



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**SEZARYENLE VE NORMAL DOĞAN 24 AY ALTI
BEBEKLERDE GENEL SAĞLIK DURUMUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. BAYRAM BAŞDEMİR
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

DİYARBAKIR-2020





**T.C.
DICLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**SEZARYENLE VE NORMAL DOĞAN 24 AY ALTI BEBEKLERDE
GENEL SAĞLIK DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. BAYRAM BAŞDEMİR
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**Prof. Dr. GÜNAY SAKA
(TEZ DANIŞMANI)**

DİYARBAKIR-2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, hoşgörü ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım anabilim dalı başkanımız sayın Prof. Dr. Günay SAKA'ya,

Eğitimimde büyük katkısı olan sayın Prof. Dr. Ali CEYLAN 'a,

Sayın Dr.Öğretim Üyesi Zehra KILINÇ ve Sayın Dr.Öğretim Üyesi Hıdır SARI'ya,

Dört yıllık asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan büyük zevk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma,

Tezim için gerekli çalışmalarda her türlü konuda yardımlarını esirgemeyen Kayapınar Tekel 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi hekimleri ve personeline,

Çalışmaya katılan sevgili çocukların anne-baba ve ailelerine,

Eğitim hayatım boyunca destek ve güvenlerini her zaman hissettiğim, bugünlere gelmemde en büyük emeğe sahip olan ailem, eşim ve çocuklarıma

TEŞEKKÜR EDERİM.

Dr. BAYRAM BAŞDEMİR

Diyarbakır/2020

ÖZET

Güvenli bir gebelikten sonra yapılacak doğumun şekli anne ve bebeğin doğumdan sonraki hayatlarını önemli bir şekilde etkileyecek sürecin başlangıcıdır. Bu süreç son zamanlarda daha çok sezaryen lehine artmaktadır. Bu artışın bebek sağlığı ve gelişimine etkileri önemlidir.

Bu çalışmada amaç; doğum şekli prevalansı ve etkileyen faktörleri araştırıp, doğum şeklinin bebeklerin beslenmesi, büyüme-gelişimi ve genel sağlık durumu üzerine etkilerini tespit etmektir.

Kesitsel nitelikte olan çalışmanın evreni Kayapınar 1 nolu ASM ye kayıtlı 24 aylık tüm bebeklerdir. Annelere sorulan 56 soruluk anket eşliğinde veriler toplanmıştır.

Bağımlı değişkenler: Doğum şekli, ilk emzirilme zamanı, sadece anne sütü alma süresi, ilk 6 ay anne sütüyle tam emzirilme, anne sütü alma süresi, hastalanma sıklığı, bebeğin ağırlığı, boyu ve BKİ'dir.

Bağımsız Değişkenler: Doğum şekli, doğumun yapıldığı yer, DÖB, DSB, anne yaşı, baba yaşı, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, aylık toplam gelir, anne çalışma durumu, baba çalışma durumu, aile tipi ve ailenin sosyal güvencesidir.

Araştırmaya kapsamındaki 264 bebeğin 133'ü (%50,4) erkek bebek, 131'i (%49,6) kız bebektir. Bebeklerin doğum ağırlıkları ortalaması $3238,9 \pm 404,2$ g, doğum boyu ortalaması $49,4 \pm 1,5$ cm olup 24 aylık kilo ortalaması $12360,2 \pm 1351,4$ g, boy ortalaması $88,1 \pm 3,6$ cm dir.

Araştırmaya katılan bebeklerin annelerinin yaş ortalaması $29,7 \pm 5,2$ yıl olarak bulunmuştur. Annelerin 8'i (%3) okur-yazar değil, 104'ü (%39,4) üniversite mezunuydu. Annelerin 175'i (%66,3) ev hanımı olup çalışmamaktaydı.

Bebeklerin 152'si (%57,6) sezaryen, 112'si (%42,4) normal doğumla doğmuştu. Bebeklerin %37,9'u doğar doğmaz ilk bir saatte, %87,9'u ilk günde kolostrumla emzirilmişti.

Doğum şeklinin anne eğitimi, baba eğitimi, ailenin aylık geliri, DSB, ilk emzirmeye başlama zamanı, hastalanma sıklığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sezaryen oranları Okur-yazar olmayan annelerde %12,5, ilkokul mezunu babalarda %40, ailenin aylık geliri 2000 tl nin altında olanlarda %31,7 iken üniversite

mezunu annelerde %63,5, üniversite mezunu babalarda %64,5, aylık geliri 6000 tl üzeri olanlarda %65,1 olarak bulundu.

Normal doğumla doğan bebeklerin %58'i ilk bir saatte, %94,7 si ilk gün içinde emzirilmişti. Bu oranlar sezaryenle doğanlarda %23 ve %82,9'du. Normal doğan bebekler ilk 24 ayda ortalama $16,1 \pm 9,7$ kez, sezaryenle doğan bebekler $19 \pm 10,1$ kez hastalanmıştı.

Ailenin sosyodemografik düzeyi arttıkça sezaryen oranları artmaktadır.

Doğum şeklinin bebeklerin büyüme ve gelişmesi üzerine etkisi anlamlı olarak bulunamamıştır.

Sezaryen doğumlar bebeklerin daha sık hastalanmasına sebep olarak genel sağlık durumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Sezaryenle doğum yapan annelerin bebekleri daha geç kolostrumla beslenmeye başlamıştır. Bu bebekler anne sütünün koruyucu, besleyici ve gelişimi sağlayıcı etkilerinden daha geç faydalanmaya başlamaktadır.

Sezaryen doğum oranlarını azaltmak için doğum öncesi verilecek eğitimlerle kadınların normal doğumu tercih etmesi desteklenmelidir.

Anahtar sözcükler: sezaryen, emzirme, anne sütü, bebek beslenmesi, bebek gelişimi

ABSTRAC

The mode of delivery after a safe pregnancy is the beginning of the process that will significantly affect the lives of the mother and baby after birth. This process has been increasing in favor of cesarean more recently. The effects of this increase on baby health and development are important.

The purpose of this study; to investigate the prevalence of birth and the factors affecting it, and to determine the effects of birth on the nutrition, growth-development and general health of babies.

The universe of the cross-sectional study is all 24-month-old infants registered with ASM 1 in Kayapınar. Data were collected with a questionnaire of 56 questions asked to mothers.

Dependent variables: Delivery type, first breastfeeding time, breastfeeding time only, first 6 months full breastfeeding with breast milk, breastfeeding time, frequency of illness, baby's weight, height and BMI.

Independent Variables: Mode of delivery, place of birth, PC, DSB, maternal age, paternal age, maternal educational status, paternal educational status, monthly total income, maternal employment status, paternal employment status, family type and social security of the family.

133 (50.4%) of the 264 babies included in the study are male babies and 131 (49.6%) are baby girls. The average birth weight of babies is 3238.9 ± 404.2 g, average birth length is 49.4 ± 1.5 cm and 24-month weight average is 12360.2 ± 1351.4 g, height average is 88.1 ± 3.6 cm.

The average age of the mothers of the babies participating in the study was found to be 29.7 ± 5.2 years. Eight (3%) of the mothers were illiterate, 104 (39.4%) were university graduates. 175 of mothers (66.3%) were housewives and were not working.

152 (57.6%) of the babies were born by cesarean and 112 (42.4%) by normal birth. As soon as 37.9% of the babies were born, they were breastfed with colostrum in the first hour and 87.9% of them in the first day.

It was found that delivery type was associated with mother education, father education, monthly income of the family, DSD, time to start breastfeeding, and the

frequency of illness ($p < 0.05$). While cesarean rates are 12.5% for illiterate mothers, 40% for primary school graduates, 31.5% for families with a monthly income below 2000 TL, 63.5% for university graduate mothers, 64.5% for university graduate fathers, and monthly income for 6000 TL it was found to be 65.1% in those over TL. 58% of babies born with normal delivery were breastfed in the first hour and 94.7% of them were breastfed in the first day. These rates were 23% and 82.9% in those born by cesarean section. In the first 24 months, babies born normally had an average of 16.1 ± 9.7 times, and babies born by cesarean section 19 ± 10.1 times.

As the sociodemographic level of the family increases, cesarean rates increase.

The effect of delivery type on the growth and development of babies was not found significant.

Cesarean deliveries affect the general health status negatively, causing babies to get sick more frequently.

The babies of the mothers who gave birth by cesarean started feeding with colostrum later. These babies start to benefit from the protective, nutritious and developmental effects of breast milk later.

In order to decrease the cesarean delivery rates, pre-natal trainings should support women to prefer normal delivery.

