

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ANNELERİN MESLEK GRUPLARINA GÖRE
ÇOCUKLARIN GELİŞİMİ

UZMALIK TEZİ
DR. FATİH UCUZ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. KURTULUŞ ÖNGEL

İZMİR
AĞUSTOS-2020

TEŞEKKÜR

Tez süresi boyunca görüş ve önerileri ile desteğini esirgemeyen saygı değer hocam Prof. Dr. Kurtuluş Öngel başta olmak üzere..

Torbalı 15 No'lu Aile Sağlığı Merkezindeki mesai arkadaşlarım; Dr. Sinan Altay, Hemşire Rahime Aşık, Sevgi Coşkun ve Sibel Çömez hanıma, tez anketlerinde desteğini esirgeyemen Ebe Hanife Toklu'ya teşekkür ederim. Ayrıca tez yazım döneminde kaybettiğimiz Sevgili Müdürüm Dr. Mehmet Park'ın anısına ithaf ediyorum..

Asistanlığa birlikte başladığım fakat sonradan kariyerine Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesinde devam eden Öğretim Görevlisi arkadaşım Dr. Jale Akgöl'e..

En çokta eşim Uz. Dr. Gonca Ucuz ve oğullarım Ege, Deniz ve Ali Sabri'ye teşekkür ediyorum..

Bu çalışmamı asistanlık sürecinde kaybettiğim Babam H.Sabri Ucuz'un anısına saygı ve rahmetle ithaf ediyorum..

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	II
KISALTMALAR	III
TABLolar DİZİNİ	IV
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Çocuklarda Büyüme ve Gelişme.....	2
2.1.1. Çocuklarda büyüme değerlendirme için Antropometrik ölçümler...	3
2.1.2 Çocuklarda Büyümenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler....	4
2.1.3 Normal Büyüme Kilo Takibi.....	5
2.1.4 Normal Büyüme Baş Çevresi.....	5
2.1.5 Normal Büyüme Boy Takibi.....	6
2.2. Anne Sütü.....	7
2.2.1 Anne Sütüne tarihsel kısa bakış.....	7
2.2.2 Anne Sütünün İçeriği.....	8
2.2.3 Anne Sütü ile Beslenmenin Önemi ve Yararları.....	9
2.2.4 Ülkemizde Anne Sütü ile Beslenme.....	10
2.2.5 Anne Sütü ile Beslenmeyi Etkileyen Faktörler.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
4. BULGULAR.....	14
5. TARTIŞMA.....	22
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	31
ÖZET.....	32
ABSTRACT.....	33
KAYNAKLAR.....	34
EKLER	47

KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
NCHS	Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi
SAT	Son Adet Tarihi
SDS	Standart Deviasyon Skoru
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Annelerin yaş dağılımı.....	14
Tablo 2. Çocukların yaş dağılımları.....	14
Tablo 3. Annelerin meslek gruplarına göre dağılımı.....	15
Tablo 4. Annelerin çalışma saatleri.....	15
Tablo 5. Annelerin eğitim durumları.....	16
Tablo 6. Annelerin sigara kullanımı.....	16
Tablo 7. Annelerin alkol kullanımı.....	17
Tablo 8. Annelerin doğum haftaları.....	17
Tablo 9. Annelerin doğum sonrası çalışma zamanı.....	18
Tablo 10. Mama başlama zamanı.....	19
Tablo 11. Emzirmeyi etkileyen faktörler.....	20
Tablo 12. Ev Hanımı, kamu çalışanı ve özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının 0,6,12 ve 24.ay antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılması	21

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bebeklerin dünyaya gözünü açtığı ilk andan itibaren sonraki 6 aylık süreçte bebeğin fizyolojik ve psikososyal ihtiyaçlarını tek başına yeterli düzeyde karşılayan anne sütü, anne ve bebek bağının kurulmasında önemli rol oynar. Emzirme, anne ile bebeğin sağlığı ve duygusal yakınlığı üzerine olumlu etkisi olan bir beslenme yöntemidir (1). Bebeğin ilk altı ay tek başına anne sütü ile beslenmesi, altıncı aydan sonra ek besinlerle birlikte anne sütü ile beslenmenin devam etmesi ve emzirmenin iki yaşın sonuna kadar sürdürülmesi; bebeğe sayısız yararlar sağlar. Anne sütü ile beslenmenin yararları sadece anne sütü ile beslenme süreci ile sınırlı kalmayıp, ileri yaşam sağlığı üzerine önemli oranda olumlu etkileri vardır. Bu nedenle sağlıklı yaşamın temellerinin atılmasında anne sütü ile beslenmenin önemi tartışılmaz. Gelişmekte olan ülkelerde 6 aydan küçük bebeklerin %39'u sadece anne sütü alırken, %58'i 20. ile 23. aya kadar anne sütü alımını devam ettirmektedir (2,3).

Ülkemizde ise 1991 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından anne sütü ile beslenmenin özendirilmesi, emzirmenin başarılı ve yerleşik bir uygulama haline gelmesini sağlamak üzere “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı” başlatılmıştır (4).

Türkiye istatistik kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre ülkemizde 15 yaş üstü kadınların istihdam oranı %27.1 olarak göstermektedir. Çalışmanın amacı çalışan ve ev hanımı annelerin emzirme sürelerinin karşılaştırılması, bebeklerin ilk 6 aylık süreçte mama kullanım oranlarının belirlenmesi ve annelerinin meslek gruplarına göre bebeklerin ilk 2 yıllık süreçte boy ve kilo gelişim eğrileri baz alınarak gelişimlerinin karşılaştırılmasıdır (5,6).

Bu çalışmada, İzmir Torbalı 15 No'lu Aile Sağlığı Merkezinde takipli 2-8 yaş arası çocukların annelerinin emzirme sürelerinin belirlenmesi , ve çocukların ilk iki yıllık gelişimleri saptanmaya çalışılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuklarda Büyüme ve Gelişme

Büyüme ve gelişme aslında bebekleri ve çocukları erişkinlerden ayıran en önemli özelliklerin başında gelir. Büyüme anne karnında, yani intra uterin dönemden başlayarak, aşama aşama doğum sonrası devam edip, bebeklik, süt çocukluğu dönemi ve nihayetinde pubertenin sonuna kadar devam eder. Çevresel faktörler, genetik ve hormonal yapının etki ettiği, en çokta beslenme ve sağlık durumunun önemli rol oynadığı bir süreç olarak tanımlanabilir (7,8). Normal büyümeyi tanımlamak gerekirse; baş çevresi, boy ve vücut ağırlığı gibi kriterlerin, kişinin yaş, cinsiyet ve genetik durumuna uygun seyrinde devam etmesi ve normal sınırlar içinde kalması olarak tanımlanabilir. İlk 2 yaş boyunca baş çevresi yakın takip edilmelidir. Dünya sağlık örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen eğriler ile boy, vücut ağırlığı ve baş çevresi takibi yapılır (9,10).

Çocuklarda büyüme seyrinin takip edilmesi, hem çocuğun ne kadar büyüyeceğine dair bir öngörü oluşturur hem de çocuğun ne kadar sağlıklı olduğuna dair fikir verir. Örneğin yetişkinlerde birçok farklı semptom ile karşımıza çıkabilecek bir hastalık, çocuklarda sadece kilo kaybı veya boy kısalığı şeklinde görülebilir. Dolayısıyla çocukların büyüme ve gelişimlerini takip etmek sadece çocuk doktorlarının değil, aile hekimlerinin de temel görevleri arasındadır. Çocuklarda obezite görülme sıklığı son dönemlerde hızla artmaktadır. Çocuklarda obezite tanımı, kendi yaş ve cinsiyeti baz alınarak yapılan ölçümlerde 95 persentil üstü olarak ifade edilebilir (11). Obezitenin temelinde genetik faktörler rol oynamaktadır, öyle ki obez anne ve babaların çocuklarında %80 oranında obezite görülmektedir. (12).

Bebeklerin doğumdan itibaren yaşayabileceği her türlü sağlık problemi, büyüme ve gelişmelerini olumsuz olarak etkiler. Dolayısıyla doğum sonrası belli periyotlarda takip gerekir. Aile hekimleri belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde bebekleri doğumdan sonra belli periyotlar ile izleme alırlar (13). Aile hekimleri yeni doğan bebek ile, doğumdan 72 saat sonra tanışır. Aile sağlığı merkezinde yapılan bu ilk izlemde, bebekten hipotiroidi, fenilketonüri gibi konjenital hastalıkları taramak için topuk kanı alınır. Bebeğin ilk izlemi yapılır ve boy, kilo ve baş çevresi ölçülür. Aile hekimi ile bebeğin ikinci randevusu ise doğumdan sonraki 15.gündür. Aile hekimi genel fizik muayene yaptıktan sonra bebeğin boy, kilo ve baş çevresine bakar ve değerlendirir. Sonraki izlemler sırasıyla 1,2,3,4 ve 6.aylarda yapılır. (14) DSÖ yaşamın ilk aylarında ölçümlerin kısa aralıklarla yapmasını önerir (15).

2.1.1. Çocuklarda Büyümeyi Değerlendirmek için Antropometrik Ölçümler

Çocuklarda büyümeyi değerlendirmek için bir takım antropometrik ölçümler kullanılır. Antropometrik ölçümler çocuğun büyümesini somut veriler üzerinden sağlıklı bir şekilde değerlendirmeye yarar. En sık kullanılan yöntemler; Baş çevresi, boy ölçümü, vücut ağırlığı, üst-orta kol çevresi, deri kıvrım kalınlığı, vücut kısımlarının bir birine oranıdır (16,17).

A) Baş Çevresi: İlk iki yaş özenle takip edilmesi gereken parametrelerden biridir. Santral sinir sisteminin büyümesini gösteren bir parametredir (18).

B) Boy Uzunluğu: Çocukların büyümesini değerlendirmek için kullanılan en önemli parametrelerden biridir. Boy uzunluğu yavaş değişiklik gösterir. Yetersiz ve dengesiz beslenme, basit akut enfeksiyonlar boy gelişimini akut dönemde etkilemez. Malnütrisyon ve kronik hastalıkların boy gelişimini olumsuz etkileyebilmesi için en azından 6 aylık bir süre geçmesi gerekmektedir (19,20).

C) Vücut Ağırlığı: Çocuklar için en değerli antropometrik ölçümlerin başında vücut ağırlığı gelir. Kısa zamanda ciddi değişiklikler göstererek özellikle beslenmeye dair önemli fikirler verir. Doğumdan itibaren kolay bir şekilde ölçülebilir (19,21).

D) Boya göre ağırlık: Rastgele yapılan ölçümlerde, özellikle daha önce izlemi yapılmamış veya yaşı bilinmeyen çocukların izlemlerinde kullanılan ve önemli bilgiler veren bir ölçümdür. Çocuğun kilosu aynı boydaki sağlıklı çocukların kilosu ile karşılaştırılarak sonuca gidilir (18,22).

E) Deri kıvrım kalınlığı ölçümü: Aile hekimliği polikliniklerinde pek kullanılmayan ‘Skinfold Caliper’ isimli bir aparat yardımı ile deri kıvrım kalınlığı ölçülür. Ölçüm sonuçlarının düşük olması malnütrisyonu, yüksek olması obeziteyi işaret eder (20,23).

F) Kol çevresi ölçümü: 5 yaşından küçük çocuklarda beslenme bozuklukları hakkında önemli fikirler verir. Büyümenin izlenmesinde kullanılmaz (19,21).

G) Vücut kısımlarının bir birine oranı: Kulaç ölçümü ve oturma yükseliği gibi parametreler kullanılır. Özellikle boy kısalığı etiyolojisi açısından önemli bir parametredir (24).

2.1.2 Çocuklarda Büyümenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Çocuklarda büyümenin değerlendirilmesi temel olarak iki prensip üzerinden yapılır. Birincisi büyüme hızı değerlendirilmesidir. Bu değerlendirme şeklinde çocuğa ardı ardına seri izlemler yapılır. Elde edilen veriler çocuğun kendi verileri olup, kendi ile kıyaslanarak büyüme hızı hesaplanır ve çocuğun büyümesine dair fikir edinilir. Büyüme hızı şu şekilde hesaplanır;

Büyüme hızı (cm/yıl) = $\frac{\text{Son ölçüm (cm)} - \text{İlk ölçüm (cm)}}{\text{Aradan geçen zaman (ay)}} \times 12$

Ardı ardına yapılan ölçümlerde iki majör persentil düşme olursa, bu çocuğun büyümesinin durakladığını gösterir ve araştırma gerektirir (19,24).

Çocuklarda büyümenin değerlendirilmesindeki ikinci prensip ise çocuğun mevcut büyümesinin değerlendirilmesidir. Çocuğun mevcut büyümesinin değerlendirilmesi ise 3 farklı yöntem ile kullanılır;

A)Persentiller: Persentil eğrileri diğer adıyla büyüme eğrileri yapılan büyüme takibi, çocuğun yapılan izlemlerde elde edilen verilerin, kendi yaş ve cinsiyetteki diğer çocukların verileri ile karşılaştırılması mantığına dayanır. Ülkemizde çocukların verilerinin ortalamasının alındığı güncel persentil cetvelleri kullanılır. Persentil cetvelleri cinsiyete göre farklılık gösterir. Dolayısıyla her yaş ve cinsiyete göre farklı persentil cetvelleri mevcuttur. Çocuklar için ideal boy ve kilo hesaplamalarında persentil cetvelindeki % 50 değerleri baz alınır. Persentil cetvelinde %50 altındaki değerler düşük değerleri, %50 üstündeki değerler ise yüksek değerleri temsil eder (25,26,27).

B)Median yüzdesi: Bu ölçüm yönteminde de persentil cetveli kullanılır. Persentil cetvelinde 50 persentil baz alınır. Ölçümü yapılan çocuğun antropometrik ölçümü, aynı yaştaki büyümesi normal ve sağlıklı çocuğun verileri ile kıyaslanır (21).

C)Standart sapma skoru: Çocukların antropometrik ölçümlerinin referans ortanca değerden farklı olması ‘z skor’ veya standart deviasyon (sapma) skoru ‘SDS’ olarak adlandırılmaktadır. Başka bir tabir ile Standart deviasyon skoru, çocuk izlemlerinde elde edilen verilerin aynı yaş ve cinsiyetteki çocukların referans ortalama değerlerine yani 50.persentil değerlerine olan uzaklığının kantitatif ölçümünü gösterir (28,29).

Sınır değerler olarak +2SD ve -2SD kullanılmaktadır. Antropometrik ölçümlerde SDS skoru -2SD gelen çocuk büyüme geriliği olarak nitelendirilir (18,19).

