisel faktörler annenin bebeğini beslemede nasıl bir yol izleyeceğine karar vermesinde etkilidir. Annenin anne sütü ile beslemeye ne kadar devam edeceği, sadece anne sütü ile ne kadar besleyebileceği ya da mama ile birlikte verip vermeyeceğine karar vermesinde rol oynayan faktörler vardır. Doğum sırasındaki uygulamalar, hastanede anneye gerekli bilginin uygun zamanda ve yeterli süre ayrılarak verilmiş olması emzirmenin sürdürülmesini olumlu yönde etkileyen faktörlerdir. Bebeğin ağırlığı, sağlık durumu, akranlarının tutumu, varsa anneye doğum sonrası verilen izin ve işverenin işyerinde annenin çocuğunu kendi sütü ile beslemesine ve sütünü saklamasına elverişli olanakları hazırlaması annenin başlangıçtaki beslenme planlarını etkileyebilen faktörlerdir. Babanın da bu kararların alınmasında önemli etkisi vardır⁽¹⁰⁾. Annelerin anne sütü verme kararlarını, henüz antenatal kontrollerinde hekim ya da ebelerden aldıkları danışmanlık sırasında verdiklerini gösteren çalışmalar vardır⁽¹¹⁾.

Annelerin emzirmeye başlamaları ve başarıyla sürdürmeleri için bilgi ve desteğe ihtiyaçları vardır⁽¹²⁾. Emzirme konusunda eğitilmiş profesyoneller tarafından sağlanan destek, annenin bebeğini “sadece anne sütü” ile besleme süresini arttırmaktadır⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Anneye verilen profesyonel desteğin annenin bir süre emzirme ve 6 ay SAS verme sıklığına anlamlı derecede katkı sağladığına dair çalışmalar mevcuttur⁽¹⁶⁾. Antenatal dönemde annelere verilen anne sütü ve emzirme eğitimiyle, doğum sonrası 6. haftada emzirme süreleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak uzun bulunmuştur⁽¹⁷⁾.

Gebelerle yapılan eğitim müdahale çalışmalarının anne sütü verme sürelerini uzattığı⁽¹⁸⁾, grup şeklinde verilen emzirme eğitiminin birebir ve prenatal vizitlerde verilen eğitimlere göre ilk 6 ay emzirme sıklığında anlamlı bir artış sağladığı bulunmuştur⁽¹⁹⁾. Prenatal verilen emzirme danışmanlığının postpartum 4-6 haftada emzirmeye etkili olduğu prenatal ve postnatal danışmanlığın ise ilk 6 ay SAS verme sıklığında anlamlı derecede artma sağladığı bildirilmiştir⁽²⁰⁾.

Eğitimin İlk 6 ay SAS verme süresinde etkili olduğu kanıtlanmıştır. Annelerle gerek gebeliğinde gerekse gebelik sonrası sürekli temasta olan birinci basamak ekibinin bu konuyla ilgili yapacağı uygulamalar önemlidir. Erişkin eğitim ve öğrenim ilkelerini esas alarak ASM’lerde yapılacak grup eğitiminin ilk 6 ay SAS verme üzerinde etkili olacağı öngörülmektedir. Bu çalışmada müdahale türlerinin birkaçının birlikte uygulanacağı, gebeliğin son trimesterinde ve gebelikten sonra ilk altı ay içinde verilecek “erişkin eğitim ilkeleri gözetilerek yapılandırılmış bir eğitim modelinin” ek gıdaya erken başlama üzerine etkisinin saptanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Emzirme:

2.1.1. Tarihten günümüze emzirme

Emzirme insanlık tarihi kadar eski bir eylemdir. Bebek beslenmesiyle ilgili ilk tıbbi literatür bilgileri Milattan Önce (MÖ) 1500’de yazılan Mısır tıp ansiklopedisi olan Papyrus Ebers’te olup, bebekleri beslemenin tek yolunun emzirmek olduğu ve bebeklerin üç yaşına kadar anne sütü alması gerektiği yazılıdır. Bebek beslenmesi ile ilgili ilk detaylı yazılı bilgiler Milattan Sonra (MS) 100 yıllarında Roma’da doktorluk yapan Soranus tarafından yazılmış ve görüşleri 18. yüzyıl (yy) ortalarına kadar diğer yazarlar tarafından tekrarlanmıştır. Orta Doğu’daki bazı ilkel el yapımı çanaklarda Babil’in Ishtar’ı ve Mısır’ın İsis’i gibi tanrıçalar emzirirken resmedilmiştir⁽²¹⁾.



Resim 1.Pablo Picasso, Maternité

Eski Türkler de anne sütü ile beslenmeye önem vermişler ve anne sütünü kutsal saymışlardır. Yakut Türklerinde güzellik ve analık tanrıçası Ayzıt’ın yeni

doğan bebeğin ağzına “süt gölünden” getirdiği sütünü damlatarak can verdiğine inanılırdı. İbni Sina (980-1037) ünlü eseri El-Kaânun fit-tıp (tıp kanunu) da anne sütünün anne karnındayken onu besleyen kana en çok benzeyen besin olduğunu bebeklerin mümkün olduğu kadar anne sütü ile beslenmeleri gerektiği yazılıdır. İlk Türk çocuk hekimliği kitabı olan Tedbir ül Mevlüt (çocukların korunması) (1700)’ün yazarı olan Ayaşlı Şaban Şifai (1645-1701) bebeklerin beslenmesinde anne sütünün önemini belirtmektedir. On sekizinci yüzyılda yaşamış olan Resil’ül Etıbbâ Gevzekzade Hafız Hasan, Neticetül Fikriyye fi tedbiri viladetül bikriyye (çocukların doğumları konusunda fikirlerin neticeleri) adlı eserinde (1794) anne sütünün üstün özelliklerini anlattıktan sonra “Sözün kısası eğer bebeğin annesinin sütü olup da emzirmeye elverirse ise ondan daha iyisi yoktur” demektedir⁽²²⁾.

Dini kaynaklarda da emzirme ve sütanneliğinden bahsedilmektedir. İncil ve Kuran-ı Kerim’de Hz. Musa’ya sütanne bulunmasından bahsedilmektedir⁽²¹⁾. İslam’a göre bebeğin anne karnında kanla beslenmesi ile doğumdan sonra anne sütü ile beslenmesi arasında kesintisiz bir devamlılık vardır.

"Biz insana anne ve babasını (onlara iyilikle davranmayı) tavsiye ettik. Annesi onu, zorluk üstüne zorlukla (karnında) taşımıştır. Onun (sütten) ayrılması, iki yıl içindedir." (Lokman Suresi, 14). Bu ayetten müslümanlar için Kuran’da önerilen tam emzirme süresinin 2 yıl olduğu anlaşılmaktadır⁽²³⁾.

Geçmişte annenin emzirmesi yerine *sütanneliği* yaygın olarak kullanılmıştır. Babil kralı Hammurabi’nin (MÖ 1700) bir bebek için sütanneliğini yasaklamasından dolayı bebeğin öldüğü belirtilmektedir. MÖ. 900 yıllarında Homer tarafından yazılan epik şiirde sütannelere danışmanlıktan bahsedilmektedir. Hindistan’da 200 yıllarında çocuk bakımı ile ilgili yazılan bilimsel bir yazıda annenin yeterli süt sağlayamaması durumunda sütannenin yeterlilik kazanabilmesi için talimatlar bulunmaktadır.

Sütanneliği eski zamanlardan günümüze kadar neredeyse kesintisiz olarak devam eden bir uygulama olup, Avrupa’da daha çok seçkin kesim tarafından kullanılmıştır. Sütanneliği 1900’lü yıllara kadar anne sütünün tek alternatifi olarak bebeklerin yaşamasına imkân sağlamıştır. Soranus’tan 17. yy.a kadar yazılmış tıp kaynaklarında kolostrumun beslenme için kullanılmasıyla ilgili olumsuz görüşler

ortaya çıkmış bu da bebeğini kolostrumla beslemek istemeyen Avrupalı anneler arasında anne sütü kullanımının azalmasına ve sütanneliğinin yaygınlaşmasına yol açmıştır.

Mekonyumun sindirim sistemi pasajından geçişini hızlandırmak için yenidoğana ilk olarak sıklıkla bal, badem yağı, şekerli su veya şarap verilmiştir. Benzer şekilde batı hastanelerinde hemşire bakımlarında biberonla besleme şeklinde başlamıştır. Biberonla erken beslemeye başlama emzirmenin yavaş yavaş azalmasına ve annelerin yapay süt (anne sütü olmayan) kullanmasında artışa neden olmuştur.

On dokuzuncu yy. sonu, 20. yy. başında bebek ölümleri toplum sağlığı sorunlarının başında gelmişti. Aileler ve doktorlar tarafından anne sütü almayan bebeklerin hastalıklara daha kolay yakalandıklarını fark edildi. Yapılan çalışmalarda yapay sütle beslenen çocukların anne sütüyle beslenenlerden 3-5 kat daha fazla öldükleri tespit edildi⁽²¹⁾. Bu dönemde emzirme ve evde pastörize edilerek inek sütü kullanımı önerilmeye başlandı. Formül mama üreten şirketler inek sütüne daha güvenli alternatif olarak yapay anne sütü için pazar oluşturdular. Bebek beslenmesi için danışmanlık yapan sağlık personeli ve reklamlar yoluyla formül mama kullanımı yaygınlaştı⁽²⁴⁾.

2.1.2. Emzirmeyle ilgili izlenen politikalar

Anne sütüyle ilgili bilimsel araştırmaların artması ve anne sütünün üstün özelliklerinin anlaşılması üzerine emzirmenin önemi basın yayın organları ile vurgulanmıştır. 1990'da WHO ve UNICEF öncülüğünde İtalya'da kabul edilen **“Innocenti Deklarasyonu”** ile yaşama en iyi başlangıç olan emzirmeyi desteklemek için birçok ülke belirlenen hedeflere ulaşmak üzere çalışmalarına başlamışlardır⁽²⁵⁾. Konuya dikkat çekmek için 1 Ağustos **“Dünya Emzirme Günü”** olarak ilan edilmiştir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından 1991 yılından bugüne UNICEF işbirliğinde temel amacı emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi olan **“Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı”** sürdürülmektedir.

Ulusal Bebek Dostu Hastaneler Merkez Eğitim Ekibi tarafından eğitim alan ve hastanelerinde doğru anne sütü uygulamalarını yerleştiren hastaneler, “**Ulusal Bebek Dostu Hastaneler Değerlendirme Ekibi**” tarafından ziyaret edilerek, uluslararası düzeyde hazırlanmış standart bir form çerçevesinde değerlendirilmekte ve başarılı uygulamalar yapan, 100 puan üzerinden 80 ve üzeri puan alan hastaneler, “**Anne Sütü Komitesi**” kararı ile “**Bebek Dostu Hastane**” olarak sertifikalandırılmaktadır.

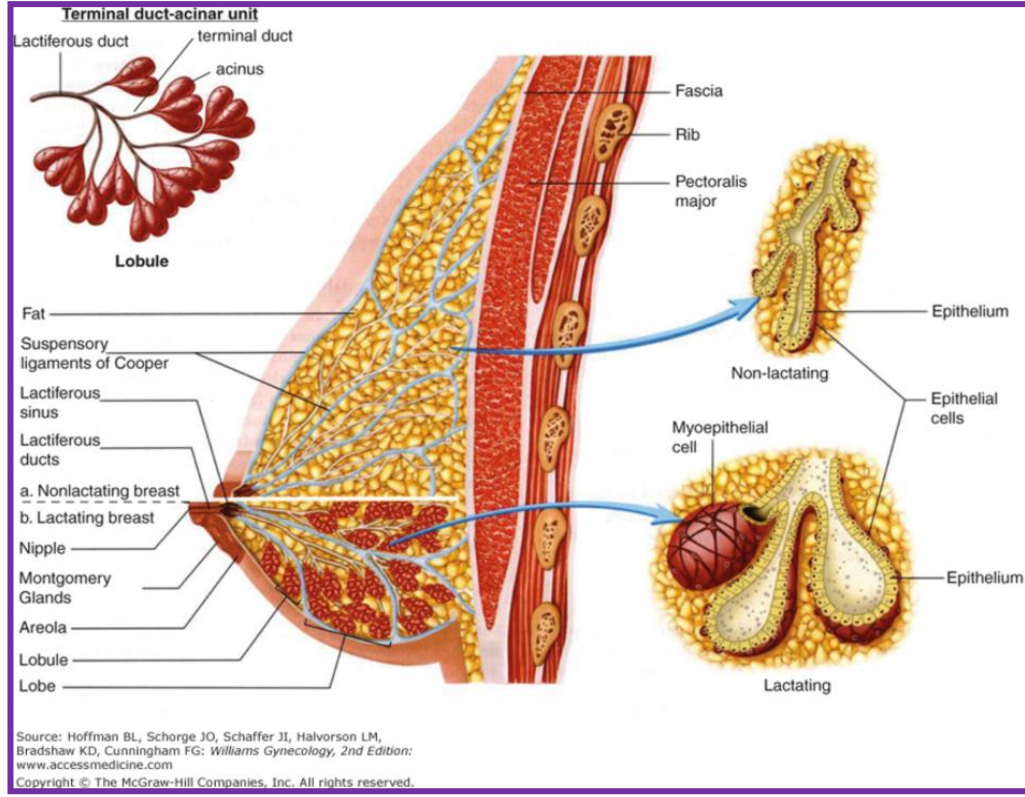
Program “**Bebek Dostu Hastaneler**” kavramı ile başlamış, 2000’li yıllara gelindiğinde ise “**Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları**” olarak ilerleme kaydetmiştir. Devamında “**Bebek Dostu İl**” kavramı geliştirilmiştir.

Tablo 1. Bebek Dostu İl olabilmek için gereken şartlar

- İl merkezindeki doğum yapılan tüm hastanelerin bebek dostu olması
- Sağlık ocakları ile Ana Çocuk ve Aile Planlaması Merkezleri’nin %20’sinde emzirme odası bulunması,
- Sağlık personelinin eğitilmiş olması,
- Annelere emzirme konusunda danışmanlık hizmetleri verilmesi
- Bu sağlık kuruluşlarında ek gıda/mama reklamlarının yapılmaması
- İlk altı ay ek gıda/mama verilmemesi
- Bölgedeki eczanelerin bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Bugüne kadar **78** ilimize “**Bebek Dostu İl**” unvanı verilerek plaketle ödüllendirilmiştir (Ekim 2010).

2.2. Memenin anatomisi



Şekil 1.Memenin anatomik yapısı

(Barbara L. Hoffman JOS, Joseph I. Schaffer, Lisa M. Halvorson, Karen D. Bradshaw, F. Gary Cunningham, Lewis E. Calver. Williams Gynecology Vol. Second ed. 2012.)

Meme anatomik olarak M.pectoralis major kasının üzerinde ve ikinci-yedinci kostalar arasında çift taraflı olarak yerleşmiş bir organdır⁽²⁶⁾. Meme yağ dokusu ve glandüler dokunun Cooper ligamenti denen bağ dokusu ile gevşek bağlanmasıyla oluşmuştur. Emzirme döneminde yağ dokusu miktarı glandüler dokuya göre azalır ve memenin boyutu ve ağırlığı artar. Meme glandüler yapısı alveollerden oluşan 15-20 civarında lobülden meydana gelir. Lobun içinde alveollere direne olan küçük duktuslar vardır ve birleşmeleri ile daha büyük duktuslar oluşur. Sonuçta tek bir duktusa katılarak sütü meme ucuna taşır. Duktuslar sadece sütü dışarıya boşaltıldığı dönemde genişler. Bu yeni bulgulara göre duktusların sütü depo etmekten ziyade taşıma görevi yaptığını düşündürmektedir⁽²⁷⁾.

Memelerin dıştan gözlenen yapıları ise meme başı ile çevresindeki koyu renkli alan olan areoladır. Meme başı ve areolada yer alan küçük kabarcık şeklindeki yapılara montgomeri tüberkülleri denir. Bu tüberküller salgıladıkları koku sayesinde bebeğin memeyi bulmasına ve memenin bebeğin ağzından kaymamasına yardımcı olur⁽²⁸⁻³⁰⁾.

2.3. Laktasyonun fizyolojisi

Laktasyon annenin meme dokusunda değişikliklerin olduğu, bebeğin emmesi ile büyüme ve gelişmenin sağlandığı ve anne bebek arasında etkileşimin kurulduğu bir dönemdir⁽³¹⁾. Laktasyon hormonal, nörolojik ve psikolojik cevabın bileşimi sonucunda 3 aşamada gerçekleşir^(10, 32).

- **Mamogenez**
- **Laktogenez**
- **Galaktogenez**

Mamogenez (Memenin büyümesi ve gelişmesi)

Mamogenez süreci ilk trimesterde başlar ve bu süreçte süt salgısı yoktur. Gebelikte salgılanan progesteron, östrojen, prolaktin ve human plasental laktojenik hormonun (HPL) etkisiyle meme dokusu laktasyon dönemine hazırlanır. Meme dokusuna kan akışı artar ve damarlar belirginleşir. Bu süreçte, östrojen hormonu, memelerde su retansiyonu ve yağ dokusunda artmaya neden olduğu için memelerin büyümesinden, progesteron, prolaktin ve plasental laktojenik hormon ise alveoller bezlerin olgunlaşmasından sorumludur. Birinci trimesterde başlayan yeni kanal sistemleri ve alveollerin gelişimi ikinci ve üçüncü trimesterde de devam eder^(33, 34).

Laktogenez (Süt salgısının başlaması)

Laktogenez göğüslerin süt salgılar hale gelmesi sürecidir ve iki aşamada gerçekleşir. Gebelik sırasında östrojen, progesteron, plasental prolaktin ve diğer büyüme faktörleri meme bezinin büyümesini ve olgunlaşmasını sağlarlar. Özellikle duktal ve alveoler yapılarda gelişme ve olgunlaşma gerçekleşir. İlk trimesterde bazı alveollerin içinde kolostrum benzeri materyal vardır ancak kolostrum yapımı ikinci trimesterde başlar. (**Evre I Laktogenez**).

Laktasyonun başlaması prolaktine bağlıdır. Gebelik sırasında giderek artan prolaktin konsantrasyonu gebeliğin sonuna doğru gebe olmayan bir kadındaki serum prolaktin konsantrasyonunun 20 katına ulaşır. Prolaktin ve plasental laktojen hormonun süt sentez ettirici etkileri doğum öncesi östrojen ve progesteronla inhibe edilmiş durumdadır. Bebeğin doğumundan sonra plasentanın ayrılması ile birlikte süt yapımını baskı altında tutan progesteron düzeyi hızla düşer, inhibe edici etki ortadan kalkar ve süt yapımı başlar (**Evre II Laktogenez**)⁽³⁵⁾.

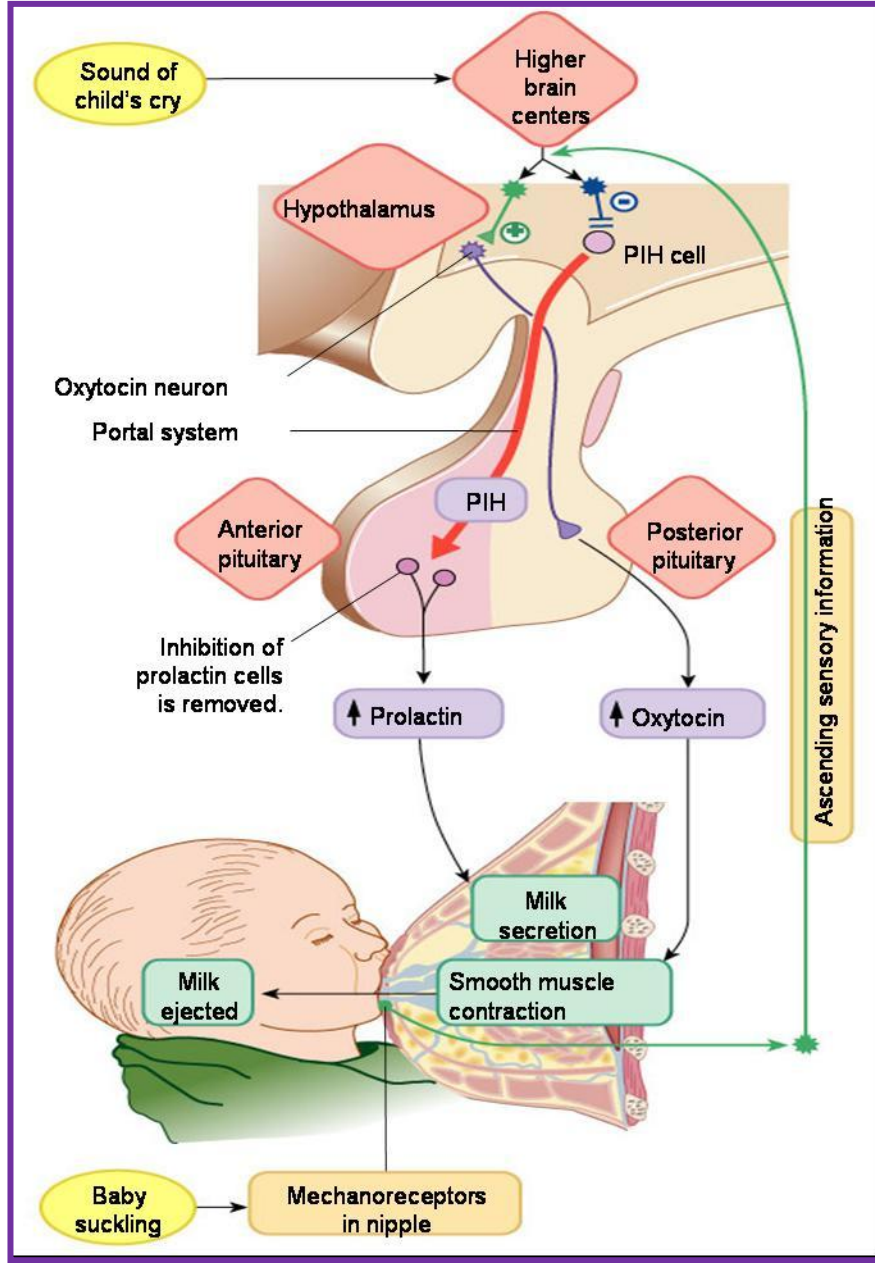
Doğumdan sonra laktogenezde rol oynayan başlıca iki refleks vardır. **Süt yapım refleksi** (*milk production reflex*) ve **Süt inme refleksi** (*let-down reflex*). Prolaktin çeşitli proteinlerin ve yağların sentezini başlatır (süt oluşumu refleksi). Doğumu izleyen günlerde bebeğin emmesi ile kan dolaşımına prolaktin salınımı başlar. Alveolar hücreler süt sentez ederek süt kanallarına verirler. Hipofizden salgılanan oksitosin ise perialveolar hücrelerin kasılarak sütün terminal lakteollere doğru hareket etmesini sağlar (süt salgılanması refleksi).

Bebeğin emmeye başlaması ile meme başının uyarılması afferent yol ile ön hipofize gelir ve prolaktin salınımı en üst düzeye erişir. Ayrıca areoladaki sinir uçlarının uyarılması ile arka hipofizden oksitosin salgılanır. Sonuçta emzirme ile uyarılan prolaktin ve oksitosin annenin süt oluşumu ve süt salgılanması reflekslerini harekete geçirir. Oksitosin ile miyoepitelyal hücrelerin kontraksiyonu sağlanarak salgılanan süt kanallara boşalır. Süt salgılanması adı verilen bu refleks annenin bebeği görmesi, kucağına alması, ağlamasını işitmesi, kokusunu duyması ve sıcaklığını hissetmesi sonucu efferent refleks yolları ile uyarılır. Bu sırada bebek tarafından emerken oluşturulan negatif basınç sütün ağza dolmasını sağlar⁽³⁶⁾.

Meme başları düzenli aralıklarla uyarılırsa bazal prolaktin düzeyleri 15 ay hatta daha uzun süre yüksek kalır. Bu nedenle, bebeğin istedikçe (*on demand*) beslenmesi, süt yapımından sorumlu prolaktin düzeylerinin devamlı şekilde yüksek kalması için esastır^(33, 37, 38). İlk günlerde salgılanan kolostrum ve geçici sütün miktarı azdır (**7-123 ml/24 saat**). Bu miktar miadında doğan bir bebek için yeterlidir. Postpartum üçüncü, beşinci günler arası daha fazla süt yapılmaya başlar. Süt yapımının artışı laktasyonun yaklaşık 40. saatinde gerçekleşir, bu döneme “*sütün gelmeye başlaması dönemi*” denir^(10, 39).

Galaktogenez (Başlamış süt salgısının devamlılığı)

Doğumdan sonra 9. günden itibaren süt salgısının devam ettiği sürece devam eden fazdır⁽¹⁰⁾.



Şekil 2.Laktasyonun hormonal kontrolü

(<http://www.austincc.edu/rfofi/NursingRvw/PhysText/Reproductive.html>).

2.4. Anne sütünün içeriği

Anne sütünün içeriği, annenin beslenmesine, laktasyonun aşamasına, emzirme döneminin başında veya sonunda olmasına, bebeğin miadına göre

değişkenlik gösterir. Süt örneğinin emzirmenin başında ya da sonunda alınması ya da doğumdan hemen sonra ya da 3. günde alınması durumlarında içerik değişir. Prematüre bir bebeği olan annenin sütü ile term bir bebeği olan annenin sütünün içeriği de farklıdır (Tablo 2). Her anne kendi bebeğinin fizyolojik ihtiyaçlarına uygun olarak süt üretir.

Tablo 2.Laktasyonun ilk bir aylık dönemde term ve preterm süt bileşenleri								
Süt bileşeni	3-5. günler		8-11. günler		15-18. günler		26-29. günler	
	Term	Preterm	Term	preterm	term	preterm	term	preterm
Enerji(kcal/dl)	48	58	59	71	62	71	62	70
Lipid(gr/dl)	1,85	3,00	2,90	4,14	3,06	4,33	3,05	4,09
Protein(gr/dl)	1,87	2,10	1,70	1,86	1,52	1,71	1,29	1,41
Laktoz(gr/dl)	5,14	5,04	5,98	5,55	6,00	5,63	6,5	5,97

Kaynak: Anderson CH. *Human milk feeding.pediatr Clin No Amer.* 32:335-52.1985.

Anne sütünün özellikleri doğumdan sonra kolostrumdan olgun süt üretilmesi şeklinde değişkenlik gösterir ^(40, 41).

Kolostrum (Ağız Sütü): Doğumdan hemen sonra salgılanan, içerdiği **beta-karotene** bağlı olarak sarı renkte görünen süte kolostrum adı verilir. Kolostrum doğumdan sonraki 2-3 gün boyunca salgılanır⁽²⁶⁾. Kolostrum normal barsak florasının oluşmasına katkı sağlar ve mekonyum çıkarılmasını kolaylaştıran laksatif ve proteolitik etkiye sahiptir, böylece fizyolojik sarıklık gelişmesi riskini azaltır. Doğar doğmaz ilk anne sütü alan bebeklerin gastrointestinal sistemleri tümüyle immünoglobülinler ile kaplanarak mukozal bir tabaka oluşur ve bu tabaka sayesinde dış ortamdan gelebilecek patojen mikroorganizmalara koruma sağlanır^(26, 33).