Keywords: cesarean, breastfeeding, breast milk, infant nutrition, infant development

İÇİNDEKİLER

DIŞ KAPAK	i
BOŞ SAYFA	ii
İÇ KAPAK	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sezaryen Doğum	3
2.1.1 Sezaryen doğumun riskleri	4
2.1.2. Sezaryen doğumda bebekte görülen solunum problemleri	5
2.1.3. Sezaryen doğumda bebekte barsak florası gelişimi	5
2.1.4. Sezaryen doğumda hastanede kalış süresinin uzaması ve artmış maliyet	5
2.1.5. Sezaryen doğuma bağlı bebeğin anne ile daha geç iletişim kurma riski	6
2.1.6. Sezaryen doğum nedeniyle bebeğin emmeyi geç öğrenmesi	6
2.1.7. Sezaryen doğum epidemiyolojisi	6
2.1.7.1. Sezaryen doğum epidemiyolojisini etkileyen maternal faktörler	9
2.1.7.2. Sezaryen doğum epidemiyolojisini etkileyen hekim faktörü ve etik	10
2.2. Sağlıklı Bebek Beslenmesi	10
2.2.1. Türkiye’de emzirme durumu	11
2.2.2. 0-6 ay bebek beslenmesi	13
2.2.3. Emzirmenin anne için faydaları	14
2.2.4. Anne sütünün bebek için faydaları	15
2.2.5. Tamamlayıcı beslenme	16
2.3. Sağlıklı Bebek Büyümesi ve Gelişimi	17
2.3.1. Bebek büyümesi	17

2.3.2. Bebek gelişimi	18
2.4. Bebek İzlemleri	18
2.4.1. Yeni doğmuş bebeğin değerlendirilmesi	18
2.4.2. Bebek büyümesinin izlenmesi ve değerlendirilmesi	19
2.4.3. Z skor değerleri	19
2.4.4. En sık kullanılan bebek izlem ölçütleri	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Türü	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	22
3.3. Veri Toplama Yöntemi	22
3.4. Anket Formu	23
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	24
3.6. Araştırmaya Alınmama Kriterleri	25
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	25
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi	25
3.10. Değişkenler	26
4. BULGULAR	27
4.1. Sosyodemografik Bulgular	27
4.2. Doğum Şekli, Etkileyen Faktörler ve Karşılaştırılması	29
4.3. Anne sütü, Emzirme, Beslenme ve Etkileyen Faktörlerle İlgili Bulgular	36
4.4. Bebekleri Sağlık Durumu ve Hastalanma Sıklıkları ile İlgili Bulgular	38
4.5. Bebeklerin Büyüme ve Gelişmeleri ile İlgili Bulgular	42
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	56
6.1. Öneriler	56
7. KAYNAKLAR	68
8. EKLER	62
8.1. Etik Kurul Onayı	62
8.2. Anket Onam Formu	63
8.3. Anket	65
9. ÖZGEÇMİŞ	69

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ(WHO)	Dünya Sağlık Örgütü
UNİCEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
GSS	Genel Sağlık Sigortası
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmaları
Sağlık Net2	Sağlık bakanlığı veri bilgi sistemi
e-Nabız	Sağlık bakanlığı kişisel veri sistemi
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
AHB	Aile Hekimliği Birimi
NTP	Neonetal Tarama Programı
YGB	Yaşa göre boy
YGA	Yaşa Göre Ağırlık
Boy Z skor	YGB Z skoru
Kilo Zskor	YGA Z skoru
BKİ	Beden kitle indeksi
BKİ Z skor	BKİ Z skoru
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
DSB	Doğum Sonrası Bakım
CVS	Kardiyo Vasküler Sistem Hastalığı
AC	Akciğer Hastalığı
GİS	Gastro İntestinal Sistem Hastalığı
N,n	Toplam Sayı- Adet
p	İstatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi
S	Standart sapma

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Doğumun yapıldığı yer , DÖB alma durumu ve sezaryen oranlarının 2002-2018 yılları arasında değişimi (%)	8
Tablo 2. Anne ve babaların bazı sosyodemografik özelliklerine ait veriler	27
Tablo 3. Aileye ait bazı sosyodemografik özelliklere ait veriler	28
Tablo 4. Annelerin gebelikleriyle ilgili veriler	28
Tablo 5. Doğum yöntemi ve doğuma ait bilgiler	29
Tablo 6. Annelerin DÖB, DSB ve Td aşısı yapılmasıyla ilgili verileri	30
Tablo 7. Anneye doğumdan önce bebek beslenmesi hakkında bilgi vermeye ilgili veriler	31
Tablo 8. Annelerin doğumun yapıldığı yer, DÖB, DSB alma durumlarının doğum şekli üzerine etkileri	32
Tablo 9. Anne yaşı, baba yaşı, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, anne çalışma durumu, baba çalışma durumu ile doğum şeklinin karşılaştırılması	33
Tablo 10. Bebeklerin aile yapısı, ailenin sosyol güvencesi ve ailenin toplam aylık gelirinin doğum şekli üzerine etkilerinin karşılaştırılması	34
Tablo 11. Doğum şekline göre emzirmeye başlama zamanının değerlendirilmesi	35
Tablo 12. Bebeklerin doğum şekline göre 6 ay sadece anne sütüyle emzirilmesinin karşılaştırılması	35
Tablo 13. Bebeklerin doğum şekline göre sadece anne sütüyle beslenme ve anne sütünden kesme ortalamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 14. Bebeklerin emzirilme zamanı ve ek gıda verilmesiyle ilgili bilgileri	36
Tablo 15. Bebeğin süttten kesilme nedenleri	37
Tablo 16. Bebeğin sadece anne sütü alma süresi ve anne sütüyle emzirme süresi ortalamasına ait değerleri	38
Tablo 17. Bebeğin genel sağlık durumu ve hastalanma sıklıkları ile ilgili veriler	38

Tablo 18. Aileye göre bebeğin hastalanma sıklığının doğum şekliyle karşılaştırılması	39
Tablo 19. Bebeklerin ortalama hastalanma sayıları ile ilgili veriler	40
Tablo 20. . Doğum şekline göre Bebeklerin 0-6 ay, 7-12 ay, 13-24 ay ve 0-24 aylıkken ortalama hastalanma sayılarının karşılaştırılması	41
Tablo 21. Bebeklerin 6 ay tam emzirmelerine göre hastalanma sayı ortalamalarının karşılaştırılması	41
Tablo 22. Bebeklerin doğumdaki ve 24 aylık olduklarında boyları, kiloları ile 0-24 aylık boy farkı ve kilo farkı değerleri	42
Tablo 23. Bebeklerin boy Z skor, kilo Z skor ve bki Z skor değerlerine göre dağılımları	43
Tablo 24. Bebeklerin boy Z skor, kilo Z skor ve BKİ Z skor değerlerinin doğum şekliyle karşılaştırılması	43
Tablo 25. Bebeklerin doğum şekillerinin tam emzirilme durumlarına göre boy ve kilo farklarına etkilerinin karşılaştırılması	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sezaryen doğumların bazı ülkelerde yıllara göre değişimi	7
Şekil 2 Ülke Bazında Sezaryen Oranları Dünya Haritası	7
Şekil 3. Türkiye’de sezaryen oranlarının yıllara göre değişimi	8
Şekil 4. Yıllara göre 2 yaş altı çocuklarda ortalama sadece anne sütüyle emzirilme ve toplam emzirme süresi	12
Şekil 5. Araştırmanın yapıldığı ASM bölgesinin uydu fotoğrafı	23
Şekil 6. ASM bölgesinin karşıdan çekilmiş fotoğrafı	24
Şekil 7. Türkiye , Güneydoğu Anadolu ve araştırma bölgesinin sezaryen oranlarının karşılaştırılması	47

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik sonucu sağlıklı bir bebek doğurmak her annenin en büyük isteğidir. Doğumun normal bir şekilde vajinal yolla olması anne ve bebek sağlığını koruma açısından önemlidir. Günümüzde annenin bebeği doğurma şekli, sezaryen doğum lehine sürekli artmaktadır. Bu artışın hangi oranlarda olduğunu ve bebek sağlığı ve gelişimine etkilerini tespit etmek için bu araştırmayı yapmaya karar verdik. Doğum şekli prevalansı ve etkileyen faktörleri araştırdık.

Hipotez; doğum şeklinin bebek beslenmesi, gelişimi ve sağlığı üzerinde etkisi nasıldır, şeklindedir. Sezaryen ve normal doğan bebeklerin 24 ayına kadar beslenmesi, büyümesi ve genel sağlık durumunun değerlendirilmesi yapılarak hipotez araştırıldı.

Sezaryen doğum, tarihi gelişimine göre önceleri ölen anneden bebeğin çıkarılması için yapılmıştır. Sonra tıbbi endikasyon ve acil durumlarda yapıldığında anne ve bebek için hayat kurtarıcı olmuştur. Günümüzde doğumun zamanlamasını ve kısa sürede sonlanmasını sağlayan, konforlu bir doğum şekliymiş gibi yanlış algılanıp yaygınlaşmıştır (1). Sezaryen doğum; toplum, hekim, aile ve anne adayları tarafından vajinal doğumun bir alternatifi olarak görülmeye başlamıştır (2).

Sezaryen doğum; annenin sonraki gebeliklerinde riskleri yeni anlaşılmaya başlayan bir operasyondur (3). Doktorlar ve doğurtulacak bebeğin ebeveynleri arasında işbirliği yapılarak sezaryenin sağlayacağı fayda ile oluşturacağı riskler ve zararlar tartışılıp sezaryen yapılmasına öyle karar verilmelidir. Son yıllarda sezaryen doğum endikasyon olmadan doktorun tercihi ve annenin isteği üzerine de yapılır hale gelmiştir.