Z skoru Hesaplama= (ölçülen antropometrik değer - yaş ve cinsiyete göre ortalama değer) / (yaş ve cinsiyete göre standart sapma [SD])

2.1.3 Normal Büyüme Kilo Takibi:

Çocuklar için en değerli antropometrik ölçüm vücut ağırlığıdır. DSÖ, doğumdan sonraki ilk aylarda bebek izlemlerinin sık (aylık) yapılmasını önermektedir (30). Özellikle ilk bir yaş grubu çocukların vücut ağırlığını ölçerken hassas olunmalıdır. Kullanılan bebek ölçüm aletleri en fazla 10 grama kadar duyarlı olmalıdır. Bebek ölçümleri esnasında kıyafetler (bebek bezi dahil) çıkarılmalı ve ölçüm o şekilde yapılmalıdır (31,32). DSÖ verilerine göre toplumlar, ırklar arasında farklılıklar olmasına rağmen, 38-42 hafta arası yani miadında doğan bebeklerin doğum kilosu genel olarak 2500-4000 gr arası olmalıdır (33,34). Bebek doğum kiloları ülkelere ve ırklara göre değişkenlik gösterebilir. Örneğin Amerika Birleşik Devletlerinde doğum kilosu median değeri erkeklerde 3270 gr, kızlarda 3230 gr olarak ölçülmüştür. Doğum kilosu alt sınır 2550gr üst sınır ise 4600gr olarak bildirilmiştir. Ülkemizde ise Orta Anadolu ve Marmara bölgesinde yapılan çalışmalar ortalama doğum kilosunun 3300gr olduğunu göstermiştir (35,36,37,38).

Annenin vücut yapısı, gebelik esnasında geçirmiş olduğu akut ve kronik hastalıklar, gebelikte beslenmesi, gebelik psikolojisi ve çevresel faktörler gibi etkenler bebeğin doğum kilosunu etkiler (39). Doğum sonraki ilk günler içinde bebekler %5-8 arası fizyolojik kilo kaybederler. Sağlıklı bir bebek bundan sonra sürekli kilo alır. İlk 6 ayda bebekler günde ortalama 20-30 gram almalıdırlar. İkinci 6 ayda kilo alım hızı bir miktar azalır ve günlük 15-20 gram seviyesinde seyreder. 12-24 aylar arasında ise sağlıklı bir çocuk haftalık 50 ayda 200 gram kilo almalıdır. Bebekler kabaca 5. ayda doğum kilolarının 2 katına, bir yaşında ise 3 katına çıkar. Yapılan rutin takiplerde bebeğin boyu, kilosu ve baş çevresi büyüme çizelgesine yazılır ve takip edilir (40,41).

2.1.4 Normal Büyüme Baş Çevresi

Çocukların büyümesinin değerlendirilmesinde kullanılan en önemli antropometrik ölçümlerden biri olan baş çevresi değerleri yaş ve cinsiyete göre farklılık gösterir. Baş çevresi ölçümleri çocuğun gerek psikososyal gerekse nörolojik gelişimi hakkında fikir verir (42).

Aile sağlığı merkezlerinde çocuk izlemler yapılırken DSÖ'nün uluslararası standart kabul ettiği Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (NCHS) ve Olcay Neyzi ve arkadaşlarının geliştirdiği eğriler kullanılmaktadır (43,44). Baş çevresi doğumda 35 cm civarındadır ve baş uzunluğu, boyun dörtte biri kadardır. Bu oran çocuk büyüdükçe azalır. Baş çevresi ölçümü esnasında dikkatli ve hassas olunmalıdır. Mezura başın arka çıkıntılı kısmından başlayarak, paryetal kemik üzerinden geçerek, frontal kemikte glabelladan geçirilerek yapılır (43,44,45).

İntrauterin dönemin son haftalarında ve doğumdan sonraki ilk haftalarda vücudun en hızlı büyüyen kısmı baştır. Çocuklarda başın büyümesi, beynin büyümesinin bir göstergesidir. Sağlıklı bir çocukta doğumda 35 cm olan baş çevresi, 3.ayda ortalama 40.5 cm olur. Bu büyüme hızı 6.ayda kadar devam eder ve 6.ayda 43cm olur. 6-12 ay arası baş çevresi büyüme hızı biraz yavaşlar ve 12.ayda, baş çevresi 46cm olur. 24.ayda ortalama 48cm olur (38,46,47).

Mikrosefali başın normalin altında küçük değildir. Baş büyüklüğu, çocuğun yaşına göre ortalama değerin -3SD altında olduğu durumlardır ve beynin gelişmesinde gerilik olduğu durumlar ile birlikte görülür. Makrosefali başın normalin üstünde büyük olmasını tanımlar. Makrosefalinin en önde gelen sebeplerinden biri hidrosefalidir. Yani beynin ventrikül boşluklarında ve subaraknoid aralıktaki fazla miktarda BOS toplanmasıdır (46,47,48).

2.1.5 Normal Büyüme Boy Takibi

Fetüs 9 ay içinde 50cm uzar. Fetusun büyümesindeki en önemli faktörler; anne adayının beslenmesi, geçirdiği akut ve kronik hastalıklar, plasentanın durumu, bebekteki hastalıklar ve çevresel faktörlerdir (48,49). Çocuğun doğumdaki boy uzunluğu, ebeveynlerin boy ortalaması, beslenme ve çevresel faktörler ile değişiklik gösterebilir, çocuğun bir yaşında 25 cm uzamış olması beklenir. Bu değer 2.yıl 10-12cm sonraki yıl ise 7-8 cm ortalamasındadır. Her ne kadar çocuğun ilk ayında beslenme ve çevresel faktörler öncelikli olarak büyümeyi etkiliyor olsada, 1.aydan iki yaşına kadarki süreçte genetik faktörler daha ön plana çıkar (48). İlk iki yaş grubundaki çocukların yarısından çoğu (%60-65) büyüme eğrisini persentil cetvelinde aşağı ya da yukarı yönde çaprazlayarak gelişim gösterirler. Üç yaşında ise beklenen genetik boy potansiyeli seviyesine ulaşmış olurlar (38,49,50). Üç yaşından başlayarak, puberte dönemine kadarki süreçte büyümeyi etkileyen önemli etkenlerin başında endokrin faktörler gelmektedir. Üç yaşından puberte dönemine kadarki süreçte, büyüme eğrisinin paralel olması beklenir, büyüme eğrisinin paralel olması çocuğun sağlıklı büyüdüğünün göstergesidir. Büyüme eğrisinin aşağı doğru çaprazlanması önemlidir. Böyle durumlarda öncelikle sistemik hastalık taraması yapılmalıdır. Daha sonra

endokrinolojik hastalıklara bakılmalıdır. Büyümeyi olumsuz etkileyecek hipotiroidi ve büyüme hormonu eksikliği değerlendirilmelidir (51,52).

Her ne kadar puberteye kadar erkek ve kız çocuklarının büyümesi benzer görülsede, pubertede cinsiyet farklılaşması belirginleşir. Kız çocukları erkek çocuklarına göre erken puberteye girerler. Genelde 11 yaş civarı girdikleri pubertede büyüme patlaması gerçekleştirirler. (Tanner evre 2-3) Bir takvim yılı içinde en fazla 9 cm uzarlar ve toplamda tüm puberte dönemi boyunca 25 cm uzarlar (49,53).

Erkek çocukları kızlara göre yaklaşık 2 yıl daha geç yani 13 yaş civarı puberteye girerler. Erkek çocukları büyüme patlamasını Tanner evre 4-5 seviyesinde gerçekleştirir. Bir takvim yılı içinde en fazla 10.3 cm olmak üzere toplamda 28 cm uzama beklenir. Erkek ve kızlar arasındaki boy farkının temel iki nedeni vardır (49,50,53).

Birincisi erkekler puberteye girmeden önceki dönemde de uzarlar, ikincisi puberte döneminde yaşadıkları büyüme patlaması döneminde kızlara göre daha fazla uzarlar. Her iki cinsten de puberte sonrası büyüme gözle görünür şekilde yavaşlar. Sol el bilek grafisi ile yapılan değerlendirmelerde görülmüştür ki kızlar 15 yaş, erkeklerin ise 17 yaş civarı tüm epifizleri kapanır ve böylece büyüme durmuş olur (49,54).

2.2. Anne Sütü

Anne sütü, mucizevi ve yeri dolmaz bir besin kaynağıdır. Bebeğin biyolojik tüm besin ihtiyaçlarını karşılayan, gerekli enerji ve besin öğelerini içeren, sindirimi kolay, doğal ve biyoyararlanımı yüksek bir besindir. Dolayısıyla ilk 6 ay sadece anne sütü, 6. aydan sonra ek besinler ile birlikte 2 yaşına kadar anne sütü önerilmektedir (55,56,57). Anne sütü gerek bebek, gerekse anne üzerinde fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan onlarca faydası vardır (58,59,60). Anne sütü ile beslenmenin faydaları sadece anne sütü ile beslenen dönemi kapsamaz. Yaşamın ilerleyen yıllarında da bağışıklık sistemine önemli faydaları vardır (59).

2.2.1 Anne Sütüne tarihsel kısa bakış

Bebek beslenme davranışlarının tarihsel gelişimi incelendiğinde, hiç şüphe yok ki anne sütü bebek için en önemli besin kaynağıdır (48,50,51). Tarihte anne sütünün

ilk 3 yıl alınması gerektiğini vurgulayan ilk yazıt M.Ö 1550 yıllarına dayanmaktadır. Yakut Türkleri'nde analık tanrıçası olarak bilinen Ayzıt'ın bebeğine ruh vermek için anne sütü damlattığına dair inanışlar mevcuttur (59).

Yakın tarihimiz boyunca gerek teknolojinin ilerlemesi, gerekse bebek beslenmesinin ciddi bir pazara dönüşmesi sonrası anne sütü yerine hazır mamalar kullanılmaya başlanmış ve anne sütü kullanım oranları tüm dünyada düşme eğilimi göstermiştir. Hazır mamalar sebebiyle ishal ve buna bağlı bebek ölümleri artınca DSÖ ve United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) anne sütünün kullanımının tekrar arttırmaya yönelik girişimlere başlamış ve bu girişimler sonucu uluslararası sözleşme 'Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanmasıyla İlgili Uluslararası Yasa (Mama Kodu)' 1981 yılında kabul edilmiştir (61).

2.2.2 Anne Sütünün İçeriği

Anne sütünün en önemli özelliklerinden biri, bebeğin yaşına, ihtiyaçlarına ve durumuna uygun değişim göstermesidir. Anne sütü içeriği bir anneden diğerine, anne sütünün zamanına göre değişiklik gösterir. Anne sütünün besinsel bileşenlerinin bir kısmı laktositlerle sentezlenir. Bir kısmı annenin beslenmesi ile değişir, diğer bir kısım ise annenin depolarından sağlanır. (62).

Anne sütü 3 evrede değişkenlik gösterir. Doğumdan sonraki ilk süt kolostrum olarak adlandırılır. Kolostrum içerdiği beta karotenden dolayı sarı renktedir. Matür süte oranla enerji, yağ ve laktoz içeriği düşük; protein içeriği yüksek olan kolostrum yenidoğanın tüm besin ihtiyacını karşıladığı gibi her bir damlası çok değerlidir. Ayrıca kolostrum A ve E vitamini, beta-karoten, çinko ve eser elementle bakımından da oldukça zengindir. Kolostrum bebeğin bağışıklık sisteminin gelişmesine eşsiz katkısı vardır. Lenfosit, makrofaj, komplemanlar, laktoferrin, laktoperoksidaz, lizozim ve antikorlar ile sağlanır ve bebeği enfeksiyonlardan korur (59). Kolostrum salgısal IgA içeriğinin yüksek olması sayesinde bebeğin mukozal bariyerini güçlendirir ve bunun sonucunda dış patojenlere karşı koruyuculuk sağlanmış olur. Kolostrum laksatif etkisiyle mekonyum çıkışını kolaylaştırır ve doğal barsak florasının gelişmesine yardımcı olur. Ayrıca yeni doğan sarılığını önler. Kolostrumun matür süte oranla kolesterol, fosfolipid ve kolesterol esterleri bakımından zengindir ve yenidoğan nöronal miyelinizasyonun gelişimine katkıda bulunur (63).

Kolostrumdan sonraki süte geçiş sütü denir. Laktoz, yağ ve enerji miktarı kolostruma oranla daha yüksek; protein ve mineral içeriği daha düşük olan geçiş sütü laktasyonun 4.haftasına doğru yerini matür süte bırakır. Matür süt bebeğin ilk 4-6 aylık

dönemde ihtiyacı olan besini tek başına karşılayabilecek mucizevi bir besindir. İçeriğinin %87'si su olan matür süt, bebeğin beslenmesi için ihtiyacı olan protein, karbonhidrat ve yağları içerir. Matür sütün içeriği emzirmenin başında ve sonunda farklılıklar gösterir. Emzirmenin başındaki süte önsüt denir ve önsüt vitamin, protein , karbonhidrat ve sudan zengindir. Emzirmenin sonundaki süt ise son süt olarak adlandırılır ve son süt yağdan zengindir. Son sütün yağ oranının yüksek olması tokluk hissini arttırır (64,65).

Prematür bebeklerin ihtiyaçları farklıdır ve prematür bebek annelerinin sütleri, bebeklerin ihtiyaçlarına göre farklılık gösterir. Prematür bebeklerde mukozal laktaz etkinlik azdır bu yüzden prematür bebek annelerinin sütünde laktoz diğer anne sütlerine göre daha az bulunur. Prematür bebeklerin anne sütünde kolesterol düzeyi diğer anne sütlerine oranla daha yüksek olup, bebeğin hızlı olgunlaşmasına katkı sağlar (62).

2.2.3 Anne Sütü ile Beslenmenin Önemi ve Yararları

Anne sütü bebeğin ilk altı aylık dönemde ihtiyacı olan tüm besinleri tek başına karşılayabilen mucizevi bir besindir. Her bebeğin yaşamının ilk altı ayı sadece anne sütü ile beslenmesi ve altı aydan sonra uygun ek gıdalar ile dengeli beslenmesi kendi yaşamı için en ideal seçenektir (59,66). Anne sütü içerdiği immünglobulinler sayesinde bebeğin immün sisteminin gelişmesinde önemli katkı sağlar, enfeksiyonlardan korur ve aşıların etkinliğinin artmasına yardımcı olur. Bebeğin akut ve kronik hastalık riskini azaltır. (67,68,69). Anne sütü içeriğindeki bileşenler sayesinde bebeğin ruhsal gelişimine de katkı sağlamaktadır. (70).

Anne sütü içeriğindeki sistin etkisi ile bilişsel gelişimi hızlandırır bunun yanında;

-Sitokinler, prolaktinler ve beta-kazomorfinler yardımı ile Tip 1 ve Tip 2 Diyabet

-Düşük protein içeriği, artan lipolitik enzim aktivitesi ve emzirme sonunda yükselen yağ oranının doygunluk etkisi ile obezite, çocukluk çağı lösemi ve ilerleyen yaşlardaki kardiyovasküler hastalık riskini azaltmaktadır (71,72,73).

Yaşamın ilk 5 aylık döneminde sadece anne sütü ile beslenen ve hiç anne sütü almamış çocuklar kıyaslandığında; anne sütü almamış bebeklerin gastroenterit insidansı dört kat, gastroenterit mortalitesi 11 kat, pnömoni insidansı iki kat, pnömoni mortalitesi ise 15 kat arttığı görülmüştür (74,75). Gelişmekte olan ülkelerde bebek ve çocuk ölümlerini %13 azalttığı ve Dünya geneli 5 yaş altı 1,4 milyon çocuğun ölümüne engel olduğu tahmin edilmektedir (76).