Kolostrumun protein içeriğinin büyük kısmını globulin oluşturur. Kolostrum içinde bulunan sekretuar IgA (sIgA) düzeyi 50 mg/ml gibi yüksek bir orandadır. Ancak birkaç hafta sonra bu oran 5.0- 7.5 mg/ml düzeyine iner⁽⁴²⁾. Kolostrumun

içerdiği kompleman, makrofaj, lenfosit, laktoferrin, laktoperoksidaz, lizozim komponentleri ve antikorlar yenidoğanı enfeksiyonlardan korur. Bu nedenle kolostrum bebeğin ilk aşısı niteliğindedir. Doğumdan sonraki ilk günlerde kolostrumdaki hücrelerin çoğu nötrofillerden, daha sonraki günlerde ise makrofajlardan oluşur. Her iki tip hücre de fagositoz ve interferon sentezi ile bebeği zararlı mikroorganizmalardan korumaktadır. Kolostrumda bulunan lenfositlerin yarısı T-lenfositlerdir. B-lenfositler ise IgA'yı oluştururlar^(26, 38, 43). İmmünglobulinler (IgA, IgM) yönünden çok zengin olan kolostrumun tamamı bebeğe mutlaka verilmelidir. Kolostrum doğumdan sonra ikinci ve dördüncü günlerde yerini geçiş sütüne bırakır^(29, 44).

Geçiş Sütü: Laktasyonun 4.-5. gününden itibaren başlayan ve kolostrumdan sonraki 2 haftalık süreçte salgılanan süte geçiş sütü denir. İçindeki elementlerin düzeyi genellikle kolostrum ile olgun süt bileşimi arasındaki değerlerdir. Kolostruma göre total protein ve immünoglobülin oranları azalır. Daha yüksek oranda yağ, laktoz, vitamin içerir ve kalori değeri artmaya başlar^(29, 40).

Olgun Süt: Laktasyonun 4. haftasına doğru geçiş sütü yerini olgun süte bırakır. Bu sütün %10 u enerji ve büyüme için gerekli olan karbonhidrat, protein ve yağları içerir. Geri kalan %90'ı sudur⁽²⁹⁾. Olgun süt ilk 6 ay bebeğin besin gereksinimini su da dahil hiçbir ek gıdaya gerek kalmadan karşılayabilir^(38, 45). Olgun sütün içeriği emzirme zamanına göre değişiklik göstermektedir⁽²⁹⁾.

Ön Süt: Bir emzirmede, memeden başta gelen süt ön süttür. Ön süt yoğunlukla su, vitamin ve protein içermektedir. Ön süt fazla miktarda üretildiğinden, bebek gereksinim duyduğu bütün suyu ön süttten karşılamaktadır^(40, 46).

Son Süt: Bir emzirmenin sonunda memeden salgılanan süt, son süt olarak isimlendirilmektedir. Son süt, ön süte göre daha çok yağ içermektedir. Bu yağ bebeğin enerji gereksinimini karşılamaktadır. Ayrıca son sütteki yağ içeriğinin fazla olması bebekte doyguluk hissine neden olarak bebeğin memeyi bırakmasını sağlar ve bebeğin fazla kalori almasını engeller^(34, 40, 46, 47).

2.5. Anne sütünün bileşenleri

Karbonhidratlar:

Laktoz anne sütündeki başlıca karbonhidrattır (6-8 gr/dl)⁽⁴⁸⁾. Anne sütü kalorisinin %38'i laktozdan oluşur^(26,49). Anne sütündeki laktoz miktarı annenin diyetinden etkilenmez. Laktoz meme hücrelerinde glukoz ve galaktoz moleküllerinden sentezlenir. Yavaş ve kolay sindirildiğinden kan şekerini, bebeğin ihtiyacına uygun oranlarda tutar^(26,49). Anne sütünün uygun karbonhidrat içeriği sebebiyle bebekler daha yumuşak dışkıları ve daha az kabız olurlar. Ayrıca barsak hareketleri daha hızlı olduğu için barsakta biriken bilirubini daha rahat atarlar^(40, 50). Laktozu meydana getiren moleküllerden biri olan galaktoz molekülü bazı yağ molekülleri ile birleşerek bebeğin beyin gelişimi için çok önemli bileşikler meydana getirir^(26,49). Ayrıca kalsiyum (Ca) emilimini kolaylaştırır ve kemik mineralizasyonunu olumlu yönde etkiler^(38,43,51). Anne sütünde bulunan glikoproteinler laktobasillus bifidusun büyümesini uyardığı için “bifidus faktör” veya “büyüme faktörü” olarak adlandırılırlar. Anne sütünde besleyici olarak önemli miktarlarda glukoz, galaktoz gibi basit sekerler ve çoğu enfeksiyonlardan koruma özelliği olan oligosakkaritler ve diğer bazı kompleks karbonhidratlar da bulunur^(38, 52). Nükleotid sekerler, glikolipidler, glikoproteinler ve oligosakkaritler anne sütünde bulunan diğer şekerlerdir⁽⁴⁸⁾.

Proteinler:

Anne sütündeki protein laktasyonun başlangıcında 15,8 gr/dl, laktasyonun tam olarak yerleştiği dönemde ise 0.8-0.9 gr/dl dolayındadır. Protein miktarı inek sütüne göre düşük konsantrasyonda olmasına karşın proteinlerin biyoyararlanımı çok yüksek olduğu için bebeğin ihtiyacını 6 ay boyunca karşılamaktadır⁽⁴³⁾. Annenin beslenme durumu sütündeki protein dağılımını değiştirmektedir. Annenin malnütrisyonlu olması durumunda sütünde bağışıklamada önemli rolü olan total protein, kompleman C4, IgA ve IgG düşük bulunmaktadır⁽⁴⁸⁾. Renal solüt yükünün düşük olması hayatın erken aylarında böbrek fonksiyonları immatür olan süt çocuğu için anne sütünün önemli bir üstünlüğüdür⁽⁵³⁾.

Anne sütü proteininin 1/3'ünü **kazein**, 2/3'ünü **whey proteinleri** oluşturur. İnek sütünde ise whey/kazein oranı 1/4'dür. İnek sütündeki whey proteinlerinin önemli bir kısmını anne sütünde bulunmayan beta-laktoglobulin oluşturur ve alerjik özelliklere sahiptir^(38,43,51). Kazeinin aminoasit olması anne sütünün kolay sindirilmesine ve midenin daha hızlı boşalmasına neden olur. Whey proteinlerinin en önemli bileşenleri: *a-laktoglobulin*, *laktoferrin*, *albumin*, *lizozim*, ve *immünoglobulinler*^(54, 55). Laktoferrin proteini bağırsaklardaki demiri bağlayarak bakterilerin kullanmasını önler, Escherichia Coli enteritine engel olur, Candida Albicans'ın çoğalarak baskın hale gelmesini engeller. Lizozim ise bağışıklığı sağlayarak bakterilerin zararlı etkilerinden bebeği korur^(32, 50, 56).

Anne sütünde yoğunluğu en yüksek olan aminoasitlerden biri taurindir. Taurin, anne sütündeki büyümeyi düzenleyen faktörlerden biridir. Anne sütündeki taurin düzeyleri inek sütünden 30-40 kat daha fazladır (anne sütünde 250-350 mmol/l, inek sütünde 10 mmol/l). Taurin, hücre zarının bütünlüğünü sağlar, beyin gelişiminde rol oynar, retina harabiyetini önler^(50, 56).

Anne sütünde en az 70 kadar enzim gösterilmiştir. Bunların içinde en önemlisi lipazdır. Anne sütündeki yağlar; lingual, gastrik ve safrayla stimüle edilen lipazla hidrolize edilir. Sütteki lipaz total süt proteinlerinin %1'ini oluşturmaktadır. Yenidoğanda düşük yoğunluktaki safra tuzu anne sütündeki yağın sindiriminde önemli rol oynamaktadır. Bunun yanında bakterilerin hücre duvarındaki lipidlerini hidrolize ederek bakteristatik aktivite göstermektedir. Alfa amilaz miktarı anne sütünde, seruma ve inek sütüne oranla yüksektir. Bu nedenle meme glandında sentez edildiği düşünülmektedir. Sütte yüksek miktarda bulunan amilaz yenidoğan döneminde duodenal sıvıda az miktarda bulunan tükürük ve pankreas amilaz aktivitesini kompanse etmekte ve bebeğin karbonhidrat sindirimine yardımcı olmaktadır⁽³⁶⁾.

Yağlar

Anne sütünün enerjisinin %50'si yağlardan gelir. Yağ içeriği inek sütünden daha yüksektir (4,5gr/dl). Yağların %98'ini trigliseridler oluşturur. Kolostrumda

daha fazla olmak üzere araşidonik asit, dokozahekzaenoik asit (DHA), linolenik asit ve alfa linoleik asit gibi çoklu doymamış yağ asitlerinden zengindir ve bunlar miyelinizasyon, retinal işlevler ve hücre yenilenmesinde önemli rol oynayarak beyin ve görme işlevlerinin normal olarak yürütülmesini sağlarlar. Anne sütünde bulunan lipaz düşük safra düzeyinde bile yağ sindirimine yardımcı olur. Bu enzim inek sütünde ve formül mamalarda bulunmamaktadır^(38, 43, 51, 57). Doğumdan sonraki ilk 5 günde sütte (kolostrum) 2 gr. olan yağ konsantrasyonu, 5-15 gün arası (geçiş dönemi sütü) %2,5-3 grama, 15.günden sonra salgılanan sütte % 3,5-4,5 grama ulaşır ve sabit kalır. Sabahları düşük olan yağ düzeyi günün ilerleyen saatlerinde artar. Emzirmenin sonuna doğru salgılanan sütte yağ oranı giderek artar⁽⁵⁶⁾. Bu durum bebekte doygunluk hissi verir ve şişmanlığın gelişimini engeller. Anne sütünde erken dönemde fosfolipid ve kolesterol içeriğinin yüksek olmasının ileride gelişebilecek hiperlipidemi ve aterosklerozun önlenmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir^(30, 54, 55, 58).

Vitaminler

Anne sütündeki vitamin miktarı annenin vitamin alımı ve beslenme durumundan etkilenmektedir. Dengeli ve yeterli beslenen annelerin sütünde yağda eriyen vitaminler yeterli miktarda bulunmaktadır. Anne sütü içindeki yağda ve suda eriyen vitaminlerin miktarları, D ve K vitaminleri dışında yenidoğan için yeterlidir⁽⁴³⁾. Vitaminler işlenmediğinden biyoyararlılığı yüksektir⁽³⁸⁾. Suda eriyen vitamin düzeyleri annenin yakın zamandaki beslenmesi ile ilgili iken yağda eriyen (A,D, E, K) vitamin düzeyleri, hem annenin geçmişteki diyeti, hem de son zamanlarda ki diyetine göre değişiklik gösterir⁽⁴⁰⁾. Anne sütündeki D vitamininin 25-OH formunda bulunması bu fizyolojik durumla uygunluk gösterir. Bununla birlikte anne sütünde 22 IU/L D vitamini bulunur ve bu miktar bebeğin günlük gereksiniminin çok altındadır. Bu nedenle tüm bebeklere günde 400 IU/gün, özellikle yeterli güneş ışığı alamayan risk altındaki bebeklerde de raşitizm gelişimini önlemek için doğumdan itibaren 800 IU/D vit/gün verilmesi tavsiye edilmektedir⁽⁵⁹⁾. Anne sütünde 15 mg/L olan K vitamini yenidoğanın gereksinimini karşılayacak düzeyde değildir. Yenidoğanın hemorajik hastalığını önlemek için yenidoğan tüm bebeklere doğumda 0.5-1.0 mg parenteral veya 2,0 mg oral yoldan K vitamini verilmesi gerekir⁽³⁸⁾.

Kolostrum ve anne sütü A vitamininden zengin olduğu için bebeğin görme gelişimini sağlamaktadır^(34, 47, 60). E vitamini seviyesinin anne sütünde yüksek olması bazı oksidan maddelerin bebekte hemoliz yapmasını önler. Anne sütü inek sütünden yüksek oranda A vitamini, C vitamini, E vitamini ve niasin içermektedir⁽³⁴⁾. Anne sütünde B12 vitaminin aktif şekli olan metilkobalamin bol miktarda bulunmaktadır. Ancak vejeteryan annenin sütüyle beslenen çocuklarda B12 eksikliği buna bağlı olarak da megaloblastik anemi gelişebilir⁽⁵⁰⁾.

Mineraller

Anne sütünün mineral bileşimi, annenin diyeti ile büyük bir değişim göstermez⁽⁴⁸⁾. Anne sütünün potasyum içeriği sodyuma oranla daha yüksektir ve intraselülersıvılarla uyum göstermektedir. Sodyum komponentinin düşüklüğü ise yenidoğanın tam gelişmemiş böbrek fonksiyonlarına uygundur. Anne sütünün kalsiyum içeriği inek sütüne göre düşük olmasına karşın, kalsiyum fosfordan iki kat daha yüksektir ve emilimi daha yüksektir. Bu özelliği de kemik mineralizasyonu için uygundur. Anne sütündeki demir miktarı (0,2–0,8 mg/dl) inek sütündeki demir miktarına göre düşük olmasına karşın yararlılığı daha yüksektir. Çünkü anne sütündeki demir inek sütündeki demire göre daha iyi emilir. Anne sütündeki demirin %50-%60'ı emilirken, bu oran inek sütünde %5-10, formül mamalarda ise %3-4 kadardır. Bu nedenle anne sütüyle beslenen bebeklerin ilk altı ay demir almaya ihtiyacı yoktur⁽⁶¹⁾. Florun anne sütündeki yeterliliği tartışmalıdır. Su kaynaklarında flor içeriği 0,3 ppm'den az olan bölgelerde altıncı aydan başlayarak bebeğe flor desteği sağlanmalıdır⁽⁶²⁾.

Tablo 3. Anne Sütündeki Ana Bileşenler ve Görevleri

Hücreler	Görev
Fagositler (makrofajlar)	Patojenleri absorbe ederek yok eder, IgA salgılar, polimorfonükleer ve mononükleer.
Lenfositler	T ve B hücreler, hücrel immünite için gereklidir, antiviral aktivite, hafıza T hücreleri uzun süreli koruma sağlar.
Antiinflatuar Faktörler	
Prostaglandinler (PGE1, PGE2)	Sitoprotektif etki.
Sitokinler/kemokinler	Özel hücrel reseptörlere bağlanan immün düzenleyici ajanlar, immün sistemi aktive eder, meme büyümesini destekler, lenfositlerin anne sütüne ve yenidoğanın barsak duvarlarında geçişini sağlar.
Büyüme faktörleri	Sindirim sisteminin olgunlaşması ve epitel hücre gelişimini sağlar.
Enzimler	
Amilaz	Bebeklerin polisakkaritleri sindirmesini kolaylaştırır.
Lipaz	Bebeğin bağırsağındaki yağı hidrolize eder, bakterisidal aktivite gösterir.
Büyüme Faktörleri / Hormonlar	
İnsan büyüme faktörleri	Barsak mukozası ve epitelinin proliferasyonunu stimüle eden polipeptitlerdir; antijenlere karşı mukozal bariyeri kuvvetlendirirler.
Kortizol, insülin, tiroksin, kolesistokinin (CCK)	Yenidoğanın barsak ve barsak savunma mekanizmasının olgunlaşmasını destekler. Tiroksin hipotiroidizme karşı korur. CCK sindirimi artırır.
Prolaktin	B ve T lenfositlerin gelişimini artırır.
Lipidler (Yağ)	
Uzun zincirli poliansatüre yağ asitleri (LC-PUFA)	Kalorinin ana kaynağıdır.
Serbest yağ asidi (FFA)	Dokosaheksanoik asit (DHA) ve arakidonik asit (AA) daha iyi görsel keskinlik ve bilişsel yetenekle ilişkilidir. Anne sütündeki miktarı maternal diyetle bağlıdır.
Trigliseridler	Enfeksiyona karşı etki.
Laktoz	Bebeğin en fazla kalori kaynağı, lipaz ile yağ asitleri ve gliserole parçalanır, yağ türü maternal diyetle bağlıdır.
Oligosakkaritler	Karbonhidrat, ana enerji kaynağı; galaktoz ve glikoza parçalanır, Ca, Mg ve Mn absorpsiyonunu artırır.
Glikokonjugatlar	Mikrobiyal ve viral ligantlar.
Mineraller	Mikrobiyal ve viral ligantlar.
Protein	Normal vücut fonksiyonlarını düzenler, maternal diyetten çok az etkilenir.
Whey	Laktoferrin, albümin, lizozim, immünoglobulin ve alfa laktalbumin içerir.
Immünglobinler (sIgA, IgM, IgG)	Çevredeki özel antijenlere immün cevap oluşturur.
Laktoferrin	Özellikle E. Coliye karşı anti bakteriyel, demir taşıyıcısı.
Lizozim	Bakteriyosidal ve antiinflatuar, aktivitesi doğumdan sonraki 6. aydan itibaren artarak devam eder.
Taurin	Çok miktarda bulunan aminoasit. Erken beyin ve retina olgunlaşması ve gelişmesi ile ilişkilidir.
Kazein	Mukozal membrana mikrobiyal adezyonu inhibe eder.
Vitamin (A, C, E)	Antiinflatuar etki; oksijen radikallerini temizler.
Su	İnsan süt hacminin %87,5'ini oluşturur, bebeğe yeterli hidrasyonu sağlar.

Kaynak: Glusser P. *Clinical Lactation Management Pediatrics in Review*.
Breastfeeding (1997).18(5):147-56.

Tablo 4. Anne sütünün doz bağımlı yararları ^a					
Durum	%risk*	Emzirme	Açıklama	OR	95%CL
Orta kulak iltihabı(OKİ)	23	Bir süre	-	0,77	0,64-0,91
OKİ	50	≤3 veya 6 ay	SAS	0,50	0,36-0,70
Tekrarlayan OKİ	77	≥6 ay SAS	4-6 ay arası emzirilenlerle karşılaştırıldığında	1,95	1,06-3,59
ÜSYE	63	>6ay	SAS	0,30	0,18-0,74
ASYE	72	≥4 ay	SAS	0,28	0,14-0,54
ASYE	77	≥6 ay SAS	4-6 ay arası emzirilenlerle karşılaştırıldığında	4,27	1,27-14,35
Astım	40	≤3 ay	Atopik aile öyküsü	0,60	0,43-0,82
Astım	26	≤3 ay	Atopik aile öyküsü yok	0,74	0,6-0,92
RSV Bronşiolit	74	>4 ay	-	0,26	0,074-0,9
NEK	77	Yoğun bakım yatışı	Preterminfant sadece insan sütüyle beslenen	0,23	0,51-0,94
Atopik dermatit	27	>3 ay	SAS, aile hikayesi yok	0,84	0,59-1,19
Atopik dermatit	42	>3ay	SAS, aile hikayesi var	0,36	0,32-0,40
Gastroenterit	64	Bir süre	-	0,58	0,41-0,92
IBH	31	Bir süre	-	0,69	0,51-0,94
Obezite	24	Bir süre	-	0,76	0,67-0,88
Çöliak hastalığı	52	>2 ay	Glutenmaruziyeti	0,48	0,40-0,89
Tip 1 DM	30	>3 ay	SAS	0,71	0,54-0,93
Tip 2 DM	40	Bir süre	-	0,61	0,44-0,85
Lösemi (ALL)	20	>6 y	-	0,80	0,71-0,91
Lösemi (AML)	15	>6 ay	-	0,85	0,73-0,98
Ani bebek ölümü	36	>1 ay	-	0,64	0,57-0,81

Kaynak: *BREASTFEEDING SO. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2012;129(3):e827-e41.*

****Hastalığa yakalanma riskindeki yüzde düşüş**

2.6. Anne sütünün anne ve bebek için yararları

Anne sütünün bebeği birçok hastalıktan (pnömoni, orta kulak iltihabı, ishal, gastrointestinal sistem enfeksiyonlar, menenjit, kızamık vb.) koruduğu bilinmektedir^(6, 43, 58). Anne sütünün bağışıklık sistemini güçlendirerek egzema, astım gibi allerjik reaksiyonları, nekrotizan enterokolit, obezite, diabetes mellitus ve crohn gibi hastalıkların, çocukluk lenfoması gibi bazı kanserlerin görölme sıklığını azalttığı da bildirilmiştir^(63, 64).

Emzirme, bebek beslenmesinde en sağlıklı ve doğal yöntem olmasının yanı sıra zahmetsiz ve ekonomik olması nedeniyle de tercih edilen ve doğum sonrasında kuvvetle önerilen ve desteklenen bir yöntemdir. Emzirme süresince anne ile bebeğin sürekli temas halinde olmasının bebeğin kendini güvende hissetmesini sağladığı⁽⁶⁾, emzirilen bebeklerin nörolojik gelişimlerinin daha iyi olduğu, emzirmenin psikomotor ve zihinsel gelişimi hızlandırdığı, zekâ katsayısını yükselttiği, ileri dönemde okul başarısını arttırdığı ve daha mutlu çocuklar olmalarına katkıda bulunduğu ileri sürölmektedir. Ayrıca emzirme bebeğin diş ve damak yapısını da korumaktadır⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾.

Yapılan pek çok çalışmada emzirmenin **anne sağlığı açısından** da birçok olumlu etkisi olduğu bulunmuştur^(1, 65, 68, 69). Doğumdan sonra emzirmenin erken dönemde başlatılması postpartum kanama miktarının azalmasını ve uterus involüsyonunun daha hızlı gerçekleşmesini sağlamaktadır. Böylece genital organlar gebelik öncesi durumlarına hızla geri dönebilmekte, emzirme sırasında harcanan enerji ile vücudun yağ dokusu azalarak annenin doğum öncesi vücut ağırlığına ulaşması kolaylaşmaktadır. Ayrıca, bebeğini herhangi bir ek gıda vermeksizin gece ve gündüz doğru sıklıkta emziren annelerde ovulasyonu baskılayarak ilk altı ayda doğal doğum kontrolü sağlamaktadır. Bebeğini uzun süre emziren kadınlarda meme kanseri ve over kanseri gelişme riski azalmaktadır. Doğum sonrası emziren kadınların kemik mineralizasyonunda artma, postmenopozal dönemde ise kemik kırıklarının görölme olasılığında azalma olduğu bildirilmektedir. Emzirme sonrası salınan endorfin ile anneler kendilerini daha iyi hissetmekte, annenin öz güveni

artmakta, bebeği terk etme davranışı bu annelerde daha az g r lmektedir^(1, 7, 43, 65, 68-71). Uzun süreli emzirmenin annelerde glikoz toleransını arttırması ve glukoz eliminasyonunu hızlandırması nedeniyle tip 2 diyabet gelişme riskini azaltabileceği tespit edilmiştir^(1, 65).

2.7. Emzirme tekniği

Emzirme doğal bir olaydır. Buna rağmen çoğu anne ilk kez emzirirken zorlanır, başarılı bir emzirme için emzirme danışmanlığı ve aile- evre desteğine ihtiyaç duyar. Bu nedenle emzirme oranlarının arttırılması için doğum öncesinde, doğum sırasında ve doğum sonrasında annenin iletişim kurduğu tüm sağlık çalışanlarının emzirme tekniği hakkında eğitim alması gerekir⁽⁷²⁾.

Sağlıklı bebeklerde doğumdan itibaren arama ve emme refleksi bulunur. Bu refleksler özellikle doğumdan hemen sonra reaktif dönemde (doğumdan sonra ilk 15-30 dk) aktiftir. Bu nedenle anne ve bebek uygunsa yenidoğanın reaktif dönemde anne memesini tutması, emzirmenin başlaması çok önemlidir. Bu dönemden sonra yenidoğan inaktif döneme geçmektedir (doğumdan 30 dk-2 saat sonra) ve bu dönemde emzirmeyi başarmak oldukça güçtür. İkinci reaktif dönem doğumdan 2-6 saat arasında meydana gelmekte ve bu dönemde de bebek uyanık, uyarılara etkili cevap vermekte ve emzirme başarı ile ger ekleştirilmektedir^(34, 47, 60).

Emzirmeye başlamadan önce bebek a , altı kuru, ne çok soğuk ne de çok sıcak olmalıdır. Bebeğin ve annenin rahat pozisyonda olması gerekir. Annenin huzurlu ve sakin bir ortamda olması da başarılı bir emzirme için önemlidir. Dirsekliği olan hafıf e alçak bir sandalye ve annenin ayaklarını uzatabileceği bir tabure tercih edilebilir. Annenin emzirdiği meme tarafındaki dizini kaldırması yararlıdır⁽⁷³⁾.

Doğumu izleyen ilk günlerde özellikle epizyotomi veya sezaryen olan anneler oturmakta güçlük çektiğinden bebeği tutarken, emzirmek için uygun pozisyon alırken güçlük  ekerler. Bu nedenle emzirilen bebeği bir yardımcının tutması gerekir.



Resim 2.Emzirme sırasında annenin pozisyonu

(Newton ER. *Lactation and Breastfeeding*. In: Niebyl JR, Galan HL, Jauniaux ER, Landon MB, Simpson JL, Driscoll DA, et al., editors. *Obstetrics: normal and problem pregnancies*: Elsevier Health Sciences; 2012).

Memeye iyi yerleşen ve etkili emen bir çocuk areola ve alttaki meme dokusunun çoğunu ağzına almıştır. Laktiferöz sinüsler bu dokunun içinde bulunur. Meme başı ile birlikte ağza alınan areola ve meme dokusu damağa doğru uzunca bir emzik oluşturur. Meme başının bebeğin ağzı içinde oluşturduğu bu emziğin sadece üçte biridir, geri kalanı **laktiferöz sinüslerin** bulunduğu meme dokusudur. Bebek meme başından değil bu meme dokusundan emer. Bebeğin memeye yerleştirilmesi esnasında önce meme ucuyla bebeğin dudaklarına dokunulmalı, bebeğin ağzını genişçe açması beklenmeli; ağzını açınca, alt dudağı meme ucunun altına gelecek şekilde çabucak memeye tutulmalıdır^(10, 55, 72-75).

Memeye iyi yerleşmiş ve etkili emen bir bebek aşağıdaki belirtilen gibi olmalıdır.

- Bebeğin ağzının genişçe açık,

- Alt dudağı dışa dönmüş,
- Çenesinin memeye dokunur pozisyonda,
- Yanaklarının yuvarlak ya da annesinin memesine doğru düzleşmiş,
- Ağızının üzerinde ve altında görülen areola büyüklüğü karşılaştırıldığında; ağızının üzerinde daha fazla, altında daha az areola bulunmalı,
- Emzirme sonrasında meme ve meme başının sağlıklı görünümde olduğu görülmeli⁽⁷²⁾.
- Bebeğin başı ve vücudu aynı doğrultuda, düz bir hat üzerinde olmalı
- Bebeğin burnu, meme başının hizasında olacak şekilde yüzü memeye bakmalı
- Anne bebeği kendi vücuduna yakın tutmalı.
- Anne, işaret parmağı ile memeyi alttan desteklemeli, başparmak memenin üstünde olmalı ama asla sıkıca bastırılmamalıdır⁽⁴⁴⁾.

Make sure that you hold your baby's shoulders, and NOT the back of the head.