Sezaryen doğum sıklığı ülkeler, şehirler ve hastaneler arasında farklılıklar göstermektedir (2). Sezaryen oranlarının tüm dünyadaki dramatik artışı, günümüzde sezaryenin obstetrideki rolünü sorgulanır hale getirmiştir (1). Giderek daha fazla sayıda bebek, dünyaya cerrahi müdahalede bulunularak, anormal yollarla gelmektedir. Bu artış literatürde “sezaryen epidemisi” olarak tanımlanmış ve küresel bir sağlık sorunu haline almıştır (4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) 2015 yılında Cenevre’de yaptığı sezaryen için güncel yorumunda; sezaryen doğumların, sadece tıbbi nedenlerden dolayı yapıldığında, anne ve bebek hayatını kurtarmada etkili olduğunu, bunun dışında yapılan sezaryenlerin anne ve yenidoğan ölüm hızlarındaki azalmaya katkısı

olmadığını açıklamıştır. Toplum düzeyinde sezaryen doğumların %10-15 oranlarında olması önerisini tekrarlamıştır (5).

Ülkemizdeki sezaryen oranı 2018 sağlık istatistikleri yılına göre %54,9 olup DSÖ'nün önerdiği %15'ten oldukça yüksektir (6).

Sezaryen artışının sebepleri arasında gebelik yaşının ileri olması, tıbbi teknolojinin ilerlemesi, gebelik sayısını sınırlama isteği ve yardımcı üreme tekniklerinin kullanılması sayılabilir.

Ayrıca Sezaryenle doğum oranının artmasında tekrarlayan sezaryen olgularının büyük rolü vardır.

Sezaryen doğumlarda en önemli problemlerden biri Emzirmeye erken başlayamamadır. Anneler, normal doğumdan sonra ilk yarım ile bir saat içinde emzirebilirken, sezaryen doğumdan sonra kullanılan anestezi türüne göre tamamen kendilerine geldikten sonra emzirmeye başlayabilirler. Bunun da yaklaşık yarım saat ile 4 saat arasında değiştiği bildirilmiştir (5).

Erken emzirme bebeğin doğduktan sonra yaşayacağı sağlık problemlerini en aza indirir. Süt yapımını ve süt inme refleksini başlatır. Böylelikle bebeklerde mortalite ve morbidite oranını da büyük ölçüde azaltmış olur. İlk saatte emzirilen bebeklerin ölüm riskinin geç emzirilen bebeklere göre düşük olduğu gösterilmiştir (8).

Çocukluk dönemini diğer dönemlerden ayıran en önemli özellik, gebeliğin başlangıcından ergenliğin tamamlanmasına kadar devam eden bir büyüme ve gelişme süreci olmasıdır. Bu süreçte çocukların sağlık durumlarını bozan her türlü etken, büyüme ve gelişme süreçlerini yavaşlatabilmekte ve hatta durdurabilmektedir.

Ülkemizin nüfusunun önemli bir kısmını oluşturan çocukların gelecekte sağlıklı ve üretken bireyler olması yeterli ve dengeli beslenmeleri ile mümkündür. Dengeli ve sağlıklı beslenme çocuğun bedensel, sosyal ve duygusal gelişimi üzerinde önemli rol oynamaktadır. Sağlıklı beslenme çocuğun büyümesinin izlenmesi ile değerlendirilebilir. Bu izlemlerde; çocukların ilk yaşlarda ortaya çıkacak büyüme ve gelişmeye ait problemleri ile sağlık sorunları erkenden tespit edilerek vakit kaybetmeden çözüm bulunması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

Doğum, gebeliğin fertilizasyon süresinden itibaren yaklaşık 270 gün sonrasında normal vajinal yolla sonlanmasıdır. Doğum, insanın genlerine işlenmiş fizyolojik bir olaydır. Bazen anne veya bebek ölümüne kadar varan komplikasyonlar geleşebilen cerrahi bir süreçtir (2). Bu süreçte bir aksaklık olması durumunda, doğumun anne ve bebekte gelişebilecek morbidite ve mortalitesini önleme adına bir takım müdahalelerde bulunmak gerekebilmektedir. Bu madahaleler içinde en fazla başvuru sezaryendir.

Normal doğumun anne bebek arasındaki bağın kurulmasında, bebeğin bilişsel gelişiminde, hastaneye yatma oranının ve sağlık harcamalarının azalmasında çok önemli bir rolü vardır (8).

Gebeliklerde doğum öncesi bakım (DÖB), gebelik komplikasyonlarının erken tespit edilip önlem alınması, evde geleneksel doğum yöntemlerinin yerini sağlık kuruluşlarında doğumun alması, acil durumlarda sezaryen yapılması, doğum sonu bakım (DSB), hijyen koşullarının gelişmesi anne ve bebek ölümlerini azaltmıştır (2).

2.1. Sezaryen Doğum

Caesarean kelimesinin Orta Çağda Latince caedere:kesmek fiilinden türetildiği düşünülmektedir. Sezaryenin obstetrik uygulamanın bir parçası olması 19. yüzyılın ikinci yarısında anestezi ve antisepsisteki gelişmeler ve yeni cerrahi tekniklerin bulunması ile gerçekleşmiştir (7).

1940 yılında penisilin kullanılmaya başlanması ile birlikte doğumdan kaynaklanan enfeksiyon riski de dramatik olarak azalmıştır. Yeni antiseptiklerin, antibiyotiklerin ve anestetik maddelerin geliştirilmesi ile sezaryende morbidite ve mortalite oranları en düşük seviyeye inmiştir (7). 1970'li yılların son dönemlerinden itibaren elektronik fetal monitörizasyonun ve ultrasonografinin obstetrik kullanıma girmesi ile doğum biliminde yeni bir döneme girilmiş, en güvenilir ve en sık uygulanan operasyon haline gelmiştir (3).

Sezaryen doğum, 28 haftası dolan 500 gr ve üstünde ağırlığı olan canlı fetüs, plasenta ve membranların karın ön duvarı ve uterusu yapılan kesi (histerotomi) ile doğurtulması işlemidir. Bu işlem vajinal doğum mümkün olmadığında başvuru doğumun geciktirilmesinin anneyi ve fütüsü tehlikeye atacağı durumlarda kullanılan

cerrahi bir operasyondur. Anestezi komplikasyonları, kanama, enfeksiyon, emboli gibi pek çok komplikasyonu bulunmaktadır (2)

Sezaryen doğum, zamanlamaya göre acil ve elektif olarak sınıflandırılır. Gebeye uygulanan ilk sezaryen operasyonu Primer sezaryen, herhangi bir tıbbi endikasyon veya acil obstetrik durum ve risk olmaksızın uygulanan sezaryen Elektif (İsteğe Bağlı) Sezaryen olarak adlandırılır (2).

Son yıllarda sıklıkla kullanılan spinal anestezi tekniklerinin fetüs üzerinde minimal depresan etki yapma, kullanılan ilaçların plasenta yoluyla bebeğe daha az geçmesi, fetal depresyon riskinde azalma, anne ve bebek arasındaki iletişimi erken başlatma gibi avantajları vardır (3).

2.1.1. Sezaryen doğumun riskleri

Sezaryenin diğer majör cerrahi girişimler gibi anesteziye ve cerrahi işleme bağlı kısa ve uzun vadeli birçok riski, doğum sonu dönemde bazı fiziksel ve psikososyal sorunları ve komplikasyonları vardır. Bu komplikasyonların en sık görüleni sepsisdir. Diğerleri; anestezi riskleri, kanama ve kan transfüzyonu gereksinimi, emboli, tromboz, komşu organ yaralanmaları, enfeksiyonlardır (7).

Ayrıca annenin geç iyileşmesi nedeniyle kendi bakımında ve bebeğin bakımında yetersizlik hissi, anne ve bebek birlikteliğinin gecikmesi, hastanede uzun süre kalma, emzirme güçlükleri ile emzirmenin gecikmesi görülebilir.

Vajinal doğumla karşılaştırıldığında sezaryen doğuma bağlı maternal morbidite ve mortalite oranlarının 4-7 kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir (7). Normal vajinal doğum sonrası anne ölümü yaklaşık 1/10000 den daha az iken sezaryen doğuma bağlı ölüm riski 1/2500 civarında olup bu oran normal doğumun 4 katıdır. Sezaryen doğumdaki ölümlerin %25 kadarı anestezi komplikasyonlarına bağlı olarak meydana gelmektedir.

Postpartum kanama, dünyada maternal ölümün en önemli nedenidir (3).

Bebeğe ait riskler ise bebekte yaralanma, neonatal respiratuar distres sendromu ve bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalmasıdır (7).

Sezaryen ile doğan bebeklerde neonatal mortalitenin, vajinal doğuma oranla 2 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (7). Ayrıca önceden sezaryenle doğum yapmış

kadınların sonraki gebeliklerindeki açıklanamayan ölü doğum riski iki kattan daha fazladır (7).

2.1.2. Sezaryen doğumda bebekte görülen solunum problemleri

Doğum eylemi, ekstra uterin yaşama neonatal solunumun adaptasyonunu sağlamada önemli bir role sahiptir. Vajinal doğumda fetal göğse olan fiziksel baskının yararlı etkisi yenidoğanı solunum sıkıntılarından korur. Sezaryen sonrası akciğer sıvısının emilmesinde gecikmeye bağlı olarak hipoksemi, yenidoğanın geçici taşipnesi, respiratuar distres sendromu ya da dirençli pulmoner hipertansiyon görülebilmektedir. Buna bağlı neonatal yoğun bakım ünitelerine başvurma oranı artmaktadır. Bebek mekanik solunum desteğine ihtiyaç duymakta, uygulanan girişimler sonucu bebek ağır bir süreç yaşamak zorunda kalabilmektedir (3).