Halk arasında altın süt olarak bilinen kolostrumun her bir damlası bile çok değerlidir. Doğumdan hemen sonra bebeğin emzirilmesi anne ile bebek arasında duygusal bağ oluşturduğu gibi, arka hipofizden oksitosin salınması sonucu annede uterus involusyonunu hızlandırıp postpartum kanama riskini de düşürmektedir (77). Emziren annelerin , emzirmeyen annelere göre (düşük östrojen maruziyeti sebebi ile) meme, over ve endometriyum kanserine yakalanma ihtimalleri düşmektedir (78).

Emzirme anneye özgüven sağlar, ayrıyeten santral sinir sistemi mediatör salınımları, anksiyete, depresyon ve stresi azaltır. Laktasyon uyku kalitesini de artırır (79,80). Anne sütü ile beslenmek halk sağlığı açısından da önemli katkılar sağlamaktadır. Toplumun sağlığının korunması gerek toplumun geleceği gerekse ülke ekonomisi açısından önemli bir katkısı bulunmaktadır (58,81) Anne sütü ile beslenmiş bir toplumda Diyabet, obezite ve kanser sıklığı düşer, sağlık harcamaları ve iş gücü azalır (59).

2.2.4 Ülkemizde Anne Sütü ile Beslenme

Ülkemizde geleneksel olarak çocukların %95'i emzirilmektedir. Fakat erken emzirmeye başlama ve ilk altı ay sadece anne sütü kullanımı ile ilgili ciddi sorunlar vardır. Doğumdan sonra anne sütü alımı, ilk altı ay sadece anne sütü kullanımı gibi bazı parametrelerde zaman içinde değişimler gözlenmiştir (5).

TNSA 2013 yılı verileri ülkemizde beş yaş altı çocukların büyük çoğunluğunun (%96,4) emzirildiği göstermektedir. 2013 yılı öncesi veriler de benzer seviyelerdedir. Örneğin 1998 yılında ülkemizde emzirme oranı %95 iken, 2008'de bu oran %96,7 olarak görülmüştür (5,6). 2013 TNSA verilerine göre ülkemizde doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirme oranı %50 seviyesindedir. Önceki yıllardaki rakamlarda buna

paraleldir. Örneğin 1998 yılında ülkemizde ilk bir saat içinde emzirme oranı %52 iken, 2003 yılında %53,9 olarak görülmüştür (5,6). UNICEF'in 2015 yılı Dünya çocuklarının durum raporunda, doğum sonrası ilk bir saatte emzirme oranının dünya genel %44 seviyesinde olduğu görülmektedir (82).

TNSA 2013 verilerine göre ülkemizde ilk altı ay sadece anne sütü kullanım %30 seviyesindedir ve sadece anne sütü ile beslenme süre 2,7 ay olarak belirlenmiştir. 2008 yılına kadar bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü alım oranları giderek artarken, 2008 sonrası bu istatistik aşağı yönlü ilerlemiştir (5). Ayrıca TNSA 2013 verilerine ek gıdaya 6.aydan önce başlama oranı %12 olarak belirlenmiştir. Bu veri 2003 yılında %9 iken 2008 yılında % 8 olarak görülmüştür (5,6).

2.2.5 Anne Sütü ile Beslenmeyi Etkileyen Faktörler

Anne sütü ile beslenme şekli ve süresini doğrudan etkileyen bir takım temel sosyo-demografik faktörler şöyledir; yaş, gelir durumu, eğitim düzeyi, yaşanan bölgenin coğrafi ve sosyal özellikleri, aile tipi, doğum sayısı ve anne mesleğidir (83,84,85).

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalar annenin yaşı, eğitim seviyesi ve gelir durumunun arttıkça gerek erken emzirmeye başlama durumunun gerekse de emzirme süresinin arttığını göstermektedir (86,87,88). Yapılan diğer çalışmalarda anne mesleğinin emzirme üzerindeki en önemli etkenlerden biri olduğu görülmüştür. Doğum sonrası erken ise dönen annelerin emzirme süresi, ev hanımı annelere göre kısalmıştır (89,90,91).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın tipi

Araştırma kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma T.C Sağlık Bakanlığı Torbalı 15 No'lu Aile Sağlığı Merkezinde 1.09.2019 ve 31.07.2020 tarihleri arasında 3521040 No'lu Aile Hekimliği birimine kayıtlı 2-8 yaş arası çocukların anneleri ile yapılmıştır. Torbalı 15 No'lu Aile Sağlığı Merkezi Torbalı Ertuğrul mahallesinde bulunmaktadır. Torbalı Ertuğrul mahallesi gerek eğitim düzeyi açısından, gerekse sosyo kültürel ve sosyo ekonomik seviyesi yüksek bir muhit olup, buradaki veriler tüm ilçe veya şehir için geçerlilik göstermeyebilir.

3.3 Araştırmanın evreni ve örneklemi

Bu kesitsel çalışmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Torbalı 15 No'lu Aile Sağlığı Merkezi 3521040 No'lu birime kayıtlı 2-8 yaş arası çocukların annesi oluşturmaktadır. Güven aralığı %95, hata payı %5 ve örneklem büyüklüğü minimum 189 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın kapsayıcılık oranı %100'dür, örneklemin tamamına ulaşılmıştır. Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri; 2-8 yaş arası çocuğu olmak, okur yazar olmak, çocuğun 0-2 yaş aralığı izlemelerini Torbalı 15 No'lu aile sağlığı merkezinde yaptırmış olmak, gönüllü onam vermiş olmak olarak belirlenmiştir. Sağlık bakanlığı ilk 6 ay sadece anne sütü olmak üzere, en az 2 yıl emzirmeyi önermektedir. bu kapsamda 2 yaşını tamamlamış çocukların anneleri ile anket yapıldı.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

Çalışmanın bağımlı değişkenleri; Annelerin meslek grupları, Çocukların 0,6,12,24.ay baş çevresi, boy ve kilo ölçümleri, anne sütü alma süreleri olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın bağımsız değişkenleri; Anne yaşı, anne eğitim durumu, anne çalışma süresi, anne sigara ve alkol kullanım durumu, doğum zamanı (matür /prematüre), annenin doğum sonrası işe başlama süresi, ek gıda başlama zamanı olarak belirlenmiştir.

3.5 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın Torbalı 15 No’lu Aile Sağlığı merkezinde yürütülebilmesi için İzmir Katip Çelebi üniversitesi Etik kurulu (EK 1) ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu’ndan (EK2) gerekli izinler alınmıştır. Araştırma örneklemine alınan annelere çalışmanın amacı açıklanarak araştırmaya katılmaları konusunda yazılı onamları alınmış, bilgileri gizli tutulmuştur.

3.6 Verilerin toplanması

Veri toplamak için yüz yüze görüşme ile anket tekniği uygulanmıştır. Anket formu sosyodemografik ve beslenme ile ilgili değişkenlerden oluşmuştur. Çalışmaya dahil edilen annelere 19 soruluk anket uygulanmıştır. Anket ektedir.(EK 3)

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Değişkenlere ait frekans ve yüzdesel dağılımların yanında, kategorik değişkenlerin ilişkisine Ki-Kare analizi ile, eşit aralıklı düzeyde ölçülmüş değişkenler arasındaki ilişkiye ise Pearson Korelasyon analizi ile bakılmıştır. Rakamsal ortalamaları istatistiksel anlamlılıkları ortalama T-Testi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda ilişkinin veya farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise ilişkinin veya farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Torbalı 15 No’lu Aile Sağlığı merkezi , 3521040 No’lu Aile Hekimliği birimine başvuran annelerin bireysel beyanları ile sınırlıdır. Sadece tek asmyi kapsar, bu çalışma sonuçları sadece bu bölge özgü olup, Türkiye geneli için çok merkezli çalışmaya ihtiyaç vardır..

4. BULGULAR

İzmir Torbalı 15 No'lu Aile sağılığı merkezi 40 No'lu aile hekimliğı birimine başvuran 2-8 yaşı arası çocukların anneleri ile yapılan bu araştırmanın bulguları bu bölümde yer almaktadır.

Tablo 1. Annelerin yaşı dağılımları

YAŞ GRUBU	SAYI (N)	YÜZDE %
27 VE ALTI	32	16,84
28-33 YAŞ	62	32,63
34-39 YAŞ	56	29,47
40 VE ÜSTÜ	40	21,05
TOPLAM	190	100

Araştırmaya katılan 2-8 yaşı çocuk sahibi ev hanımı, kamuda çalışan ve özel sektörde çalışan annelerin toplam sayısı 190 olup annelerin yaşı ortalaması $33,49 \pm 5,92$ dir. Araştırmaya katılan en genç anne 21 en yaşı anne ise 45 yaşındadır (Tablo 1).

Tablo 2. Çocukların yaşı dağılımları

ÇOCUK YAŞ	ÇOCUK SAYISI (N)	YÜZDE %
3	55	28,94
4	39	20,52
5	35	18,42
6	22	11,57
7	17	8,94
8	22	11,57
Toplam	190	100

Araştırmaya katılan toplam 190 çocuğun yaşı ortalaması $4,85 \pm 1,69$ olup, en küçük çocuk 3 (N: 55) en büyük çocuk ise 8 (N:22) yaşındadır. (Tablo 2)

Tablo 3. Annelerin çalışma durumları

MESLEK GRUPLARI	SAYI (N)	YÜZDE %
Ev Hanımı	98	%51,57
Kamu Çalışanı	44	%23,15
Özel Sektör	48	%25,26
Toplam	190	100

Araştırmaya dahil olan 190 annenin 98 tanesi (% 51,3) ev hanımı olarak görünmektedir. 44 anne (%23,15) kamuda çalışmakta olup, 48 anne (%25,1) ise özel sektörde mesleğini icra etmektedir. (Tablo 3)

Tablo 4. Annelerin günlük çalışma süreleri

ANNELERİN ÇALIŞMA SÜRESİ	SAYI	YÜZDELİK
0-4 SAAT	9	9,78
4-8 SAAT	49	53,26
8 SAAT ÜSTÜ	34	36,95
TOPLAM	92	100

Özel sektör ve kamu olmak üzere toplam çalışan 92 annenin 34 tanesi (%36,95) gün içinde 8 saat ve üzerinde çalışmaktadır. Sadece 9 anne (%9,78) gün içinde 4 saatten az çalışıyor olup 49 anne (%53,26) ise gün içinde 4-8 saat arası çalışmaktadır. (Tablo 4)

Tablo 5. Annelerin eğitim durumları

ANNELERİN EĞİTİM SEVİYELİ	SAYI (N)	YÜZDE %
Okur Yazar	3	3,1
İlk Okul	30	15,7
Orta Okul	34	17,8
Lise Mezunu	53	27,7
Lisans	67	35,1
Toplam	190	100

Araştırmaya katılan 6 annenin (%3,1) eğitim seviyesi okur yazar olarak görülmektedir. 30 anne (%15,7) ilk okul mezunu olup 34 anne (%17,8) orta okul seviyesinde eğitim görmüştür. Araştırmaya katılan annelerin büyük çoğunluğu lise ve üniversite mezunudur. 53 anne (%27,7) lise mezunu olup, 67 anne (%35,1) ise en az lisans ve üzeri mezunudur (Tablo 5).

Araştırmaya katılan 190 anneden 7 tanesi (%3,7) ekonomik durumunu çok kötü olarak tanımlamıştır. 13 anne (%6,8) ise durumunu çok iyi tanımlamıştır. Ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayan anne sayısı ise 26 (%13,6). Araştırmaya katılan annelerden 76 tanesi (%39,8) ekonomik durumunu orta olarak tanımlarken, 68 anne (%35,6) ekonomik durumunu iyi olarak tanımlamıştır.

Tablo 6. Annelerin sigara kullanımı

ANNELERİN SİĞARA KULLANIMI	SAYI (N)	YÜZDE %
Hiç Kullanmadım	80	41,9
Kullandım Bıraktım	18	9,4
Aktif Kullanıyorum	54	28,3
Nadiren	38	19,9
Toplam	190	100

Araştırmaya katılan 80 anne (%41,9) daha önce hiç sigara kullanmamış. Kullanıp bırakanların sayısı 18 (%9,4). Aktif olarak sigara kullanan anne sayısı 54 (%28,3) iken nadiren sigara kullanan anne sayısı ise 38 (%19,9) olarak görünmektedir. (Tablo 6)

Tablo 7. Annelerin alkol kullanımı

ANNELERİN ALKOL KULLANIMI	SAYI (N)	YÜZDE %
Hiç Kullanmadım	116	60,7
Kullandım Bıraktım	13	6,8
Aktif Kullanıyorum	18	9,4
Nadiren	43	22,5
Toplam	190	100

Araştırmaya katılan 116 anne (%60,7) daha önce hiç alkol almamış. 43 anne (%22,5) nadiren alkol kullanmaktadır. 13 anne (%6,8) kullanıp bırakmış. Araştırmaya katılan annelerden 18 anne (%9,4) aktif olarak alkol alıyor. (Tablo 7)

Araştırmaya katılan 190 anneden, 14 anne (%7,3) eşi ile akraba olduğunu beyan etmiştir. 176 anne (%92,1) ise akraba evliliği yapmamış.

Tablo 8. Annelerin doğum haftaları

ANNELERİN DOĞUM HAFTALARI	SAYI (N)	YÜZDE %
36 ve Altı	17	8,9
37.Hafta	27	14,1
38.Hafta	71	37,2
39.Hafta	42	22,1
40 ve Üstü	33	17,3
Toplam	190	100

Araştırmaya katılan 190 anneden en erken doğum yapan anne 32.haftada doğum yapmıştır. En geç doğum yapan anne ise 41.haftada doğum yapmıştır. Annelerin ortalama doğum haftaları $38,25 \pm 1,39$ hafta olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan 71 anne (%37,2) 38.haftada doğum yapmıştır. (Tablo 8)

Araştırmaya katılan 190 anneden 186 anne (%97,4) çocuğunda konjenital bir hastalık olmadığını beyan etmiştir. 4 anne (%2,1) ise çocuğunda konjenital bir hastalık olduğunu ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan 190 annenin, 8 tanesi (%4,2) çocuğunda kronik bir hastalık olduğunu ve bu nedenle düzenli ilaç kullandığını belirtmiş. 182 anne (%95,3) ise çocuklarında her hangi bir kronik hastalık olmadığını ve bu nedenle düzenli ilaç kullanmadıklarını belirtmiş.