Try not to press your fingers into your breast. To keep the nose clear, tuck baby's bottom in closer to you




Try to relax and stay comfortable during the feed to help the milk flow.

If breastfeeding problems start, go back to basics with this leaflet.

Breastfeeding Basics



getting started

supporting, positioning and latching your baby

Supported by:

 Health Promotion

 NHS

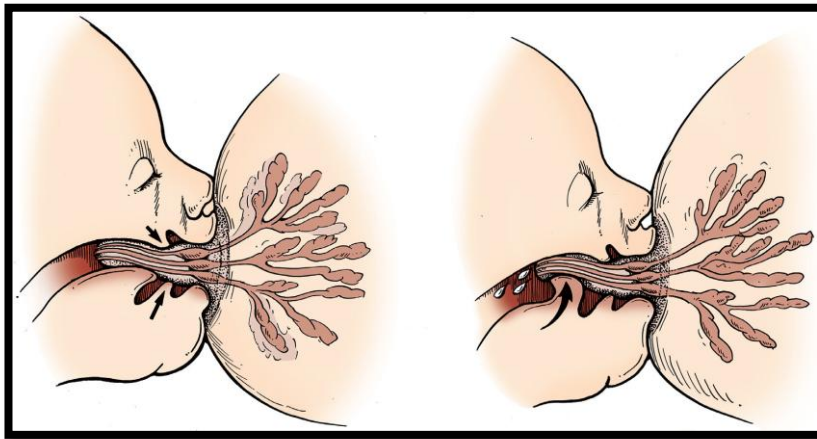
Photo copyright: Mark-It TV

© Ingram & Johnson
Institute of Child Health,
Bristol 1997



Resim 3.Emzirme basamakları ve doğru emzirme pozisyonu

(Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. Midwifery 2002;18(2):87-101)



Resim 4.Bebeğin memeyi tutuşu

(Newton ER. Lactation and Breastfeeding. In: Niebyl JR, Galan HL, Jauniaux ER, Landon MB, Simpson JL, Driscoll DA, et al., editors. Obstetrics: normal and problem pregnancies: Elsevier Health Sciences; 2012)

Başarılı emzirme için on adım

1989 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Yardım Fonu (UNICEF) "Emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesinde doğum hizmetlerinin rolüne ilişkin önerileri belirten başarılı emzirme için 10 öneri adı altında ortak bir bildiri yayınlamıştır⁽⁷⁶⁾.

1. Bütün sağlık çalışanlarının rahatlıkla görebileceği yerlere yazılı bir emzirme politikası asılmalıdır.
2. Bu politikayı öğrenmeleri için bütün sağlık personelinin eğitimi sağlanmalıdır.
3. Bütün hamile kadınlar emzirmenin yararları ve emzirme yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir.
4. Doğumu takiben ilk yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için annelere yardımcı olunmalıdır.
5. Annelere nasıl emzireceklerini ve bebeklerinden ayrı kalmaları durumunda laktasyonu nasıl devam ettirecekleri gösterilmelidir.
6. Tıbbi olarak gerekli olmadıkça yenidoğan bebeklere anne sütü dışında başka sıvı veya katı gıdalar verilmemelidir.
7. Günün 24 saati anne ile bebeğin aynı odada kalmasını (rooming-in) sağlayacak bir uygulama benimsenmelidir.
8. Bebeğin her isteyişinde emzirilmesi teşvik edilmelidir
9. Emzirilen bebeklere biberon, yalancı meme veya emzik türünden bir şey verilmemelidir.
10. Anne sütü destek grupları oluşturulmalı ve anneler hastaneden taburcu edilirken bu gruplara katılmaları için yönlendirilmelidir^(5,21,22).

2.8. Ülkemizde ve Dünyada sadece anne sütü ile beslenme süresi

Anne sütünün hem anne hem bebek açısından sayısız yararına rağmen, emzirmeye başlama, ilk 6 ay SAS verme ve emzirmeye devam etme süresi tüm dünyada halen istenen düzeyde değildir. Dünyada gelişmekte olan ülkelerde 6 aydan küçük bebeklerin %39'u SAS alırken bebeklerin %58'si 20.-23. aya kadar anne sütü alımını devam ettirmektedir⁽⁷⁷⁾. Altı aydan küçük bebeklerde yalnız anne sütü ile beslenme oranları, Afganistan'da %16, Çin'de %51, Doğu Asya'da %32, Güney Afrika'da %30 olarak rapor edilmiştir⁽⁷⁸⁾.

CDC'nin 2013 raporunda Amerika'da bebeklerin %76'sının emzirilmekte olduğu, emzirilen bebeklerin %16.4'ünün ilk 6 ay sadece anne sütü almakta olduğu bildirilmiştir⁽⁷⁹⁾. TNSA 2013 raporuna göre Türkiye'de bebeklerin %96'sı "bir süre" anne sütü almakta, ilk bir ayda sadece anne sütü alan bebeklerin oranı %57,9'a, ikinci aydan itibaren %35,4'ye, 4. ve 5. aylarda ise bu oran %9,5'e gerilemektedir. Emzirme süreleri bölgeler arasında farklılıklar göstermektedir. Doğumdan sonraki bir saat içinde emzirilen bebeklerin yüzdesi Batı Anadolu'da (%61) en yüksek iken, Orta ve Doğu Anadolu'da (%39) en düşüktür. İstanbul'da bu oran %52 olarak bildirilmiştir. Türkiye genelinde ilk besin olarak anne sütü dışında gıda alan bebeklerin sıklığı %26 olup Doğu Marmara bölgesinde %30'dır. Verilen ek besin türlerine bakıldığında emzirilen bebeklerin %25'inin ilk altı ayda ek olarak hazır mama aldığı belirlenmiştir. Aynı rapora göre bebeklerin %29'u ilk 24 saatte emzirilememektedir⁽⁸⁾. Bunda sezaryenle doğumun önemli bir payı olabileceğini ileri süren araştırmalar bulunmaktadır⁽⁸⁰⁾.

2.9. Ek gıdaya erken başlamayı etkileyen faktörler

Çocuklarını hiç emzirmeyen ya da ek gıdalara erken başlayan annelerin özellikleri incelendiğinde, annenin yaşı, eğitim düzeyi, ırk, gelir düzeyi, doğum sayısı ve çalışma durumu, doğum sonrasında eşi ve çevre desteği, sigara içme alışkanlığı ve doğum sonrası depresif duygu durumunun ek gıdalara erken geçilmesi

ile ilişkili olduğu gösterilmiştir⁽⁸¹⁻⁸⁷⁾. Hastanelerde hazır mama örneklerinin serbest olarak bulunması ve tanıtılmasının da ek gıdaya erken başlanmasında etkili olduğu gösterilmiştir.

Çifçili ve arkadaşlarının araştırmasının sonuçları, doğumu takiben annelerin %98,9'unun anne sütü verdiğini, %44,6'sının ise altıncı aydan önce ek gıdaya başladığını göstermektedir. 0-3 ay arası ek gıdalara başlama sıklığı en yüksek olan zaman dilimidir. Altı aydan önce ek gıdalara başlanması bebeğin zamanından önce doğmuş olması, altı aydan önce emzik ve biberon kullanması, bebeğe doğum sonrası hastanede mama verilmesi ile ilişkili bulunmuştur⁽⁸⁸⁾.

2.10. Eğitimin ek gıdaya erken başlanmasını önleme üzerine etkisi

Anneye verilen profesyonel desteğin annenin bir süre emzirme ve 6 ay SAS verme sıklığını anlamlı derecede katkı sağladığına dair kanıtlar bulunmaktadır⁽¹⁶⁾. Hill ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada antenatal dönemde annelere eğitim verilmiş, doğum sonrası 6. haftada emzirme süreleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak uzun bulunmuştur⁽¹⁷⁾. Lumbiganon ve ark.nın yaptığı sistematik derlemede gebelerde eğitim müdahale çalışmalarının annesütü verme sürelerini uzattığı bildirilmiştir⁽¹⁸⁾. İmdad ve ark. nın yaptığı bir diğer sistematik derlemede ise prenatal verilen emzirme danışmanlığının postpartum 4-6 haftaya kadar emzirmeyen etkili olduğu prenatal ve postnatal verilen danışmanlığın ise ilk 6 ay SAS verme sıklığında anlamlı derecede artma sağladığı bildirilmektedir⁽²⁰⁾.

Onbaşı ve ark.nın yaptığı çalışmada gebelerin anne sütü konusunda eğitilmesi halinde ilk altı ayda SAS ile beslenme oranını ve süresinde artma olabileceği sonucuna varılmıştır⁽⁸⁹⁾. Yapılan randomize kontrollü çalışmalar, gebelik sırasında emzirme eğitiminin emzirmenin başlamasını, oranını ve süresini önemli ölçüde etkilediğini ortaya koymaktadır. Emzirme konusunda sağlık çalışanı tarafından sağlanan destek, annenin bebeğini SAS ile besleme süresini önemli oranda arttırmaktadır^(5, 13, 15).

Yukarıdaki verilen literatürler incelendiğinde eğitimin etkili olduğu görülmüştür. Eğitim içerikleri çok azında ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Sistemik derlemelere alınan çalışmalarda emzirme danışmanlığı ve broşür verilmesi, eğitim videolarından bahsedilmiştir. Sadece Forster ve ark. nın yaptığı çalışmada verilen eğitim detaylıca anlatılmış ve yapılandırılmıştır. Bu çalışmada yaklaşık 1,5 saat süren gebelik döneminde iki grup eğitimi ve sonrasında telefon desteğiyle sürmüştür.

2.11. Erişkin eğitim ilkeleri ve etkin eğitimin özellikleri

Yetişkin eğitiminin ilkeleri;

- Yetişkinlerin eğitim programları yetişkin ihtiyacına dönük olmalıdır ve en ihtiyaç hissettiği anda yapılmalıdır. (Emzirme eğitiminin son trimesterde verilmesi)
- Yetişkinler küçük grup etkileşiminden ve pratik problem çözme süreçlerinden hoşlanırlar.
- Başkalarının kişilerin deneyimlerinden faydalanırlar.
- Yetişkinler, oturumlara aktif katıldıkları sürece öğrenirler. Erişkin eğitiminde uygulamaya önem verilmelidir. Herşey teorikte kalmamalı katılımcı bizzat dokunarak, uygulayarak pasif dinleyicilikten uzak tutulmalıdır. (Maket yenidoğan bebeği emzirme pozisyonuna uygun tutmak)
- Programı kendilerine uygun bulurlarsa motive olurlar.
- Yetişkinler öğrenme sürecinde/davranış değişikliğinde geçmiş deneyimlerinden etkilenmektedirler. Bu nedenle değişim yapmaları zordur.
- Yetişkinler için fiziksel rahatlık önemli olmakla birlikte hoş bir çevre ve dinamik bir ortam önemlidir.
- Eğitim etkinliğinde düşüncelerini özgürce ifade edebilmelidir, etkili iletişim içerisinde görüşlerini ifade etmekten çekinmemelidir.
- Eğitim ortamı bireyleri yargılayıcı, değerlendirici olmak yerine geliştirici olmalıdır.
- Eğitime katılacak yetişkin gönüllü istekli olmalıdır.

- Sertifika gibi ödüller almaktan hoşlanırlar ve öğrenmek için cesaret kazanırlar⁽⁹⁰⁻⁹²⁾.

Grup eğitimi yetişkin eğitiminin ilkelerinden olan başkalarının deneyimlerini paylaşmayı ve eğitim için zaman planlaması açısından yararlıdır. Emzirme eğitim modeli üzerine yapılan bir çalışmada prenatal dönemde grup şeklinde verilen emzirme eğitiminin birebir ve prenatal vizitlerde verilen eğitimlere göre ilk 6 ay emzirme sıklığında anlamlı bir artış sağladığı bulunmuştur⁽¹⁹⁾.

Gelişen teknolojiyle birlikte eğitim müdahale çalışmalarının içine **telefon görüşmeleri** de girmiştir⁽⁹³⁾. Yetişkin eğitim ilkelerinden sürekliliğin ve dolayısıyla motivasyonun devamlılığını sağlanması açısından telefon önemli bir araçtır. Mobil sağlık hizmetleri özellikle sağlık kuruluşuna ulaşımı güç olan bireylerde büyük yarar sağlamaktadır^(94, 95). Ülkemizde nüfusun %89,9'unda cep telefonu bulunmaktadır⁽⁹⁶⁾.

Lavender ve ark.'nın randomize kontrollü çalışmaları alarak yaptığı sistematik derlemede gebeliğinde ve doğum sonrası annelere telefonla verilen desteğin postpartum depresyon, sigara vb. üzerine olumlu etkileri olduğu gibi ilk 6 ay SAS alımını da istatistiksel olarak anlamlı derecede katkısı bulunmuştur⁽⁹⁷⁾.

Yapılan yarı yapılandırılmış bir çalışmada annelere antenatal 3 seansta "Milky Way" adlı bir program uygulanmış, postnatal 2 kez telefon görüşmesi ile emzirme danışmanlığı verilmiş emzirme sıklığında süresinde anlamlı olarak katkı sağlanmıştır⁽⁹⁸⁾.

Ülkemizde Bebek Dostu programında gebelere 0-6 ay arası iki kez, 6-12 ay doğum sonrasını da kapsayan sürede iki kez bireysel eğitimler verilmesi öngörülmektedir. Bireysel eğitim günlük pratikte zaman alıcı olabilmektedir. Sağlık eğitimlerinin bireysel ve toplu halde yapılmasının sonuç açısından etkisinin benzer olduğu bilindiğinden toplu eğitim modelinin sağlık hizmeti sunan hekim ve hemşirelerin zamanı ekonomik kullanmalarını sağlayacağından daha etkin verilmesini sağlayacağını düşündürmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Bu çalışma; annelerin ilk altı ay bebeklerine sadece anne sütü vermesi üzerine eğitim ve izlem müdahalesinin etkisini saptamak amacıyla, yarı-**randomize kontrollü çalışma** tipinde tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın veri

Araştırma; İstanbul ili, Pendik ilçesine bağlı Üst Kaynarca semtinde, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesine (MÜPEAH) yürüyerek ulaşılabilir mesafedeki, bebek dostu Aile Sağlığı Merkezlerinde(ASM) gerçekleştirilmiştir. Biri kontrol diğer müdahale grubunu oluşturmak üzere toplam dört ASM'ye kayıtlı gebeler araştırma kapsamına alınmıştır.

ASM'lerde grup eğitimine uygun fizik koşullar bulunmadığından anneler eğitim ve izlem için MÜPEAH'ye çağrılmış, katılımcıların gebeliğinin son dönemlerinde oldukları da düşünülerek ulaşım kolaylığı olan ASM'ler seçilmiştir.

3.3. Araştırmanın katılımcıları: evren ve örneklem hesabı

Araştırmaya 2. (14-26 hf) ve 3. (27-40 hf) trimesterinde olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler dahil edilmiştir. Bebek dostu sağlık kurumlarında Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında yayımladığı "Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi"nde ⁽⁹⁹⁾ belirtildiği gibi emzirme ve anne sütü danışmanlığını ikinci ve üçüncü trimesterlerde verilmesi öngörülmektedir. Seçilen ASM'lerin bebek dostu ASM oldukları göz önünde bulundurularak emzirme ve anne sütü eğitimlerinin verildiği kabul edilmiştir.

Örneklem hesabı

Örneklem hesabında CDC-Epi-infoTM calculator programı kullanılmıştır.

%95 güven düzeyinde, % 10 hata payıyla, müdahale sonrasında iki grup arasındaki SAS vermek üzerine oluşacak farkın 3 katına çıkması öngörülerek, örneklemimiz müdahale ve kontrol gruplarının her biri için 41 kişi olarak hesaplanmıştır. Müdahale grubu 4. ay telefon viziti yapılan ve yapılmayan olmak üzere ikiye ayrıldığı için Müdahale grubu 1 ve 2 de toplam 82 gebe, kontrol grubunda 41 gebe olmak üzere toplam 123 gebenin çalışma kapsamına alınması planlanmıştır.

Örneklem Hesabı			
Güven düzeyi	95		
Güç	90		
Müdahale kontrol grubu sayılarının birbirine oranı:	1		
Müdahale öncesi SAS sıklığı	23*		
Müdahaleden sonra ulaşılması öngörülen sıklık	60**		
OddsRatio:	5		
Risk/Prevalans oranı:	2.6		
Risk/Prevalans farkı:	37		
	Kelsey	Fleiss	Fleisswith CC
Müdahale örneklem büyüklüğü	38	36	41
Kontrol örneklem büyüklüğü	38	36	41
Toplam	76	72	82

*SAS ile emzirme oranı,2008 TNSA ya göre annelerin 5. Ayın sonunda SAS verme sıklığı

** Şenay onbaşı ve arkadaşlarının çalışmasında tek eğitimle altıncı ayda SAS verme sıklığını(89) %60 olarak bulunmuştur. Benzer çalışmalarda **2-6 kat artış** olmuştur (20).

Müdahale ve kontrol gruplarının oluşturulması

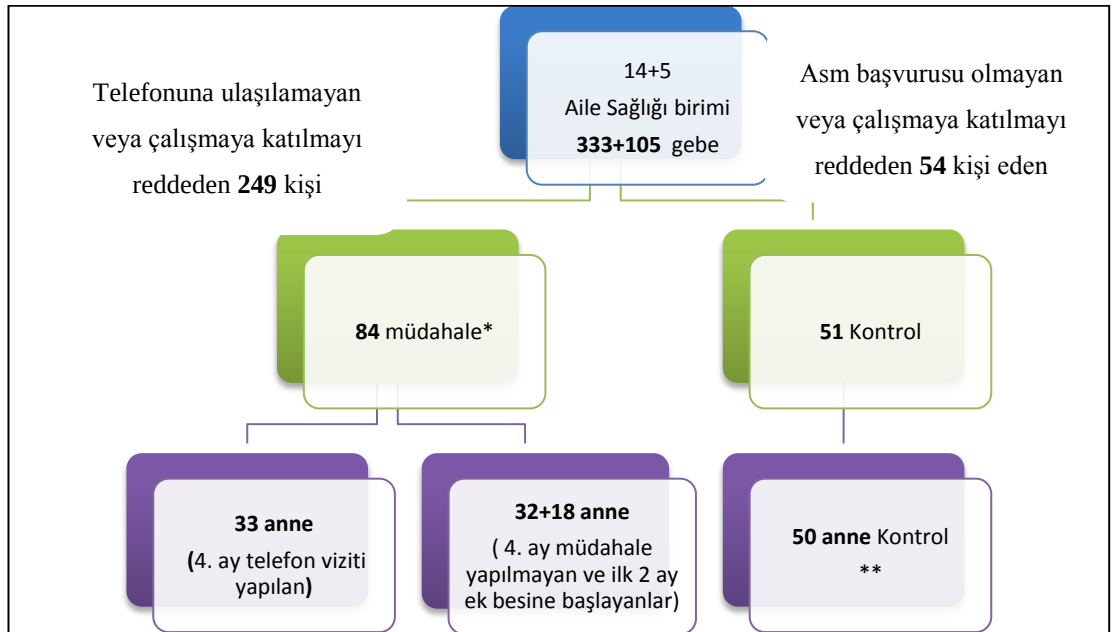
Dört ASM'nin üçü müdahale grubunun seçildiği ASM'leri oluşturdu. Ulaşım kolaylığına göre ve bebek dostu seçilen üç ASM'den Ç.ASM' de beş hekimden dördü, M.ASM'de beş hekimin hepsi, Ça.ASM'de ise sekiz hekimden beşi hekim ve

Aile Sağlığı Elemanları (ASE) çalışmaya katılmayı kabul etti. Toplam 14 hekimin takip ettiği 2. ve 3. trimester toplam 333 gebe ASE'lerin desteğiyle telefonla arandı. Ulaşılabilen gebelere çalışma dizaynı anlatılarak kabul edenler MÜPEAH' ne eğitime davet edildi. **Müdahale grubunu oluşturan toplam 84 kişi eğitime katıldı.**

Müdahale 1- müdahale 2 grubu

2. ayda ek besine başlayan anneler çıkarılıp diğer isimler bir kağıda yazılarak Aile hekimliği polikliniğindeki hemşiremiz tarafından 33 kişinin ismin torbadan tek tek seçilmesi istendi. 33 kişiye 4. ay telefon viziti yapılan *müdahale 1*, 34 kişiye de 4. ay müdahale edilmeyen *müdahale 2* ismi verildi.

Kontrol grubunun seçildiği G.ASM'de 5 hekim ve ASE'ler çalışmaya katılmayı kabul etti. ASM'ye herhangi sebeple başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 2.-3. trimester gebelerle görüşüldü ve yüz yüze yöntemle anket formu dolduruldu. **Kontrol grubunda toplam 51 kişiye ulaşıldı.**



Şekil.6.Örneklemin şematik görünümü

*2 gebenin yakınlarının davetiyle eğitime geldiği tespit edilip, gebelik haftalarının da küçük olması sebebiyle çalışma dışı bırakılmıştır.

**1 anne bebeği ex olması sebebiyle çalışma dışı bırakılmıştır.

3.4. Müdahale süreci

Gebelik Döneminde Yapılan Emzirme Eğitimi:

Eğitim içeriği, “Birey Merkezli Kişisel Gelişimi Destekleyici Bir Eğitim Modülü” olarak hazırlanmış olup, *Ek 3*’ de yer almaktadır.

Eğitimin başında annelere bilgi soruları da içeren anket formu (*Ek 4*) dağıtılarak doldurmaları sağlandı.

Araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formunda,

1. Anneye ait sosyodemografik özellikler,
2. Annenin halihazırdaki gebeliği ve önceki gebeliklerine ilişkin özellikler,
3. En son doğan bebeğine ilişkin emzirme ve ek besine başlamayla ilgili özellikler,
4. Anne sütü ve emzirmeyle ilgili eğitim durumu ve bilgi kaynakları,
5. Doğacak bebekle ilgili emzirme planları sorgulandı.

Anketin emzirmeyle ve anne sütüyle ilgili ifadeler ve bilgi sorularını içeren kısmının eğitime başlamadan hemen önce anneler tarafından eğitim öncesinde tamamlanması istendi. Annelerden bu ifadelerin hangisinin doğru hangisinin yanlış olduğunu karşısındaki kutucuklara işaretlemesi istendi.

Eğitim sonrasında aynı anket yeniden doldurularak eğitimin etkinliği değerlendirildi. Annelere eğitim sonrasında yenidoğan bebek bakımı ve emzirmede sık rastlanan sorunlar ve çözümlerini içeren araştırmacılar tarafından hazırlanan **broşür** (ek 8) ve göğüs pedi, meme ucu çatlak kremi, bebek şampuanı vb **küçük hediyeler** verildi.

Eğitimin sonunda eğitime yönelik geri bildirimlerin değerlendirildiği “Eğitim değerlendirme formu” (*Ek 9*) katılımcılara dağıtıldı.



Resim 5.Eğitimcilerin canlandırma sahnesinden fotoğraflar

Gebeler, eğitim sonrasında gebelik haftaları göz önünde bulundurularak tahmini doğum tarihlerinin öğrenilmesi amacıyla arandı. Arama sırasında doğum yapmış olanlarla eğer doğumun üzerinden bir hafta geçmişse meme başı viziti (Tablo 2) yapıldı.

Doğum sonrası 7-14. Gün:

Tahmini doğum tarihlerinden sonraki ilk 2 hafta içinde telefonla aranan gebelere yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak meme başı viziti (Tablo 5) yapıldı.

Tablo 5. Meme başı telefon vizitinin içeriği

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ Annenin tebrik edilmesi○ Bebeğin ve annenin sağlık durumunun sorgulanması○ Bebeğin anne sütü alımının ve tartısının sorgulanması○ Annede memeyle ilgili problemlerin sorgulanması (meme başında çatlak, iltihab, mastit)○ Meme problemi ve emzirmede sıkıntı yaşayan annelerin hastaneye davet edilmesi*○ Annenin “infantil kolik” hakkında bilgilendirilmesi○ SAS verilmesinin öneminin hatırlatılması○ Gereksinim dışı mama başlanmışsa, mamanın bırakılıp SAS’a devamın önerilmesi○ 2. ay kontrolüne davet edilerek görüşmenin sonlandırılması |
|---|

*Hastanede muayene edilen annelere uygun tıbbi müdahale yapılmıştır.

Bebeklerin 2. ay kontrolü

Bağlı olduğu ASM’de ikinci ay muayeneleri olduktan sonra anneler ve bebekleri hastaneye davet edilerek “2.ay takip formu” dolduruldu. Takip formu ek 5’te yer almaktadır.

2. Ay kontrolüne gelen annelere;

- Doğuma ait bilgiler: Doğum şekli, doğum yaptığı tarih, bebeğin doğum kilosuna

- Annenin sağlık durumu, ilaç kullanımı gibi emzirmeyi etkileyecek unsurlar.
- Bebeğin emme ve SAS alma durumu sorgulandı

Bebekler rutin sağlık muayenesinden geçirilip, tartıları alındı, kaydedildi. Annelerden 1. Ay kiloları öğrenilip, persentillerine bakıldı bebeğin büyüme eğrisi çizildi ve annelere verildi anne sütünün yeterliliği değerlendirilip anne bilgilendirildi.

Bebeğin kilo alımının yetersiz olduğu saptandığında öncelikle bebeğin ve annenin sağlık durumu sorgulandı; anneye, sütünü artırmak için uygulaması gereken beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri anlatıldı. Önerilere uymasına rağmen tartı alımı olmaması halinde mama desteği yapılabileceği belirtildi.

Doktor kontrolü olmadan mama veya ek gıda başlayan annelere, bebeğin kilo alımı normal ise SAS’a devam etmeleri önerildi.

SAS vermekte devam eden ve bebeğinin kilo alımı normal olan anneler “tebrik edilerek” SAS’a devam etmeleri desteklendi.

Ayrıca gelen bütün annelere Aile Hekimliğine bağlı Aile Planlaması Polikliniğinde eğitim hemşiresi tarafından aile planlaması eğitimi verildi.

6.Ay telefon viziti

6.ayda müdahale ve kontrol grubundaki anneler birlikte ele alındı. Müdahale ve kontrol grubundaki bütün anneler telefonla aranarak, araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan, 6.ay bebek takip formunda yer alan sorular yönlendirildi (Ek-6).

Kontrol grubunu oluşturan gebelere Ek 4’de belirtilen anket formu uygulandı. Anneler, tahmini doğum tarihlerine göre “doğum tarihinin belirlenmesi” amacıyla telefonla arandı. Görüşme sırasında SAS vermeye yönelik bir hatırlatma yapılmamasına zen gösterildi. Altıncı ayını dolduran bebeklerin anneleri aranarak Ek 6’daki form dolduruldu.

4.BULGULAR

4.1 Katılımcıların genel özellikleri

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 6 ve 7’de özetlenmiştir. Müdahale ve kontrol grupları arasında yaş, eğitim durumu ve aylık gelir açısından fark yoktu. Okur yazar olmayan gebe sayısı 2 (%1,5) idi. Bunlarda biri müdahale diğer kontrol grubunda idi. Müdahale grubunda 82 anne ve bebek, kontrol grubunda 3 annenin ikiz gebeliği mevcut olduğundan 50 anne, 53 bebek bulunmakta idi.

Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, ortalama ve standart sapma(SS) değerleri

	Müdahale		Kontrol		P
	Ort.±SS	min -max	Ort.±SS	min -max	
Yaş	28,9±5,0	18-43	28,9±5,8	19-42	*0,97
Eğitim yılı(anne)	8,3±4,2	0-18	7,6±3,5	0-16	**0,45
Eğitim yılı (baba)	9,2 ±3,9	0-17	7,9±3,59	0-16	**0,06
	Ortanca		Ortanca		
Eğitim yılı (anne)	8		8		
Eğitim yılı (baba)	9		8		
Gelir(tl)	1350,0		1500,0		**0,57
*Student T test **Mann Whitney U Test Group Statistics					

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, kategorik değişkenler tablosu

	Müdahale		Kontrol		Toplam		p*	
	S	%	S	%	%			
Çalışma durumu (s=132)								
Çalışıyor	17	79,3	6	26,1	100,0		0,2	
Çalışmıyor	65	59,6	44	40,4				
Ev hanımı olma (s=132)								
Evet	65	60,7	42	39,3	100,0		0,5	
Hayır	17	68,0	8	32,0				
Sigara içme durumu (s=132)								
İçiyor	70	61,4	44	38,6	100,0		0,66	
İçmiyor	12	66,7	6	33,3				
Katılımcıların birlikte yaşadığı kişiler					s	%		
Eş	82	100,0	50	100,0	132	100,0	-	
Çocuk	50	61,0	30	60	76	57,0	0,9	
Kayınvalide	15	18,3	6	12	20	15,0	0,33	
Kayınpeder	5	6,1	5	10	9	6,8	0,41	
Canlı Doğum Sayısı								
İlk Gebelik	32	60,4	21	39,6	53	100	0,73	
≥1 çocuğu olanlar	50	63,3	29	36,7	79			
Düşük /Kürtaj Sayısı								
≥1 Düşük		20	74,1	7	25,9	27		
≥1 kürtaj		15	75	5	25	20		
* x ² testi								

Katılımcıların çalışmaya katıldıklarında içinde bulundukları gebelik haftaları arasında gruplar arasında fark saptanmıştır. Grupların ikili karşılaştırmalarında farkın 31-35 haftalık gruptan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Müdahale grubunda 31-35 haftalık gebeler kontrollere göre 22-30 haftalık grupla karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha az ($p=0,001$), 36-40 haftalık grupla karşılaştırıldığında ise anlamlı düzeyde daha fazladır ($p= 0,003$).

Katılımcıların en son doğan bebeğine ilişkin bilgileri

Müdahale grubunda 50, kontrol grubunda 29 annenin bir veya daha fazla çocuğu vardır. En son doğan bebeklerine ilişkin bilgiler Tablo 8 ve Tablo 9’da özetlenmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların son doğan bebeğine ilişkin bilgileri (ortalama ve SS değerleri)					
	Müdahale		Kontrol		
	ort±ss(ay)	ortanca	ort±ss(ay)	ortanca	<i>P</i>
Ek gıda başlama zamanı	5,8 ± 3.2	6	4,4 ± 2,2	6	0,058*
Toplam AS verme süresi	15,9 ± 8	24	13,9 ± 8,3	14	0,34**
*Mann whitney u					
**Student <i>t</i> test					

Tablo 9. Katılımcıların son doğan bebeğine ilişkin bilgileri (kategorik değişkenler)				
	Müdahale	Kontrol	Toplam	<i>p</i> *
Durum	s (%)	s (%)	s	
Emzik kullanımı	31 (62,0)	19 (38,0)	50	0,93
Biberon kullanımı	23 (47,9)	15 (51,7)	38	0,74
<i>Miad doğum</i>	44 (64,7)	24 (35,3)	68	0,07
<i>Erken doğum</i>	6 (60,0)	4 (40,0)	10	
<i>6 ay sas</i>	32 (72,7)	17 (27,3)	49	0,051
<i>>6 ay ek gıda</i>	18 (51,4)	12 (48,6)	30	
* χ^2 testi				

Ek gıdaya erken başlama sebepleri arasında sütün gelmemesi sebebiyle ek gıdaya başlayan anne sıklığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ($p=0,0017$).

Daha önce eğitim alma durumları ve bilgi edinilen kaynaklar

Katılımcıların daha önce eğitim alma durumları ve bilgi edinilen kaynaklar Tablo 10'da verilmiştir. Bilgi edinilen kaynaklar arasında yakın çevre ve aile büyüklerinden bilgi alma sıklığı müdahale grubunda istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların daha önce eğitim alma durumları ve bilgi edinilen kaynaklar							
	Müdahale		Kontrol		Toplam		*p
	s	%	s	%	s	%	
Daha önce emzirme ve anne sütünün önemiyle ilgili eğitim alma durumu (s=115)							
Evet	7	35	13	65	20	100,0	0,05
Hayır	65	68,4	30	31,6	95		
Emzirme ve anne sütüyle ilgili bilgi edindiği kaynaklarınız (s=90)							
Kitap- Dergi	10	21,4	5	25,0	15		0,75
TV- Radyo	10	21,4	9	25,0	19		0,75
Yakın çevre/ Aile Büyükleri	29	61,4	6	20,0	35		0,01
Doktor- Hemşire	19	41,9	18	65,0	37		0,055
* χ^2 testi							

4.2. Katılımcıların doğacak bebeklerini emzirme ile ilgili planları

Katılımcıların doğacak bebekleriyle ilgili planları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların doğacak bebeklerini emzirme ile ilgili planları							
	Müdahale		Kontrol		Toplam		*p
	s	%	s	%	s	%	
Doğacak olan bebeğinizi emzirecek misiniz? s=132							
Evet	82	100,0	50	100,0	132	100,0	-
Hayır	0	0,0	0	0,0	0		
Altı ay boyunca sadece anne sütü vermeyi planlıyor musunuz? s=132							
Evet	81	62,3	49	37,7	130	100,0	0,72
Hayır	1	50,0	1	50,0	2		
Doğacak olan bebeğinizi kaç ayına kadar emzirmeyi planlıyorsunuz? s=127							
6-23 ay	19	55,9	15	44,1	34	100,0	0,50
≥24 ay	58	62,4	35	37,6	91		
* χ^2 testi							

4.3. Katılımcıların bilgi sorularına verdiği yanıtlar

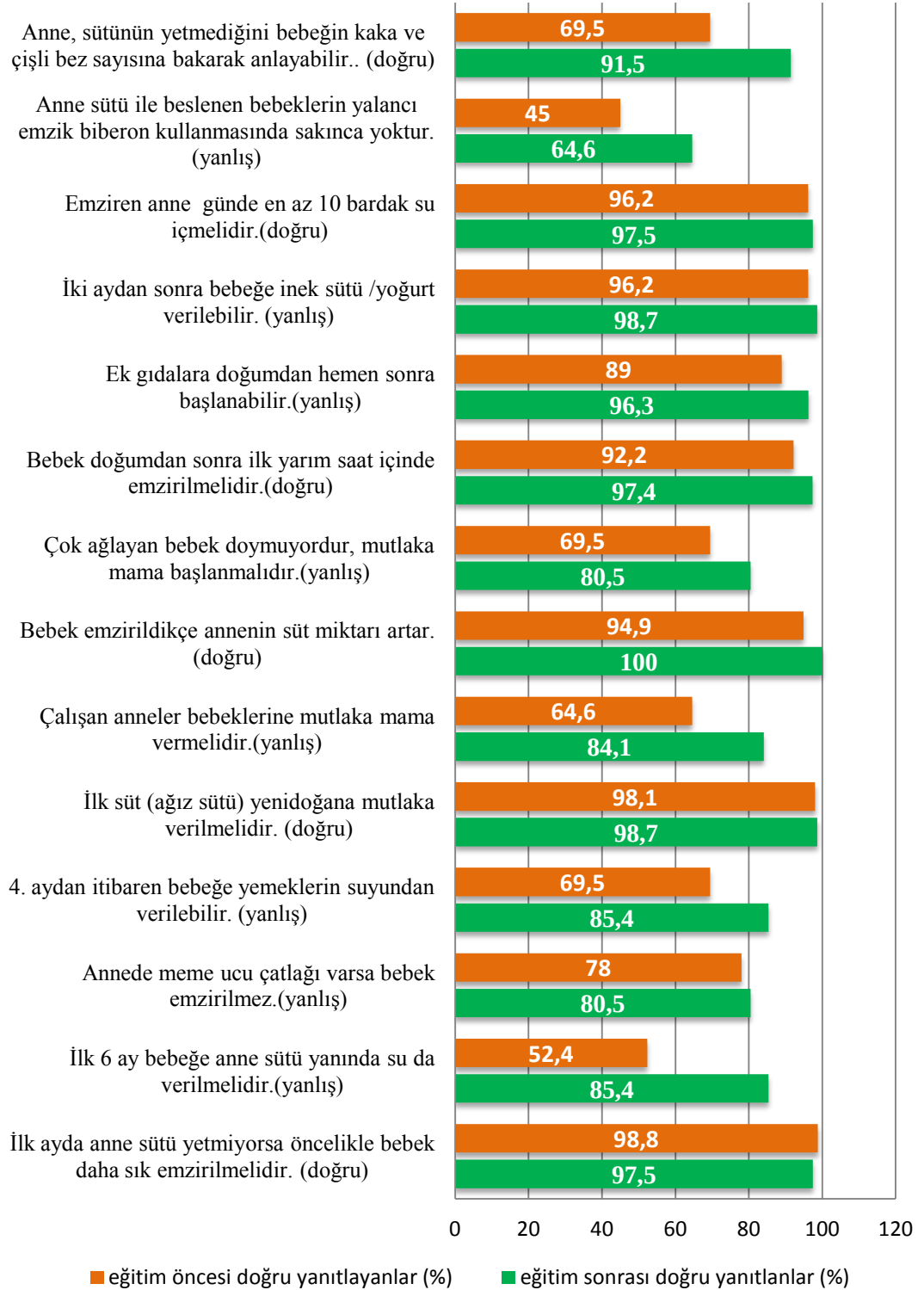
Gebelere dağıtılan anketlerde , gebelerin doğru- yanlış olarak yanıtlayacakları emzirme ve anne sütünün önemi ile ilgili önermeler bulunmaktadır. Gebelerin verdikleri yanıtlar Tablo 12’de verilmiştir. Müdahale grubuna bilgi soruları eğitimden önce ve sonra olmak üzere iki kez dağıtılmıştır. Sorulara verdikleri cevaplar Grafik 1’ de verilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların bilgi sorularını doğru yanıtlama oranları

Bilgi değerlendirmede kullanılan ifadeler	Müdahale		Kontrol		*p
	S	%	s	%	
İlk 6 ay bebeğe anne sütü yanında su da verilmelidir.(y)	43	55,1	35	70	0,09
Annede meme ucu çatlağı varsa bebek emzirilmez. (y)	62	79,5	42	84	0,52
4. aydan itibaren bebeğe yemeklerin suyundan verilebilir.(y)	55	70,5	36	72	0,85
İlk süt (ağız sütü) yenidoğana mutlaka verilmelidir. (d)	76	97,4	45	90	0,07
Çalışan anneler bebeklerine mutlaka mama vermelidir. (y)	50	64,1	45	90	0,01
Bebek emzirildikçe annenin süt miktarı artar.	72	92,3	49	98	0,16
Çok ağlayan bebek doymuyordur, mutlaka mama başlanmalıdır. (y)	55	70,5	42	84	0,08
Bebek doğumdan sonra ilk yarım saat içinde emzirilmelidir. (d)	69	88,5	49	98	0,05
Ek gıdalara doğumdan hemen sonra başlanabilir. (y)	71	91	48	96	0,28
İki aydan sonra bebeğe inek sütü /yoğurt verilebilir. (y)	73	93,6	48	96	0,55
Emziren anne günde en az 10 bardak su içmelidir.(d)	74	94,9	47	94	0,83
Anne sütü ile beslenen bebeklerin emzik biberon kullanmasında sakınca yoktur. (y)	35	44,9	34	68	0,007
İlk ayda anne sütü yetmiyorsa öncelikle bebek daha sık emzirilmelidir. (d)	77	98,7	49	98	0,74

Anne, sütünün yetmediğini bebeğın kaka ve çışli bez sayısına bakarak anlayabilir. (d)	54	69,2	45	90	0,006
* χ^2 testi ** (d): ifade doğru ** (y): ifade yanlış					

Grafik 1. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası katılımcıların ifadeleri doğru yanıtlama yüzdeleri



Tablo 13.Müdahale grubunun eğitim öncesi ve sonrası bilgi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

(S:78)	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		T	P*
	ort.±SS	min -max	ort.±SS	min -max		
PUAN	11,1± 2,0	6-14	12,7 ±1,2	8-14	-6,7	0,000
*Paired Sample T Test						

Önermelerdeki ifadelerin doğru veya yanlış olduğunu doğru ifade eden katılımcıların her doğru yanıtı için 1 puan verilmiş, toplam puanları eğitim öncesi ve sonrasında değerlendirilmiştir. Tablo 13’te katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puanları gösterilmiştir.

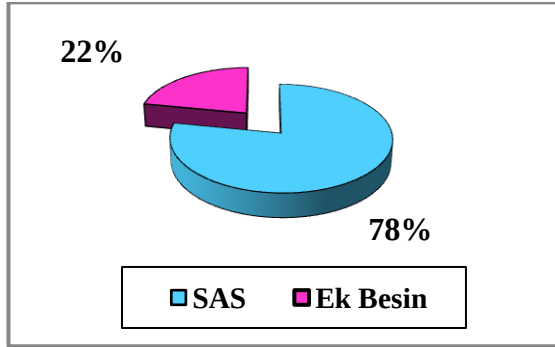
4.4. Müdahale grubunun 2. ay kontrolünde edinilen anneye ve bebeğe ait bilgiler

Bebekleri iki aylık olan annelerin hastane vizitinde belirttikleri meme başı problemleri ve tedavi seçenekleri Tablo 14’te özetlenmiştir. Anneler meme başı çatlağı tedavisinde % 23,2 sıklıkla Lanolin , % 12,2 sıklıkla diğer kremler (Gayazulen yağı, bepanten, vazelin), % 7,3 sıklıkla da diğer tedavileri (Zeytinyağı ,karbonatlı su) kullanmıştır.

Tablo 14. Annelerin meme başı problemleri					
	Evet		Hayır		Toplam
	s	%	s	%	%
Emzirirken meme başında çatlak/ iltihap olma sıklığı (s=82)					
Çatlak	44	53,7	38	46,3	100,0
İltihap	5	93,9	77	6,1	
Tedaviden fayda görme (s=33)	32	91,4	3	8,6	100,0

Bebeklerin 2. ay kontrollerinde müdahale grubunun %25,6 s (s=21) herhangi bir sağlık probleminden şikayet ederken, %74, 4 (s=61) hiçbir şikayeti yoktur.

Müdahale grubu annelerinin iki iki aylık dönemde bebeklerine sadece anne sütü verme oranları Grafik 2 de gösterilmiştir.



Grafik 1. Annelerin İlk 2 aylık dönemde bebeklerine SAS verme sıklıkları

Tablo 15. Annelerin 2. Ay ek besine başlama sebepleri		
Sebepler	S	%
<i>Doktor önerdi</i>	6	35,3
<i>Doymuyordu</i>	4	23,5
<i>Bebekte uyku problemi</i>	2	11,8
<i>Hastanede başlanmış</i>	1	5,9
<i>Sütüm azdı</i>	1	5,9
Belirsiz	1	5,9
Toplam	17	100

Müdahale grubu bebeklerin doğum kilosu Tablo 16’da özetlenmiştir.

Tablo 16. Müdahale grubu bebeklerin doğum kilosu		
Doğum kilosu (gr)	s	%
2000—3150	27	32,9
3175-3560	30	36,6
3570-4710	25	30,5
Toplam	82	100

4.5. Kontrol ve müdahale grubu altıncı ay bebek ve anneyle ilgili bilgiler

4.5.1. Yenidoğan bebekleriyle ilgili bilgiler

Katılımcıların yenidoğan bebekleriyle ilgili bilgiler Tablo 17’de özetlenmiştir. Kontrol grubunun annelerinin hastanede yattığı gün ortalaması müdahale grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak uzun bulunmuştur. Kontrol ve müdahale grubunun hastanede yattığı gün ortalamaları sırasıyla (1,9±1,3) gün,(1,7±1,1) gün. ($p=0,000$).

Tablo 17. Katılımcıların yenidoğan bebeklerine ve emzirme durumlarına ilişkin veriler					
	Müdahale		Kontrol		<i>*p</i>
	S	%	s	%	
Bebeğin cinsiyeti (s=134)					
Kız	28	34,1	19	36,5	0,777
Erkek	54	65,9	33	63,5	
Doğum yapılan yer (s=134)					
Özel hastane	53	64,6	32	61,5	0,505
Üniversite hastanesi	18	22,0	14	26,9	
Devlet hastanesi	11	13,4	5	9,6	
Diğer	0	0	1	1,9	
Sarılık geçirdi mi?(s=134)					
Evet	24	29,3	19	36,5	0,38
Hayır	58	70,7	33	63,5	

Tablo 17. Katılımcıların yenidoğan bebeklerine ve emzirme durumlarına ilişkin veriler (devamı)

	Müdahale		Kontrol		P*
	s	%	s	%	
İlk 6 ay hastanede herhangi bir sebeple yatışı oldu mu?(s=135)					
Evet	15	18,3	12	22,6	0,53
Hayır	67	81,7	41	77,4	
Gebeliğin kaçınıcı haftasında doğdu?(s=134)					
<36	3	3,7	3	5,8	0,565
≥36	79	96,3	49	94,2	
Emzirdiğiniz aylar boyunca bebeğinizle aynı odada mı kaldınız?(s=133)					
Evet	80	97,6	48	94,1	0,29
Hayır	2	2,4	3	5,9	
Bebеğinizi ilk kez doğumdan kaç saat sonra emzirdiniz? (s=134)					
İlk 1 saat içinde	57	69,5	36	69,2	0,22
1-3 saat arasında	16	19,5	5	23,8	
4-12 saat arasında	5	4,9	6	11,5	
İlk günden sonra	5	6,1	5	9,6	
Bebеğinize anne sütünü nasıl verdiniz?(s=134)					
Yalnız emzirerek	54	65,9	36	69,2	0,24
Emzirme ve sağma	26	33,3	12	23,1	
Yalnız sağarak	2	2,4	4	7,7	
Emzik kullanma	49	65,3	26	50,0	0,26
Biberon kullanma	35	42,7	29	55,8	0,13
*x² testi					

4.5.2. Bebeklerin ilk altı ayda beslenmelerine ilişkin veriler

Annelerin ilk 6 ay bebeklerini besleme durumu incelendiğinde bir kısmının ilk 6 ay SAS verdikleri; bir kısmının ilk 3 gün anne sütü ve mama verdikten sonra SAS ile devam ettikleri; bir kısmının ise anne sütü yanında su/mama/ek besin verdiği saptanmıştır. Annelerin ilk 6 ayda bebeklerini besleme biçimleri ile ilgili veriler Tablo 18 de özetlenmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların ilk 6 ay bebeklerine SAS verme durumları							
	Müdahale		Kontrol		Toplam		*p
İfadeler	S	%	s	%	s	%	
Bebeğime ilk 6 ay SAS verdim							
Evet	24	29,3	8	15,1	32	100,0	0,59
Hayir	58	70,7	45	85,9	103		
Bebeğime ilk 6 ay anne sütü sütü ve su verdim.							
Evet	5	55,6	4	44,4	9	100	0,73
Hayir	79	61,2	50	38,8	129		
Bebeğime ilk 3 gün mama ve anne sütü sütü daha sonra 6 ay SAS verdim .							
Evet	12	80,0	3	20,0	15	100	0,10
Hayir	72	58,5	51	41,5	123		
** χ^2 testi							

Analizlerde, bebeğine 6 ay boyunca SAS veren annelerle, ilk 3 gün mama ve anne sütü ile başladığı halde sonrasında 6 ay SAS ile devam eden anneler **SAS veren (Ağırlıklı SAS*)** İlk 6 ay anne sütü yanında su/mama/ek besin veren anneler ise **SAS vermeyen grup** olarak adlandırılmıştır. Sadece anne sütü ile bebeğini besleyen ancak arada su veren anneler SAS vermeyen grupta yer almıştır. Anne sütünün yanı

sıra su verme bu araştırmanın yönteminde belirtilen SAS tanımını bozmakta olduğundan analizlerde ağırlıklı SAS grubu kullanılmış, istatistiksel değerlendirmede “intention to treat” analizi yapılmıştır.

SAS’ın yan sıra su verme de SAS olarak kabul edilebilir miydi, SAS’ın yan sıra su veren anneler de analizlere katılsaydı müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel fark bulunur muydu sorularına yanıt arandığında farkın ağırlıklı SAS grubu kullanıldığında ortaya çıktığı saptanmıştır.(Tablo 19).

Tablo 19. SAS ve anne sütü ile birlikte su veya mama verenler							
	Müdahale		Kontrol		Toplam		<i>p</i> **
	S	%	s	%	s	%	
SAS ve anne sütü ile birlikte su verenler							
Evet	29	69,0	13	31,0	42	100	0,19
Hayir	55	57,3	41	42,7	96		
SAS ve anne sütü ile birlikte ilk 3 gün mama verenler (Ağırlıklı SAS)							
Evet	36	75,0	12	25,0	48	100	0,01
Hayir	48	53,3	42	46,7	90		
*Ağırlıklı SAS: Araştırmacılar, SAS veren annelerle mama ile başlayıp sonrasında 6 ay boyunca SAS vererek devam etme sürecini ağırlıklı SAS olarak tanımlamışlardır.							
**χ^2 testi							

Annelerin bebeğe ek besin ve su başlama zamanı

Annelerin bebeğe ek besin ve su başlama zamanı Tablo 20’de özetlenmiştir. Bebeğe ek gıda ve su-meyve suyu başlanma zamanının müdahale grubunda kontrol

grubuna göre daha ileri aylarda olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,03$ - $p=0,000$).

Tablo 20. Annelerin bebeğe ek besin ve su başlama zamanı					
	Müdahale		Kontrol		p^*
	Ort.±SS (ay)	min -max	Ort.±SS(ay)	min –max	
Ek gıda	4,6±2,0	0-28	3,7±2,3	0-24	0,031
Su/meyve suyu	4,3±2,0	0-28	2,9±2,3	0-24	0,000
*Mann Whitney U					

İlk 3 gün ek gıda alma durumları ve alınan ek gıda çeşidi

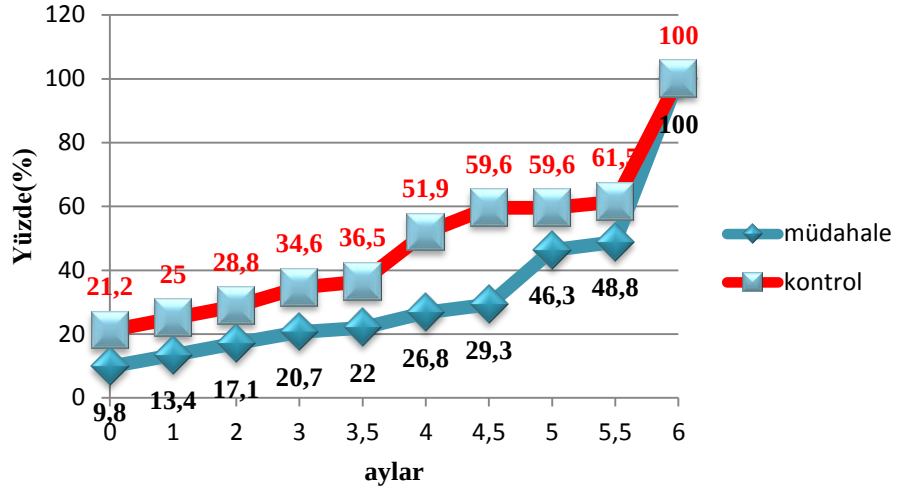
Bebeklerin ilk 3 gün ek gıda alma sıklıkları ve alınan ek gıda çeşidi Tablo 21’de özetlenmiştir.

Tablo 21. Bebeklerin ilk 3 gün ek gıda alma durumları ve alınan ek gıda çeşidi							
	Müdahale		Kontrol		Toplam		
	s	%	s	%	s	%	p^*
İlk 3 gün ek gıda verildi mi? (s=133)							
Evet	32	52,5	29	47,5	61	100,0	0,058
Hayir	50	68,5	23	31,5	73		
İlk 3 gün verilen ek gıda çeşidi(s=60)							
Hazır mama	30	93,8	28	100,0			0,40
Şekerli su	1	3,1	0	-			
Diğer	1	3,1	0	-			
* χ^2 testi							

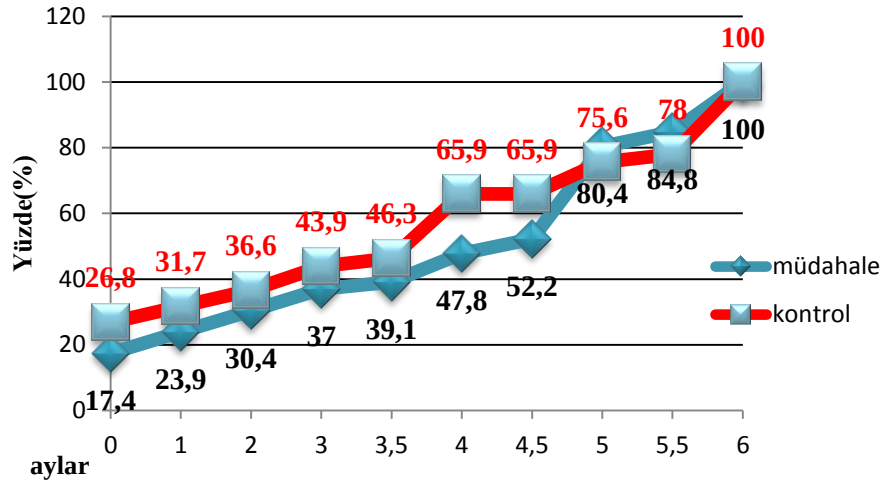
Ek Gıdaya Erken Başlama Sebepleri

Katılımcıların en son doğan bebeklerine ek gıdaya erken başlama sebepleri Tablo 22’de özetlenmiştir. İlk 3 gün ek gıda verenlerin %62,3’ünü hastanede başlananlar oluşturmaktadır. Grafik 3 ve Grafik 4 ‘te SAS vermeyen annelerin ek gıdaya başlama zamanı gösterilmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların yeni doğan bebeklerine ek gıdaya erken başlama sebepleri			
	Müdahale	Kontrol	<i>p</i> *
	s (%)	s (%)	
<i>Sütüm gelmedi (s=55)</i>	27 (49,1)	28 (50,9)	0,24
<i>Doymuyordu (s=51)</i>	27 (52,9)	24 (47,1)	0,79
<i>Hastanede Başlandı (s=40)</i>	18 (45)	22 (55)	0,10
<i>Doktorum önerdi (s=37)</i>	21 (56,8)	16 (43,2)	0,68
<i>Çok ağlıyordu.(s=19)</i>	10 (52,6)	9 (47,4)	0,88
<i>Kilo almıyordu (s=18)</i>	11 (61,1)	7 (38,9)	0,51
<i>Memeyi tutmadı (s=17)</i>	11 (64,7)	6 (35,3)	0,33
<i>Gece uyumuyordu (s=11)</i>	6 (54,5)	5 (45,5)	0,97
<i>Hemşire/ebe önerdi (s=4)</i>	3 (75)	1 (25)	0,39
<i>Ek gıdaya geç başlarsam ilerde yemek seçer(s=6)</i>	5 (83,3)	1 (16,7)	0,13
<i>Çevre baskısı(Eş, kayınvalide, anne, komşu) (s=4)</i>	2 (50)	2 (50)	0,86
<i>Çalışmaya başladım(s=2)</i>	2 (100)	0	0,18
* χ^2 testi			



Grafik 3. Müdahale ve kontrol grubu SAS vermeyenlerin ek gıdaya başlama ayları



Grafik 4.Kontrol ve müdahale grubu Ağırlıklı SAS vermeyenlerin ek gıdaya başlama ayları

4.5.3. Annelerin son gebelik ve aile planlaması ile ilgili veriler

Altıncı ay kontrolünde annelerin son gebelik ve aile planlaması yöntemi kullanımı ile ilgili verileri Tablo 23’te özetlenmiştir.