2.1.3. Sezaryen doğumda bebekte barsak florası gelişimi

Yenidoğanın barsak florasının gelişimi doğum şekli ve ilk günlerdeki beslenme durumuna bağlıdır. Doğumda yenidoğan barsağı, bakterileri içeren çevre ile temas ederek kolonize olur. Gram pozitif laktobasiller ve bifidobakterilerden oluşan bir flora immün sisteme ve insan sağlığına olumlu katkıda bulunur. Vajinal yolla doğan bebekler erkenden kolonize olurken sezaryenle doğan bebeklerde gaitada bakteri sayısı ve bifidobakteri içeriği 1.ayda bile vajinal doğanlardan daha az bulunmaktadır. Sezaryenle doğan bebeklerde bağırsak florasının iyi gelişmemesi nedeniyle gastroenterit ve uzun dönemde allerjik hastalıklarda artış olduğu tespit edilmiştir (9).

Sezaryenle doğan çocuklarda barsak florası geç oluştuğu için mukozal savunma sisteminin gelişmesi de gecikmektedir. Bu nedenle bu çocuklarda nekrotizan kolitis, enfeksiyöz diyare, egzama sık görülür. Çocukluk dönemlerinde artmış astım ve allerjik rinokonjonktivit görülme riski vardır. Bu olası hastalıklardan korunmak için bu çocuklara doğumu izleyen günlerde probiyotik verilmesi önerilmektedir (9).

2.1.4. Sezaryen doğumda hastanede kalış süresinin uzaması ve artmış maliyet

Sezaryen seçimi medikal ve cerrahi tedavinin maliyetini artırmaktadır. Sezaryen için bir cerrah, yardım için ikinci bir doktor, anestezi uzmanı, hemşire, malzeme, operasyonun uygulanacağı oda, operasyon için kan ve postoperatif daha uzun süre

hastanede kalmayı gerektirmektedir. Eğer sezaryen sık tercih edilen bir operasyon olursa, kaynakların gereksiz kullanımını sonucu diğer sağlık hizmetlerini sürdürmek için gerekli kaynaklarda azalma olacaktır (9).

2.1.5. Sezaryen doğuma bağlı bebeğin anne ile daha geç iletişim kurma riski

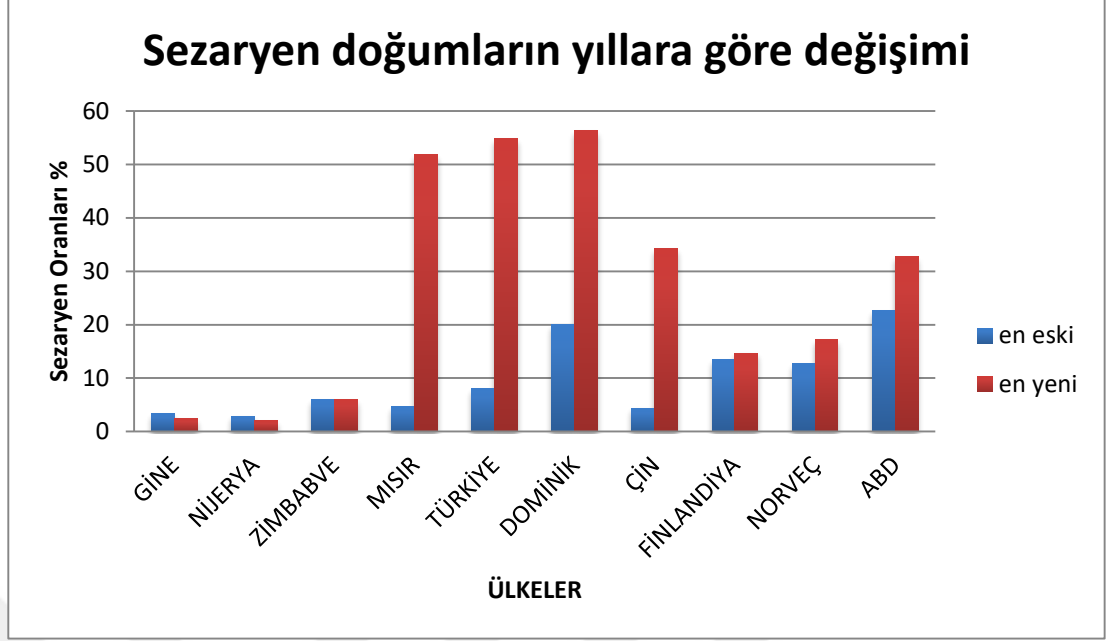
Eğer anne ile bebek arasında yaşamın ilk günlerinde güvenli bağlanma sağlanamaz ise bebek duygusal, sosyal, fiziksel ve zihinsel sorunlar yaşayabilir. Doğum şekli ile anne-bebek etkileşimi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada, sezaryen doğum'un bebeğin anneye bağlanmasını olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Normal doğumda anne bebek etkileşiminin hemen başlaması, sezaryana göre emzirme için avantaj sağlamaktadır (10).

2.1.6. Sezaryen doğum nedeniyle bebeğin emmeği geç öğrenmesi

Merkezi sinir sistemi, normal kranial sinir fonksiyonu ve reflekslerin varlığı yenidoğanın emmesi için gereklidir. Doğumun doğal sürecinde artmış oksitosin düzeyi kontraksiyonların başlamasına neden olmaktadır. Oksitosin hormonu aynı zamanda süt kanallardan süt akışını sağlamaktadır. Sezaryen doğumda bu akış oksitosin ile başlamadığından süt salgısı gecikmektedir. Sütün gecikmesi emmeği geciktirmekte ve bebek emmeği daha geç öğrenmektedir (11).

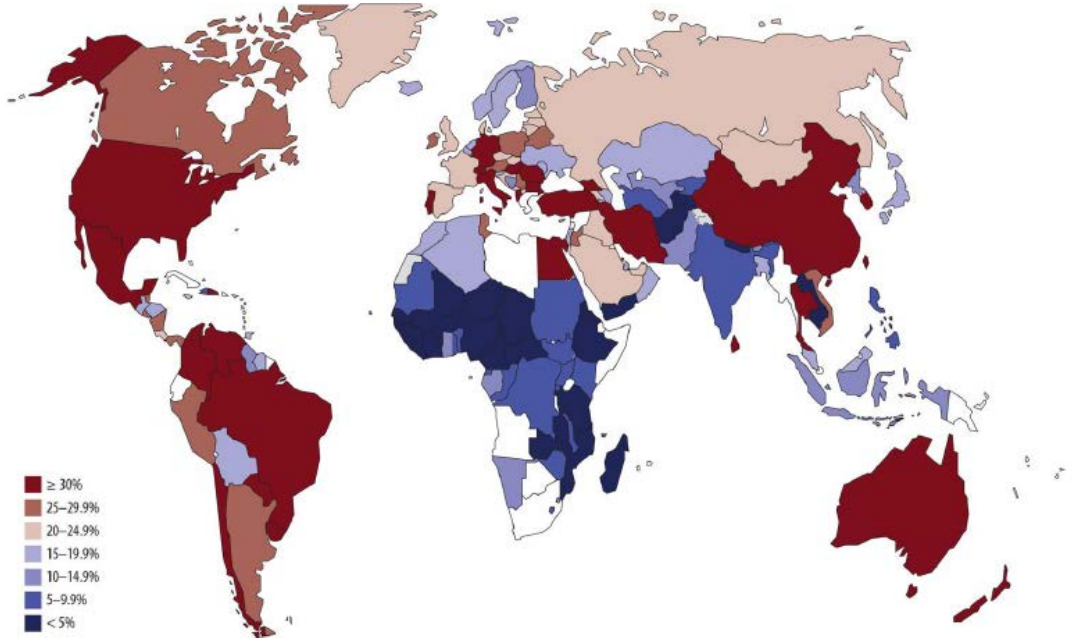
2.1.7. Sezaryen doğum epidemiyolojisi

Sezaryen ile doğum 1980'li yıllardan başlayıp 1990'lı yıllarda hızlanarak tüm dünyada artmış ve hatta bazı ülkelerde vajinal doğumun önüne geçmiştir. DSÖ'nün önerisi dünyanın hangi bölgesinde olursa olsun sezaryen oranının %15'den fazla olmaması yönündedir (8). Amerika Birleşik Devletleri'nde %32,8 olan sezaryen doğum oranları Finlandiya (%14,7), Norveç (%17,6) gibi ülkelerde DSÖ önerisine yakın iken Çin(%36,2), Mısır (%51,8), Dominik cumhuriyeti(%56,4) gibi ülkelerde çok yüksek oranlardadır (5). Gine (%2,4) Nijerya (%2,0), Zimbabve (%6,0), gibi sosyoekonomik düzeyi oldukça düşük, sağlık olanaklarının kısıtlı olduğu ülkelerde sezaryen sadece gerekli endikasyonlarda yapıldığı için oranlar %1-5 gibi düşük seviyede bulunmuştur (8). Şekil 1'de bazı ülkelerde sezaryen doğumların yıllara göre bilinen en eski ve en yeni değerleri karşılaştırılmıştır.