Tablo 9. Annelerin doğum sonrası çalışma zamanı

ANNLERİN DOĞUM SONRASI ÇALIŞMA ZAMANI	SAYI (N)	YÜZDE %
0-6 AY ARASI	29	31,5
6-12 AY ARASI	37	40,2
12-24 AY ARASI	15	16,3
24 AY ÜSTÜ	11	12
TOPLAM	92	100

Araştırmaya katılan 92 çalışan anneden, doğumdan sonra 6-12.aylar arası çalışmaya başlayan anne sayısı 37 (%40,2). İlk 6 ay içinde işene dönen anne sayısı 29 (%31,5). Doğumdan sonraki 1-2 yıl arası çalışmaya başlayan anne sayısı 15 (%16,3). 2 yıl sonra işe dönen anne sayısı ise 11 (%12,0) (Tablo 9)

Tablo 10. Mama başlama zamanı

ÇOCUĞUNUZA NE ZAMAN MAMA BAŞLADINIZ	SAYI (N)	YÜZDE %
1.AY	13	6,8
2.AY	22	11,5
3.AY	41	21,5
4.AY	26	13,6
5.AY	21	11,0
Mama Kullanmadım	67	35,1
Toplam	190	100

Araştırmaya katılan 190 anneden, 67 tanesi (%35,1) bebekleri için ilk 6 aylık süreçte mama kullanmadıklarını ifade etti. 13 anne (%6,8) ilk 1 ay içinde mama başlamış. 22 anne (%11,5) ilk 2 ay içinde mamaya başlamış. 41 anne (%21,5) ilk 3 ay içinde bebeklerine mama başlamış. 26 anne (%13,6) ilk 4 ayda, 21 anne (11,0) ise ilk 5 ayda mama başlamış. (Tablo 10)

Tablo 11. Emzirmeyi etkileyen faktörler

Sigara Kullanımı	N	Ortalama emzirme süresi (ay)	Standart Sapma	P Değeri
Hiç Kullanmadım	80	18,8625	7,6336	0,003
Aktif Kullanıyorum	54	12,4630	7,2077	
Doğum sonrası çalışmaya başlama süresi				
0-6 ay sonra çalışan	39	9,2308	4,3192	0,005
12-24 ay sonra çalışan	15	13,6667	6,5972	
Annelerin günlük çalışma süreleri				
4-8 saat	53	9,6667	5,0469	0,043
8 saat üstü	38	5,7789	3,9893	
Annelerin eğitim durumu				
Lise	53	14,5660	7,3524	0,011
Lisans	67	11,1493	6,9440	
Anne Çalışma Durumu				
Ev hanımı	98	21,1735	5,95	,000
Kamu çalışanı	44	9,1364	4,99	
Özel sektör	48	10,8750	5,75	

Araştırmaya katılan 190 annenin bazı demografik özellikleri ile emzirme süresi arasındaki ilişki incelenmiştir. Hiç sigara kullanmayan 80 annenin emzirme süresi $18,86 \pm 7,6$ ay olarak görülmüştür. Aktif olarak sigara kullanan 54 annenin emzirme süresi ise $12,46 \pm 7,2$ ay olarak görülmüştür. Annelerin doğum sonrası çalışmaya başlama süresi ile emzirme süreleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Doğumdan sonraki ilk 6 ay içinde işe geri dönen 39 annenin ortalama emzirme süresi $9,2 \pm 4,3$ ay olarak görülmüştür. Doğumdan sonraki 12-24 ay içinde işe dönen 15 annenin ortalama emzirme süresi ise $13,6 \pm 6,5$ ay olarak görülmüştür. Çalışan annelerin günlük çalışma saatleri ile emzirme süreleri arasındaki ilişki sorgulanmıştır. Günde 4-8 saat arası çalışan 53 annenin ortalama emzirme süresi $9,6 \pm 5,04$ ay olarak görülmüş. Günde 8 saat üstünde çalışan 38 annenin ortalama emzirme süresi ise $10,57 \pm 5,9$ ay olarak görülmüştür. Annelerin eğitim durumları ile emzirme süreleri arasındaki ilişki sorgulandığında 53 lise mezunu annenin ortalama emzirme süresinin $14,56 \pm 7,3$ ay olduğu, 67 lisans mezunu annenin ortalama emzirme süresinin ise $11,14 \pm 6,9$ ay olduğu görülmüştür. Annelerin meslek grupları ile emzirme süreleri arasındaki ilişki de sorgulanmıştır. Araştırmaya katılan 98 ev hanımı annenin ortalama emzirme süresi $21,17 \pm 5,95$ ay olarak görülmüştür. Kamu çalışanı 44 annenin emzirme süresi

9,13±4,99 ay olarak görülmüştür. Özel sektör çalışanı 48 annenin ortalama emzirme süresi ise 10,87 ±5,75 ay olarak görülmüştür (Tablo 11).

Tablo 12. Ev Hanımı, kamu çalışanı ve özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının 0,6,12 ve 24.ay antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılması

	Anne Meslek	Sayı	Ortalama	SDS Değeri	P Değeri
Doğum Kilo	Ev Hanımı	98	3263,46±514,86	-0,28	0,018
	Kamu Çalışanı	44	2908,86±531,68	-0,98	
	Özel Sektör	48	3053,95±457,36	-0,7	
6.Ay Kilo	Ev Hanımı	98	6992,34±1187,14	-0,26	0,006
	Kamu Çalışanı	44	6096,36±1057,8	-1,4	
	Özel Sektör	48	6445,20±932,08	-0,95	
12.Ay Kilo	Ev Hanımı	98	9931,53±1593,50	0,4	0,003
	Kamu Çalışanı	44	8701,59±1559,5	-0,84	
	Özel Sektör	48	9218,33±1370,65	-0,3	
24.Ay Kilo	Ev Hanımı	98	12582,55±1831,60	0,39	0,029
	Kamu Çalışanı	44	10944,77±1623,67	-0,89	
	Özel Sektör	48	11901,45±1582,58	-0,12	
24.Ay Baş Çevresi	Ev Hanımı	98	48,31±0,86	0,6	0,045
	Kamu Çalışanı	44	48,52±0,76	0,76	
	Özel Sektör	48	48,85±0,79	1	
Doğum Boy	Ev Hanımı	98	49,64±1,19	0,14	0,000
	Kamu Çalışanı	44	49,27±1,33	-0,01	
	Özel Sektör	48	49,08±1,51	-0,08	
6.Ay Boy	Ev Hanımı	98	68,88±2,19	1,41	0,001
	Kamu Çalışanı	44	66,81±3,23	0,6	
	Özel Sektör	48	67,00±2,75	0,68	
12.Ay Boy	Ev Hanımı	98	78,62±2,51	1,69	0,003
	Kamu Çalışanı	44	76,40±3,89	0,91	
	Özel Sektör	48	76,97±3,16	1,11	
24.Ay Boy	Ev Hanımı	98	88,59±2,65	1,04	0,010
	Kamu Çalışanı	44	86,15±3,99	0,34	
	Özel Sektör	48	86,95±3,85	0,57	

5. TARTIŞMA

T.C Sağlık Bakanlığı Torbalı 15 No’lu Aile Sağlığı merkezi 3521040 numaralı Aile Hekimliği birimine başvuran, 2-8 yaş arası çocuğu olan 190 anne ile yapılan kesitsel tipte bu çalışmada, annelerin anne sütü kullanım süreleri, çocuklarının ilk 6 aylık dönemlerinde mama kullanımları, meslekleri, sosyodemografik özellikleri, ekonomik durumları, sosyal alışkanlıkları ile çocuklarının doğum, 6.ay, 1yaş ve 2.yaş dönemlerindeki baş çevresi, boy ve kilo ölçümleri baz alınarak gelişimleri ilişkilendirilmiştir. Malnütrisyon gelişmemiş, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu iken Obezite ise tam aksine sosyo-ekonomik düzeyi yüksek, gelişmiş olarak ifade edilen ülkelerde yaşanan bir halk sağlığı problemidir (92,94). Çocuklarda büyüme ve gelişme; psikolojik, genetik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı dinamik bir süreçtir. Çocukların yaşamlarının ilk iki yılında büyüme ve gelişme, çocukların baş çevresi, boy uzunluğu ve vücut ağırlıklarının takibi ile yapılır. Beslenme çocukların ilk iki yıllık süreçteki gelişimleri açısından en önemli faktördür (92,93)

Çalışmaya katılan 190 annenin meslekleri sorgulanmış. 98 anne ev hanımı olduğunu ve çalışmadığını ifade etmiştir. (%51,57) 44 anne (%23,15) kamu sektöründe, 48 anne (%25,26) özel sektörde çalıştığını beyan etmiştir. Çalışmaya katılan 190 anneden, toplamda 92 anne (%48,41) kamu veya özel sektör olmak üzere çalıştığını belirtmiştir. TÜİK 2015 verilerine göre Türkiye’de kadınların çalışma oranı %27,5 olarak görülmüştür. Türkiye istatistik kurumu 2017 verilerine göre ise Türkiye’de 15 yaş üzeri toplam nüfus sayısı 60.223.000 olarak belirlenmiştir (95). Aynı çalışmada Türkiye’de 15 yaş üzeri nüfusun %51,35’i bayan, %48,65’i ise erkeklerden oluştuğu görülmüştür. TÜİK 2017 verilerine göre iş gücü olarak nitelendirilen nüfus sayısı 31.790.000 olarak belirlenmiştir. Bu sayısının 21.503.000’i erkek, 10.287.000’i bayanlardan oluşmaktadır. 2017 verilerine göre 8.904.000’i bayan, 19.612.000’i erkek olmak üzere toplam çalışan sayı 28.516.000 olarak görülmektedir. Türkiye’deki 15 yaş ve üzeri toplam nüfusun içinde erkeklerin çalışma oranı %65,8 olarak görülürken, bu sayı kadınlarda maalesef %29,3 seviyelerinde kalmaktadır (95). Avrupa birliği üyesi ülkeler içinde kadın istihdam oranının en yüksek olduğu ülke %74 ile İsveç iken, yine Avrupa birliği üyesi ülkeler içinde kadın istihdam oranı en düşük ülke %42,5 ile Yunanistan olmuştur. Torbalı 15 No’lu aile sağlığı merkezi, Torbalı Ertuğrul mahallesinde yer almaktadır. Çalışmamızı yapmış olduğumuz Ertuğrul mahallesi genel itibari ile sosyo-ekonomik düzeyi orta ve üzeri insanlardan oluşmaktadır ve çalışmamızda kadın istihdam oranı %48,41 ile ülke ortalamasının üzerinde olup çıkmıştır. Bu oran aynı zamanda Avrupa birliği üyesi ülkelerin ortalama rakamlarına yakındır (5,95).

Çalışmaya katılan 190 annenin sigara kullanım durumları sorgulanmıştır. Ev hanımı olan 98 anneden, 63 anne (%64,28) hiç sigara içmediğini beyan etmiştir. 10 ev hanımı anne (%10,20) ise, eskiden kullandığını ve bıraktığını ifade etmiştir. Toplamda çalışmamıza katılan 98 ev hanımı anneden 73 tanesi (%74,48) aktif olarak sigara kullanmamaktadır. Ev hanımı anneler arasında sigara kullanım oranı %25,52 olarak belirlenmiştir. Türkiye istatistik kurumu verilerine göre Türkiye’de doğurganlık çağındaki kadınların sigara içme oranı %26,5 olarak belirlenmiştir (96). Çalışmamıza katılan ev hanımı annelerin sigara içme oranı Türkiye ortalamasının altında görülmüştür. Çalışmamıza katılan 92 çalışan anneden hiç sigara kullanmamış ve kullanıp bırakmış anne sayısı 25 (%27,17) olarak belirlenmiştir. Çalışan annelerden 25 anne (%27,17) ise nadiren sigara kullandığını beyan etmiştir. Nadiren sigara kullanan anneler de dahil edildiğinde aktif olarak sigara kullanan çalışan anne sayısı 67 (%72,83) olarak görülmüştür. Bu rakam TÜİK verilerinin oldukça üzerindedir. Ev hanımı anneler ile çalışan annelerin sigara içme oranı arasında anlamlı bir fark vardır. Erkek ve kadınlar arasında sigara içme oranı arasında hep bir fark olmuştur. Geçmişten günümüze kadar erkeklerin sigara kullanım oranı bayanlarınkine göre daha fazla olmuştur (97). Yıllar içinde kadınların sigara içme oranları maalesef artmıştır ve erkek kadın sigara içme oranları bir birine yaklaşmıştır (96,97).

Çalışmaya katılan 190 annenin alkol kullanım durumları sorgulanmıştır. 98 ev hanımı anneden 81 anne (%81,65) daha önce hiç alkol almadığını beyan etmiştir. 8 anne (%8,16) ise kullanıp bıraktığını belirtmiştir. 9 ev hanımı anne (%9,18) ise zaman zaman alkol kullandığını ifade etmiştir. Çalışan 92 anneden 69 (%75) anne hiç alkol kullanmadığını beyan etmiştir. 8 çalışan anne ise önceden alkol aldığını ve bıraktığını ifade etmiştir. 15 anne (%16,30) ise zaman zaman alkol aldığını beyan etmiştir. 2018 yılı Emniyet genel müdürlüğünün (EGM) yaptığı çalışmada ülkemizde kadınların alkol kullanım oranları %10,7 olarak görülmüştür (98). Türkiye istatistik kurumunun 2012 yılında yapmış olduğu sağlık araştırmasında ‘‘ Türkiye’de bireylerin alkol kullanma durumunun cinsiyet, yaş ve yerleşim yerine göre dağılımı’’ isimli tablosundaki verilere göre; Türkiye’de genel olarak alkol kullanım oranı %10,4 olarak belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada erkeklerin alkol kullanım oranları %17,2, bayanların alkol kullanım oranları %3,8 olarak görülmüştür (99). Çalışmaya katılan ev hanımı annelerin alkol kullanım oranı Türkiye ortalamasının altında, fakat çalışan annelerin alkol kullanım oranları, Türkiye ortalamasının üzerinde görülmüştür. TÜİK 2012 çalışması ve Emniyet Genel müdürlüğünün 2018 yılı çalışmalarında da görüldüğü üzere bayanlarda alkol kullanımı günden güne artmaktadır (98,99).

Çalışmaya katılan 190 annenin, doğum haftaları sorgulandı. Ev hanımı 98 annenin ortalama doğum haftası $38,6 \pm 1,15$ hafta olarak belirlendi. Çalışan 92 annenin

ortalama doğum zamanları ise $37,3 \pm 1,86$ hafta olarak görülmüştür. Annenin son adet tarihi (SAT) baz alındığında, 37 hafta öncesi doğum yapmış annenin bebekleri, prematüre olarak tanımlanmaktadır (100). Normal doğum haftası 38-42 haftalar arası olmalıdır. DSÖ 37.haftasını tamamlamamış veya annenin son adet tarihinin ilk gününden başlayarak 259.günden önce gerçekleşmiş doğumları, preterm doğum olarak tanımlamıştır (101). Çalışmaya katılan , ev hanımı annelerin normal zamanda (38-42.haftalar arası) doğum yaptığı gözlenirken, çalışan annelerin 38 hafta öncesi doğum yaptıkları saptandı (102). Alkol ve sigara kullanım oranları ev hanımı annelere göre daha yüksek saptanan çalışan annelerde, stres, iş yoğunluğuna bağlı olarak düzensiz beslenme ve işe bağlı fiziksel aktiviteler gibi faktörlerinde buna sebep olabilir.