Tablo 23. Annelerin aile planlaması bilgileri						
	Müdahale		Kontrol			
	s	%	S	%	Toplam	p*
En son gebeliğiniz planlı mıydı?(s=131)						
Evet	71	86.6	40	81,6	100,0	0,44
Hayir	11	13,4	9	18,4		
Herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanıyor/ uyguluyor musunuz?(s=131)						
Evet	76	92,7	35	71,4	100,0	0,001
Hayir	6	7,3	14	28,6		
Hangi doğum kontrol yöntemini kullanıyorsunuz? (S=130)						
Geri-çekme	38	46,3	16	33,3	100,0	0,005
Kondom(prezervatif)	25	30,5	10	20,8		
Rahim içi araç	8	9,8	5	10,4		
Tüp ligasyonu	5	6,1	3	6,1		
Oral kontraseptif / i.m ajanlar			2	3,8		
Yöntem kullanmıyor	6	7,3	12	25		
* x ² testi						

4.6. Grupların ilk 6 ay SAS verme durumunun kategorik ve sürekli değişkenler açısından karşılaştırılması

Kategorik değişkenler

Kontrol ve müdahale grubu olarak ayırmaksızın tüm gruplarla yapılan analizlerde, **ilk 6 ay SAS veren ve vermeyen gruplar arasında**, annenin okur yazar olması-olmaması, ev hanımı olması-olmaması, çalışıyor olması-olmaması, sigara içmesi-içmemesi, kayınvalide-kayınpeder veya anne ile yaşaması-yaşamaması, ilk gebeliği olması- olmaması, düşük- kürtajının olması-olmaması, bir önceki bebeğine 6 ay SAS vermesi-vermemesi, daha önce emzirme ve anne sütüyle ilgili bilgi alması-almaması, eğer eğitim almışsa bu eğitimi kimden/nereden aldığı ve yeterli görüp-görmemesi, yenidoğan bebeğin cinsiyeti, doğumu yaptığı yer, doğum şekli, bebeğin hastane yatışının olması-olmaması, bebeği doğumdan sonra ilk emzirilmesine dek geçen süre, emzik kullanıp- kullanmaması açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmazken ($p>0,05$);

Gebeliğin planlı olup-olmaması, yenidoğan döneminde sarılık gelişimi, emzirilen aylar süresince bebekle aynı yatak odasının paylaşılması ve biberon kullanımı Gebeliği planlı olan (76,6 vs 23,4) ve bebeğinde yenidoğan sarılığı gelişen (86,0 vs 14,0) , biberon kullanan (%89,1 vs 10,9), bebeğiyle ayrı odada kalan(%80 vs %20) annelerin SAS verme sıklıkları düşüktü.

Müdahale ve kontrol grupları ayrı ayrı analiz edildiğinde:

- Müdahale grubunda, ilk altı ay SAS veren vermeyen gruplar, bağımsız kategorik değişkenler açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında gebeliğin planlı olması, yenidoğan sarılığı gelişimi ve biberon kullanımı açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,01$, $p=0,06$, $p=0,003$,
- Kontrol grubunda ise sadece biberon kullanımı açısından fark saptanmıştır. ($p=0,02$).

Buna göre müdahale grubunda SAS veren annelerin %73,8'inin gebeliği planlıydı, SAS alan bebeklerde yenidoğan sarılığı gelişme sıklığı SAS almayan bebeklere göre daha düşüktü, (%83,3 vs %16,7), SAS alan bebeklerde biberon kullanma sıklığı almayanlara göre daha düşüktü. (%85,7 vs % 14,3). Kontrol grubunda Biberon kullanan annelerin SAS sıklığı düşüktü. (%93,1 vs %6,9)

Bağımsız Değişkenler

Tüm grup analizlerine bakıldığında “*katılımcıların yaşı ve katılımcıların bir önceki bebeğini ne kadar süre ile emzirdikleri*” haricinde diğer tüm değişkenlerin normal dağılımda olmadıkları saptandı. Normal dağılım gösteren değişkenlere *Student's Independent (unpaired t test)* test, normal dağılım göstermeyen değişkenler için ise *Mann-Whitney U test* uygulandı.

Tüm grup analizlerinde ilk 6 ay SAS veren ve vermeyen gruplar arasında çalışmaya katıldığı gebelik haftası, bir önceki bebeğe ek-gıdaya başlama zamanı açısından istatistiksel anlamlı fark bulundu (sırasıyla $p=0,02$, $p=0,04$,)

Buna göre; SAS veren annelerin çalışmaya katılma haftası ortancası 33hf iken, SAS vermeyen annelerinki 32 haftaydı. SAS veren ve vermeyen annelerin bir önceki bebeklerine ek gıdaya başlama ay ortancası 6 ay, çeyrekler arası aralık SAS vermeyen grupta 2,25 (25 persentil 3,75 ve 75 persentil 6), SAS veren grupta 0,25 (25 persentil 6 ve 75 persentil 6) olarak saptanmıştır.

Tüm grup analizlerinde; katılımcıların yaşı, bir önceki bebeği emzirme süresi, annenin eğitim süresi, canlı doğum sayısı, yeni doğan bebekleriyle ilgili olarak planladığı emzirme süresi, babanın eğitim süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Müdahale ve kontrol grubu ayrı ayrı analiz edildiğinde, her iki grupta da, ilk 6 ay SAS veren-vermeyenler arasında, ek gıdaya-suya başlama ay ortalamaları açısından istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p=0,01$, $p=0,00$).

Buna göre, SAS verilen grupta ek gıdaya başlama ve su meyve suyu verme ay ortancası 6 ay iken; SAS verilmeyen grupta ek gıdaya başlama ay ortancası 4,7 ay su meyve suyu verme ay ortancası 4 aydır.

Kontrol grubunda ayrıca SAS veren vermeyen gruplar arasında **babanın eğitim durumu** açısından anlamlı fark bulundu ($p=0,03$.) SAS verilen grupta babanın eğitim yıl ortancası 12 iken SAS verilmeyen grupta eğitim yıl ortancası 8 olarak bulunmuştur.

4.7. Ağırlıklı SAS veren ve SAS vermeyen gruplar arasında yapılan analizler

Dünya Sağlık Örgütünün, SAS (exclusive breastfeeding) tanımı; ilk 6 ay boyunca bebeğe anne sütü dışında su dahil olmak üzere hiçbir katı ve sıvı besin verilmemesidir. Vitamin, mineral ve ilaç içeren damla ve şuruplar bu tanımı bozmamaktadır.

Çalışma sürecinde ilk üç gün hastanede ya da evde bebeklerine mama başlanan ancak sütünün artmasıyla birlikte SAS vermeye yönelen ve altı ay boyunca SAS vermeye devam eden anneler de **SAS veren** gruba dahil edilmiştir.

Tüm grup analizlerinde, ilk 6 ay SAS veren ve vermeyen gruplar, kategorik değişkenler olan bir önceki bebeğe SAS verme, anne sütünü verme şekli ve biberon kullanımı açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,01$, $p=0,24$, $p=0,001$). Gruplar arasında diğer kategorik değişkenler açısından istatistiksel anlamlı fark yoktur.

Tüm grup analizlerinde ilk 6 ay SAS veren ve vermeyen gruplar, sürekli değişkenler olan eve giren aylık gelir miktarı, annenin hastaneden kaldığı gün sayısı ortalamaları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. (sırasıyla $p=0,04$, $p=0,03$).

Müdahale ve Kontrol gruplarının SAS veren ve vermeyen grupların kategorik ve sürekli değişkenler açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 24 ve 25’te özetlenmiştir.

Tablo 24. Müdahale grubu ağırlıklı SAS veren/vermeyen grubun kategorik değişkenlerinin karşılaştırılması

	SAS		SAS değil		Toplam		P*
	S	%	s	%	S	%	
Doğacak bebeğinizi ne kadar süreyle emzirmeyi düşünüyorsunuz? (s=77)							
>24 ay	4	21,1	15	78,9	19	100,0	0,027
≥24 ay	29	50,0	29	50,0	58		
Planlı gebelik (s=82)							
Evet	28	39,4	43	60,4	71	100,0	0,05
Hayır	8	72,7	3	27,3	11		
Bebeğinize anne sütünü ne şekilde verdiniz? (s=82)							
Emzirerek	29	53,7	25	46,3	54	100,0	0,013
Sağarak/diğer	7	25	21	75	28		
* x ² testi							

Tablo 25. Kontrol grubu ağırlıklı SAS veren/vermeyen grubun kategorik değişkenlerinin karşılaştırılması

	SAS		SAS değil		Toplam		p*
	S	%	s	%	S	%	
Bebeğiniz yenidoğan döneminde sarılık geçirdi mi?							
Evet	1	5,3	18	94,7	19	100,0	0,04
Hayır	10	30,3	23	69,7	33		
Biberon kullandınız mı?							
Evet	2	6,9	27	93,1	29	100,0	0,005
Hayır	9	39,1	14	60,9	23		
* x ² testi							

Tablo 26.Kontrol ve müdahale grubu ağırlıklı SAS verme /vermeme açısından sürekli değişkenlerin karşılaştırılması

	SAS veren	SAS vermeyen	<i>p</i> *
	ortanca	ortanca	
Müdahale			
Eve giren aylık gelir(tl)	1650	1200	0,01
Annenin hastanede kaldığı gün	1,0	1,0	0,04*
Annenin emzirmeyi planladığı süre(ay)	24	24	0,01**
Kontrol			
Babanın eğitim durumu (yıl)	12	5	0,008
*Mann Whitney U test			

*SAS veren grupta $ort \pm SS = (1,4 \pm 0,6)$, SAS vermeyen grupta $ort \pm SS = (1,8 \pm 1,3)$

**SAS veren grupta $ort \pm SS = (23,5 \pm 3,5)$, SAS vermeyen grupta $ort \pm SS = (20,9 \pm 5,2)$

Buna göre; eve giren aylık gelir median değeri SAS veren /vermeyen grupta 1500tl iken sas verenlerde 25p. (persentil değeri) 1100tl ve (75 p. 2500tl), SAS vermeyen grupta (25p. 1000tl) ve (75 p. 2000tl) bulunmuştur. Hastanede kalınan gün sayısı median değeri ağırlıklı SAS verenlerde/vermeyenlerde 1 gün olarak bulunmuştur. Hastanede kalınan gün sayısı SAS verenlerde (25p.) 1 ve (75 p.)2, SAS vermeyen grupta (25p.) 1 ve (75 p.) 2, yeni doğan bebeğin emzirilmesi planlanan ay (25p.) 24ay ve 75p. 24ay, SAS vermeyen grupta (25p.) 18 ay ve 75p. 24ay bulunmuştur.

Diğer bağımsız değişkenlerle istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır.

4.8. Müdahale 1 ve müdahale 2 gruplarının SAS verme durumunun karşılaştırılması

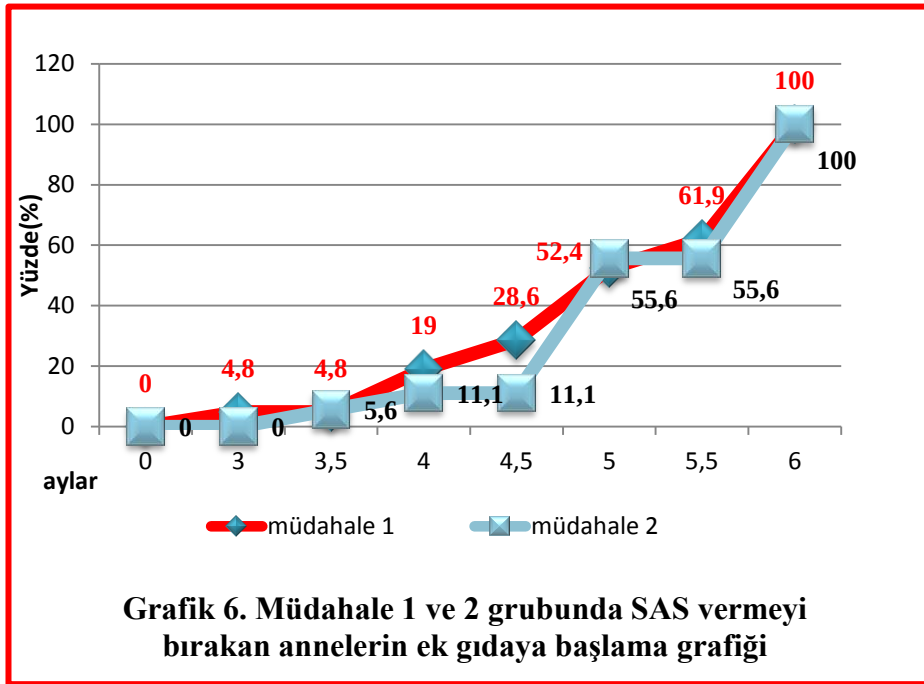
Müdahale grubu randomizasyonla müdahale 1 ve müdahale 2 olarak iki gruba ayrıldı ve müdahale 1 grubundaki bebekler 4. ayı doldurdıklarında annelere telefon viziti yapıldı. Müdahale 1 ve müdahale 2 grubunun SAS verme açısından değerlendirme analizi Tablo 27’de verilmiştir

Tablo 27. Müdahale 1-2 gruplarının ilk 6 ay ağırlıklı SAS verme açısından karşılaştırılması.					
	SAS		SAS değil		<i>p</i>
GRUPLAR	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Müdahale 1	17	60,7	16	27,6	0,003
Kontrol	11	39,3	42	72,4	
Toplam	28	100,0	58	100,0	
Müdahale 2	19	63,3	13	23,6	0,000
Kontrol	11	36,7	42	76,4	
Toplam	30	100,0	55	100,0	

Müdahale 1 ve müdahale 2 grubu ilk 6 ay SAS verme ve ağırlıklı olarak SAS verme açısından karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Müdahale 1 ve 2 grubu kontrolle ayrı ayrı ve birleştirilerek karşılaştırıldığında ilk 6 ay SAS verme açısından anlamlı fark bulundu (sırasıyla $p=0,04$, $p=0,007$, $p=0,006$).

Dördüncü ayda telefon müdahalesinin etkisini değerlendiren müdahale 1 ve 2 iki gruplarında ek gıdaya başlama süreci Grafik 6'da gösterilmektedir.



4.8. Logistik regresyon analizi ile SAS vermeyi etkileyen bağımsız değişkenler

Logistik regresyon modeli içine eve giren aylık gelir, gebeliğin planlı olması, anne ve babanın eğitim durumu, sarılık gelişmesi, hastanede kaldığı gün sayısı, bebeği emzirmeyi düşündüğü süre, biberon kullanımı dahil edilmiştir. Buna göre eve giren aylık gelir ve biberon kullanımı SAS vermeyi etkileyen bağımsız değişken olarak saptanmıştır.

Tablo 28.SAS vermeyi etkileyen bağımsız değişkenler						
	B	S.E*	Sig	Exp(B)	95,0% C.I for EXP(B)	
					lower	upper
Gelir miktarı	0,001	0,000	0,03	1,001	1,000	1001
Biberon kullanımı	1,465	,538	0,006	4,32	1,507	12,430

4.9. Eğitim sonunda müdahale grubunun geri bildirimleri

Eğitime katıla 84 annenin hepsi “*Aklınızdaki sorulara tatmin edici yanıtlar aldınız mı?* “, “*Verilen eğitim sizin açınızdan anlaşılabilir miydi?*”, “*Eğitimin yapıldığı yer uygun muydu?*” sorularına olumlu yanıt vermişlerdir. Alınan eğitime **0 (çok kötü)- 5 (en iyi)** arasında puan vermeleri istendiğinde 80 kişi “5” puan (%95,2) 3 kişi “4” puan (%3,6), 3 kişi de “3” puan (% 1,6) olarak değerlendirmişlerdir. Diğer geri bildirimler Tablo 29’da özetlenmiştir.

Tablo 29. Müdahale grubunun eğitim sonrası geri bildirimleri				
SORULAR	EVET		HAYIR	
	%	s	%	n
Bu eğitimle yeni bir şeyler öğrendiniz mi?	97,6	82	2,4	2
Eğitim, ihtiyacınıza cevap verdi mi?	98,8	83	1,2	1
Eğitim sırasında eğitime aktif katılımınız sağlandı mı?	97,6	82	2,4	2
Eğitimde yeterli uygulama/örnekleme yapıldı mı?	97,6	82	2,4	2
Eğitim programında eksik kalan konular var mıydı?	14,8	12	85,2	69
Eğitim süresi yeterli miydi?	95,2	80	4,8	4

5.Tartışma

DSÖ'nün Sadece Anne Sütü (SAS, exclusive breastfeeding) tanımı ilk 6 ay boyunca vitamin mineral ORS ve ilaçlar dışında su da dahil hiçbir katı-sıvı gıda verilmemesini gerektirmektedir. DSÖ'nün farklı emzirme tanımları da bulunmakta olduğundan, araştırmalarda emzirme tanımına, annenin son 24 saatte bebeğini nasıl beslediği sorgulanarak karar verilir^(100, 101). TNSA 2013'tede annelere bebeklerini son 24 saat içinde nasıl besledikleri sorulmaktadır. Çalışmamızda bu esasa dayanılarak ilk 3 gün formül mama başlanan daha sonra sadece anne sütüne devam eden anneler SAS grubu içinde ele alındı, istatistiksel analizler saf anne sütü alanlar için de ayrıca yapıldı.

Araştırmanın hipotezi

Bebek Dostu Programı'nın birinci basamak sağlık kurumlarının %43'ünde uygulanmakta olduğu ülkemizde bireysel emzirme ve anne sütü eğitimi günlük klinik pratik içindeki uygulamalar arasındadır. Bu programa dayalı olarak SAS oranlarının yüksek olması beklenirken, hem TNSA 2008, hem de 2013 sonuçlarına bakıldığında ek gıdaya erken başlama sıklığının çok yüksek olduğu ve ilk 6. ayda SAS (<6 ay) vermekte olan annelerin sıklığının % 30,1 olduğu görülmektedir. Bu araştırma yoğun poliklinik ortamı ve hasta eğitimi için gereken zamanın sınırlı olması nedeniyle Aile Sağlığı Birimleri ve Merkezlerinde bireysel emzirme eğitimine yeterli zaman ayrılamayacağı öngörülerek, bu eğitimin toplu olarak yapılmasının hem hekime hem de topluma katkısı olabileceği hipotezi üzerine tasarlanmıştır.

5.1. Emzirmeyi etkileyen müdahale çalışmaları.

Çalışmamızda; antenatal grup eğitimi ve postnatal 2. Hafta, 4. Ay telefon vizitleri ve 2. Ayda emzirme ve anne sütünün önemini hatırlatıldığı hastane vizitiyle emzirmeyi destekleyen müdahalenin sonucu olarak müdahale grubunda ilk 6 ay SAS emzirme sıklığı %42,9, kontrol grubunda % 22,2 olarak bulunmuştur ($p=0,01$).

Literatüre bakıldığında, emzirme ve anne sütünü desteklemeye yönelik yapılan müdahalelerinin etkisinin araştırıldığı 15 çalışmanın sonucunu içeren İmdad ve ark.nın sistematik derlemede⁽²⁰⁾ müdahalelerin 6 ay SAS üzerindeki etkileri incelenmiş gelişmiş ülkelerde SAS vermede %137'ye varan artış sağlandığı ve SAS verme sıklığının 6 kat arttığı saptanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde bu 1,3 kata kadar çıkabilmiştir. Alt grup analizlerde ise antenatal dönemde yapılan müdahalenin 4-6 hafta kadar etkili olduğu bulunmuştur. Grup danışmanlığının bireysel danışmanlığa göre SAS üzerinde daha etkili olduğu, postnatal 4-6. Haftalarda SAS verme sıklığını %68 arttırdığı saptanmıştır. Prenatal dönemde verilen emzirme danışmanlığının postnatal 4-6. haftaya kadar SAS verme sıklığında etkili iken postnatal dönemde verilen danışmanlığın ilk 6 ay SAS verilmesi üzerine etkili olduğu bildirilmiştir.

Ulusal bir çalışma olması ve örneklem hesabında sonuçlarının temel alınması sebebiyle TNSA 2008 sonuçlarıyla karşılaştırıldığında 4.-5. ay'da %23 olan SAS sıklığının çalışmamızda yaklaşık iki kat; TNSA 2013 sonuçlarıyla karşılaştırıldığında ise aynı dönem için %9,5 olan SAS verme sıklığının çalışmamızda yaklaşık 4-5 kat yüksek olduğu görülmektedir. TNSA raporlarında 6.ay SAS alım sıklığı yer almadığından sonuçlar 4-5. aylardaki SAS verme sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır.

Çalışmanın tasarlanmasında örnek alınan Onbaşı ve ark.nın⁽⁸⁹⁾ eriştiği %67,8 olan ilk 6 ay SAS verme sıklığına erişilememiştir. Çalışma incelendiğinde çalışmaya alınan anneler Edirne'de yaşamaktadır. Edirne NUTS1'e göre Batı Marmara'da yer alıyor olup, TNSA 2013 sonuçlarına göre Türkiye'de emzirme sıklığının 2. en yüksek olduğu bölgede yer alır. Araştırmada hastaneye doğum için yatışı yapılan gebelere tek bir grup eğitimi verilmiş, sonrasında ise 6. Ay SAS sonuçları değerlendirilmiştir. 6. aydaki veriler yüz yüze doldurulan anketler kullanılarak toplanmıştır. Çalışma 2008'de yapılmış olup, aynı yıl yayınlanan TNSA 2008 sonuçlarıyla 2013 sonuçları karşılaştırıldığında ilk 6 SAS verme sıklığında düşüş vardır. Çalışmamızda çıkan ilk 6 ay SAS verme sıklığı, ülkedeki genel düşüşün yansıması olabilir. Yine Onbaşı ve ark.'nın çalışmasında müdahale grubunda lise ve üniversite mezunu anneler çalışmamızla kıyaslandığında çoğunluktadır. Çalışmada annelerin bilgi düzeyi 6. ayda sorgulanmıştır. Bizim araştırmamıza benzer eğitim öncesi ve

sonrası bilgi düzeylerine bakılmamıştır. Altı aylık süreçleri annelerin sadece anne sütü vermelerine etki eden diğer faktörler olabilir. Bununla birlikte literatürde doğum öncesi verilen eğitimin doğum sonrası ilk 4-6.hafta ile 3 ay SAS verme üzerine etkili olduğu bildirilmiştir^(20, 102).

Literatürdeki yapılan diğer müdahale çalışmaları ve sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

Bireysel ve grup çalışmalarının karşılaştırıldığı; 2015 yılında *Wong ve ark*⁽¹⁰²⁾'nin yayınladığı sistemik derlemede standart eğitimle kıyaslandığında; 12 çalışmanın 4'ünün antenatal grup eğitiminin emzirme süresi ve SAS sıklığını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Derlemenin sonunda grup eğitiminin mi yoksa bireysel eğitimin mi daha etkili olduğunun kıyaslanabileceği yeterli örneklem ve kaliteye sahip çalışma bulunamadığı bildirilmiştir. Ayrıca bu derlemede antenatal dönemde verilen eğitimin sadece 3 aya kadar etkili olduğu bulunmuş, sadece iki çalışmada etkiler 6 aya kadar sürmüştür.

Cochrane'de yer alan ve 67 çalışmanın sonuçlarının değerlendirildiği bir sistematik derlemede annelere emzirme konusunda verilen her türlü desteğin emzirme süresine ve SAS verme sıklığına etkili olduğu saptanmıştır.

Haroon ve ark.nın yaptığı çalışmada⁽¹⁰³⁾ emzirme üzerindeki müdahalelerin, 1-5.ay SAS verme sıklığını %90 artırdığını; grup ve bireysel, birlikte, verilen danışmanlığın sadece grup veya sadece bireysel olarak verilen danışmanlıklara üstün olduğu sonucuna varılmıştır.

Aksu ve arkadaşlarının hastanede ve postpartum 3. gün evlerinde annelere verdikleri danışmanlık sonucu postpartum emzirme sıklığı 2-6. hafta ve 6.ayda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur⁽¹⁰⁴⁾.

Sezaryenle doğum kararı verilmiş annelerle yürütülen bir eğitim programının⁽⁸⁰⁾ sonucunda müdahale grubunun hastanede kalış süresinin kontrol grubuna göre daha uzun olduğu (%79,6 vs %52,2 $p=0,004$) ve 1 ay boyunca SAS verme sıklığının (75,9 vs %34,7 $p<0,001$) anlamlı olarak yüksek bulunduğu bildirilmiştir.

Bütün bu çalışmalardan çıkarılabilecek sonuç, ister grup eğitimi şeklinde isterse bireysel olarak verilen emzirme desteğinin emzirme sıklığını artırmada önemli rolü olduğudur. Bu müdahaleler yalnızca antenatal dönemde yapıldığında etkileri 6.aya kadar sürmeyebilir, antenatal eğitimlerin postnatal dönemde yapılacak müdahalelerle desteklenmesi bu etkinin süresini uzatılabilir.

Telefon müdahalesi

Çalışmamızın doğum sonrası ayağında müdahale grubu annelerinin 2.ay hastane viziti dışında, annelerle meme başı viziti, 4.ay ve 6.ay görüşmeleri telefonla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamızda 2.ayda hala SAS vermeye devam eden anneler 4.ay telefon viziti yapılan (müdahale 1) ve yapılmayan (müdahale 2) olarak ikiye ayrılmıştır. Gruplar kendi aralarında değerlendirildiğinde SAS vermek açısından fark bulunamazken kontrol grubuyla ayrı ayrı karşılaştırıldığında müdahale gruplarında SAS verme sıklıkları yüksek bulunmuştur (Tablo 27). Telefon müdahalesi gelişen teknoloji ile birlikte sık kullanılan etkili bir tekniktir⁽¹⁰⁵⁾. Emzirmeyi destekleme çalışmalarında kullanılmıştır⁽¹⁰⁶⁻¹⁰⁸⁾. **Medya ve ark.** ⁽⁹⁸⁾ yaptığı ebelerin multifaz müdahale içeren “*milky way*” adını verdikleri çalışmada grup eğitimi ve 1.-4.-6. aylarda telefon vizitlerine dayanan araştırmasında 6 ay boyunca emzirme sıklığı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. İsveç’te preterm bebeği olan annelerle yürütülen yeni bir çalışmada⁽¹⁰⁹⁾ müdahale grubu hastane taburculuğu sonrasında her gün telefonla aranmış ve her an ulaşabileceği bir telefon numarası kendilerine verilmiş, kontrol grubuna ise sadece telefon numarası verilmiş, emzirme üzerine etkisi araştırılmıştır. Annelerin gebelik boyunca ve doğum sonrası 6 hafta içinde herhangi bir zamanda telefonla desteklenmesinin etkilerini araştırın sistematik derlemede, desteğin emzirme süresini artırdığına dair kanıtlar elde edilmiştir.