Şekil 1. Sezaryen doğumların bazı ülkelerde yıllara göre değişimi. 1990-2014 arası en eski ve en yeni veriler görülmektedir. Türkiye verisi 2018 yılına aittir. TNSA 2013 verilerinden derlenmiştir.

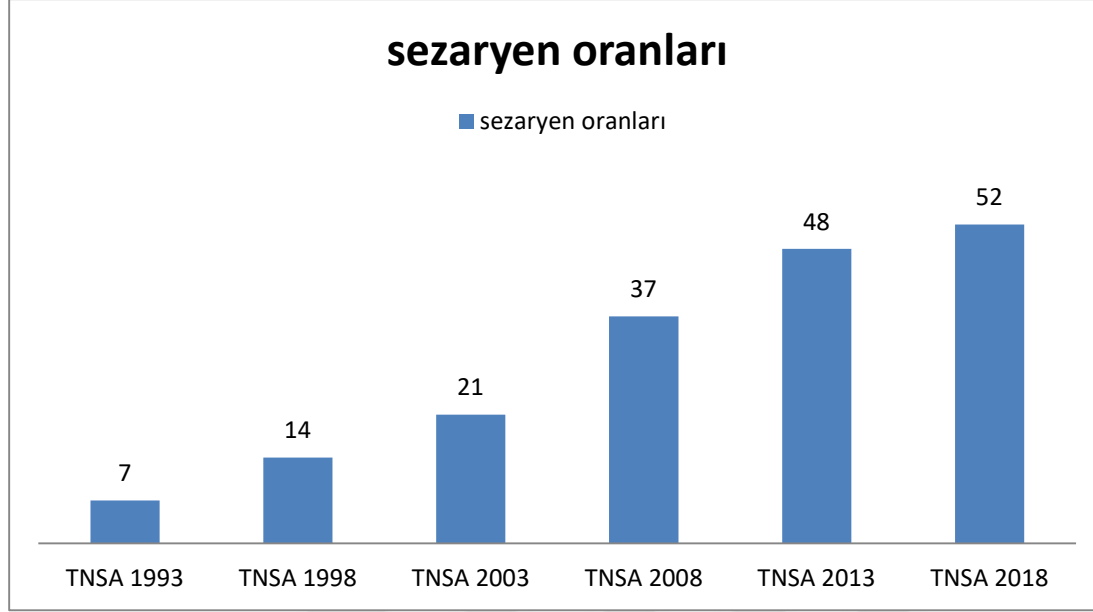
Şekil 2’de sezaryen oranlarının dünya haritası üzerinde görünümü verilmiştir.



Şekil 2. Ülke bazında sezaryen oranlarının dünya haritasında görünümü

Kaynak: Sezaryen Oranlarında Artan Eğilim: PLoS One, cilt. 11, hayır. 2, s. e0148343, 2016

Ülkemizde TNSA verilerine göre 1993-2018 yılları arasında sezaryen oranlarındaki artış şekil 3 de gösterilmiştir (12).



Şekil 3. Türkiye’de sezaryen oranlarının yıllara göre değişimi. TNSA verileri.

Sağlık bakanlığı sağlık istatistikleri yıllık verilerine göre sezaryen doğum oranları 2002 yılında %21, 2008 yılında %21,2, 2012 yılında %36,7, 2014 yılında %51, 2016 yılında 54,2 olmuştur. Alınan önlemlerle az da olsa 2017 yılında %53,1 e gerilese de 2018 yılında yeniden %54,9 a çıkmıştır (18). Bu oran Güneydoğu Anadolu da %41,2 dir (18) (tablo 1).

Tablo 1. Doğumun yapıldığı yer , DÖB alma durumu ve sezaryen oranlarının 2002-2018 yılları arasında değişimi (%)

Yıl	hastanede gerçekleşen doğum oranı %	doğum öncesi bakım (DÖB)alan %	sezaryen canlı doğumlar payı %	doğumların içindeki %	primer sezaryenin canlı doğumlar içindeki payı %
2002	75	70	21	-	-
2014	98	96,9	51,0	26,3	26,3
2015	99	98	53,1	27,2	27,2
2016	98	98,5	54,2	26,4	26,4
2017	98	99,7	53,1	25,7	25,7
2018	98	99,5	54,9	26,3	26,3

Kaynak:Sağlık istatistikleri yılı 2018

Türkiye’de 2002 yılında evde yapılan doğum oranı %25’den 2018 yılında %2’ye gerilemiştir. Hastanede yapılan doğumlar arttıkça sezaryen oranında artarak %21’den %54,9’a çıkmıştır. DÖB %70’den %99,5’e çıkmıştır. İlk defa sezaryen doğum yapılanların oranı 2018 de %26,3’dür (tablo 1).

2.1.7.1. Sezaryen doğum epidemiyolojisini etkileyen maternal faktörler

Anne adaylarını gebeliğin son dönemlerinde en çok düşündüren konuların başında, doğum şeklinin nasıl olacağı gelmektedir ve anne adaylarında doğum korkusu başlamaktadır.

Kadınlar, doğum şekline karar verme sürecinde birçok faktörden etkilenebilmektedir. Normal vajinal ya da sezaryen doğuma annenin karar vermesini; ailenin isteği, evlilik ilişkisi, eşlerin travaydaki tutumu, önceki doğum deneyimi, kıymetli bebek olma durumu, arkadaş çevresi, sağlık personelinin desteği, fetüsün ve gebenin izlenmesi sırasında verilen eğitim ve eğiticiler, doktorun ve doğumu yaptıracak kurum ve kuruluşların yaklaşımı etkilemektedir (19).

Obezite, maternal yaş artışı, plansız gebelik, doğumda kontrol hissi, doğum şeklinin kadın için uygunluğu, doğumun programlanabilir olması, gelecek planları, bebeğin güvenliği, zor travay ve sorun yaşama korkusuyla acil sezaryen gerektirebilecek durumlara dair endişeler, kentte yaşama, yüksek sosyo-ekonomik durum sezaryen oranını artırmaktadır (19).

Elektronik fetal monitörizasyonun yaygın olarak kullanıma girmesine bağlı maternal, fetal ve plasental sorunların günümüzde antenatal olarak daha çok tespit edilebilmesi sezaryeni artırmaktadır. Bunlar anormal fetal kalp hızı traseleri, makat gelişi, makrozomi, preeklampsi, artmış doğum indüksiyonudur (19).

Sezaryen doğum oranını artıran önemli nedenlerden biri de tekrarlayan sezaryen sayısındaki artıştır. Sezaryen geçirmiş kadınların ancak %10 kadarı sonraki doğumlarında vajinal doğum yapmaktadır. “Bir kez sezaryen, daima sezaryen” inancı, sezaryen sayısını hızla artırarak önemli bir halk salığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (19).

Annenin isteği üzerine sezaryen uygulanması etik bir ikilemdir. Hastanın seçme hakkı olduğunu söylemek, hastanın istediği her şeyin yerine getirileceği anlamına

gelmemelidir. Elektif sezaryenin aşırı kullanımı toplumun büyük bir kesimini tehdit etmektedir.

2.1.7.2. Sezaryen doğum epidemiyolojisini etkileyen hekim faktörü ve etik

Sezaryen oranlarının artışıyla birlikte hekimlerle ilişkili bazı faktörler de rol oynamaktadır. Doktorlar forseps ve vakum kullanımı gibi müdahale gerektiren zor doğumlarda, cerrahi yolu seçip sezaryen uygulamayı tercih etmektedir (8).

Bazı Hekimler, uzun bir doğum eylemini takip yerine nispeten daha kısa sürede sonuçlanan, daha kolay olarak görülen ve belirlenen zamanda yapılan sezaryeni vajinal doğuma tercih etmektedir.

Günümüzde spontan veya müdahaleli vajinal doğum esnasında, maternal ve fetal yaralanmaya ilişkin hekimler üzerinde malpraktis davalarının oluşturduğu baskı ve buna dair kaygılar da sezaryen oranlarının artışına sebep olmaktadır.

Etik alanındaki bazı yetkililer, kadın-doğum uzmanlarının bilgilendirilmiş onam için kadına sezaryenin fayda-zarar oranıyla ilgili yeterince bilgi vermeyeceklerini ifade etmişlerdir. Çünkü elektif sezaryenin kazançta artma, hasta için harcanan zamanda azalma, programlamada uygunluk, tıbbi-kanuni sorumlulukta azalma sağlanması nedeniyle kesin olarak doktora yararı olduğuna işaret etmektedirler (8).

2.2. Sağlıklı Bebek Beslenmesi

Toplum sağlığının temel taşı birey sağlığıdır. Birey sağlığının devamı için sağlıklı beslenme şarttır. İlk 2 yaşındaki sağlıklı beslenmede anne sütünün yeri tartışılmazdır (20). Bu nedenle sağlıklı bir toplum sağlama hedefi gereğince, emzirmenin önündeki engellerin tespit edilerek ortadan kaldırılması gerekir.

Çocukluk çağında sağlıklı beslenme, çocuğun yaşamını sağlıklı olarak sürdürebilmesi ve büyüme-gelişmesi için gereken tüm enerji ve besin öğelerini karşılayan beslenme olarak tanımlanabilir. Sağlıklı beslenme çocuğun bedensel, sosyal ve duygusal gelişimi üzerinde önemli rol oynamaktadır. Anne sütü ile beslenme, sağlıklı beslenmenin ilk ve en önemli adımı olarak kabul edilir (21).