Çalışmaya katılan annelerin tamamı (%100), süreden bağımsız bir şekilde (min 1 ay, max 30 ay) bebeklerini emzirdiklerini ifade ettiler. Bu oran TNSA 2008 ve 2013 verilerine yakındır, TNSA 2008 verilerine göre bu oran %97'dir (78). Mesleklerinden bağımsız, çalışmaya katılan 190 anneden 67 anne (%35,1) ilk altı ay mama kullanmadıklarını ve bebeklerini sadece anne sütü ile beslediklerini ifade ettiler. DSÖ'nün 2014 yılı sağlık istatistiklerinde ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenme oranı dünyada %36 olarak belirtilmektedir (103). İlk altı ay sadece anne sütü alma oranı her ülkede farklılıklar göstermektedir. Örneğin Norveç gibi sosyo-ekonomik seviyesi yüksek bir ülkede ilk altı ay sadece anne sütü alma oranı %7 iken, bu oran İtalya'da %42 olarak karşımıza çıkmaktadır (104,105). TNSA 2008 verilerine göre ülkemizde ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenen bebek oranı %46 olarak belirlenmiştir. Bu oran bizim çalışmamızın üzerindedir fakat TNSA 2013 verilerine göre bu oran düşüş eğilimindedir ve maalesef %10'lara kadar düşmüştür (5,78). Annelerin meslek gruplarına göre ilk altı ay emzirme süreleri incelendiğinde 98 ev hanımı anneden 55 ev hanımı anne (%56,12) bebeğini ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslediğini ifade etmiştir. Kamu ve özel sektörde çalışan 92 anneden sadece 12 anne (%13,04), bebeğini ilk altı ay sadece anne sütü ile beslediğini ifade etmiştir. Ülkemizde 2011 yılında Konya bölgesinde 1333 çocuk üzerinden yapılmış bir çalışmada, bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme oranları %56,3 çıkmıştır (106).

Annelerin meslek gruplarına göre emzirme süreleri de sorgulanmıştır. Çalışmaya katılan ev hanımı annelerin (n:98) ortalama $21,17 \pm 5,95$ ay bebeklerini emzirdikleri görülmüştür. Kamu çalışanı anneler (n:44) ortalama $9,13 \pm 4,99$ ay bebeklerini emzirmiştir. Özel sektör çalışanı anneler (n:48) ise ortalama $10,87 \pm 5,75$ ay bebeklerini emzirmiştir. Ülkemizde ve dünyada yapılmış bazı çalışmalar sonucu; ev hanımı annelerin çalışan annelere göre bebeklerini daha uzun süre emzirdiği görülmüştür

(107). Ayrıca kamu çalışanı annelerin emzirme sürelerinin, özel sektör çalışanı annelere göre daha yüksek çıktığı görülmüştür ($p:0,000$). Sunulan çalışmada ise ev hanımı annelerin emzirme süresi genel olarak çalışan annelere göre daha uzun olup, literatür ile uyumludur lakin özel sektör çalışanı annelerin emzirme süreleri, kamu çalışanı annelere göre daha yüksek çıkmıştır ($p:0,000$). Çalışmayı etkileyen en önemli faktörün çalışma saatleri olduğu düşünülmektedir. Özel sektör çalışanı annelerin yarı zamanlı çalışma imkanı bulması önemli faktör olarak düşünülmüştür. Ülkemizde 2002, 2008, 2010 yıllarında yapılmış bazı çalışmalarda ev hanımı annelerin ortalama emzirme süresi 17 ay, kamu çalışanı annelerin ortalama emzirme sürelerinin ortalama 6,1 ay olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışma da özel sektör çalışanı annelerin ortalama 4,9 ay emzirdikleri görülmektedir (108,109,110).

Annelerin emzirme sürelerini etkileyen faktörler arasında anlamlı istatistiklerden biri de annelerin eğitim düzeyleridir ($p:0,011$). Çalışmaya katılan annelerin eğitim durumları ile emzirme süreleri arasındaki ilişki sorgulanmıştır. Lise mezunu 53 annenin ortalama emzirme süresi $14,56 \pm 7,3$ ay çıkarken, lisans mezunu 67 annenin ortalama emzirme süreleri $11,14 \pm 6,9$ ay olarak görüldü. Ülkemizde 2007 yılında yapılmış bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça, emzirme süresinin de arttığına dair veriler elde edilmiştir (111). Yurtdışında yapılmış bazı çalışmalarda da yine eğitim düzeyi ile emzirme süresi arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür (112,113,114). Lakin sunulan çalışmada elde edilen veriler, çıkan sonuçların aksine eğitim düzeyi ile emzirme süresi arasında bir ters ilişki olduğunu göstermektedir.

Annelerin emzirme süreleri ile çalışma saatleri arasındaki ilişki sorgulanmıştır. Günlük 4-8 saat arası çalışan 53 anne ortalama $9,6 \pm 5,04$ ay bebeğini emzirmiştir. Günde 8 saat ve üzeri çalışan 38 annenin ortalama emzirme süresi ise $5,7 \pm 3,9$ ay olarak görülmüştür. Ülkemizde son yıllarda artmaya başlayan yarı zamanlı çalışma sistemini, istatistiksel açıdan yanıltıcı bilgiler verebilir. Lakin gerek ülkemizde gerekse dünyada yapılan çalışmalar, günlük çalışma süresinin arttıkça, emzirme süresinin kısaldığına işaret etmektedir (115,116). Sunulan çalışma literatür ile uyumludur.

Annelerin emzirme süresi ile sigara kullanımları arasındaki ilişki incelenmiş olup, sigara kullanmayan annelerin ($n:80$) bebeklerini ortalama $18,86 \pm 7,6$ ay emzirdikleri tespit edilmiştir. Aktif olarak sigara kullanan annelerin ($n:54$) ortalama $12,46 \pm 7,2$ ay anne sütü ile bebeklerini besledikleri tespit edilmiştir. Sigara kullanımının anne sütü üretimini kötü yönde etkilediği ve annelerin uzun süre emzirmesine mani olduğu yönünde çalışmalar vardır (117,118). Sunulan çalışmadaki

verilerde bu yönde anlamlı olup ($p<0,003$). Sigara içmenin emzirme kalitesini ve süresini kötü etkilediği görülmüştür.

Çalışmaya katılan 190 anneye çocuklarının 0,6,12 ve 24. Ay kiloları soruldu. Ev hanımı 98 annenin çocuklarının doğum kilosu ortalaması $3263,46 \pm 514,86$ gr olarak görülmüştür. Kamu çalışanı annelerin çocuklarının doğum kiloları $2908,86 \pm 531,68$ gr, özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının doğum kiloları ise $3053,95 \pm 457,36$ gr olarak görülmüştür. Çocukların normal doğum kiloları 2500-4000 gr arasındadır (119). Çocukların büyüme ve gelişme (boy, vücut ağırlığı, baş çevresi) takipleri DSÖ tarafından geliştirilen büyüme eğrileri yardımıyla yapılır (120,121) Sunulan çalışmada tüm annelerin çocuklarının doğum kiloları ortalama değerleri normal sınırlar arasındadır (Tablo 12). Ev hanımı annelerin bebeklerinin doğum kilosu SD skoru -0,28, kamu çalışanı annelerin bebeklerinin doğum kilosu SD skoru -0,98, özel sektör çalışanı annelerin bebeklerinin ortalama doğum kilosu SD skoru -0,7 olarak görülmüştür. Ev hanımı annelerin çocuklarının doğum kilolarının gerek kamuda çalışan, gerekse özel sektörde çalışan annelere göre daha fazladır ($p<0,000$). Özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının ortalama doğum kiloları, kamu çalışanı annelere göre daha yüksek bulunmuştur (0,000) Yurtdışında yapılmış bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar çıkmıştır (107).

Ev hanımı annelerin çocuklarının 6.ay kilo ortalaması $6992,347 \pm 1187,14$ gr, kamuda çalışan annelerin çocuklarının 6.ay kilo ortalamaları $6096,364 \pm 1057,8$ gr, özel sektörde çalışan annelerin çocuklarının 6.ay kilo ortalamaları ise $6445,20 \pm 932,08$ gramdır. Çocukların büyüme takipleri persentil eğrileri ile yapılır. Persentil eğrisi çocukların boy, kilo ve baş çevresi ölçümlerinin , yaş ,cinsiyet ve ırkına göre değerlendirilmesi ile yapılır (122,123). Sunulan çalışmada ev hanımı annelerin çocuklarının 6.ay vücut ağırlığı ortalamasının persentil cetvelindeki karşılığı %25-50, SD skoru ise -0,26 olup normal sınırlar içindedir. Kamuda çalışan annelerin çocuklarının 6.ortalama vücut ağırlığı ortalamasının persentil cetvelindeki karşılığı %3-10 arasında, SD skoru ise -1,4' tür. Bu oran ev hanımı annelerin çocukları ile kıyaslandığında daha düşüktür ($p: 0,000$). Özel sektör çalışanı annelerin 6.ay vücut ağırlığı ortalamasının persentil cetvelindeki karşılığı %10-25 arasında SD skoru ise -0,95'tir. Özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının 6.ay vücut ağırlığı ortalaması, kamuda çalışan annelerin çocuklarından daha iyi olmakla birlikte, ev hanımı annelerin çocuklarının gerisinde kaldığı görünmektedir ($p:0,000$). Yurtdışı çalışmaları ile uyumlu sonuçlar elde edilmiştir (107).

Ev hanımı 98 annenin çocuklarının 12.ay vücut ağırlığı ortalaması $9931,531 \pm 1593,5$ gr, kamu çalışanı annelerin çocuklarının 12.ay vücut ağırlığı ortalaması $8701,591 \pm 1559,5$ gr ve özel sektör çalışanı annelerin 12.ay vücut ağırlığı ortalaması ise $9218,333 \pm 1370,65$ gr olarak ölçülmüştür. Bebekler kabaca 5.ay da

doğum ağırlıklarının 2 katına, 12.ayda ise 3 katına, 2,5 yaş civarında ise doğum ağırlıklarının 4 katına ulaşırlar (124,125). Çocukların yaşa göre ağırlık ölçümü hem anlık gelişimini hemde o güne kadarki fiziksel gelişimi takip etmek açısından son derece kıymetlidir (126,127). Ev hanımı annelerin çocuklarının 12.ay vücut ağırlığı ortalama değeri, çocukların doğum kilolarının 3 katından fazladır. Bu veriler ev hanımı annelerinin çocuklarının 12 aylık vücut ağırlığı baz alındığında büyümelerinin iyi olduğunu gösterir. Ev hanımı annelerin çocuklarının 12.ay vücut ağırlığı değerinin persentil cetvelindeki karşılığı ise %50-75 arasında, SD skoru ise 0,4 olarak görülmüş ve normal sınırlar içindedir (124,125) Ev hanımı annelerin çocuklarının 6.ay ve 12.ay persentil değerlerine bakıldığında büyümelerinin olumlu yönde seyrettiği görülmektedir. Kamu çalışanı annelerin çocuklarının 12.ay vücut ağırlığı ortalama değeri, doğum kilosunun 2,992 katına tekabül etmektedir. Yani kamu çalışanı annelerin çocukları da kendi ortalamaları baz alındığında 12 aylık gelişimleri normal sınırlardadır. Kamu çalışanı annelerin çocuklarının 12aylık vücut ağırlığı ortalamasının persentil cetvelindeki karşılığı ise %25-50 arasındadır, SD skoru ise -0,84 olarak görülmüştür. Bu değer kamu çalışanı annelerin çocuklarının 6.ayki persentil değerleri ile göz önüne alındığında büyümenin normal olduğunu göstermektedir (124,125,127). Fakat kamu çalışanı annelerin çocukları ile ev hanımı annelerin çocukları karşılaştırıldıklarında, ev hanımı annelerin çocuklarının vücut ağırlıklarının daha yüksek olduğu görülmektedir (p:0,000). Özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının 12.ay vücut ağırlığı ortalaması, doğum kilosu ortalamasının 3 katından fazladır. Bu değer bize özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının 12.ay vücut ağırlığı baz alındığında gelişimlerinin normal olduğunu gösterir. Özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının 12.ay vücut ağırlığı ortalamasının persentil cetvelindeki karşılığı ise %25-50 arasındadır, SD skoru ise -0,3 olarak görülmüş ve normal sınırlardadır (124,127). Sunulan çalışmada elde edilen veriler sonucu; Özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının vücut ağırlığı ortalama değerleri, kamu çalışanı annelerin çocuklarından daha yüksek olup (p:0,000), ev hanımı annelerin çocuklarının ortalama değerlerinin gerisindedir (p:0,000). Veriler yurtdışı çalışmalar ile uyumludur (107).

Ev hanımı 98 annenin çocuklarının 24.ay vücut ağırlığı ortalaması $12582,55 \pm 1831,6$ gr, kamu çalışanı annelerin çocuklarının 24.ay vücut ağırlığı ortalaması $10944,77 \pm 1623,6$ gr, özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının 24.ay vücut ağırlığı ortalaması ise $11901,45 \pm 1582,58$ gr olarak ölçülmüştür. Ev hanımı annelerin çocuklarının 24.ay vücut ağırlığı ortalamasının persentil cetvelindeki karşılığı %50-75 arasındadır, SD skoru 0,39 olarak görülmüş ve normal sınırlar içindedir (133,134,136). Kamu çalışanı annelerin çocuklarının 24.ay vücut ağırlığı ortalamasının persentil cetvelindeki karşılığı %10-25 arasındadır, SD skoru ise -0,89 olarak görülmüştür. Sunulan çalışmadaki bu veriler kamu çalışanı annelerin çocuklarının gelişiminin vücut ağırlığı baz alındığında biraz zayıfta olsa normal değerlerde olduğunu gösterir (124,125,127). Burada dikkat çeken bir husus vardır;

kamu çalışanı annelerin çocuklarının 12. Ay ve 24. Ay kıyaslandığında vücut ağırlık ortalamalarının persentil cetvelindeki yeri itibari ile düşüş göstermiş olmasıdır (Tablo 12. Yani kamu çalışanı annelerin çocuklarının vücut ağırlığı persentil değeri 1 yaşında %25-50 arasındayken, 2 yaşında %10-25 seviyelerine gerilemiştir. Yine kamu çalışanı annelerin çocuklarının 2.yaş vücut ağırlığı persentil değerleri ile ev hanımı annelerin çocuklarının 2.yaş vücut ağırlığı persentil değerleri karşılaştırıldığında, kamu çalışanı annelerin çocuklarının daha zayıf olduğu görülmektedir (p0,000). Özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının 24.ay vücut ağırlığı ortalama değerlerinin persentil cetvelindeki karşılığı %25-50 arasındadır, SD skoru ise -0,12 olarak görülmüştür. Bu değer özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının vücut ağırlıklarının gelişimlerinin normal değerlerde seyrettiğini gösterir (124,125,127). Sunulan çalışmadaki veriler baz alındığında, özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının ağırlıkları normal seyretmiş olsa da, ev hanımı annelerin çocuklarının ortalama değerlerinin altında olduğu görülmektedir (Tablo 12).