Annelerle anında iletişime geçmeyi sağlayan telefon görüşmesi İlk 6 ayda SAS sıklığını artırmada başvurulacak araçlardan biri olabilir.

Optimum emzirme süresi:

Onbaşı ve arkadaşlarının⁽⁸⁹⁾ çalışmasında müdahale grubunun SAS alım süresi ortalama $4,8 \pm 1,8$ ay iken kontrol grubunda $3,1 \pm 2,4$ ay olarak bulunmuştur ($p=0,03$). Bizim çalışmamızda ise ortalamalar müdahale grubunda $4,6 \pm 2$ ay, kontrol grubunda $3,7 \pm 2,3$ ay bulunmuş olup her iki çalışmada da fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (Tablo 20). Önerilen SAS alımı süreleriyle ilgili çalışmalarda ve sağlık sunucuları arasında farklı fikirler vardır.

Çalışma sırasında da anneler kimi zaman doktorlardan kimi zaman da ebe ve hemşirelerden dördüncü ayından sonra ek gıda verileceklerine dair öneriler almıştır.

O halde emzirmenin optimum süresi hakkında ne söylenebilir.

DSÖ, 2001 yılından önce bebeklere 4-6 ay arası SAS verilmesini önermekteydi. DSÖ, 2001 yılında yapılan Expert Consultation toplantısında⁽¹¹⁰⁾, 2002 yılında yapılan sistematik derlemenin⁽¹¹¹⁾ sonucuna dayanarak SAS verme süresini global bir halk sağlığı önerisi olarak, 6 ay şeklinde düzenlemiştir. Cochrane’de yayınlanan 2012 yılında yapılan bir sistematik derlemenin sonuçlarına göre 3-4 ay SAS aldıktan sonra anne sütü ve ek gıdayla devam eden bebeklerde ilk 6 ay SAS alan bebeklere göre kilo alımı ve boy uzaması açısından kayba rastlanmadığı bildirilmektedir⁽¹¹²⁾.

Bebekliğinde ilk 6 ay SAS almış 6,5 yaşındaki çocukların boy, kilo, beden kitle indeksi, diş sağlığı, bilişsel yetenekler ve davranışlar açısından, anne sütü ve ek gıda ile karışık beslenmiş olan çocuklarla arasında anlamlı fark saptanmamıştır. SAS ile beslenen bebeklerin 4-6 aylık dönemde mix beslenen bebeklere göre daha az gastrointestinal (GİS) hastalıkları mevcut iken, ilk bir yılda 6 ay SAS alan bebeklerin solunum yolu hastalıklarına daha az yakalandıkları bildirilmiştir. İlk 6 ay SAS almanın atopik dermatit, astım ve diğer besin ve hayvan alerjilerine karşı mix beslenmeden farklı bir koruyuculuk taşımadığı bulunmuştur. SAS vermenin anneye en büyük katkısı doğuma bağlı alınan kiloların hızlı bir şekilde verilmesini sağlamasıdır^(2, 112).

Son olarak DSÖ’nün 2012 yılında revize ettiği 2002 yılındaki çalışma sonucu alınan karara dayalı araştırmalar incelendiğinde çıkan sonuçlar, ilk 6 ay SAS’la

beslemenin hiçbir zararının olmamasının yanında GİS hastalıkları ve solunum yolu hastalıkları üzerine olumlu etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Yine de bu karar tüm çocuklar için doğru olmadığından bireysel değerlendirme yapılmalı yeterli büyüme ve gelişmenin olmadığı durumlarda ek gıdaya daha erken başlanmalıdır. Özel durumlar dışlanarak **tüm bebekler için ilk 6 ay SAS verilmesi** önerilir.

5.2. İlk 6 ay SAS alımını etkileyen durumlar

Annelerin emzirme planları

Emzirme sıklıklarında annenin daha önceki planının önemli olduğu bilinmektedir. Çalışmaya katılan annelerin hepsi bebeğini emzirmeyi düşünmektedir. İki kişi hariç diğerleri ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyi planlamaktadır. “Ne kadar süreyle emzirmeyi düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevaplar kontrol ve müdahale grubunda benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda annelerden gebeliğinde bebeğini 24 ay ve üzeri emzirmek isteyenlerin ilk 6 ay SAS verme sıklığı yüksek bulunurken, 24 ay ve altında emzirmeyi planlayanların %78,9’u SAS vermeyen grupta yer almaktaydı (Tablo 24).

Çalışmamızda SAS veren annelerin çalışmaya katılma haftası ortancası 33 hf iken, SAS vermeyen annelerin çalışmaya katılma haftası ortancası 32 hafta olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılım zamanı ile SAS vermek arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Eğitim verilen hafta *Sağlık Bakanlığının Doğum Öncesi Bakım Rehberinde* önerildiği şekilde seçilmiştir. Annelerin emzirme hedeflerine doğum öncesi karar verdikleri düşünüldüğünde çalışmalarda eğitimin 32 haftadan önce verilmesi ve ilk ziyaretinden doğuma kadar ki süreçte eğitimin devam etmesi çalışmalarda önerilmektedir^(113, 114). Ayrıca gebeliğin de planlı olup olmaması SAS vermek üzerinde etkili olabilmektedir. Çalışmamızda SAS veren annelerden %74,3’ünün gebeliğinin planlı olduğu saptandı ($p=0,04$). Yeni yayınlanan (2015) bir araştırmada⁽¹¹⁵⁾ bu sonucu destekler nitelikte olarak, istenmeyen ve plansız

gebeliklerden doğan bebeklerin ilk 6 ay emzirilme sıklığı daha düşük tespit edilmiştir.

Babanın eğitim durumu:

Anne ve bebek üzerinde babanın etkisi göz ardı edilemez. Kültürümüzde babanın evin reisi olduğu bir aile motifi vardır. Annenin ekonomik getirisinin olmadığı ailelerde bu etki daha belirgin olabilmektedir. Çalışmada, kontrol grubunda babasının eğitim aldığı yıl ortalaması 12 yıl olan bebeklere daha fazla SAS verildiği saptanmıştır (Tablo 26). Bu sonuca göre eğitilmiş babaların anne sütünün destekleyerek mama kullanımına karşı çıktığı düşünülebilir.

Baba faktörü göz önüne alınarak yapılan Özlüses ve ark.'nın⁽¹¹⁶⁾ yaptığı çalışmada sadece annelere eğitim verilen grupta ve anne ve babalara beraber eğitim verilen grupta kontrol grubuna kıyasla SAS verilme sıklığı yüksek saptanmıştır ($P<0,05$), (%56,4,%33,3,%12,8).

Susin ve ark.'nın⁽¹¹⁷⁾ yaptığı çalışmada 8 yıl ve altı eğitim alan babaların bebeklerinde emzirilme sıklığı 8 yıl ve üzeri eğitim alanlara göre düşük bulunmuştur. Taşpınar ve ark.'nın⁽¹¹⁸⁾ Manisa'da yaptığı çalışmada babanın eğitim düzeyi emzirme konusundaki bilgisini ve emzirmeye yaklaşımını etkilediği bulunmuştur ($p<0,005$).

Bir önceki bebeğe ek gıdaya başlama zamanı

Bir önceki bebeğine ek gıdaya ileri aylarda başlayan annelerin yenidoğan bebeğe SAS verme sıklığı yüksek bulunmuştur ($p=0,02$).

Bu sonucu destekleyen benzer çalışmalardan Gisele ve ark.'nın⁽¹¹⁹⁾ yaptığı emzirme süresini etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmada daha önce bebeği olan annelerin %84 ünün diğerini de emzirdiği ve emzirme deneyimi olan annelerin emzirme süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır.

Emzirme ve ek gıdaya geçişi etkileyen faktörlerin araştırıldığı diğer bir çalışmada önceki emzirme deneyiminin emzirme süresi üzerinde olumlu etkisi bildirilmiştir⁽¹²⁰⁾.

Primipar ve multipar annelerin bebeklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada⁽¹²¹⁾ multipar annelerin emzirme sürelerinin daha uzun olduğu ve emzirmeye başlama sürelerinin primiparla kıyaslandığında daha erken olduğu bildirilmiştir.

Bu sonuç bize bebek beslenmesinde tecrübenin de önemli olduğunu düşündürmektedir. Özellikle primipar olan annelerin sağlık personeli ve emzirme konusunda deneyimli yakınları tarafından daha fazla desteklenmesi bu açığı kapatmalarına katkıda bulunabilir.

Gelir miktarı:

Müdahale grubunda eve giren aylık gelir ortalaması yüksek olan annelerin bebeğine daha fazla SAS verdiği bulundu (Tablo 26). Yayımlanan bir çalışmada gelir düzeyi yüksek olan annelerin düşük olanlara göre bebeklerini daha uzun süre emzirdiği belirtilirken⁽¹¹⁹⁾, başka bir çalışma da ise orta düzeyde gelir durumuna sahip annelerin yüksek ve düşük düzey gelire sahip annelerden daha erken ek gıdaya başladığını göstermektedir⁽¹²⁰⁾.

Çalışmalar gelir durumu düşük olan annelerin meme başı sorunları, memeyi tutturma, sütün yetersiz olduğu algısını gidermek için daha fazla desteğe, güven verilmesine ihtiyaçları olduğunu belirtmektedir. Ayrıca doğum sonrasındaki teşvik ve desteğin sürekliliği hastanede SAS verilmesine yardımcı olacaktır⁽¹²²⁻¹²⁴⁾.

Ek besine erken başlama- Hastanenin etkisi

Grupların ilk 3 gün ek gıdaya başlama sıklıkları verilme sıklıkları birbirine benzer olarak çıkmıştır. Verilen ek gıda çeşidine bakıldığında, müdahale grubunda %93,8 kontrol grubunda ise %100 sıklıkta formül mama başlanmıştır. İlk 3 gün ek gıda verme sebepleri irdelendiğinde sütün gelmemesi (s=55), bebeğin doymaması(s=51), hastanede başlandı.(s=40) ve doktor önerisi (s=37) nedenleri en çok öne sürülen sebeplerdir. Annelerin 61'ilk 3 gün mama vermeye başlamış daha sonra bunlardan 16 'sı (%26,2) SAS'a geri dönmüştür.

Erken ek gıda sebepleri araştırıldığında anne sütünün yetersiz olduğunu düşünme, meme problemleri ve memeyi tutturmadaki zorluklar gösterilmiştir⁽¹²⁵⁾.

Annenin sütünün yetersiz olduğu algısını taşıyan annelerle yapılan çalışmada hastanede verilen destekte bebeklerin 3 ay boyunca SAS almaları sağlanmıştır⁽¹²⁶⁾.

“*The Journal of Human Lactation*” dergisinde 2010 da yayımlanan Dabritz ve ark.’nın⁽¹²⁷⁾ çalışma sonuçlarına göre ilk 6 ay SAS alımına **annenin hastane deneyiminin** etkisi bulunmaktadır, hastane de mama başlanması SAS alımını negatif olarak ilişkilidir. Pozitif ilişkili faktörler ise annenin hastaneye hemen ulaşabileceğı bir telefon numarası olması, süt sağma pompasının olmasıdır.

Çalışmamızda çıkan sonuç ise müdahale grubunda hastanede kalınan gün ortalaması düşük olan annelerin bebeklerine SAS verme sıklığı yüksek olduğu şeklindedir (Tablo 26).

Hastanede ve doktor önerisiyle başlanan mama kullanımının daha sonra tamamen bırakılmasının güç olduğu ve özellikle annedeki sütünün az olduğu algısının buna engel olduğu düşünülmektedir. Anneler anksiyeteli olduğu zaman süt üretimleri azaldığı bildirilmektedir⁽¹²³⁾. Anksiyete sebebiyle süt miktarı yeterliyse de azalabilir. Bu dönemde anne desteklenerek mama ihtiyacının kalmadığı döneme kadar annelerin hastanede tutulması ve SAS verilmesine başlanarak taburu edilmesi SAS sıklıklarını artırmada etkili olacağı söylenebilir.

Anne sütünü verme şekli ve biberon kullanımı

Anne sütünün bebeğe en uygun verilme şekli emzirmektir. Bunun yanında memenin anatomik yapısı meme ucu problemleri ve annenin veya bebeğin birlikte olamaması (annenin çalışması bebeğin yoğun bakım-kuvöz yatış) gibi sebeplerle annenin sütünü sağarak vermesi gerekebilmektedir.

Müdahale grubunda anne sütünü yalnızca sağarak veya hem sağıp hem emzirerek veren annelerde SAS bırakma sıklıklarının yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 24).

Sağılan süt biberon verilmiş olmasının bu duruma sebep olabileceğı düşünülmektedir.

Biberon kullanımı hem emzirilme süresini kısalttığı hem de enfeksiyon hastalıkları sıklığını arttırdığı için önerilmemektedir⁽¹²⁸⁾. Ülkemizde ilk altı ayda

biberon kullanımı %37'dir. Kondolot ve ark. yaptığı çalışmada biberon kullanma sıklığı %32.5 bulunmuştur ve biberon kullanımına ortalama 4,6. haftada (ortanca 1 hafta, min.1. hafta, max.20. hafta) başlandığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda müdahale grubunda %.42,7 kontrol grubunda %55,8 oranında biberon kullanan anne bulunmaktaydı. Bu oranlar ülke ortalamasının üzerindedir. Kontrol grubunda bebeğine biberon kullanan 29 annenin (93,1) bebeğine SAS veremediği tespit edildi (Tablo 17). SAS vermeyen annelerin biberon kullanma oranları SAS veren annelerin biberon kullanma oranlarına göre yüksek bulundu. Biberona başlama anne sütünü bırakma ile ilişkilendirilmektedir.

Aytekin ve ark.'nın⁽¹²⁹⁾ erken doğan bebeklerde sağılan anne sütünün kaşıkla yahut biberonla verilmesi karşılaştırıldığında kaşıkla beslenen bebeklerin tam anne sütüne geçiş başarısında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Howard ve ark.'nın⁽¹²⁸⁾ yaptığı randomize klinik çalışmada sağılan sütün fincanla verildiği bebeklerin SAS alım süreleri ve emzirme süreleri biberonla verilenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuç SAS verememenin pek çok başka nedeni olması ve mamaların da genellikle biberonla verilmesi nedeniyle biberon kullanımının SAS verme üzerindeki etkisini açıklamak için yeterli değildir.

Yenidoğan Sarılığı

Sarılık yenidoğanda en sık görülen klinik bulgulardan biridir. Term bebeklerin % 60'ında, pretermilerin % 80'inde yaşamın ilk haftasında klinik olarak sarılık gözlenir. Genellikle geçici bir durum olmakla birlikte, yenidoğan sarılığı, doğum sonrası ilk hafta içinde hastaneye yatışların en sık nedenidir⁽¹³⁰⁾. Fizyolojik ve patolojik ve anne sütü sarılığı olmak üzere üçe ayrılır. Anne sütü sarılığının ilk 5 gün içinde görülmesi sütün özelliklerinden ziyade, emzirmedeki teknik yanlışlıklara bağlıdır. İlk çocuklarını doğuran ve sezaryenle doğum yapan kadınlarda anne sütünün miktarı ilk 24-48 saatte az olabilir. Annenin ve bebeğin emme konusundaki

tecrübesizliği sebebiyle ilk günlerde süt verimi düşebilir. Çocuk aç kalacağı korkusuyla formül mamayla takviye yapılması, annenin süt miktarının daha da azalmasına yol açar. Sonuç olarak bebek, yalnızca formül ile beslenen bir bebeğe kıyasla daha az beslenerek dehidratasyona girer ve mekonyum pasajı da gecikir. Artmış intestinal geri emilim ve azalmış kalorik alım mekanizmaları ile sarılığa yol açar⁽⁴⁴⁾.

Çalışmamıza baktığımızda tüm grupta sarılık geçiren bebek sıklığı %32,1 iken müdahale grubunda %29,3, kontrol grubunda ise %36,5tir. Bebeği sarılık geçiren 37 annenin (%86) bebeğine SAS vermediği saptanmıştır (Tablo 25).

Uygun hastane politikaları oluşturarak, bağırsaktaki kolostrum ve sütün yeterli volüm ve sıklığını sağlayacak şekilde erken emzirmeye başlanması, su, şekerli su gibi sıvılarla desteklenmeden emzirmenin öğretilmesi ve sürekliliğinin sağlanması erken başlangıçlı anne sütü sarılığını önleyebilir^(131, 132).

Ek gıdaya erken başlamaya etki eden faktörlerle ilgili literatürdeki diğer çalışmalar

Şahan ve ark. 0-24 ay arası bebeği olan annelerle yaptığı araştırmada; emzirme kararını doğum sonra verenlerin ilk bir aydaki ek besine geçiş zamanı doğumdan önce gebelik sırasında karar verenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

Erken ek gıdaya başlama sebepleri içinde sütün yetersizliği belirtilmiştir. (%67). Babanın eğitim durumunun yüksek olduğu bebeklerde ek gıdaya geçme süresi ileri aylarda olduğu tespit edilmiştir. İlk 3 gün içinde bebeklerin %39 una anne sütü dışında gıda verilmiş, gıdanın çeşidi % 57 oranla mama olarak belirtilmiştir⁽¹³³⁾. Bizim çalışmamızdan farklı olarak katılımcıların %83 ü anne sütü ve emzirme konusunda eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

Diren ve ark.'nın ⁽¹³⁴⁾ 0-24 ay arası bebeği olan annelerle yaptığı çalışmada; %56 sının doğum öncesi %64 ünün ise doğum sonrası bilgi aldığı bildirilmiştir. Bilgi kaynakları sorgulandığında doktorun ilk sırada olduğu görülmektedir. Emzirmenin bırakılmasının en sık nedeni sütün kesilmesidir.

Çalışmamızda anlamlı çıkmayan bebekle emzirme sürecince aynı odada kalma durumu SAS verme arasındaki ilişki, Şencan ve ark.'nın ⁽¹³⁵⁾ yaptığı araştırmada aynı odada kalma süreleri ile toplam anne sütü verme süreleri arasında iyi derecede anlamlı korelasyon bulunmuştur. Aynı çalışma da emzirme de karşılaşılan en sık sorun emzirme konusundaki tecrübesizlik emzirmenin en sık bırakılma sebebi de sütün gelmemesidir. Anne sütü verme süresine babanın destek olması, annenin ev hanımı olması etkili bulunmuştur.

2015 yılında yayımlanan bir kalitatif çalışmada anneler formül mamaya başlama sebepleri içinde %37 sıklıkla sütünün yetersizliğini belirtmişlerdir. Hastanedeki personelle konuşulduğunda temel sebep olarak yine sütün yetersiz olduğunu düşünmeleri, işe dönmeleri, büyüklerin baskısı ve akranlarından etkilenme olarak açıklamışlardır. Yetersiz süt algısının yanlış emzirme tekniği ve sık emzirmemekten kaynaklandığını belirten yetkililer, bunu aşmak için danışmanlık hizmetlerine gereksinim olduğunu lakin yeterli kaynak ve zamanın olmadığını vurgulamışlardır.

Bolat ve ark.'nın ⁽¹³⁶⁾ sağlam çocuk polikliniği izlemleriyle yaptığı çalışmada İlk 6 ay SAS sıklığında erken emzirmenin etkili olduğu bulunmuştur. Erken emziren annelerin özelliklerine bakıldığında Doğu Anadolu kökenli olan, 500-2000 TL geliri olan, düşük veya fazla doğum ağırlıklı bebek doğuran, gebeliğinde emzirme eğitimi alan annelerden oluştuğu görülmüştür. Ünsal ve ark. ⁽¹²⁾ ise ilk emzirme zamanının geç olması, sezaryenle doğum, doğumda sağlık problemi varlığı, düşük doğum ağırlığı, iyi gelir düzeyi, multiparite ve emzik-biberon kullanımı gibi durumları ilk altı ay ek besine başlama eğilimini arttıran faktörler olarak bulmuştur.

5.3. Uygulanan eğitim programının olası etkileri

Anneler bebek dostu ASM tarafından takipli olmasına rağmen, müdahale grubunun %68'i, kontrol grubunun ise %69,8'i anne sütü ve emzirme konusunda eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Kontrol grubunun daha önce eğitim alma sıklığı müdahale grubuna göre yüksek bulunmuştur. Eğitim alınan kaynaklara

bakıldığında müdahale grubunun sıklıkla yakın çevre ve aile büyüklerinden bilgi aldığı ortaya çıkmaktadır. Bu sonuçlardan eğitim verilen grubun öncesinde de emzirme ve anne sütü hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı ve emzirme süreleri arasındaki farkı aldıkları eğitimin oluşturduğu düşünülebilir.

Bilgi sorularına verilen cevaplara bakıldığında müdahale ve kontrol grupları arasında, katılımcıların başlangıçtaki bilgi durumu açısından, üç soru haricinde fark saptanmamıştır. “*Çalışan anneler bebeklerine mutlaka mama başlamalıdır.*”, “*Anne sütü ile beslenen bebeğin emzik/biberon kullanmasında sakınca yoktur.*”, “*Anne sütün yetmediğini bebeğin kaka ve çişli bez sayısına bakarak anlayabilir.*” ifadeleri kontrol grubunda müdahale grubuna göre anlamlı derece yüksek olarak doğru yanıtlamıştır. Kontrol grubunun bu konuda daha önce eğitim almış olması sonuçları etkilemiş olabilir.

Müdahale grubunda eğitim sonrasında, bilgi sorularına verilen doğru cevapların eğitim öncesine göre puan ortalamasında artış saptanmıştır. (Tablo 13) Bu farkı gözетerek eğitimin anneler üzerinde yararlı etkileri olduğu, ikinci ayda %74’ü bulan SAS verme sıklığında bu eğitimin fark yaratmış olabileceği düşünülebilir.

Annelerin eğitim sonrasında eğitime yönelik geri bildirimleri değerlendirildiğinde %95’lere varan memnuniyet göze çarpmaktadır.

Eğitime katılan annelerin tamamı eğitim yerini, eğitiminin anlaşılabilirliğini uygun bulmuşlar ve aklındaki sorulara tatmin edici yanıt bulduklarını belirtmişlerdir.

Açık uçlu geribildirimlerden örnekler:

“Çok güler yüzlü olunması bir devlet hastanesinden beklemediğim bir şeydi. Bu yüzden memnunum”

“Hocalarımızın anlatımları gayet hoş ve samimi buldum”

“Her şey resimlerle örnek verilmesi çok güzeldi”

“Güzel dille anlatılması iyiydi. Her sorulana cevap verilmesi ilgili davranılması güzeldi”

“Katılımcıların yeterince konuya hakim olmama durumları, kendilerini yeterli görmelerini beğenmedim”

“Emzirme hakkında en ince ayrıntılı en ince ayrıntılarla anlatılıp birebir diyaloglarla soru ve cevapla olması çok hoşuma gitti ☺”

“Yapılan sunum, ilgili ve alaka, güler yüz, tatmin edici bilgiyi beğendim”

Telefon görüşmelerinde eğitimden fayda gördüklerini sık sık vurgulamışlardır. Bazı anneler eğitim sırasında bebek maketinde emzirme pozisyonlarını uygulamaktan yararlandığını belirtirken diğer bir anne maketin gerçeğiyle hiç benzemediğini belirtmiştir. Anneler eğitim sonunda dağıtılan broşürlerden ve hediye olarak verilen meme ucu kremlerinden de fayda gördüklerini görüşmeler sırasında belirtmişlerdir.

5.4. Birinci basamak sağlık kurumlarının İlk 6 SAS verme sıklığındaki rolü

1991 yılında UNİCEF in katkılarıyla temel amacı emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi olan “**Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Programı**” bebek dostu hastaneler kavramı ile başlamış 2000’li yıllara gelindiğinde birinci basamak sağlık kurumlarını da içine alarak “*Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları*” olarak ilerleme kaydetmiştir. 2013 yılı itibariyle **aile hekimlerinin** %43’ü bebek dostu ASM’lerde görev yapmaktadır.

Anneyle ve bebekle sık teması bulunan **birinci basamak** sağlık hizmetlerinin SAS verilmesi konusunda büyük rolü vardır. Gebeliğin ilk tespitinden itibaren doğuma kadar olan süreçte gebeyle her karşılaşma fırsat olarak değerlendirilmeli ve anne sütü ve emzirmenin önemine değinilmelidir. İlk gebeliği olan anneler ve önceki bebekte erken ek gıdaya başlama öyküsü olanlar tespit edilmeli doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde ayrıca değerlendirilmelidir. Gebeye, gebeliğin son döneminde uygun emzirme pozisyonu, meme başı bakımı, sütün yeterliliğini gösteren parametreler tekrar hatırlatılmalıdır. Anne adayına takiplerinde ve doğumunda seçeceği hastanenin “Bebek Dostu Hastane” olması önerilmelidir.

Anneye postpartum ilk 3 gün içinde ev ziyaretleri yapılmalı, anne emzirmeye engel olabilecek durumlar konusunda (meme başı sorunları, yetersiz süt algısı, emzik-biberon kullanma...vb) bilgilendirilmelidir. Postnatal 15. gün topuk kanı alımına, her ay aşıya gelen bebekler her temasta muhakkak tartılmalı anneler emzirmeye teşvik edilmelidir. Kilo alımı yetersiz görülen bebeklerin annelerine ilk etapta anne sütünü artırıcı yaşam tarzı değişiklikleri yapmaları konusunda uyarılarda bulunulmalı, sonrasında bebek yakın kilo takibine alınmalıdır. Anne, ek gıdaya başlama sıklığında artış görülen postnatal 3. Aydan sonra ek gıdaya başlama zamanı ve hangi gıdaların ne miktarda verileceği gibi konularda bilgilendirilmelidir. Sadece anne sütü alan bebeklerin suya ihtiyacının olmadığı bilgisi gebelikten itibaren hatırlatılmalıdır. Annenin kültür özelliğinden gelen ya da büyüklerinin yönlendirmesiyle yaptığı /yapmayı düşündüğü yanlış uygulamalar varsa öğrenilmeye çalışılıp uygun şekilde düzeltilmelidir. Gerek doktor viziti gerekse ebe/hemşire vizitlerinde gebeye/anneye rahatlıkla soru sorabileceği ortam ve zaman sağlanmalıdır. Bu benzeri önlemler ve desteklemelerle bebeklerin ilk 6 ay SAS alımına birinci basamağın büyük katkısı olacaktır.