DSÖ ve UNICEF tarafından önerilen, Sağlık Bakanlığınca da benimsenen bebek beslenmesi ilkelerine göre doğumdan sonra ilk bir saat içinde beslenmeye başlanması, ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi, 6 aydan sonra 24. aya kadar anne sütüyle beraber

tamamlayıcı ek gıdaların verilmesi bebeklerin yeterli ve dengeli beslenmeleri açısından önemlidir (20).

Sağlıklı bir bebek genellikle doğumdan sonra güçlü bir emme refleksi ile doğar. Doğumdan sonraki ilk yarım saat, bebeğin en aktif olduğu ve emmesinin en güçlü olduğu dönemdir. Bu zamanın gecikmesi ilk bir haftada emme davranışının yetersiz olmasını ve bebekte fazla miktarda ağırlık kaybını beraberinde getirir (22).

Bebeğin sağlıklı büyüüp gelişebilmesi için, yaşına uygun beslenmesi gerekmektedir. Yaşamın ilk altı ayında, anne sütünün yerine geçebilecek besin maddesi bulunmamaktadır. Doğumdan sonra emzirmeye erken başlamak, ileriki dönemde yalnız anne sütü ile beslenme oranlarını arttırmaktadır (22).

Sezaryen doğum, yaş, sosyo-ekonomik durum, eğitim, annenin çalışma durumu, emzirme tutumu, emzirme yeterlilik algısı, emzirmeye destek kaynakları, psikososyal faktörler, yetersiz süt akışı, çökük meme başı ve meme başı çatlakları, meme ucu ağrısı, mastit, meme kanseri, meme apsesi, annenin aktif tüberkülozlu olması, annenin diğer hastalıkları başarılı emzirmeyi etkileyen anneye ait faktörlerdir (11).

Yenidoğanda emme ve yutma refleksinin olmaması, aft, kusma, konjenital malformasyonlar, düşük doğum ağırlığı, çoğul gebelikler, hastanede iken mama verilmesi, emzik veya biberon kullanımı, bebeğin memeyi tutamaması ise emzirmeyi etkileyen yenidoğana ait faktörler arasında yer alır (11).

Erken emzirmenin sağlanamamasının en önemli nedenleri arasında sezaryen ile yapılan doğumlar gelmektedir. Anneye sezaryenle cerrahi bir girişim yapılmış olması, anestezinin etkisi, hareket kapasitesinin kısıtlı olması, anne ile bebeğin ayrı olması, ağrı, yorgunluk, komplikasyon varlığı gibi nedenlerle bebeğin emzirilmesi ilk bir saatte gerçekleşmeyebilmektedir. Bunlara ilave olarak annenin pozisyon almada yaşadığı güçlükler, mesane katateri ve insizyon bölgesinin varlığı, annenin gazını çıkarana kadar ağızdan beslenemiyor olması emzirme konusunda sezaryenle doğumda yaşanabilecek belli başlı güçlükler arasında yer almaktadır (3).

2.2.1. Türkiye’de emzirme durumu

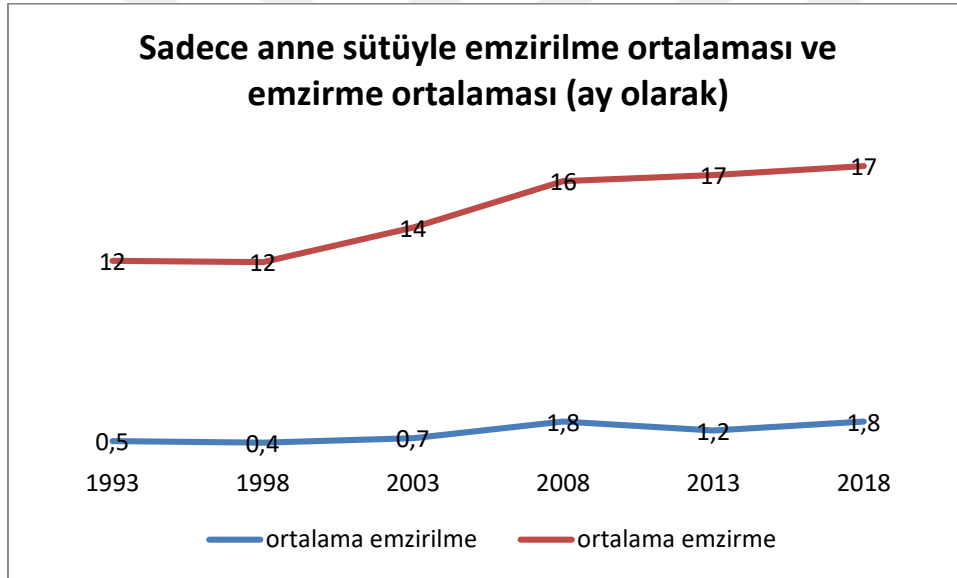
Ülkemizde yapılan araştırmalar emzirmenin yaygın olduğunu ve doğumdan sonraki ilk aylarda hemen her bebeğin anne sütü ile beslendiğini göstermektedir. Ancak ek gıdalara erken ya da çok geç başlanması sorun oluşturmaktadır (21).

UNICEF 2012 verilerine göre, Türkiye’de, doğumu takiben ilk 1 saat içinde emzirme oranı %39, ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranı %42, 6-8 ayda ek gıdaya başlama %68 ve 2 yaşına kadar emzirme oranı %22’dir (20).

TNSA 2018 verilerine göre; tüm bebeklerin %98’si bir süre emzirilmiştir. Bebeklerin %42’si anne sütünden önce başka gıda almıştır.

TNSA 2018’de doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirilme oranı %71, ilk gün içinde emzirilme oranı %86’dır. Güneydoğu Anadolu’da bu oranlar sırasıyla %72,7 ve %84’tür.

TNSA verilerinde ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenen bebek oranı 1993’de %3 ve 1998’de %1,3 iken 2003’te %21’e ve 2008’de %42’ye yükselmiştir (19-20). TNSA 2018 de ilk 6 ay sadece anne sütüyle emzirilen bebek oranı %41 dir.



Şekil 4.Yıllara göre 2 yaş altı çocuklarda ortalama sadece anne sütüyle emzirilme ve toplam emzirme süresi ortalamaları

Kaynak: TNSA 2018 verileri

Sadece anne sütüyle beslenme önerildiği gibi yaygın olarak uygulanmamaktadır. TNSA 2018’de sadece anne sütüyle beslenme süresi (ortalama emzirilme süresi) tüm bebeklerde ortalama 1,8 aydır (şekil 4).

Türkiye genelinde ortalama emzirme süresi(ortalama anne sütüyle beslenme süresi-anne sütünden kesilme ayı) TNSA 1993 ve TNSA 1998’de 12 ay iken TNSA 2018 de 16,7 aydır (Şekil 4).

Güneydoğu Anadolu'da ortalama sadece anne sütüyle emzirme süresi 4,3 ay, ortalama emzirme süresi 14,8 aydır (12).

TNSA 2018'de 12 ay emzirme oranı %66,2 ve 24 ay emzirme oranı %34'tür.

2.2.2. 0-6 Ay arası bebek beslenmesi

0-6 ay arası dönem, bebek büyümesi ve gelişiminin en önemli dönemi olup bebek beslenmesi çok iyi sürdürülmelidir. Bu dönemde emzirme; anne ve bebek için faydalı olan ulusal ve uluslararası düzeyde teşvik edilen bebek besleme yöntemidir

Anne sütü laktasyon boyunca içerik bakımından değişikliğe uğrar. Bunlar 0-7 gün içerisinde oluşan kolostrum, 7-10 gün arası geçiş sütü ve 10. gün sonrasında Salgılanan olgun süt olarak adlandırılır (24).

Kolostrum: Doğumdan sonra ilk hafta sarı renkte görülen koyu bir süttür. Yağ ve karbonhidrat bakımından fakir olan kolostrum protein bakımından oldukça zengindir. Bu durum kolostrumun daha kolay sindirilmesine yardımcı olur. Yüksek oranda bağışıklık sistemini güçlendirici antikor içerir. Yağda eriyen vitamin bakımından zengin olmasının yanı sıra laksatif etkisi de bulunmaktadır. Bu da mekonyum atılımını kolaylaştırarak sindirim sistemine yardımcı olur. Yaşamın ilk günlerinde her öğünde çay kaşığı kadar gelen kolostrum, bebek beslenmesi için yeterlidir. Bebeğin fizyolojik ve psikolojik olarak gelişiminde önemli bir yer tutmaktadır.

Geçiş sütü: 7-10 günler arasında kolostrum ve olgun süt arasında meydana gelir. Protein bakımından fakirleşen geçiş sütü, yağ ve karbonhidrat bakımından zenginleşip bebeğin kilo almasını kolaylaştırır. İçerik bakımından olgun süte benzer özelliindedir.

Olgun süt: Doğumdan sonra 10. Günden itibaren oluşan olgun süt kolostruma göre daha suludur. Bu nedenle anneler sütlerinin bebeklerinin doyması için yeterli olmadığını düşünebilirler. Annelere sütün içeriğinin normal şekilde değiştiği ve bebeklerin doyması için yeterli olduğu anlatılmalıdır. Böylelikle annelerin gereksiz kaygı ve endişelerinden uzak durması sağlanmalıdır.