Sağlıklı beslenemeyen çocukların önce vücut ağırlıkları ardından boy ve baş çevresi gelişimleri olumsuz etkilenir. Aile hekimliği tarafından yapılan rutin izlemlerde çocuğun iki farklı antropometrik ölçümü arasında 2 veya daha fazla majör persentil farkı olursa, bu detaylı araştırma gerektirir. Örnek olarak çocuğun ağırlık persentili 3-10 arasındayken, boy persentili 50-75 arasında olması araştırma gerektirir (126,128) Aile hekimliği polikliniklerinde bebeklerin ilk iki yıllık izlem tarihleri sırasıyla 3.gün, 15.gün, 1 ay, 2 ay, 3 ay, 4 ay, 5 ay, 6 ay, 9. Ay, 12. Ay, 15.ay, 18.ve 24.aylardır (134). Çocuklarda büyüme yetersizliğinden bahsetmek için ardışık 2 rutin izlemde yapılan antropometrik ölçümde 2 majör persentil düşüş olması gerekir. Örneğin 6.ay izleminde çocuğun kilosu %50-75 persentil arasında iken 12.ay izleminde %3-10 arasına düşmüşse, bu durum gelişme geriliği olabileceğini gösterir ve araştırma gerektirir. Miadında doğan bebeklerin 6 ile 18.aylar arasında yapılan izlemlerde, genetik potansiyellerine bağlı olarak, antropometrik ölçümleri büyüme grafiklerinde aşağı veya yukarı yönlü sapma gösterebilir. Bu sapma iki majör persentili arasında kalırsa, bu durumu büyüme farklılığı olarak tanımlanabilir, dolayısıyla da normal kabul edilir. Bu çocuklar genelde 2 yaşında kendi genetik potansiyellerine ulaşır (128,129). Sunulan çalışmada gerek annelerin meslek gruplarına göre çocukları aynı izlemlerde karşılaştırdığımızda, gerekse aynı grubun (örn: ev hanımı anneler) kendi içindeki izlemlerini karşılaştırdığımız 2 majör persentil farkına rastlanılmamıştır (Tablo 12).

Ev hanımı (n:98) annelerin çocuklarının doğum boy ortalamaları $49,64 \pm 1,19$ cm (SDS: 0,14) olarak ölçülmüştür. Kamuda çalışan (n:44) annelerin çocuklarının doğum boy ortalamaları $49,27 \pm 1,33$ cm (SDS: -0,01) ve özel sektör çalışanı annelerin (n:48) çocuklarının doğum boy ortalamaları $49,08 \pm 1,51$ cm (SDS: -0,08) olarak ölçülmüştür. Yeni doğanlarda erkek bebeğin boyu ortalama 50 cm iken kız bebeklerin doğum boy ortalaması 49 cm'dir (130). Olcay Nezli ve arkadaşlarının yapmış olduğu 'Türk

çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri' isimli çalışmada, Türkiye'deki çocukların ortalama doğum boyları 47.2-52,9 cm olduğu gösterilmiştir (131). Sunulan çalışmada tüm meslek gruplarındaki annelerin çocuklarının doğum boy ölçüm ortalamaları normal sınırlar arasında görülmüştür ve ülke ortalaması ile uyumludur

Çocukların 6.ay boy ölçüm değerleri ise şöyledir; Ev hanımı annelerin (n:98) çocuklarının 6.ay boy ortalamaları $68,88 \pm 2,19$ cm (SDS: 1,41), kamu çalışanı annelerin (n:44) çocuklarının 6.ay boy ölçüm ortalamaları $66,81 \pm 3,23$ cm (SDS: 0,6) ve özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının 6.ay boy ölçüm ortalamaları $67,00 \pm 2,75$ cm (SDS: 0,68) olarak ölçülmüştür. Bebeğin boyu ilk 3 ay yaklaşık 3,5 cm/ay, 3.-6. ayda 2 cm/ay, 6-9. ayda 1.5 cm/ay uzar (132,133). Olcay Nezli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, Türk çocukların 6.ay boy ölçümleri 62,8cm ile 73,2cm arasındadır (131). Sunulan çalışmada tüm meslek grubundaki annelerin çocuklarının 6.ay boy ölçüm ortalamaları normal sınırlarda olduğu ve ülke ortalaması ile uyumlu olduğu görülmüştür (Tablo 12).

Ev hanımı annelerin (n:98) çocuklarının 12.ay boy ölçüm ortalamaları $78,62 \pm 2,51$ cm (SDS: 1,69) olarak ölçülmüştür. Kamu çalışanı annelerin (n:44) çocuklarının 12.ay boy ölçüm ortalamaları $76,40 \pm 3,89$ cm (SDS: 0,91) olarak ölçülmüştür. Özel sektör çalışanı annelerin (n:48) çocuklarının boy ölçüm ortalamaları ise $76,97 \pm 3,16$ cm (SDS: 1,11) olarak ölçülmüştür. Bebeklerin boyları 9-12 ayda 1.3 cm/ay uzar. Bebeğin boyu bir yaşında doğum boyunun 1.5 katına (75cm) çıkmış olur (132,133). Olcay Nezli ve arkadaşlarının 2008 yılında yapmış olduğu araştırmada Türk çocuklarının 12.ay boy referans değerleri 70,8 ile 83,0 arasında ölçülmüştür (131). Bu referans aralıkları baz alındığında, sunulan çalışmada tüm meslek grubundaki annelerin çocuklarının boy ölçüm ortalamaları normal sınırlarda görünmektedir (Tablo 12).

Ev hanımı annelerin (n:98) çocuklarının 24.ay boy ölçüm ortalamaları $88,59 \pm 2,65$ cm, kamu çalışanı annelerin (n:44) çocuklarının 24.ay boy ölçüm ortalamaları $86,15 \pm 3,99$ cm, özel sektör çalışanı annelerin (n:48) çocuklarının 24.ay boy ölçüm değerleri ortalaması ise $86,95 \pm 3,85$ cm olarak ölçülmüştür. Erkek ve kız çocuklarının boyları 1-2 yaş aralığında ortalama 12 cm (1 cm/ay)uzar (132). Olcay Nezli ve arkadaşlarını yapmış olduğu çalışmada Türkiye'deki çocukların 24.ay boy ölçüm ortalama referans değerleri 81cm ile 95,5 cm arasında olduğu görülmüştür (140). Sunulan çalışmada tüm meslek grubu annelerin çocuklarının 0,6,12 ve 24.ay yapılan boy ölçüm ortalamalarının tamamı ülkemizde yapılmış çalışma verileri ile uyumludur (107). Annelerin meslek gruplarına göre karşılaştırıldığında ev hanımı annelerin çocuklarının boy uzunlukları ortalaması, kamuda çalışan annelerin çocuklarına (p:0,000) ve özel sektörde çalışan annelerin çocuklarına kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p:0,000).

Ev hanımı annelerin (n:98) çocuklarının doğum baş çevresi ortalama değeri $34,87 \pm 0,82$ cm (SDS: 0,1) olarak ölçülmüştür. Kamu çalışanı annelerin (n:44) çalışanların çocuklarının doğum baş çevresi ortalama değeri $34,59 \pm 0,97$ cm (SDS: -0,09) olarak ölçülmüştür. Özel sektör çalışanı annelerin (n:48) çocuklarının doğum baş çevresi ortalama değeri ise $35,02 \pm 0,83$ cm (SDS: 0,19) olarak ölçülmüştür. Olcay Nezli ve arkadaşlarının 2008 yılında yapmış olduğu araştırmada Türkiye'deki çocukların doğum baş çevresi ortalama değeri $32,3$ cm ile $37,5$ cm arasındadır (131). Sunulan çalışmada tüm meslek gruplarındaki annelerin çocuklarının baş çevresi ölçüm değeri normal sınırlar içindedir ve ülke verileri ile uyumludur.

Ev hanımı annelerin (n:98) çocuklarının 6.ay baş çevresi ölçüm değeri $43,20 \pm 1,05$ cm (SDS:0,61) olarak ölçülmüştür. Kamu çalışanı annelerin (n:44) çocuklarının 6.ay baş çevresi ölçüm değeri $43,06 \pm 0,92$ cm (SDS:0,51) olarak ölçülmüştür. Özel sektör çalışanı annelerin (n:48) çocuklarının 6.ay baş çevresi ölçüm değeri ise $43,27 \pm 0,81$ cm (SDS: 0,66) olarak ölçülmüştür. Nezli ve arkadaşlarının çalışmasında Türkiye'deki çocukların 6.ay baş çevresi referans değeri $41,3$ cm ile $46,7$ cm arasındadır (S140). Sunulan çalışmadaki değerler normal sınırlarda olup, Türkiye ortalaması değerler ile uyumludur (131).

Ev hanımı annelerin (n:98) çocuklarının 12.ay baş çevresi ölçüm değeri ortalamaları $46,41 \pm 0,92$ cm (SDS: 1,06) olarak ölçülmüştür. Kamuda çalışanı annelerin (n:44) çocuklarının 12.ay baş çevresi ölçüm değeri ortalaması $46,5 \pm 0,82$ cm (SDS: 1,13) ve özel sektör çalışanı annelerin (n:48) çocuklarının 12.ay baş çevresi ölçüm değeri ortalamaları ise $46,62 \pm 0,89$ (SDS:1,22) cm olarak ölçülmüştür. Olcay Nezli ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada Türkiye'deki çocukların 12.ay baş çevresi referans değeri $44,3$ cm ile $48,9$ cm arasındadır (131). Sunulan çalışmadaki değerler normal sınırlarda olup ülke ortalaması ile uyumludur.

Ev hanımı annelerin (n:98) çocuklarının 24.ay baş çevresi değeri $48,31 \pm 0,86$ cm (SDS: 0,6), kamu çalışanı annelerin (n:44) çocuklarının 24.ay baş çevresi ölçüm değeri $48,52 \pm 0,76$ cm (SDS:0,76) ve özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının 24.ay baş çevresi ölçüm değeri $48,85 \pm 0,79$ cm (SDS: 1) olarak ölçülmüştür. Olcay Nezli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadan Türkiye'deki çocukların 24.ay baş çevresi referans değeri $46,4$ ile $52,1$ cm arasındadır (131). Sunulan çalışmadaki değerler, ülkemizdeki referans aralığındaki değerler ile uyumludur.

İlk 2 yaş boyunca baş çevresi yakın takip edilmelidir. DSÖ tarafından geliştirilen eğriler ile boy, vücut ağırlığı ve baş çevresi takibi yapılır (143,144). Çalışmamıza katılan 190 annenin çocuklarının yapılan 0,6,12 ve 24.ay baş çevresi ölçüm değerlerinin, gerek ülkemiz gerekse dünya normları ile uyumlu olduğu sonucuna varılmıştır (107).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

1.Ev hanımı, kamu çalışanı ve özel sektör çalışanı annelerin çocuklarının 0,6,12 ve 24.ay antropometrik ölçümleri değerlendirildiğinde tüm değerlerin normal sınırlar içinde olduğu görülmüştür. Lakin ev hanımı annelerin çocuklarının ölçümlerinin ortalama değerleri, diğer çalışma grubundaki annelerin çocuklarına oranla daha yüksek çıktığı görülmüştür. Sadece çocukların baş çevresi, boy ve vücut ağırlıkları baz alındığında normal sınırlar içinde olsada, ev hanımı annelerin çocuklarının gelişiminin daha iyi olduğu görülmektedir.

2. Sunulan çalışmada ev hanımı annelerin emzirme süresi ($21,17\pm5,9$ ay), kamu çalışanı annelerin ($9,13\pm4,9$ ay) ve özel sektör çalışanı annelerin emzirme süresine ($10,87\pm5,75$ ay) göre daha yüksek bulunmuştur. Sunulan çalışmadaki veriler baz alındığında ev hanımı annelerin daha uzun süre emzirdiği görünüyor. Çalışan annelerin iş yaşamları boyunca daha kolay emzirmelerine olanak sağlamak, anne sütü verilme süresini arttırabilir.

3.Sunulan çalışma sonucunda ev hanımı annelerin sigara kullanım oranı (%25,51), çalışan annelerin sigara kullanım oranlarına (%72,82) göre düşük bulunmuştur. Sunulan çalışmada sigara kullanan annelerin emzirme süreleri ($12,46\pm7,2$ ay), sigara kullanmayan annelerin emzirme sürelerine ($18,86\pm7,63$) göre daha kısadır. Çalışan annelere yönelik sigara karşıtı eğitimler, çocukların emzirme sürelerinin artmasına vesile olabilir.

ÖZET

ANNELERİN MESLEK GRUPLARINA GÖRE ÇOCUKLARIN GELİŞİMİ

Amaç;

Bebeğin ilk altı ay tek başına anne sütü ile beslenmesi, altıncı aydan sonra ek besinlerle birlikte anne sütü ile beslenmenin devam etmesi ve emzirmenin iki yaş ve üzerine kadar sürdürülmesi; bebeğe sayısız yararlar sağlar. Bu çalışmada annelerin meslek gruplarına göre emzirme sürelerinin belirlenmesi ve ilk iki yaşına kadar çocukların fiziksel gelişimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem;

Araştırma T.C Sağlık Bakanlığı Torbalı 15 No'lu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 2-8 yaş arası çocukların anneleri ile yürütülmüştür. Çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 190 anneye, çocuk ve ebeveynlerin sosyo-demografik verileri ile anne sütü alım süreleri ile çocukların ilk iki yıllık süreçte beslenme durumlarını saptamaya yönelik 19 sorudan oluşan anket, birebir görüşme tekniği ile uygulanmıştır. İstatistiki veriler SPSS programında değerlendirildi.

Bulgular;

Araştırmaya katılan 190 anneden, 98 (%51,57) anne ev hanımı olduğunu, 44 (%23,15) anne kamu sektöründe çalıştığını, 48 (%25,26) anne ise özel sektörde çalıştığını ifade etmiştir. Çalışmamıza katılan 98 ev hanımı annenin ortalama emzirme süresi $21,17 \pm 5,95$ ay (Minumum 1 ay, Maximum 30 ay) gün olarak görülmüştür. Kamuda çalışan annelerin emzirme süreleri $9,13 \pm 4,99$ (Minumum 1 ay, maximum 22 ay) iken, özel sektörde çalışan annelerin emzirme süresi $10,87 \pm 5,75$ ay (Minumum 3 ay, maximum 24 ay) gün olarak görüldü. Çocukların 0,6,12 ve 24.ay baş çevresi, boy ve kilo ölçümleri baz alınarak gelişimleri değerlendirilmiş ve ev hanımı annelerin çocuklarının fiziksel gelişimlerinin, çalışan annelere kıyasla daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, Anne mesleği, fiziksel gelişimi

ABSTRACT

CHILD DEVELOPMENT BY OCCUPATIONAL GRUOUPS OF MOTHERS

Introduction;

Breastfeeding alone for the first six months of the baby, breastfeeding with additional nutrients after the sixth month continues and breastfeeding is continued until the age of two years; provides numerous benefits to the baby. In this study, it was aimed to determine the duration of breastfeeding of mothers according to occupational groups and to evaluate the physical development of children until the first two years of age.

Materials and Methods;

The research was carried out with the mothers of children aged 2-8 years who were registered to the Family Health Center of Torbalı 15 Ministry of Health. Sociodemographic data of 190 mothers who agreed to participate in the study were administered to one-to-one interviews with 19 questions to determine the duration of breastfeeding and nutritional status of children during the first two years. Statistical data were evaluated by SPSS program.