5.5. Çalışmanın sınırlılıkları

Çalışmamız gönüllülük esasına dayandığından eğitime çağırılan grup aynı zamanda anne sütü ve emzirme konusunda yönlendirmeye açık bir grup olabileceği düşünülebilir. Müdahale grubu 2. ayda bazı annelerin ek besine geçmesi sebebiyle randomizasyonla ikiye ayrıldığında sayı azlığı sebebiyle kontrol grubuyla olan karşılaştırmalarda çalışmanın gücü azalmıştır.

Kontrol grubunda 22-30. gebelik haftasındaki gebeler, müdahale grubunda 31-35 gebelik haftasındaki gebeler sayıca çoğunluktadır. Bu farkın kontrol grubunu oluşturan gebelerin herhangi bir sebeple sağlık kurumuna başvuran gebeler olması ve müdahale grubu için de gebeliğin son haftalarında mobilizasyonun zorlaşması sebebiyle eğitime katılmayı reddetmiş olabilecekleri için doğmuş olabilir. Bu konu da çalışmanın sınırlılıklarındandır.

6.SONUÇ

İlk 6 ay SAS vermenin bebek sağılığı açısından faydaları randomize kontrollü çalışmalarla kanıtlanmıştır. Sağılıklı İnsanlar 2020 hedeflerinde emzirme üzerindeki hedef, 3. Ayda SAS alan bebeklerin %46,2, 6. Ay SAS alan bebeklerin ise %25 sıklığa ulaşmasıdır⁽¹³⁷⁾. Çalışmalar henüz bu hedefe erişilemediğini göstermektedir.

TNSA 2008 sonuçlarıyla TNSA 2013 sonuçları karşılaştığında emzirme sıklıklarında düşüş göze çarpmaktadır. Türkiye’deki “Bebek Dostu Programı” uygulamaları tekrar gözden geçirilmelidir.

Annelerin gebelik dönemindeki emzirme planlarının emzirme sıklığına etkisi ve hatırlama faktörü düşünülerek özellikle gebeliğin son döneminde emzirme ve anne sütüne yönelik danışmanlıklara önem verilmelidir. Danışmanlıkların grup şeklinde yapılması hem anneler arasında paylaşıma sebebiyet vererek destek ortamı oluşturma imkanı sağlayacak hem de hekime aynı anda hastalarına ulaşma fırsatı tanıyacaktır.

Özellikle doğum sonrası hastane yatışı döneminde annenin ek gıdaya en sık başlama sebebi olarak belirtilen “yetersiz süt algısı” kırılmalıdır. Bebeğin doymadığına hangi belirtilere bakarak karar verileceğı konusunda anne bilinçlendirilmelidir.

Bebeğinde sarılık ortaya çıkan anneler sık emzirme konusunda uyarılmalı sarılığın her zaman ek gıdaya başlama sebebi olarak görmemeleri sağlanmalıdır.

Emzirme sürecinde bebekle aynı odada kalınması teşvik edilmelidir. SAS alımı ve toplam anne sütü alma süresine etki eden biberon kullanımı konusunda aileler uyarılmalıdır. Ek gıdaya kısa süreli geçiş ya da sağıılan sütün verilmesi gereken durumlarda biberon yerine kaşık veya fincanla beslemenin tercih edilebileceğı söylenmelidir.

Literatürle kıyaslandığında, çalışmamızda birçok eğitim aracının birlikte kullanılmıştır. Grup olarak emzirme danışmanlığının yanında, emzirme sırasında karşılaşılabilecek sorunlara karşı telefon desteğı ve gerektiğinde birebir danışmanlık,

video gösterimi, emzirme tekniğinin simülasyonu, emzirme koçluğu, interaktif sunum tekniği, canlandırma, ödüllendirme gibi yetişkin öğrenim ilkelerine uygun teknikler birarada kullanılmıştır. Bu müdahale paketi araştırmada tüm ayrıntılarıyla sunulmuştur. Yararlı etkileri düşünülerek **birinci basamakta** uygulanabilecek etkin bir program olarak yürütülebilir.

İlk 6 ay SAS verme sıklığına grup eğitiminin etkisini belirlemeyi amaçlayan çalışmamızda sonuç olarak; grup eğitiminin mevcut verilen bebek dostu sağlık kurumlarındaki standart eğitime göre, SAS vermek sıklığına etki açısından, üstün olduğu bulunmuştur. Bu sonucu destekleyen benzer çalışmalara ihtiyaç vardır.

EKLER

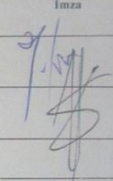
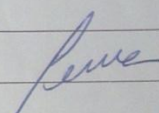
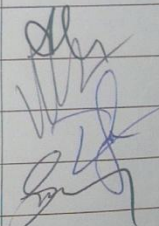
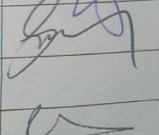
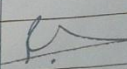
EK 1- Etik kurul onay formu



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BASVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2014.0051	70737436-050.06.04-1400096094
	PROJE ADI	Yapılandırılmış emzirme eğitiminin anne sütünü erken bırakma üzerine etkisi: randomize kontrollü çalışma	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Asist. Dr. Naciye IRMAK	

KARAR BİLGİLERİ	Tarih <u>02.05.2014</u> Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.
------------------------	--

ÜYELER					
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeligi	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atilla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	EVET HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Faysal DANE	Tıbbi Onkoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Melfem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Av.Ümit ERDEM	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

Ek-2 Aydınlatılmış onam formu:

Sayın Katılımcı,

Marmara Üniversite Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından, Marmara Üniversitesi Tıp fakültesi Etik Kurul’nun onayı Halk Sağlığı Müdürlüğü’nün izniyle “**Yapılandırılmış emzirme eğitiminin anne sütünü erken bırakma üzerine etkisi: randomize kontrollü çalışma**” adlı çalışma planlanmıştır. Çalışmanın amacı, Gebeliğinin son döneminde olan siz değerli annelere eğitim vererek gebelik sonrasında da eğitimin tekrarlanması sağlayarak bebeğinize ilk altı ay sadece anne sütü vermenize destek olmaktır. Araştırma sürecinde sizlere Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Eğitim Programı hazırlanarak bağlı olduğunuz Aile hekiminizden davet edilmeniz istenecektir. Program gebelik sonrasında da bir kez daha yapılacaktır. Daha sonra da bebeğiniz 4. Ayına geldiğinde telefon aramalarıyla sadece anne sütüne devam etmenizin yararı hatırlatılacaktır. 6 ay da ise sizi arayarak anne sütüne devam edip etmediğiniz kontrol edilecektir.

Bebeğinizde ya da sizde emzirmenize engel bir sağlık problemi veya ilaç kullanmanızı gerektirecek bir hastalık olduğu takdirde çalışmadan ayrılmak zorunda kalabilirsiniz

Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlarhakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;	Açıklamaları yapan araştırmacının;
Adı-soyadı:	Adı-soyadı:
Adresi: (varsa telefon no.)	İmza
İmza:	

Ek 3. MODÜL:

“Birey Merkezli Kişisel Gelişimi Destekleyici Bir Eğitim modülü”
(EMPOWERMENT BASED, HUMAN CENTERED EDUCATIONAL
PROGRAM)

Modül	Başlık	Konu	Zaman(dk)
1.	Açılış	Toplantının amacı-işlevi	5
2.	Tanışma	Katılımcıların kendini tanıtması	10
3.	Role play	2 vaka – büyük grup tartışması	30
4.	Kahve – kurabiye arası		10
5.	Sunum	Anne sütü ve emzirmenin önemi	20
6.	Kısa film	Emzirme demonstrasyon	5
7.	Uygulama	Emzirme teknikleri	10
8.	Değerlendirme	Neler öğrendik-Bilgi formu tekrar	15
	Toplam	1 saat 45 dk	105

AMAÇLAR:

- 1- Toplanma nedenimizi katılımcılarla paylaşmak.
- 2- Katılımcıların birbirlerini tanımasını sağlayıp diyaloga açık bir ortam oluşturmak.
- 3- Annelerin emzirme sürecinde sık karşılaştığı durumları canlandırmak ve olgularla empati yapmalarını sağlamak.
- 4- Anne sütü ve emzirmenin önemini slayt sunumu ile özetlemek.
- 5- Video/film ile doğru teknikle emzirmeyi göstermek.
- 6- Annelere uygulamalı olarak emzirme pozisyonunu öğretmek, geri bildirim vermek.
- 7- Eğitimin etkinliğini değerlendirmek.

YÖNTEMLER

- 1- Grup tartışması
- 2- Role play
- 3- Eğitici sunumu (Ek 7)
- 4- Demonstrasyon (eğitim videosu)

ARAÇ-GEREÇ

- 1- Bilye*
- 2- Pinpon topu*
- 3- Yumurta*
- 4- 500 ml hacimli su şişesi*
- 5- 100 ml hacimli içi yarısına kadar su dolu çay bardağı*
- 6- Çay ve şeker kaşığı*
- 7- Yenidoğan bebek boyutlarında maket bebek
- 8- Emzirme- Anne sütünün önemi ile ilgili slayt gösterisi
- 9- Emzirme tekniğini gösteren eğitici video (Philips-Avent® tarafından hazırlanmıştır⁽¹³⁸⁾).

*Annelere bebeğin mide hacmini gösterebilmek için kullanılmak üzere gerekmektedir

TANIMLAMA

- Eğitim için gelen annelere ve varsa beraberindekilere (komşu, kayınvalide,eş çocuk) kendilerini rahat hissedebilecekleri bir ortam oluşturulması.
- Beraber geldikleri kişiler farklı ortama alınarak kendilerine küçük ikramlar sunulması
- Annelerin ellerine eğitim başlamadan önce dolduracakları bir anket formu verilerek gerekirse doldurmaları için yardım sağlanması.
- Gelecek olan katılımcılar ve anketler tamamlandığında eğitime başlanması.
- Annelerin “U” düzeninde oturmaları sağlanarak teker teker kendilerini tanıtmalarının istenmesi.

- Nerede oturdukları, kaç çocukları olduğu, emzirme öyküleri ve eğitimden beklentileri sorgulanması.

Rol-play/ canlandırma: İçinde gebelik hüznü, infantilkolik, kayınvalide ve destek olmayan eş figürü olan bir senaryo canlandırılacak; annelerden bu rol play de geçen emzirmeyle ilgili durumları tartışmaları istenecek. Bu oturumda annelerin senaryodaki durum ve kişilerle kendi hayatları arasında ilişki kurmalarını, emzirme sürecinde karşılaşılan olumlu ve olumsuz unsurları tartışmalarını sağlamak hedeflenmektedir.

Slayt gösterisi /eğitim videosu : İçeriğinde anne sütünün önemi emzirme ve karşılaşılabilecek sorunlar olan, görsel öğelerin bolca kullanıldığı sunum, (Ek 7) interaktif şekilde sunulacak, hemen ardından uygun emzirme tekniğinin anlatıldığı demonstrasyon amaçlı bir kısa eğitim videosu izlettirilecektir.

Emzirme koçluğu: Her bir anneden emzirme tekniğini bebek maketi kullanılarak uygulaması istenecek, her bir katılımcıya geribildirim verilecektir. Tüm katılımcıların yeniden yerlerini almaları istenecektir.

Değerlendirme-geri bildirim: Neler öğrendikleri sorulacak her birinden akıllarında kalan bir bilgi cümlesi söylemeleri istenecektir. Oturum annelerin bilgi değerlendirme formlarını yeniden doldurmaları ile son bulacaktır.⁽¹³⁹⁻¹⁴⁵⁾

Ek 4. Anket Formu

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ			
Bu araştırma Marmara Üniversitesi Etik Kurulu Onayı ve T.C. Sağlık Bakanlığı izni ile yürütülmektedir. Anketi cevaplarken bilmediğiniz /emin olamadığınız soruları boş bırakınız ve soruları okunaklı bir şekilde doldurunuz. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz..			Anketin Cevaplandığı Tarih: /...../2014
Gebenin/Annenin		İletişim Bilgileri:	
Adı:		Telefon:	Lütfen doldurunuz
Soyadı:		0(____)_____	
Yaşı:		0(____)_____	
Eğitim Durumu: ☐ yıl ☐ Okur yazar ☐ Okur yazar değil			
Mesleği: ☐ Ev hanımı			
Yaptığı İş: ☐ ☐ Çalışmıyor ☐ Emekli			
Ailenin aylık geliri nedir ?			
Sigara kullanıyor musunuz?		☐ Evet	☐ Hayır
Evde sizinle beraber kimler yaşıyor?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilir , yazabilirsiniz.)		☐ Eş ☐ Çocuk/ Çocuklar ☐ Kayınvalide	☐ Kayınpeder ☐ Anne ☐ diğer.....
1	Gebelik haftanız/ayınız.		
2	Canlı Doğum Sayısı:		
3	Düşük sayısı:	Kürtaj sayısı:	
En son doğan bebeğiniz ile ilgili olarak yanıtlayınız.			
4	Uygun seçeneği işaretleyiniz ☐ Bebeğimi zamanında doğurdum. ☐ Bebeğimi erken doğurdum.		
5	☐ Bebeğime ilk altı ayda anne sütü dışında gıda (mama, süt, su) verdim. ☐ Vermedim, ilk altı ayda sadece anne sütü ile besledim.		
6	Anne sütünün yanında diğer gıdalara ıncı ayda başladım.		

7	Bebęimi toplam ay boyunca emzirdim.	
8	Biberon kullandınız mı?	☐ Hayır ☐ Evet.....
9	Emzik kullandınız mı?	☐ Hayır ☐ Evet.....
10	Ek besine altı aydan erken geğti iseniz neden (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)	☐ Doymuyordu ☐ Sütüm gelmedi ☐ Gece uyumuyordu ☐ Kilo almıyordu ☐ Doktorum önerdi ☐ Hastanede başladı ☐ Hemşire/ ebe önerdi
11	Daha önce emzirme ve anne sütünün önemi ile ilgili eğitim aldınız mı?	☐ Hayır ☐ Evet.....
12	Eğitim aldıysanız Gebelik öncesinde mi, doğumdan sonra mı aldınız?	☐ Gebelik öncesi ☐ Gebelik sonrası ☐ Her iki dönemde de
13	Daha önceki gebeliğinizde emzirmeyle ilgili bilgileri nereden/kimden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	☐ Kitap ve dergilerden ☐ TV ve radyodan ☐ Yakın çevre ve aile büyüklerinden ☐ Doktor ve hemşirelerden ☐ Diğer.....
14	Aldığınız bilgileri yeterli buldunuz mu?	☐ Evet ☐ Hayır (ne tür bilgiler almak isterdiniz belirtiniz.....
15	Doğacak olan bebeğinizi emzirecek misiniz?	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım
16	6 ay boyunca sadece anne sütü vermeyi düşünüyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım
17	Doğacak olan bebeğinizi kaç ay boyunca ya da kaç yaşına kadar emzirmeyi düşünöyorsunuz?	ayına kadar ya da yaşına kadar

Size emzirme ile ilgili bazı ifadeler okuyacağım. Bunlardan doğru bulduklarınıza doğru, yanlış bulduklarınıza yanlış olarak cevap veriniz. Doğru 2 yanlış 2 sütunlarını eğitim sonrası doldurunuz					
	İFADELER	doğru	yanlış	doğru 2	yanlış 2
1	İlk altı ay sıcak havalarda bebeğe anne sütü yanında mutlaka su da verilmelidir.				
2	Annede meme ucu çatlağı varsa bebek emzirilmez.				
3	İlk süt(ağız sütü) yenidoğana mutlaka verilmelidir.				
4	4. aydan itibaren bebeğe yemeklerin suyundan verilebilir.				
5	Çalışan anneler mutlaka bebeklerine mama vermelidir.				
6	Bebek emzirildikçe annenin süt miktarı artar.				
7	Çok ağlayan bebek doymuyordur, mutlaka mama başlanmalıdır.				
8	Bebek doğumdan sonra ilk yarım saat içinde emzirilmelidir.				
9	Ek gıdalara doğumdan hemen sonra başlanabilir.				
10	İki aydan sonra bebeğe inek sütü/yoğurt verilebilir.				
11	Emziren anne günde en az 10 bardak su içmelidir.				
12	Gerektiğinde bebeğe mama, mutlaka doktorun önerisiyle başlanmalıdır				
13	Anne sütü ile beslenen bebeklerin yalancı emzik ve biberon kullanmasında sakınca yoktur.				
14	İlk ayda anne sütü yetmiyorsa öncelikle bebek daha sık emzirilmelidir.				
15	Anne sütün yetmediğini bebeğin kaka ve çişli bez sayısına bakarak anlayabilir.				

Ek 5.**Tez 2. Ay Bebek Takip Formu****Tarih:**

Annenin		
Adı Soyadı:		
Doğum Yaptığı Tarih		
Doğum Şekli	Nsd ☐	Cs ☐
Sağlık Problemi:		
İlaç Kullanımı		
Emzirirken meme problemi vs. oldu mu?		
Çatlak		
İltihap		
(Oldu ise) tedavide ne kullandı?		
Fayda gördü mü?		
Bebegi emziriyor mu?		
Sadece anne sütü mü veriyor?		
Mama veriyorsa nedeni?		
Bebegin		
Doğum kilosu:		
Birinci ay kilosu		
Muayenedeki kilosu:		
Sağlık Problemi Var mı?		

Ek 6.

Tarih:

Tez 6. Ay Bebek Takip Formu

☐ Kontrol	☐ Müdahale 1	☐ Müdahale2
1.	Annenin Adı Soyadı:	
2.	Babanın Eğitim Yılı ?/Mesleği:	
3.	Gebeliğiniz planlı mı bir gebelik miydi?	☐ EVET ☐ HAYIR
4.	Şu an korunuyor musunuz?	☐ EVET ☐ HAYIR
5.	Hangi yöntem? ☐ Geri çekme ☐ Oks ☐ Ria ☐ İğne ☐ Kondom ☐	
6.	Bebeğin Cinsiyeti:	☐ ERKEK ☐ KIZ
7.	Nerede Doğum Yaptınız? ☐ Üniversite hastanesi ☐ Özel hastane ☐ Devlet hastanesi ☐ Diğer.....	
8.	Hastanede KaçGün Kaldınız?	
9.	Sarılık geçirdi mi?	☐ EVET ☐ HAYIR
10.	Bebeğiniz sarılık vb. nedenlerle hastanede yattı mı?	☐ EVET ☐ HAYIR
11.	Kaç Haftalık Doğdu?	☐ <36 hafta ☐ ≥36 hafta
12.	AS Dışında Ek Gıdaya Hangi Ayda Başladınız?	
13.	Su/Meyve Suyu Hangi Ayda Verdiniz?	
14.	İlk 3 Gün AS Dışında Gıda Verildi mi?	☐ EVET ☐ HAYIR
15.	İlk 3 Gün AS Dışında Gıda Verildi İse Ne Verildi? ☐ Hurma ☐ Zenzem ☐ Süt ☐ Hazır mama ☐ Şekerli su ☐ Diğer...	

16.	Ek Gıdaya 6 Aydan Önce Başladı İse Nedeni? ☐ Doymuyordu ☐ Sütüm gelmedi ☐ Gece uyumuyordu ☐ Kilo almıyordu ☐ Doktorum önerdi ☐ Çevre baskısı (Eş, kayınvalide.vb) ☐ Ek gıdaya geç başlarsam istemez ☐ Çok ağlıyordu ☐ Memeyi tutmadı ☐ Emzirmek istemedim ☐ Çalışmaya başladım ☐ Hemşire/ ebe önerdi ☐ Hastanede başladı ☐ Diğer.....
17.	Emzirdiğiniz aylar boyunca Bebeğinizle Gece Aynı Odada Mı Kaldınız? ☐ EVET ☐ ay sonra odayı ayırdım ☐ HAYIR
18.	Bebeğinizi ilk kez doğumdan kaç saat sonra emzirdiniz? ☐ İlk 1 saat içinde ☐ 1-3 saat arasında ☐ 4-12 saat arasında ☐ 13-24 saat (ilk gün) arasında ☐ İlk günden sonra
19.	Çocuğunuz anne sütü aldı ise ne şekilde aldı? ☐ Yalnız emzirmeyle ☐ Yalnız sağılarak ☐ Emzirme ve sağılarak beraber
20.	Emzik / biberon kullandınız mı? ☐ Emzik ☐ Biberon

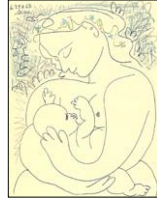
Ek-7. Eğitim slaytları

HOŞGELDİNİZ

7020015 1



7020015 2



**ANNE SÜTÜ VE
EMZİRME**

Dr. Naciye IRMAK
Dr. Burcu BAŞARAN

MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM
ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ

**İLK
6 AY
SADECE
ANNE SÜTÜ**



PEKİ YA SU???



5

**İLK SÜT
(KOLOSTRUM)**



**BEBEĞİNİZ
İÇİN NEDEN ANNE SÜTÜ?**



Anne sütü, en doğal , en taze ve
en uygun besindir.



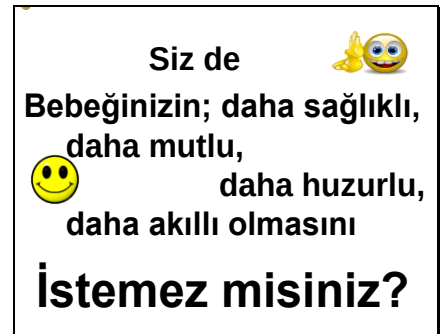
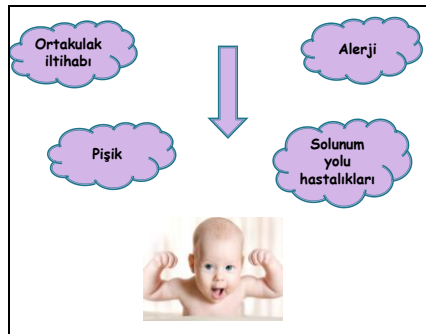
Anne sütü alan bebekler daha
sağlıklı olur

Anne Sütü, büyüme faktörü içerdiği için
bebekler daha iyi büyürler.



- Bebeği rahatlatır,
- Gevşetir,
- Ağrıyı azaltır,
- Daha çabuk uykuya dalarlar





**EMZİRMENİN ANNE SAĞLIĞINA
FAYDALARI NEDİR?**



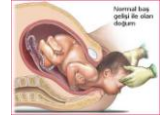
Anne ve bebek arasında
vazgeçilmez duygusal bir bağ
oluşturur.



- ❖ meme kanseri,
 - ❖ rahim kanseri,
 - ❖ kansızlık (anemi) ,
 - ❖ kemik erimesi (osteoporoz)
- gibi hastalıklara yakalanma
riskini azaltır



Doğal aile
planlaması
yöntemi



15/02/2015

22



Emzirme hormonları;

- Anneyi gevşetir,
- Çabuk uykuya dalmasını sağlar
- Anneyi dinlendirir.

Emziren anneler
eski kilolarına
daha çabuk döner.



**GÜNDE KAÇ KEZ
EMZİRMELİYİZ????**

ANNE SÜTÜ;

Günde 10-12 kez



KİLO KAYBI ENDİŞESİ VE GEREKSİZ FORMÜL MAMA BAŞLANMASI

İlk haftada %7-10 kilo kaybı normaldir.

➤Yenidoğan bebeğin midesi;

• İlk gün bilye kadar (~5ml)



• 3. gün pinpon topu kadar (~ 20ml)

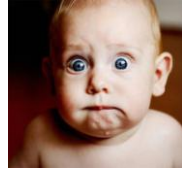
• 10.gün yumurta kadar (~50ml)



Doyuyor mu ???



YETERSİZ SÜT



- Bazen bebek yeterli süt alamaz
- Bazen anne yeteri kadar süt üretemeyebilir

Ayda 600 gr

Haftada 100-150 gr

15. gününde doğum tartısında

➤ Günde altı kere idrar yapıyorsa
➤ sarı açık renkli idrar



Nasıl emzirmeli?

- Bir meme tamamen boşalana kadar bir sonraki emzirmede diğer meme emzirilmeli
- Sonraki emzirmede yarım kalan memeden başlanmalı



Emzirme döneminde;

Her Emzirmeden sonra
1 Bardak Sıvı Alınmalıdır.



DAHA ÇOK SÜT ÜRETMEK İÇİN NE YAPMAMIZ GEREKİR?

Çok emzirme = Daha çok süt

*Bebek her
istediğinde
emzirilmelidir.*



Hangi anneler emziremez???



SÜT SAĞMA TEKNİKLERİ



SÜTÜN SAKLANMASI

Sağılan süt;

- Oda sıcaklığında 3 saat
- Buzdolabının rafında 3 gün
- Derin dondurucuda 3 ay saklanabilir.



EMZİK-BİBERON

Emzirilen Bebeklere Emzik ve Biberon Verilmemelidir.



Teşekkürler...

Ek 8:



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI-MARMARA ÜNİVERSİTESİ
PENDİK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİMDALI



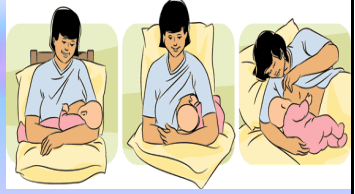
**İlk Altı Ay
Sadece
Anne Sütü**



YENİDOĞAN BAKIM VE BESLENMESİ

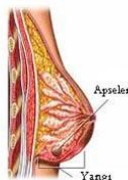
AĞRILI MEME UCU ÇATLAKLARI

- ❖ Emzirmenin başlangıcında, doğumdan sonra 2.- 3. günde görülür.
- ❖ Nedeni, bebeğin pozisyonunun veya memeyi tutma şeklinin ya da her ikisinin birden doğru olmamasındandır.
- ❖ Uygun emzirme tekniği ve pozisyonunun uygulanmasıyla önlenabilir, tedavi edilebilir.



AĞRILI MEME UCU ÇATLAKLARININ ÖNLENMESİ VE TEDAVİSİ

- ❖ Bebeğin çok acıkmadan, kısa süreli sık emzirilmesi
- ❖ Emzirmeye daha az ağrılı olan taraftan başlanması
- ❖ Emzirme sonunda meme başlarının birkaç damla süt ile ıslatılıp, açık havada kuruyana kadar beklenmesi
- ❖ Bebeğe biberon ya da yalancı meme verilmemesi
- ❖ Çatlak meme başlarına bitkisel yağ ya da lanolin içeren krem sürülmesi



UZUN SÜRE GEÇMEYEN MEME UCU ÇATLAKLARININ TEDAVİSİ

- ❖ Daha geç başlayan ve uzun süren meme başı çatlak ve ağrılarının nedeni mantar enfeksiyonu olabilir.
- ❖ Sıklıkla çocuktaki ağızda pamukçuk ve pişiklerle birlikte.
- ❖ Karşılaşılması durumunda bizi arayabilirsiniz.



BAZEN ANNE SÜTÜNÜN SAĞILMASI GEREKİR

- ❖ Süt biriken memeyi rahatlatmak
- ❖ Meme başının içeride olduğu durumlar
- ❖ Bebek ememediğinde
 - ❖ Bebek Düşük Doğum Ağırlıklı ya da
 - ❖ Hasta ise
- ❖ Anne emziremediğinde
 - ❖ Anne hasta ise ya da
 - ❖ Anne çalışıyorsa

MASTIT MEME İLTİHABI



- ❖ Memede ağrı, kızarıklık ve annede ateş olur.
- ❖ Tipik olarak doğumdan 2-6 hafta sonra ortaya çıkar.
- ❖ Karşılaşılması durumunda doktorunuza başvurunuz.