Anne sütü ile beslenmede başlangıç çok önemlidir. Doğumla ilgili girişimler bu başlangıcı etkiler ve geciktirir. Doğumun sezaryen olması, , doğumdan sonra bebeğin anneden ayrı olması, doğum sonrası emzirmeden önce formül mama ve biberon kullanımı, primiparite erken emzirmenin başlıca engelleridir (22).

Bebek, doğumu izleyen ilk yarım saat içinde anne memesine konulmalıdır. Bebek kokudan anne memesini tanır, ona doğru yönelir ve memeyi tutar. Böylece anne ve bebek arasında psikolojik bağlantı sağlanır. Prolaktin sekresyonu meme başının uyarılması ile başladığından, bebek, doğumdan sonra ne kadar erken emzirilirse, süt salgılanma döngüsü de o kadar çabuk aktive olacaktır. Bu nedenle ister normal doğum, ister sezaryen doğum olsun, bebek doğumdan sonra mümkün olduğunca erken emzirmeye başlanmalıdır. Yapılan kontrollü çalışmalar, bebekleri doğumdan sonraki ilk 30 dakika içerisinde göğüslerine konulan annelerin laktasyonlarının daha başarılı olduğunu ve bebeklerini daha uzun süre kendi sütleri ile besleme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Bebeğin emme yeteneğinin ilk 1 saat içinde en üst düzeye çıktığı gösterilmiştir. Doğumdan sonraki 3-4. günlerde süt salgılanmasında artış olur. 4 ile 6. haftalar arasında 800 ml/gün gibi maksimal düzeylere ulaşır ve 6. ayın sonuna kadar bu yüksek düzeyler korunur. Günlük sağlanan süt miktarı 750-1000 ml arasında değişir (22)

Bebek, yaşamın ilk günlerinde acıktıkça ve her iki memeden 5'er dakika süre ile emzirilmelidir. Daha sonraki günlerde emzirme süresi 10-15 dakikaya çıkarılır ve 2-3 saatte bir emzirilmelidir. Emzirmeye verilen ara süresi 3 saati aştığında ise uyandırılıp beslenmesi gerekmektedir. 3-4 aylık bebek her emmek istediğinde emzirilmelidir. Günde 8-12, hatta daha fazla emzirilebilir. Emme süresi 20 dakikayı geçmemelidir (25).

Erken emzirme; ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenme hedeflerine ulaşmada ve yenidoğanın morbidite ve mortalitesinin önlenmesinde önemlidir. Doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirilen bebeklerde ölüm riski %0,7 bulurken, 1 saatten sonra emzirilen bebeklerde ölüm riski %1,4 bulunmuştur (25).

2.2.3. Emzirmenin anne için faydaları

Emzirme sırasında salgılanan oksitosin hormonu sayesinde uterus involüsyonu hızlanır. Doğumdan hemen sonra emzirme annenin doğum sonrası kanamasını azaltır. Anne ve bebek arasındaki bağı güçlendirir. Emzirdikçe bebeğin güven duygusu ve annenin özgüveni artarak emzirme daha başarılı bir şekilde gerçekleşir.

Emziren kadınlarda emzirirken kalori kaybı fazla olacağından eski vücut ağırlıklarına ulaşılması hızlı olur. Kilo vermeyi kolaylaştırır (26).

Laktasyon amenoresine bağlı menstrüasyon gerçekleşmez, ovülasyonu engeller, doğal aile planlaması yöntemidir. Menstrüasyon olmayınca annenin demir depoları korunmuş olur anemiye engeller.

Bebeğe doğar doğmaz anne sütü verilirse uzun dönemde annede meme, over ve uterus kanseri riskinin azalması görölerek postmenapozal dönemde osteoporoz sıklığı azalır (27).

2.2.4. Anne sütünün bebek için faydaları

Anne sütü en hijyenik, en sağlıklı besin olup her zaman kullanıma hazırdır. Anne sütü pratiktir ve uygun ısıdadır. Anneye kolaylık sağlar. Geceleri emzirmek mama hazırlamaktan daha kolaydır. Ekonomik olup maliyetsizdir, aile ve ülke ekonomisine katkı sağlar. Bebek anne sütünü kolay sindirir. Anne sütü bebeğin intestinal gelişimini ve motilitesini sağlar.

Enfeksiyon riski olmadığı gibi solunum sistemi, üriner sistem ve gastrointestinal sistem enfeksiyonlarına karşı koruyucu etkisi vardır. İlk bir aydan sonra bebekte görülen enfeksiyon hastalıklarının temel nedeni erken ek besinlere başlanmasıdır. Anne sütüyle beslenen bebekler hijyenik olmayan ek besinlerle temas etmemeleri sayesinde enfeksiyona daha az yakalanır (11).

Anne sütüyle beslenen bebeklerin aşılarla antikör cevabı, görme keskinliği ve retina gelişimi mamayla beslenenlere göre daha iyidir. Anne sütünün başlıca enerji kaynağı olan lipitler anne sütünün kalori açısından yarısını oluştururlar. Anne sütündeki yağ içeriğinin büyük bir kısmını esansiyel yağ asitleri oluşturur. Esansiyel yağ asitleri bebeğin büyüyüp gelişmesi için gerekli olan enerjiyi sağlarken aynı zamanda nöral ve retinal dokuların gelişmesi için gereklidir (21).

Anne sütünün içeriği yenidoğanın gereksinimlerine, yaşına ve ihtiyacına göre farklılık gösterir. Bebeği malnütrisyonundan korur. Anne sütünün %87'si sıvıdır. Bu nedenle bebeğin ilk 6 ay anne sütü dışında su dahil hiçbir sıvı almasına gerek yoktur. Anne sütündeki protein, ilk 6 ayda bebeğin gereksinimlerini tam olarak karşılayacak düzeydedir. Anne sütündeki Laktozun yaptığı çeşitli bileşikler beyin gelişiminde önemli rol oynar. Beynin bilişsel işlevlerinin anne sütü ile beslenen çocuklarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Ayrıca Laktoz; bağırsaklarda normal bakteriyel floranın(lactobacillus bifidus) gelişiminde önemlidir ve patojen mikroorganizmaların

üremesini engeller. Bunun yanı sıra anne sütünde enfeksiyonlardan koruma özelliği olan oligosakkaritler ve bazı kompleks karbonhidratlar da bulunur (21).

2.2.5. Tamamlayıcı beslenme

Tamamlayıcı beslenme anne sütünün tek başına bebeğin besin ihtiyacını karşılamaya yeterli olamayacağı zamanda başlatılan ve diğer yiyecek ve içeceklerin anne sütü ile birlikte verildiği dönemdir. Bebekler gelişimsel olarak altı ay civarında anne sütü dışındaki gıdaları almaya hazırdır. Bu dönemde bebek değişik tat, lezzet ve yapıda besinlerle tanışmaktadır. Tamamlayıcı besinler; geçiş besinleri ve aile yemekleri olmak üzere iki gruptur. Geçiş besinleri, süt çocukları için özel hazırlanmış besinlerdir. Tamamlayıcı beslenme için en uygun dönem 6-24 aylar arasındadır. Bu dönemde emzirmenin sürmesi çocuk sağlığı açısından oldukça önemlidir. Tamamlayıcı beslenme, yeterli, güvenilir ve uygun olmalıdır. Zamanlama olarak protein ve enerji ögelerine gereksinimin arttığı dönemde başlanmalıdır. Hijyenik olarak hazırlanıp uygun koşullarda saklanmalı, temiz kaplarda ve eller yıkandıktan sonra sunulmalıdır. Çocuğun açlık ve tokluk durumu, iştahı, beslenme şekli göz önüne alınarak beslenmesi sağlanmalıdır (21).

Tamamlayıcı besinler 6 aydan daha erken başlanırsa anne sütü yapımını azaltarak, yetersiz enerji ve besin alımına neden olur. İshaller ve alerji gelişir(27). Anne sütünün 6. aydan sonra tek başına verilmeside yetersiz enerji ve besin alımına sebep olur. Demir ve çinko gibi mineral eksiklikleri oluşur. Çiğneme gibi yeme işlevlerinin gelişimi gecikir. Bebeğin yeni tat, lezzet ve yapıdaki besinlere alışması zorlaşır (27).

Uygun tamamlayıcı beslenme enerji ve minerallerden zengin (özellikle demir, çinko, kalsiyum, vitamin A, vitamin C, folat, fazla tuz ve baharat içermeyen, yemesi ve sindirimi kolay, ailenin besinlerinden kolaylıkla hazırlanabilen, uygun miktarda ve ekonomik olmalıdır (27).

Tamamlayıcı besin öğün sayısı besinlerin enerji yoğunluğuna ve her öğünde tüketilen miktara bağlıdır. Sağlıklı beslenen, anne tarafından emzirilen bir süt çocuğunun günlük öğün sıklığı; 6-8. ayda 2-3 kez, 9-11. ayda 3-4 kez, 12-24. ayda 3-4 kez ve bir parça meyve gibi besinlerinin sunulduğu 1-2 ara öğündür (28).