Results;

Of the 190 mothers who participated in the study, 98 (51.57%) mothers stated that they were housewives, 44 (23.15%) mothers worked in the public sector and 48 (25.26%) mothers worked in the private sector. The mean breastfeeding period of 98 housewives mothers who participated in our study was 21 months 6 (Minimum 1 month, Maximum 30 months) days. Breastfeeding period of public mothers was 9 months and 4 days (minimum 1 month, maximum 22 months), while the duration of breastfeeding of mothers working in private sector was 10 months and 25 days (minimum 3 months, maximum 24 months). The development of children was evaluated based on head circumference, height and weight measurements of 0,6,12 and 24 months and it was concluded that the physical development of children of housewife mothers was better than working mothers.

Keywords: Breast milk, Maternal profession, physical development of children

KAYNAKLAR

1. Irmak, N. (2016).Anne Sütünün Önemi ve İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Vermeyi Etkileyen Unsurlar. Jour Turk Fam Phy,07 (2): 27-31.
2. UNICEF. Breastfeeding 2014 [cited 2014 4 August].
http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html. adresinden 13.12.2016 tarihinde erişilmiştir.
3. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França G V, Horton S, Krasevec J, Group TLBS. (2016). Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, And life longeffect.The Lancet, 387(10017), 475-490
4. Şahin, G.(2008). Emziren Annelerin Bilgi, Uygulama ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, 2014, Ankara, Türkiye.
6. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara, Türkiye, Ekim 2009, Yayın No: IPS-HU.09.01.
7. Cinaz P, Darendeliler F, Akıncı A, Özkan B, Dünder B, Abacı A, et al. Çocuk Endokrinolojisi. İstanbul: Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Yayınları -IV 2013.s.7-31.
8. Gardner G, Shoback D. Greenspan's Basic&Clinical Endocrinology (Greenspan Temel ve Klinik Endokrinoloji). 9th ed. New York: McGraw-Hill, Health Professions Division; 2013. p.882.
9. Gökçay G, Neyzi O, Furman A, Growth Standard for Turkish Children. In: Preddy VR (ed). Handbook of Growth and Growth Monitoring in Health and Disease. New York: Springer, 2012: 2913-21.

10. Gökçay G. Çocuk Sağlığı İzlemi, Büyüme ve gelişmenin izlenmesi. Büyümenin izlenmesi. In: Yurdakök Pediatri (Edt: Yurdakök M.) Güneş Tıp Kitapevi. 2017:112.
11. Önal Z, Adal E. Çocukluk çağında obezite. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2014;30:39-44.
12. Alpcan A, Durmaz ŞA. Çağımızın dev sorunu: çocukluk çağı obezitesi. Turkish Journal of Clinics and Laboratory. 2015;6(1):30-8.
13. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete. (28539, 25.01.2013)
14. Yalçın SS. Büyümenin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi In: Yurdakök Pediatri (Edt: Yurdakök M.) Güneş Tıp Kitapevi. 2017:117-23.
15. Garza C, de Onis M. Rationale for developing a new international growth reference. Food Nutr Bull 2004; 25 (Suppl 1): S5-S14.
16. Kalkanoğlu SH. Protein Enerji Malnutrisyonu. Katkı Pediatri Dergisi 2003 25: 307-320.
17. William C. Heird. Under nutrition. Nelson Textbook of Pediatrics (Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Stanton BF, ed). 18th Edition. Philadelphia, WB Saunders Company 2007; pp.225-232.
18. Forchielli ML, McColl R, Walker WA, Lo C. Children with congenital heart disease: a nutrition challenge. Nutr Rev 1994 52(10): 348-353.
19. Özme Ş. Kalp hastalıklı çocuklarda beslenmeyi etkileyen faktörler ve beslenmenin düzenlenmesi. Katkı Pediatri Dergisi 1996 (2): 410-418.
20. Poskitt EM. Failure to thrive in congenital heart disease. Arch Dis Child 1993 68(2): 158-160.

21. Menon G, Poskitt EM. Why does congenital heart disease cause failure to thrive? Arch Dis Child 1985 60(12): 1134-1139.
22. Huse DM, Feldt RH, Nelson RA, Novak LP. Infants with congenital heart disease. Food intake, body weight, and energy metabolism. Am J Dis Child 1975 129(1): 65-69.
23. Kalkanoglu SH. Protein Enerji Malnutrisyonu. Katkı Pediatri Dergisi 2003 25: 307-320.
24. Coşkun T. Malnutrisyonlu hastanın beslenmesi. Katkı Pediatri Dergisi 1996 17: 311-325.
25. Walters TD, Griffiths AM. Growth impairment in pediatric inflammatory bowel disease. Pediatric inflammatory bowel disease: Springer; 2013. p. 109-25.
26. Freeman J, Cole T, Chinn S, Jones P, White E, Preece M. Cross sectional stature and weight reference curves for the UK, 1990. Archives of disease in childhood. 1995;73(1):17-24.
27. Tanner JM, Whitehouse RH. Clinical longitudinal standarts for height, weight, height velocity, weight veloc
28. Zeferino A, Barros Filho AA, Bettiol H, Barbieri MA. Monitoring growth. Jornal de pediatria. 2003.
29. Mamula P, Markowitz JE, Baldassano RN, Grossman AB, Kelsen JR. Pediatric inflammatory bowel disease: Springer; 2008.
30. Garza C, de Onis M. Rationale for developing a new international growth reference. Food Nutr Bull 2004; 25 (Suppl 1): S5-S14.

31. UNICEF. How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutrition Status of Young Children. New York: United Nations Department of Technical Cooperation for Development and Statistical Office, 1986
32. World Health Organization. WHO Child Growth Standards: Training Course on Child Growth Assessment-B. Measuring a Child's Growth. Geneva: World Health Organization, 2008.
33. Fredriks AM, van Buuren S, Jeurissen SE, et al. Height, weight, body mass index, and pubertal development reference values for children of Moroccan origin in the Netherlands. *Acta Paediatr* 2004; 93: 817-824.
34. Gökçay G, Furman A, Neyzi O. Updated growth curves for Turkish children aged 15 days to 60 months. *Child Health, Care and Development* (in press)
35. Behrman RE, Shiono PH: Neonatal Risk Factors: Preterm, Low Birth Weight, and Small for Gestational Age. in Fanaroff AA, Martin RJ (eds): *Behrman's Neonatal Perinatal Medicine*, 6th. ed. 1997; p3-12
36. Fanaroff AA: *Neonatal Perinatal Medicine*. 6th ed. 1997; 12: 203-37.
37. Lubchenco LO, Hansman C, Dressler M, Boyd E: Intrauterine growth as estimated from liveborn birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics* 1963; 32: 793-800.
38. Myrelid A, Gustafsson J, Ollars B, Annerén G. Growth charts for Down's syndrome from birth to 18 yıl of age. *Arch Dis Child* 2002; 87: 97–103.
39. Varol FG, Saygın NC. Fetal büyüme. içerisinde: Beksaç MS, Demir N, Koç A, Yüksel A. *Obstetrik maternal fetal tıp ve perinatoloji*. MN medikal nobel Ankara-2001; 1040-1054.
40. World Health Organization. WHO Child Growth Standards. <http://www.who.int/childgrowth/standarts/en/> (erişim tarihi: 15 Ocak 2018).

41. Yalçın SS. Büyümenin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi In: Yurdakök Pediatri (Edt: Yurdakök M.) Güneş Tıp Kitapevi. 2017:117-23.
42. Gale CR, Walton S, Martyn CN. Fetal and postnatal head growth and risk of cognitive decline in old age. Brain. 2003;126:2273-2278
43. U.S. Department of Health, Education and Welfare. NCHS growth curves for children, birth–18 years. Washington, D. C.: DHEW Publication No. (PHS), 1977; 78-1650.
44. Van Loon H, Saverys V, Vuylsteke JP, et al. Local versus universal growth standards: the effect of using NCHS as universal reference. Annals of Human Biology. 1986; 13: 347-57.
45. Neyzi O, Binyıldız P, Alp H. Türk çocuklarında büyüme standartları. İst Tıp Fak Mecm 1978; 41:1-41.
46. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri. 3. baskı C 1. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2002; 204.
47. Demirsoy S. Çocuk Hastalıklarında Fizik Muayene ve Ayırıcı Tanı: Propedötik. Ankara. Çizgi Tıp Yayınevi, 2001; 23–40.
48. Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A. Temel Pediatri. Ankara: Güneş Kitabevi, 2010; 15–18.
48. Neyzi O, Günöz H, Bundak R, Furman A, Darendeliler F, Baş F et al. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51: 1-14.
49. Gönç NE, Özön ZA, Alıkaşifoğlu A, Kandemir N. Çocuklarda büyümenin değerlendirilmesi ve boy kısalığında tanısal yaklaşım. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2015; 58: 80-85.

50. Eveleth PB, Tanner JM. World-wide Variations in Human Growth. Cambridge: Cambridge University Press, 1990: 198-202.
51. Lyon AJ, Preece MA, Grant DB. Growth curve for girls with Turner syndrome. Arch Dis Child 1985; 60: 932-935.
52. Horton WA, Rotter JI, Rimoin DL. Standard growth curves for achondroplasia. J Pediatr 1978; 93: 435-438.
53. Tanner JM, Davies PS. Clinical longitudinal standards for height and height velocity for North American Children. J Pediatr 1985; 107: 317-329.
54. Marshall WA, Tanner J.M. Variations in the pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child 1970; 45: 13-23
55. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI, Nutr GD. Predictors of breastfeeding duration: Evidence from a cohort study. Pediatrics, 2006, 117(4), 646-55.
56. Örsdemir Ç. Doğum Sonu Dönemde Annelerin Emzirmeye İlişkin Bilgileri ve Emzirme Davranışlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa 2011, 129.
57. Özbaş S, Tezel B, Aydın Ş, Bolat H, Köse MR. Türkiye’de çocuk sağlığının durumu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2012, 55, 71-76.
58. Bayram F. Postpartum Dönemdeki Annelerin Anne Sütünün Önemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon 2006, 92.
59. Samur G. Anne sütü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 1. Baskı, Ankara 2008, Klasmat Matbaacılık, p,19.
60. Kondolot M, Yalçın SS, Yurdakök K. Sadece anne sütü alım durumuna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009, 52, 122-127.

61. UNICEF Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanmasıyla İlgili Uluslararası Yasa ("International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes, Cenevre 1981" tercümesi). (1995). UNICEF Türkiye Temsilciliği. Ankara.
62. İpekçi MM. Diyarbakır'da 6 Yaşından Küçük Çocuğu Olan Annelerin Anne Sütü ve Ek Gıda Başlanmasına İlişkin Davranışları, Doktora Tezi, Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Diyarbakır 2010, 55.
63. Çiçek MG. Kahramanmaraş İl Merkezindeki Gebe Kadınların Anne Sütü Ve Bebek Beslenmesine İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Sütçü İmam Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, 2009.
64. Durmuş N. 0-2 Yaş Arası Bebeklerin, Annelerinin Gebelik ve Perinatal Dönemlerinin, Sosyodemografik Özelliklerinin İlk Altı Ay Sadece Anne Sütü ile Beslenmeye Etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, T. C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul 2009, 79.
65. Yiğitbaş Ç, Kahrman İ, Yeşilçiçek ÇK, Kobyay Bulut H. Trabzon il merkezindeki hastanelerde doğum yapan annelerin emzirme tutumlarının değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012, 1(2).
66. Lamberti LM, Walker CLF, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. BMC public health 2011;11(3):1-12.
67. Duran S. Ebe ve Hemşirelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebeklerini Anne Sütü İle Besleme Davranışlarına Etkisi, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne 2008, 82.
68. Gün İ, Yılmaz M, Şahin H, İnanç N, Aykut M, Günay O, Öztürk A, Çıtlı R, Çiçek B, Ongan D, Tuna Ş. Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 0-36 aylık çocuklarda anne sütü alma durumu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009, 52, 176-182.
69. Balcı E, Kondolot M, Horoz D, Elmalı F, Çiçek B, Demirtaş T. Anne sütü ile beslenme süresini etkileyen etmenler. Türk Pediatri Arşivi 2012, 47, 99-103.
70. Giray H. Anne Sütü ile Beslenme. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2004, 13 (1): 12.
71. Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten L J. Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases 2014; 24(2): 107-115.

72. Moss BG, Yeaton WH. Early childhood healthy and obese weight status: potentially protective benefits of breastfeeding and delaying solid foods. *Maternal and child health journal* 2014;18(5): 1224-1232.

73. Research and Education Division of Kingston, Frontenac and Lennox & Addington Public Health. Feeding practices of infants in the Kingston, Frontenac, and Lennox & Addington area for the first year of life. Kingston: Author; 2011.

74. Dachew BA, Bifftu BB. Breastfeeding practice and associated factors among female nurses and midwives at North Gondar Zone, Northwest Ethiopia: a crosssectional institution based study. *International Breastfeeding Journal* 2014;9(11): 1-7.

75.(67). Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. (2007). Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analyses (Report). Geneva: World Health Organization. Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf.

76.(68). Cai X, Wardlaw T, Brown DW: Global trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J* 2012, 7:12.

77.(69). Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. *Maternal and child health journal* 2015;1-12.

78.(70). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

11.06.2020

79.(71). Murray SS, McKinney ES, Gorrie TM. Foundations of Maternal-Newborn Nursing. (3rd Ed). WB Saunders Company, USA, 2002: 120-3.

80. Eryılmaz G. Laktasyon ve Emzirme. Şirin A. ve Kavlak, O. (Ed.). Kadın Sağlığı. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 2008: 757-790.

81. Duran S. Ebe ve Hemşirelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebeklerini Anne Sütü İle Besleme Davranışlarına Etkisi, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne 2008, 82.

82. OECD Family Database. Breastfeeding Rates, 2009.

<http://www.oecd.org/els/family/43136964.pdf>.

83. Dashti M, Scott JA, Edwards CA, Al-Sughayer M. Predictors of Breastfeeding Duration among Women in Kuwait: Results of a Prospective Cohort Study. *Nutrients* 2014;6(2): 711728.

84. Jager E, Broadbent J, Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H. The role of psychosocial factors in Exclusive breastfeeding to six months postpartum. *Midwifery* 2015; 31(1):103–111.

85. Glassman ME, McKearney K, Saslaw M, Sirota DR. Impact of Breastfeeding SelfEfficacy and Sociocultural Factors on Early Breastfeeding in an Urban, Predominantly Dominican Community. *Breastfeeding Medicine* 2014; 9(6): 301-307.

86. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.

87. Kaya D, Pirinçci E. 0-24 Aylık çocuğu olan annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009;8(6):479-84.

88. Tanrıku PÇ, Ersoy N, Ersoy G. 6-24 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin Emzirmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin, Emzirme Sürelerinin ve Bunları Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2012; 40(2):120-127.

89. Sökücü FY, Aslan E. Kadının Çalışma Durumunun Emzirmeye Etkisi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2012; 20(1): 62-68.