MEMEYİ ELLE SAĞMA YÖNTEMİ

- ❖ Meme ucu, çevresindeki kahverengi kısımdan (areola) hafifçe yanlardan bastırılıp, bırakılır
- ❖ Meme ucuna bastırılmamalıdır.



Her meme 3-5 dakika sağılır.

Sağılan süt
bebeğe
enjektörle
verilir.



GÖBEK BAKIMI

- ❖ Göbek bağı doğumdan sonra 5-14 günler arasında kuruyarak düşer.
- ❖ Düşene kadar günde 3 kez %70 alkolle pansuman yapılır. Alkol eczanelerden «Göbek bakım seti» adı altında temin edilebilir.
- ❖ Göbek bağı kuru tutulmalıdır.
- ❖ Göbek bağı alt bezinin üstünde kalmalı bezle temas etmemelidir.
- ❖ Göbek bağı düşene dek mandalı çıkartılmamalıdır.
- ❖ Göbek düşene kadar **silme banyo** tercih edilmelidir.

SİLME BANYO 1

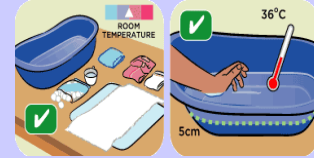
- ❖ Silme Banyo temiz, ılık su ile ıslatılmış bir yumuşak, havlu bezle yapılır.
- ❖ Temizliğe yüzden başlanır
- ❖ Gözler yavaşça silinir
- ❖ Her göz için ayrı pamuk kullanılır, gözler içerden dışarı doğru silinir
- ❖ Yüz ortadan dışarıya silinir.
- ❖ Kulakların içi ve çevresi silinir.
- ❖ Göz-burun temizliğinde pamuk, yünü ve sünger parçalar kullanılmamalıdır.
- ❖ Bebek, havluyla sarılmış şekilde dikkatle tutularak, başı, sıcaklığı önceden kontrol edilmiş suyla ıslatılır, önden arkaya doğru «bebek» şampuanı ile yıkanarak durulanır.
- ❖ Banyo sonrasında saç iyice kurulanır.

SİLME BANYO 2

- ❖ Bebek omuzların altından tutularak kaldırılır, baş geriye düşünce boyun kıvrımları silinir
- ❖ Vücuda sarılan havlu açılır, sabun/banyo köpüğü ve ılık temiz suyla ıslatılan bezle vücut silinir
- ❖ Ilık suyla ıslatılmış başka bir havlu bezle vücut durulanıp yumuşak hareketlerle kurulanır
- ❖ En son bez bölgesi temizlenir, önden arkaya doğru silinir, bebek havluyla sarılıp giydirilir

BEBEK BANYOSU

- ❖ Banyodan önce gerekli gereçler hazırlanır.
- ❖ Sabun olarak «alkali olmayan» bebek sabunları tercih edilir
- ❖ Banyo ortamı sıcak olmalı, hava akımı olmamalı.
- ❖ Rahat ve güvenli bir odada yaptırılmalıdır.



- ❖ Oda sıcaklığı 24-26°C olmalıdır.
- ❖ Küçük plastik küvet kullanılır.
- ❖ Dibine havlu veya köpük yastık yerleştirilir
- ❖ Küvete ~ 7-8 cm ılık su konur
- ❖ Bebek üşmesini önlemek için küvete yerleştirilmeden önce yüz ve saç yıkanır, banyo havlusu bundan sonra çıkarılır.



KÜVET BANYOSU



- ❖ Göbeği düşen bebekler artık küvette yıkanabilir.
- ❖ Yazları güneşli, kışları üç günde bir banyo yaptırılması yeterlidir.
- ❖ Çok sık banyo yaptırmak bebekte cilt kuruluğuna neden olabilir.
- ❖ Banyo sonrası bebek yağı ile hafif masaj yapılarak vücudu nemlendirilir.



KÜVET BANYOSU

- ✖ Bebek küvete yerleştirilirken bir kol başının altından geçirilir, koltuk altından sıkıca kavranır, diğer elle iki bacağının altından tutulur.
- ✖ Bebek yıkanırken bir kişinin yardım etmesi faydalıdır.
- ✖ Isısı önceden kontrol edilmiş suya önce bebeğin vücudunun alt kısmı, sonra tüm vücudu yavaş hareketlerle sokulur.
- ✖ Bebeği emniyetli bir şekilde tutarken yumuşak, sakın bir ses tonuyla konuşulmalıdır, bebeğin banyoya uyum sağlamasına özen gösterilmelidir.



PİŞİĞİN ÖNLENMESİ

- ❖ Bebeğin uyanık olduğu her 2-3 saatte bir alt bezi değiştirilmeli
- ❖ Islak ve nemli bırakılmamalıdır.
- ❖ Her bez değişiminde bebeğin altı ılık su ile temizlenmeli,
- ❖ Hazır ıslak mendil kullanılacaksa alkol ve parfüm içermemesine dikkat edilmelidir.
- ❖ Çinko oksit içeren koruyucu kremler de ince bir tabaka halinde uygulanabilir.



Bebeğinizle ilgili tüm sağlık sorunlarında bize danışabilirsiniz.

HAZIRLAYAN
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Dr. Naciye İrmak
Doç. Dr. Arzu Uzuner
İletişim için: 0545 288 35 83

Ek- 9: Eğitim değerlendirme formu

Eğitimin içeriğinde beğendiklerinizi ve beğenmediklerinizi lütfen aşağıdaki ilgili şekillerin altına kısaca yazınız. (en az 1 er görüş yazınız)						
Beğendikleriniz ☺			Beğenmedikleriniz ☹			
Eğitimle ilgili yanıtlarınızı aşağıdaki tabloda (X) ile işaretleyiniz						
Eğitim içeriği	Evet	Hayır	Kararsızım			
Bu eğitimle yeni bir şeyler öğrendiniz mi?						
Aklınızdaki sorulara tatmin edici yanıtlar aldınız mı?						
Eğitim, ihtiyacınıza cevap verdi mi?						
Verilen eğitim sizin açınızdan anlaşılabilir miydi?						
Eğitim sırasında eğitime aktif olarak katılımınız sağlandı mı?						
Eğitim programında yeterli uygulama/örnekleme yapıldı mı?						
Eğitim programında eksik kalan konular var mıydı?						
Aldığınız eğitimin yeterliliğine 0 (en kötü) ile 5 (en iyi) arasında bir puan veriniz.	0	1	2	3	4	5
Eğiticinin değerlendirilmesi	Evet	Hayır	Kararsızım			
Eğiticiler sizinle olumlu iletişim kurdu mu?						
Eğitici ekip sorularınıza tatmin edici cevaplar verdi mi?						
Eğitimin zamanlaması ve eğitim süresi						
Eğitim için seçilen saat uygun muydu?						
Eğitim süresi yeterli miydi?						
Eğitim ortamının değerlendirilmesi						
Eğitimin yapıldığı yer uygun muydu?						

Geribildirimlerinize ve katılımınıza teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *Jama* 2005;294(20):2601-10.
2. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:Cd003517.
3. Council N. The Infant Feeding Guidelines for Health Workers. Dietary Guidelines for Children and Adolescents in Australian incorporating. Commonwealth of Australia: Canberra; 2003.
4. World Health Organization. Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. Report by the Secretariat, FIFTY-FIFTH World Health Assembly,. Infant and Young Child Nutrition. Geneva: Agendaitem 2002.
5. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506.
6. Coşkun T. Anne Sütü İle Beslenmenin Yararları. *Katkı Pediatri Dergisi* 2003;25(2):199-200.
7. Kurtulus YE, Tezcan, S. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Bebeklerin Beslenme Alışkanlıkları, Çocukların ve Annelerin Beslenme Durumu. 2003.
8. Türkyılmaz AS, Adalı T, Çağatay Seçkiner P. Beslenme Durumu ve Çocuk Sağlığı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2013. p. 157-67.
9. CDC. Breastfeeding report card 2013 [cited 2015 24 Haziran]. Available from: <http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2013breastfeedingreportcard.pdf>.
10. Coşkun T. Laktasyonun Anatomi ve Fizyolojisi. *Katkı Pediatri Dergisi* 2003; 2(1):185-98.
11. Sheehan A, Schmied V, Cooke M. Australian women's stories of their baby-feeding decisions in pregnancy. *Midwifery* 2003;19(4):259-66.
12. Ünsal H, Altıhan, F. Özkan, H., Targan, S., Hassoy, H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2005; 48:226-33.
13. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: a prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37(4):447-52.
14. American Academy of Pediatrics Policy Statement. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
15. Forster D, McLachlan H, Lumley J, Beanland C, Waldenstrom U, Harris H, et al. ABFAB. Attachment to the breast and family attitudes to breastfeeding. The effect of breastfeeding education in the middle of pregnancy on the initiation and

duration of breastfeeding: a randomised controlled trial [ISRCTN21556494]. BMC Pregnancy Childbirth 2003;3(1):5.

16. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev 2012;5:Cd001141.

17. Hill PD. Effects of education on breastfeeding success. Matern Child Nurs J 1987;16(2):145-56.

18. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. Cochrane Database Syst Rev 2012;9:Cd006425.

19. Rosen IM, Krueger MV, Carney LM, Graham JA. Prenatal breastfeeding education and breastfeeding outcomes. MCN Am J Matern Child Nurs 2008;33(5):315-9.

20. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. BMC Public Health 2011;11 Suppl 3:S24.

21. Coates M, J. R. Tides in Breastfeeding Practice. Breastfeeding and human lactation. third ed. USA: Jones and Bartlett Publishers; 2005. p. 3-29.

22. Elmacıoğlu F. Anne bebek beslenmesi. Ankara: Hatipoğlu yayınları; 2008.

23. A Ü. Allah Kelamı Kur'an-ı Kerim'in Açıklamalı Meali: Define Yayınları.; 2007. 124,5,896 p.

24. Greer FR, Apple RD. Physicians, formula companies, and advertising. A historical perspective. Am J Dis Child 1991;145(3):282-6.

25. UNICEF. Innocenti Research Centre 1990-2005 Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection Promotion and Support of Breastfeeding 2006.

26. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. İstanbul: Güneş Kitabevi.; 2006. 307 p.

27. Jones E, Spencer S. The physiology of lactation. Paediatr Child Health. 2007;17:244-8.

28. Samur G. Anne Sütü. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2008. 9-20 p.

29. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş. 7 ed. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2005. 381-94 p.

30. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı AÇSAP, Genel Müdürlüğü, . Anne sütü ile beslenmede danışmanlık kursu kitapçığı. Ankara.1996).

31. BAYRAM F. Postpartum dönemdeki annelerin anne sütünün önemi hakkında bilgi düzeylerinin incelenmesi,Yükseklisans Tezi 2006

32. Yurdakök K. Meme Dokusunun Gelişmesi Ve Laktasyon Fizyolojisi. Katkı Pediatri Dergisi (1991).
33. Eryılmaz G. Kadın Sağlığı. Şirin A, Kavlak O, editors. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık; (2008. 757-90. p.
34. Riordan J. Predicting breastfeeding problems. These tools may--or may not--help assess high-risk mother-baby couples. AWHONN Lifelines 1998;2(6):31-3.
35. Kent JC. How breastfeeding works. J Midwifery Womens Health 2007;52(6):564-70.
36. Önder K. Elazığ'da Anne Sütü Epidemiyolojisi ve İlk Dört Ayda Yalnız Anne Sütü Alınımını Etkileyen Etmenler. Elazığ: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi; 1996.
37. Guyton AC, Hall JE. Textbook of Medical Physiology. (11 ed. Philadelphia: Saunders Company; (2006). 1038-41. p.
38. Köksal G, Gökmen H. Anne Sütü ve Emzirme. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. Ankara: Hatipoğlu Yayınları; (2000). 67-93 p.
39. Kişnişçi H. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitabevi; (1996).
40. Neyzi OvE, T. Sağlıklı Çocuğun Beslenmesi. Pediatri. 3 ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002. p. 187-9.
41. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. TNSA-2003. T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Avrupa Birliği, Ekim, Ankara 2004:65-9.
42. Sanal Ö. Anne Sütünün İmmünolojik Özellikleri. Katkı Pediatri Dergisi 1991;5(6): 521-5.
43. Gür E. Anne Sütü İle Beslenme. Türk Pediatri Arşivi- Anne Sütü Özel Sayısı 2007; 42(1):11-5
44. Neyzi O. Pediatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi,; 2004. 183 p.
45. Coşkun A, Karanisoğlu H. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Eskişehir: Açık Öğretim Fakültesi Yayınları; 1992.
46. Littleton YL, Engeberston JC. Maternity Nursing Care. NewYork: CENGAGE Delmar Learning; 2005. 959-64 p.
47. Olds S, London ML, Wieland Ladewing PA. Maternal Newborn Nursing. New Jersey: Prentice Hall; 2000. 168-82. p.
48. Coskun T. Anne sütü ile beslenme. Katkı Pediatri Dergisi 2003;2:163-83.
49. Çehreli R. Anne Sütünün Vitamin ve Minerallerinin Bebek Beslenmesindeki Önemi.Klinik Çocuk Formu. 4 ed. (20-24)(2004).
50. Özalp İ. Anne Sütü ve Anne Sütü ile Beslenme. Katkı Pediatri Dergisi 1996;17(1):37-52.

51. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Mayıs 2003.
52. Morrow AL, Rangel, J.M. Human Milk Protection Against Infectious Diarrhea: Implications for Prevention and Clinical Care.
53. Goldman AS. The immune system of human milk: Antimicrobial, antiinflammatory and immunomodulating properties. *Pediatr Infect Dis J* 1993;12:664-72.
54. Yurdakök K. Neonatoloji'de Anne Sütü İle Beslenme. Yurdakök M, Erdem, G., editor. Ankara: Alp Ofset; (2004). 166-74 p.
55. Gökçay G, Garibağaoğlu, M. . Sağlıklı Çocuğun Beslenmesi. 3 ed. Neyzi O, Ertuğrul, T, editor. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi,; (2002).
56. Baysal A. Beslenme. 6 ed. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi; 1996.
57. WHO CDD programme, UNICEF; Breastfeeding Counselling, A Training Course, Trainer's Guide, Part III, Session 20-30 (available from: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/bc_trainers_guide.pdf).
58. Schack-Nielsen L, Michaelsen KF. Breast feeding and future health. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2006;9(3):289-96.
59. Vitamin D supplementation in northern Native communities. *Paediatr Child Health* 2002;7(7):459-72.
60. Murray SS, McKinney, E.S. and Gorrie, T.M. . Foundations of Maternal-Newborn Nursing. USA: WB Saunders Company; (2002).
61. Barness LA. Nelson Textbook of Pediatrics(1996). 141-84. p.
62. Glusser P. Clinical Lactation Management Pediatrics in Review. *Breastfeeding* (1997).18(5):147-56.
63. Savino F, Lupica MM. [Breast milk: biological constituents for health and well-being in infancy]. *Recenti Prog Med* 2006;97(10):519-27.
64. Özmert E. Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi-I : Beslenme., . Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005;48(1):79-195.
65. Anonymous. 3 New Reasons to Breastfeed. *Health Medical Complete* 2007;26(5):70.
66. Thompson J. Breastfeeding: benefits and implications. Part two. *Community Pract* 2005;78(6):218-9.
67. Giray H. Anne Sütü ile Beslenme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2004;13(1):12-5.

68. Türk R. 2-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirmeyi Aile Planlaması Olarak Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi ,Yüksek Lisans Tezi,; (2006).
69. Erenel Ş. Doğum Sonrası Verilen Emzirme Eğitiminin Laktasyonel Amenore Sürecine Etkisi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2004.
70. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Anne Sütü ve Emzirme Bilgi Notu. (2010). .
71. İnce Z. Temel Yenidoğan Sağlığında Anne Sütünün Önemi ve Emzirme. Ankara:: Baran Ofset; (2005). 37-9 p.
72. Yalçın S. Emzirme tekniği. Katkı Pediatri Dergisi 2003;2: 247-52.
73. Heird W. Nelson Pediatri. Behrman R, Kliegman, R., Jenson, H., editor. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2008.
74. Yağcı R. Sağlıklı süt çocuğu beslenmesi. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2007;3(7):116–9.
75. Labarere J, Gelbert-Baudino, N., Ayril, AS., Duc, C., Berchotteau, M. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an erly, routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. Pediatrics 2005;115(2):139–46.
76. WHO/UNICEF Ortak Bildirisi WHO 1211 Geneva 27. Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi ve Desteklenmesi: Dogum Hizmetlerinin Özel Rolü. Switzerland: 1989.
77. UNICEF. Breastfeeding 2014 [cited 2014 4 August]. Available from: http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html.
78. <http://www.cdc.gov.http://www.unicef.org/progressforchildren>. [updated 16.3.15].
79. <http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2013breastfeedingreportcard.pdf>. [updated 17.3.15].
80. Lin CH, Kuo SC, Lin KC, Chang TY. Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. J Clin Nurs 2008;17(21):2838-45.
81. Scott JA, Binns CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. Breastfeed Rev 1999;7(1):5-16.
82. Avery M, Duckett L, Dodgson J, Savik K, Henly SJ. Factors associated with very early weaning among primiparas intending to breastfeed. Matern Child Health J 1998;2(3):167-79.
83. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. Pediatrics 2003;112(1 Pt 1):108-15.
84. Horta BL, Kramer MS, Platt RW. Maternal smoking and the risk of early weaning: a meta-analysis. Am J Public Health 2001;91(2):304-7.

85. Hla MM, Novotny R, Kieffer EC, Mor J, Thiele M. Early weaning among Japanese women in Hawaii. *J Biosoc Sci* 2003;35(2):227-41.
86. Berovic N. Impact of sociodemographic features of mothers on breastfeeding in Croatia: questionnaire study. *Croat Med J* 2003;44(5):596-600.
87. Yang Q, Wen SW, Dubois L, Chen Y, Walker MC, Krewski D. Determinants of breast-feeding and weaning in Alberta, Canada. *J Obstet Gynaecol Can* 2004;26(11):975-81.
88. Çifçili SY, Akgün TY, Akman M, Ünal PC, Uzuner A, Kalaca S. Risk factors for early weaning among babies followed-up in a baby-friendly primary care unit in İstanbul. *RISK* 2011;66:71.
89. Onbaşı Ş, Duran R, Çiftedemir NA, Vatansever Ü, Acunaş B, Süt N. Doğum öncesi anne adaylarına verilen emzirme ve anne sütü eğitiminin emzirme davranışları üzerine etkisi. *Türk Pediatri Arşivi* 2011;46(1).
90. Sürücü HA. Diyabet Özyönetim Eğitimi, Grup Temelli Eğitim ve Bireysel Eğitim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2014;7(1).
91. Nadler Z. Handbook of human resource development. 2 ed. Nadler L, editor. New York 1990.
92. Merriam S. New Directions for Adult and Continuing and Education. Androgogy and self-directed learning: pillars of adult learning theory. 2001. p. 3-13.
93. Chamberlain LB, Merewood A, Malone KL, Cimo S, Philipp BL. Calls to an inner-city hospital breastfeeding telephone support line. *J Hum Lact* 2005;21(1):53-8.
94. Whitten PS, Mair FS, Haycox A, May CR, Williams TL, Hellmich S. Systematic review of cost effectiveness studies of telemedicine interventions. *Bmj* 2002;324(7351):1434-7.
95. Wootton R. Recent advances: Telemedicine. *Bmj* 2001;323(7312):557-60.
96. http://tr.wikipedia.org/wiki/%C3%9Ckelere_g%C3%B6re_kullan%C4%B1mdaki_cep_telefonu_s%C4%B1ralamas%C4%B1_listesi. [updated 18.3.2015].
97. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RM, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:Cd009338.
98. Meedya S, Fahy K, Yoxall J, Parratt J. Increasing breastfeeding rates to six months among nulliparous women: a quasi-experimental study. *Midwifery* 2014;30(3):e137-44.
99. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>. 2014 [cited 2015 31.05].
100. Noel-Weiss J, Boersma S, Kujawa-Myles S. Questioning current definitions for breastfeeding research. *Int Breastfeed J* 2012;7(1):9.

101. Labbok M, Krasovec K. Toward consistency in breastfeeding definitions. *Stud Fam Plann* 1990;21(4):226-30.
102. Wong KL, Tarrant M, Lok KY. Group versus Individual Professional Antenatal Breastfeeding Education for Extending Breastfeeding Duration and Exclusivity: A Systematic Review. *J Hum Lact* 2015.
103. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health* 2013;13 Suppl 3:S20.
104. Aksu H, Kucuk M, Duzgun G. The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011;24(2):354-61.
105. Di Cerbo A, Morales-Medina JC, Palmieri B, Iannitti T. Narrative review of telemedicine consultation in medical practice. *Patient Prefer Adherence* 2015;9:65-75.
106. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovitch I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *Jama* 2001;285(4):413-20.
107. Lazenbatt A, Sinclair M, Salmon S, Calvert J. Telemedicine as a support system to encourage breast-feeding in Northern Ireland. *J Telemed Telecare* 2001;7(1):54-7.
108. Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, Amir LH, Gold L, Small R, et al. Ringing Up about Breastfeeding: a randomised controlled trial exploring early telephone peer support for breastfeeding (RUBY) - trial protocol. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:177.
109. Ericson J, Eriksson M, Hellstrom-Westas L, Hagberg L, Hoddinott P, Flacking R. The effectiveness of proactive telephone support provided to breastfeeding mothers of preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Pediatr* 2013;13:73.
110. Organization WH, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding: World Health Organization; 2003.
111. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):Cd003517.
112. Fewtrell MS, Morgan JB, Duggan C, Gunnlaugsson G, Hibberd PL, Lucas A, et al. Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? *Am J Clin Nutr* 2007;85(2):635s-8s.
113. Kavuncuoğlu S, Akın M, Aldemir H, Kıyak A, Karabayır N, Zengin G, et al. Bebek dostu hastanede emzirme eğitimi ve anne sütü ile beslenmeye etkisi. *Ege Pediatri Bülteni* 2005;12(3):141-6.
114. Kaneko A, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, Suzuki K, et al. Factors associated with exclusive breast-feeding in Japan: for activities to support child-rearing with breast-feeding. *J Epidemiol* 2006;16(2):57-63.

115. Lindberg L, Maddow-Zimet I, Kost K, Lincoln A. Pregnancy intentions and maternal and child health: an analysis of longitudinal data in Oklahoma. *Matern Child Health J* 2015;19(5):1087-96.
116. Ozluses E, Celebioglu A. Educating fathers to improve breastfeeding rates and paternal-infant attachment. *Indian Pediatr* 2014;51(8):654-7.
117. Susin LRO, Giugliani ERJ. Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: impact on breastfeeding rates. *Journal of Human Lactation* 2008.
118. Taspınar A, Coban A, Kucuk M, Sirin A. Fathers' knowledge about and attitudes towards breast feeding in Manisa, Turkey. *Midwifery* 2013;29(6):653-60.
119. Bourgoin GL, Lahaie NR, Rheaume BA, Berger MG, Dovigi CV, Picard LM, et al. Factors influencing the duration of breastfeeding in the Sudbury region. *Can J Public Health* 1997;88(4):238-41.
120. Tarrant M, Fong DY, Wu KM, Lee IL, Wong EM, Sham A, et al. Breastfeeding and weaning practices among Hong Kong mothers: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10:27.
121. Hackman NM, Schaefer EW, Beiler JS, Rose CM, Paul IM. Breastfeeding outcome comparison by parity. *Breastfeed Med* 2015;10(3):156-62.
122. Olson BH, Horodyski MA, Brophy-Herb H, Iwanski KC. Health professionals' perspectives on the infant feeding practices of low income mothers. *Matern Child Health J* 2010;14(1):75-85.
123. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact* 1999;15(3):195-201.
124. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):Cd001141.
125. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs* 2008;17(9):1132-43.
126. Mathur NB, Dhingra D. Perceived breast milk insufficiency in mothers of neonates hospitalized in neonatal intensive care unit. *Indian J Pediatr* 2009;76(10):1003-6.
127. Dabritz HA, Hinton BG, Babb J. Maternal hospital experiences associated with breastfeeding at 6 months in a northern California county. *J Hum Lact* 2010;26(3):274-85.
128. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlieck EA, Oakes D, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111(3):511-8.
129. Aytekin A, Albayrak EB, Küçükoğlu S, Caner İ. Erken doğmuş bebeklerde kaşık ve biberonla beslenme yöntemlerinin tam anne memesine geçiş süresi ve emme başarısı üzerine etkisi. *Türk Pediatri Arşivi* 2014;49:307-13.
130. Melton K, Akinbi HT. Neonatal jaundice. Strategies to reduce bilirubin-induced complications. *Postgrad Med* 1999;106(6):167-8, 71-4, 77-8.

131. Lauer BJ, Spector ND. Hyperbilirubinemia in the Newborn. Pediatrics in Review 2011;32(8):341-9.
132. Bertini G, Dani C, Tronchin M, Rubaltelli FF. Is Breastfeeding Really Favoring Early Neonatal Jaundice? Pediatrics 2001;107(3):e41.
133. Şahan H. 0-24 Aylık Bebeği Olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği; 2008.
134. Kaya D. 0-24 ay Bebeği olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme İle ilgili Bilgi Tutum ve Uygulamaları , Uzmanlık Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilimdalı; 2009.
135. Sencan I, Tekin O, Tatlı MM. Factors influencing breastfeeding duration: a survey in a Turkish population. Eur J Pediatr 2013;172(11):1459-66.
136. Bolat F, Uslu S, Bolat G, Bülbül A, Arslan S, Çelik M, et al. İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. Çocuk Dergisi 2011;11(1):5-13.
137. McGuire S. U.S. Dept. of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. U.S. Dept. of Health and Human Services, Office of the Surgeon General. 2011. Adv Nutr 2011;2(6):523-4.
138. <https://www.youtube.com/watch?v=wX8nZE1nTas>). [cited 2015 31.5].
139. Sağlık Bakanlığı. Hizmet İçi Eğitim Metodolojisi Ve Teknolojisi El Kitabı SSBY Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını Ankara 1987. Ankara.
140. Sullivan R. MR, Bergthold G.,Blouse A.,Meltntosh. Tıp Eğitimcileri İçin Eğitim Beceri Rehberi,N.N.Şahin,Ş.B. Özvarış (Çev), Jhpiego Corporation Training Office Pub., Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No:99/14, Ankara, 1999.
141. Demirel Ö. Eğitimde Program Geliştirme-. 13 ed. Ankara USEM Yayınları; 1997.
142. Demirel Ö. Genel Öğretim Yöntemleri USEM Yayınları-11 Ankara 1996.
143. Demirel Ö. Öğretim Sanatı PEGEM Yayıncılık Ankara 1996.
144. WHO Health21- Health For All İn The 21stcentury World Health Organization . Regional Office For Europe European Health For All Series N, Copenhagen 1999.
145. Berthold G. Seminer Notları Hacettepe Üniversitesi Ankara 1993.