90. Alp H. Çocuklarda Anne Sütü ile Beslenme Süresi ve ilişkili Faktörler. *Güncel Pediatri* 2009; 7: 45-52.

91. Demirtaş B, Ergöçmen B, Taşkın L. Annelerin Günlük Yaşam Yüğü Emzirmeye Engelmidi? *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 15(3): 167-172.

92. Önal S, Özdemir A, Cansev M, Başak K. Okulöncesi Dönem Çocuklarda Malnütrisyon ve Obezite Prevelansının Değerlendirilmesi: Ankara Örneği. *DTCF Dergisi*. 2016;56(1):210-25.

93. Kobak C, Pek H. Okul öncesi dönemde (3-6 yaş) ana çocuk sağlığı ve anaokulundaki çocukların beslenme özelliklerinin karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2015;30(2):42-55.
94. Ergül Ş, Kaklım A. Önemli bir kronik hastalık: çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011;10(2):223-30.
95. Uyar, Vedat. Doğruluk payı ‘‘<https://www.dogrulukpayi.com/bulten/2018-de-kadin-istatistikleri>’’ 21.06.2020 tarihinde erişim sağlanmıştır.
96. Türkiye İstatistik Kurumu (2012). Küresel yetişkin tütün araştırması, haber bülteni. Sayı 13142. 31.08.2012
97. Tengilimoğlu, D., Güzel, A. ve Günaydın, E. (2013). Sosyal pazarlama kapsamında dumansız hava sahası: Örnek bir uygulama. Gazi Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,15(2), 1-26.
98. Memurlar.net ‘‘ <https://www.memurlar.net/haber/780613/turkiye-de-alkol-kullanim-orani-yuzde-22-1.html>’’ 25.06.2020 tarihinde erişim sağlanmıştır.
99. Türkiye istatistik Kurumu. (2012). Sağlık Araştırması. www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=223. (10.06.2015).
100. Raju TN, Higgins RD, Stark AR, Leveno KJ. Optimizing care and outcome for latepreterm (near- term) bebek: a summary of the workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. Pediatrics 2006;118(3):1207-14.
101. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, ve ark. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet. 2012;379(9832):2162-72.
102. Kocatepe Tıp Dergisi
‘‘<https://dergipark.org.tr/en/pub/kocatepetip/issue/17425/182491>’’ 02.07.2020 tarihinde erişim sağlanmıştır.
103. World Health Statistics 2014.
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2014_Full.pdf.
104. Lande B, Andersen LF, Bærug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierød MB, et al. Infant feeding practices and associated factors in first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. Acta Paediatr, 2003, 92: 152-161 DOI: 10.1111/j.1651-2227.2003.tb00519.x
105. Betrini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Trochini M, Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breastfeeding: A prospective study. J Pediatr Gastroenter Nutr, 2003, 37 (4): 447-452.

106. Cömert G. Doğum Sonu Dönemde Emzirme Öz Yeterliliği ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2011.
107. Toyama N, Wakai S, Nakamura Y, Arifin A. Mother's working status and nutritional states of children under age of 5 in urban low-income community, Surabaya Indonesia. *J Trop Pediatr*. 2001;47(3):179-181. Doi:10.1093/tropej/47.3.179
108. Yılmaz G, Gürakan B, Akgün S, Özbek N. Factors influencing breastfeeding for working mothers. *Turk J Pediatr*, 2002; 44 :30-34.
109. Lakati A, Binns C, Stevenson M. The effect of work status on exclusive breastfeeding in Nairobi. *Asia Pac J Public Health*, 2002;14: 85-90.
110. Özer A, Taş F, Ekerbiçer HÇ. 0-6 Aylık bebeği olan annelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi ve davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010; 9: 315-20.
111. Karaçam Z. Factors affecting exclusive breastfeeding of healthy babies aged zero to four months: A community-based study of Turkish Women. *J Clin Nurs*, 2007, 341-349.
112. Ogunlesi TA. Maternal socio-demographic factors influencing the initiation and exclusivity of breastfeeding in a Nigeria semi-urban setting. *Maternal Child Health J*, 2010;14: 459-465.
113. Chuang CH, Chang PJ, Chen YC, Hsieh WS, Hurng AS, Lin SJ, Chen PC. Maternal return to work and breastfeeding: A population-based cohort study. *Int J Nurs Stud*, 2010, 461-474.
114. Li R, Darling N, Maurice E, Barker L, Grummer-Strawn LM. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: The 2002 national survey. *J Pediatrics*, 2005;115: 31-37.
115. Mandal B, Roe EB, Fein SB. The differential effects of full-time and part-time work status on breastfeeding. *Health Policy*. 2010; 79-86.

116. Fein SB, Roe B. The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. *Am J Public Health*, 1998;88: 1042-1046.
117. Beck LF, Morrow B, Lipscomb LE, Johnson CH, Gaffield ME, Rogers M, et al. Prevalence of selected maternal behaviors and experiences, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report CDC Surveillance Summaries*. 2002;51(2).
118. Kublay G, Terzioğlu F, Karatay G. Gebelik ve sigara. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara. 2008.
119. Neyzi O, et al. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008;51:1-14
120. Gökçay G, Neyzi O, Furman A, Growth Standard for Turkish Children. In: Preddy VR (ed). *Handbook of Growth and Growth Monitoring in Health and Disease*. New York: Springer, 2012: 2913-21.
121. Gökçay G. Çocuk Sağlığı İzlemi, Büyüme ve gelişmenin izlenmesi. Büyümenin izlenmesi. In: Yurdakök Pediatri (Edt: Yurdakök M.) Güneş Tıp Kitapevi. 2017:112.
122. Hagan JF, Duncan PM. Maximizing children's health: screening, anticipatory guidance, and counselling. In Kliegman RM, Stanton BF, Geme III JW, Schor NF, Behrman RE (eds). *Nelson Textbook of pediatrics*, philadelphia: elsevier Saunders, 2011.
123. UNICEF. How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutrition Status of Young Children. New York: United Nations Department of Technical Cooperation for Development and Statistival Office, 1986.
124. World Health Organization. WHO Child Growth Standards.

<http://www.who.int/childgrowth/standarts/en/> (erişim tarihi: 15 Ocak 2018).

125. Yalçın SS. Büyümenin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi In: Yurdakök Pediatri (Edt: Yurdakök M.) Güneş Tıp Kitapevi. 2017:117-23.

126. Yalçın SS. Beş yaş altı çocuklarda büyümenin değerlendirilmesi. İçinde: Coşkun T(ed). Nutriguide Çocuk Beslenme Kılavuzu. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2012.

127. Cameroon N. The measurement of human growth. In: cameroon N, Bogin B (eds). Human Growth and Development (2nd ed). Elsevier, 2012.

128. Keane V. Assessment of growth. In: Keigman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor N, Behrman RE (eds) Nelson Textbook of pediatrics (19th ed) Philadelphia: Saunders, 2011.

129. Smith DW, Truog W, Rogers JE, Greitzer LJ, Skinner AL, McCann JJ, et al. Shifting linear growth during infancy: illustration of genetic factors in growth from fetal life through infancy. The Journal of pediatrics. 1976;89(2):225-30.

130.(Yalçın SS. Beş yaş altı çocuklarda büyümenin değerlendirilmesi. İçinde: Coşkun T(ed). Nutriguide Çocuk Beslenme Kılavuzu. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2012.

131. http://www.cshd.org.tr/uploads/pdf_CSH_279.pdf

132. Yalçın SS. Beş yaş altı çocuklarda büyümenin değerlendirilmesi. İçinde: Coşkun T(ed). Nutriguide Çocuk Beslenme Kılavuzu. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2012.

133. Yalçın SS. Büyümenin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi In: Yurdakök Pediatri (Edt: Yurdakök M.) Güneş Tıp Kitapevi. 2017:117-23.



EKLER

Ek 1 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tez Oluru

**İZMİR KATİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ**

**T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
(Aile Hekimliği Anabilim Dalı)**

**İzmir**
Doküman girişi

08.11.2018

İLGİLİ MAKAMA

..... *Anne Meslekine Göre Çocuk Gelişimi*

..... isimli araştırma ;

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın
05.04.2018 tarihli akademik kurul kararı ve dekanlık onayı ile, Sözleşmeli Aile Hekimliği
Asistanı *Dr. Fatih Ucu2* tez çalışması olarak onaylanmıştır.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL
İzmir Katip Çelebi Üniv. Tıp Fak. Aile Hek. Anabilim Dalı Bşk.
İKÇÜ Atatürk Eğit. Araş. Hast. Aile Hek. Program Yöneticisi

T.C. Sağlık Bakanlığı
Aile Hekimliği Programı
Aile Hekimliği Uzmanı
Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL
Aile Hekimliği Bşk. / Eğitim Sorumlusu
Dip. No: 9478

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİT. VE ARAŞ. HAST.
Dr. Koryay EREN (Başhekim)
Dip. No: 9478

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çiğli Ana Yerleşkesi 35620 Çiğli İZMİR
Tel: +90(232) 325 05 35 Faks: +90(232) 325 40 42
Elektronik ağı: www.ike.edu.tr

Ek.2 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Etik Kurul Onay Belgesi

T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Karar Formu
(İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Eğitim ve Araştırma Kurumları Etik Kurulunun 12. Md.)

Sayın Prof. Dr. Kurtuluş ONGEL

Karar No: 298
Tarih : 03.10.2018

KARAR

Annelerin Meslek Gruplarına Göre Çocuk Gelişimi adlı araştırma başvuru dosyasına katılanlarda gerçekleştirilen etik yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın yapılacağı başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Orhan ÇAKALP
Başkan

Doç. Dr. Serdar BAYATA
Başkan Yardımcısı

Uy. Katılmadı
Prof. Dr. Yasemin TOKEM
Üye

Uy. Katılmadı
Prof. Dr. Belde Kasap DEMİR
Üye

Doç. Dr. Özge ERGÜN
Üye

Doç. Dr. Aşlı BAYSAL
Üye

Uzm. Dr. Ayşenur ATAY
Üye

Dr. Mehmet ERTAN
Üye

Uzm. Dr. Doğu Barış KILIÇCIOĞLU
Raportör Üye

KARŞI OY

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA KURUMLARI ETİK KURULU
ASLİG

Ek.3 İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurul Onayı



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 77597247-604.02
Konu : Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL'in
Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : DR.FATİH UCUZ'ın 19/09/2019 tarihli dilekçesi.

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL sorumluluğunda ve Torbalı 15 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan Dr. Fatih UCUZ tarafından yapılması planlanan **"Annelerin Meslek Gruplarına Göre Çocuk Gelişimi"** konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde oluşturulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılmak İstenen Çalışmaları Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş olup komisyon tarafından yapılan değerlendirmede;

"Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamayacağı hükmü yer almaktadır." "Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 123/11 sokak Poligon Mahallesi Karabağlar
Telefon: 0(232) 248 33 10 Faks No:
e-Posta: duygu.ugurlu@saglik.gov.tr İnternet Adresi: http://www.ism.gov.tr (0 232)
248 3310 - 1244 -bulasici.olmayan@saglik.gov.tr

Bilgi için: Duygu UĞURLU
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: 0232 2483310

"Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak ve araştırma başvuru formunun amap-kapsam bölümüne "emzirmenin 2 yaşı ve ötesine kadar" ibaresinin eklenmesi koşuluyla çalışmanın yapılması uygun bulunmuştur" denilmektedir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Neşe Zeren NOHUTCU
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan V.

Dağıtım:

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğ. Araş. Hastanesi
İzmir Torbalı İlçe Sağlık Müdürlüğü

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 123/11 sokak.Poligon Mahallesi Karabağlar
Telefon: 0(232) 248 33 10 Faks No:
e-Posta: duygu.ugurlu@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.ism.gov.tr> (0 232)
248 3310 - 1244 -bulasici.olmayan@saglik.gov.tr

Bilgi iç

Telefon



Ek.4 Tez Anketi

Bu anket annelerin meslek gruplarına göre emzirme sürelerinin belirlenmesi ve bebeklerinin ilk iki yıllık süreçte beslenme şekillerinin ve gelişimlerinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Vereceğiniz kişisel bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

‘Annelerin meslek gruplarına göre gelişimlerinin değerlendirilmesi’ anketine gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Ad-Soyad:

İmza:

Telefon:

1)Yaşınız:

2)İki-Sekiz yaş arası çocuklarınızın isimleri ve yaşları:

3)Mesleğiniz:

4)Eğitim durumunuz nedir?

a)Okur yazar b)ilkokul mezunu c)Ortaokul mezunu d)Lise mezunu e)Lisans ve üstü

5)Günlük ortalama çalışma süreniz (ev hanımları kısmı boş bırakacak) :

a)0-4 saat b)4-8 saat c)8 saat üzerinde

6)Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a)Çok Kötü b)Kötü c)Orta d)İyi e)Çok İyi

7)Sigara kullanım durumunuz?

a)Hiç kullanmadım b)Kullandım,bıaktım c)Aktif kullanıyorum d)Nadiren

8)Alkol kullanma durumunuz?

a)Hiç kullanmadım b)Kullandım,bıaktım c)Aktif kullanıyorum d)Nadiren

9)Eşiniz ile akrabalığınız varmı? Varsa yakınlık dereceniz

a)Evet b)Hayır

Yakınlık Derecesi:

10)Bilinen kronik rahatsızlığınız varmı? Varsa kullandığınız ilaçlar neler?

11)Kaçınıcı haftada doğum yaptınız? Doğum şekliniz?

1.Çocuk: Hafta Doğum şekli: a)Normal b)Sezeryan

2.Çocuk:Hafta Doğum şekli a)Normal b)Sezeryan

3.Çocuk:Hafta Doğum şekli a)Normal b)Sezeryan

4.Çocuk:Hafta Doğum şekli a)Normal b)Sezeryan

12)Çocuğunuzda doğuştan bir hastalık varmı?

1.Çocuk:

2.Çocuk:

3.Çocuk:

4.Çocuk:

13)Çocuğunuzun kronik hastalığı varmı?

1.Çocuk:

2.Çocuk:

3.Çocuk:

4.Çocuk:

14)Çocuğunuzun düzenli kullandığı ilaç varmı? Varsa yazınız..

1.Çocuk:

2.Çocuk:

3.Çocuk:

4.Çocuk:

15)Çocuğunuzu nekadar süre emzirdiniz?

1.Çocuk:

2.Çocuk:

3.Çocuk:

4.Çocuk:

16)Doğumdan sonra ne zaman çalışmaya başladınız?(ev hanımları bu kısmı boş bırakacak)

1.Çocuktan sonra:

2.Çocuktan sonra:

3.Çocuktan sonra:

4.çocuktan sonra:

17)Çocuğunuzun beslenmesi için ilk 6 ay mama kullandınız mı? Nezaman başladınız?

1.Çocuk:

2.Çocuk:

3.Çocuk:

4.Çocuk:

18)Çocuğunuz için ek gıdaya nezaman başladınız?

1.Çocuk:

2.Çocuk:

3.Çocuk:

4.Çocuk:

19)Çocuğunuzun 0,6,12 ve 24 aylardaki boy,kilo ve baş çev

İlginiz ve Katkınız için Teşekkürler...