2.3. Sağlıklı Bebek Büyümesi ve Gelişmesi

2.3.1. Bebek büyümesi

Büyüme insan vücudundaki hücre sayı ve büyüklüğünün genetik özelliklere uygun olarak boy, vücut hacmi ve kütlesinin artmasıdır. Büyüme genel sağlık düzeyini en iyi yansıtan ölçülerden biridir. Genetik etkenler, metabolik faktörler, hormonal faktörler, psikososyal faktörler, kronik hastalıklar ve beslenmeden etkilenmektedir.

Büyüme ve gelişme konsepsiyonla başlar, puberte sonunda biter. Prenatal büyüme, maternal etkilerle yönlendirilen devamlı gelişimsel ve genetik işlevlerin bir parçasıdır. Postnatal büyüme ise genetik yapı, aile, sosyoekonomik durum ve çevresel etkenlere bağlıdır (29)

Genetik faktörler o toplumun ve ailenin özellikleridir. Dışarıdan değiştirilmesi mümkün değildir. Çevresel faktörler içerisinde en önemlisi beslenme ve enfeksiyonlardır. Bu süreçte çocukların sağlık durumlarını bozan her türlü etken, büyüme ve gelişmeyi yavaşlatabilmekte ve hatta durdurabilmektedir.

Sağlıklı beslenme çocuğun büyümesinin izlenmesi ile değerlendirilebilir. Genel olarak normal büyüme sağlığa işaret eder. Bir çocuğun büyümesinin izlenmesi; böylelikle normalden sapmaların erken belirlenmesi, nedenlerinin ortaya konulması ve gerekli önlemlerin alınması için önemlidir.

Postnatal büyüme bebeklik, çocukluk ve pubertel büyüme olarak üçe ayrılır. Bebeklik döneminde doğrusal büyüme çok hızlıdır ve kademeli olarak yavaşlar.

Miadında doğan bebek ortalama 50 cm dir (29)

İlk 3 ay 8 cm uzar.

2. 3 ay 8 cm uzar.

7-12. ay arası 8 cm uzar.

13-24. ay arası 12 cm uzar.

Normal bebek 2500-4000 gr arasında doğar.

İlk hafta ağırlığının % 5 ini kaybeder.

İlk altı ay 20-30 gr/gün kilo alımı olur. Doğum ağırlığının 2 katına ulaşır.

7-12. aylar arası 15-20 gr/gün kilo alımı olur. Doğum ağırlığının 3 katına ulaşır.

13-24. ay arası 50 gr/hafta kilo alımı olur. Doğum ağırlığının 4 katına ulaşır (30).

2.3.2. Bebek gelişimi

Gelişme hücre ve dokuların yapı ve bileşimindeki değişiklikler sonucunda biyolojik işlevlerin kazanılması ve olgunlaşmasıdır.

Gelişme kavramı; düzenli, uyumlu ve sürekli bir ilerlemeyi dile getirmektedir. Gelişim sadece sayısal ölçümlerle açıklanamayan, birçok yapı ve işlevin bütünlüğünü sağlayan karmaşık bir olgudur. Kendine özgü dinamikleri olan gelişim; beden gelişimi, psiko-sosyal gelişim ve kişilik yapısı olarak aynı yönde ilerlemektedir (29).

Gelişim Evre olarak 7 döneme ayrılır (29).

1. Embriyonal dönem: 0-10 hafta arası dönem
2. Fetal dönem: 10 haftadan doğuma kadar olan dönem
3. Yenidoğan bebek dönemi: 0-4 hafta arası dönem
4. Bebeklik dönemi: 1 ay -2 yaş arası dönem
5. İlk çocukluk dönemi: 3-6 yaş arası dönem
6. Son çocukluk dönemi: Kızlarda 6-11, erkeklerde 6-13 yaş arası dönem
7. Ergenlik dönemi: Kızlarda 11-20, erkeklerde 13-20 yaş arası dönem

2.4. Bebek İzlemleri

2.4.1. Yeni doğmuş bebeğin değerlendirilmesi

Sağlık bakanlığı izlem protokolüne göre bebek doğar doğmaz ilk değerlendirme yapılarak boy, kilo, baş çevresi ölçülür. Bebeğin göbek ve göz bakımı yapılır. Bebekte doğumsal anomali olup olmadığına bakılır. En kısa sürede anne sütü alması için anneyle tenisel teması ve emzirilmesi sağlanır. İlk izlemi yapılarak kayıt altına alınır. Hepatit B aşısı yapılır. 3-10. günler arası 2. izlemi yapılır.

Bebek izlenmesi, koruyucu sağlık tarama programlarıyla desteklenir. Bu amaçla Hastaneden ayrılmadan iştih taraması yapılır. Neonetal Tarama Programı (NTP) için topuk kanı alınır. Bu hipotroidi, fenil ketonüri, biotidinaz ve kistik fibrozis taraması için kullanılır. İlk ay ayrıca görme taraması yapılır. Bu taramaların erken tanı amacıyla kullanılacak, geçerliliği kanıtlanmış, duyarlılığı yüksek, kısa zamanda sonuç veren ve maliyeti düşük bir yöntem olması gerekmektedir.

Bebek hastaneden taburcu olduktan sonra izlemleri aile hekimleri tarafından yapılır. İzlemlerde genel sistemik muayene yapılarak anormal durumlarda gerekli yönlendirmeler yapılır. Hastanede NTP için kan alınmamışsa 10. güne kadar alınmalıdır (30).

3.izlemi 10- 30.günler arasında (ortalama15.gün) yapılarak kayıt altına alınır. Bu izlemde doğuştan kalça çıkığı taraması yapılır. Şüpheli bebekler muayene ve ultrason için hastaneye yönlendirilir.

4. izlem 31- 60.günler arasında yapılır. Üreme organları muayene edilir. 4, 6, 9, ve 12.aylarda birer izlem daha yapılır. 18. ve 24. aylarda yapılan izlemlerle 2 yaşına kadar bebeğe toplam 10 izlem yapılmış olur.

Sağlık bakanlığınca aile hekimleri tarafından aşı takvimine uygun olarak 13 hastalığa karşı aşılama yapılmaktadır. Bunlar Hep B, BCG, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Polio, Hemofilus influenza tip b, Pnömonok, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Hep A ve Su çiçeği aşılardır.

2.4.2. Bebek büyümesinin izlenmesi ve değerlendirilmesi

Yeterli ve dengeli beslenmenin en iyi göstergesi büyümenin izlenmesidir. İzlemler sırasında bebek büyümesi standart büyüme eğrileriyle karşılaştırılarak değerlendirilmesi yapılır. Normalden sapmaların erken tanımlanıp çocukta kalıcı etkiler yapmadan tespit edilip önlem alınması sağlanır.

İzlemler antropometrik ölçümlere dayanır ve beslenme durumu, büyüme ve gelişme izlenebilir. Antropometrik ölçümler, vücut tipi ve kompozisyonunun sayısal olarak ifade edilebilmesini sağlamaktadır. DSÖ antropometrik vücut ölçüm değerlendirilmesinde bireyler için persentil, toplumlar için Z skor değerlerinin kullanılmasının daha uygun olacağını tavsiye etmiştir (31).

2.4.3. Z skor değerleri

Çocukların büyümesinin izlenmesinde ve beslenme durumlarının değerlendirilmesinde oldukça yaygın kabul gören yöntem, bebeğin antropometrik ölçümlerinin, referans popülasyonun ortanca değerinden standart sapma cinsinden ne kadar uzakta olduğunu gösteren Z skor değerlerinin hesaplanmasıdır (26).

Bebekler için boy ve kilo dağılımı DSÖ büyüme standardı referans nüfusu ile karşılaştırılmıştır (DSÖ-2006). İyi beslenmiş bir nüfus referans nüfusa benzerlik gösterirken, zayıf beslenmiş bir nüfus referans nüfustan farklı olacaktır. Yaşa göre boy ve yaşa göre ağırlık endeksleri referans grubun ortanca değerinden S birimleri (Z skorları) kadar uzakta olarak ifade edilebilir. DSÖ çocuk büyüme standartlarının

ortanca değerinden + 2 S den fazla ve -2 S den az olan değerleri kötü beslenmeyi tanımlamak için kullanır (28).

Z skorları hesaplama formülü:

$$\frac{\text{Bebeğin boyu} - \text{yaş ve cinse göre normal ortanca değer}}{\text{yaş ve cinse göre normal S}} \quad \text{şeklindedir.}$$

2.4.4. En sık kullanılan bebek izlem ölçütleri

Vücut ağırlığı : Vücuttaki toplam yağ, kas, su ve kemiklerin toplam ağırlığını gösterir. Beslenme durumunun göstergesi olarak kullanılır.

Boy: Boy ölçümü beslenme durumunu saptar.

Yaşa göre boy: Yaşa göre boyun düşük olması bodurluk olarak tanımlanmaktadır. Yaşına göre boy uzunluğu normal ortalamaya uyan bebekte S 0 dır. +2 S, -2 S arası değerler normal kabul edilmektedir. -2 S altında bodur veya -3 S altı ciddi şekilde bodur kabul edilir.

Yaşa göre boyun düşük olması sıklıkla kronik beslenme yetersizliğini göstermektedir. Yeterince yememek veya büyümeyi teşvik eden besinlerden yoksun gıdalar yemek bunlar arasındadır (3).

Yaşa göre ağırlık: Beslenme durumunun uzun dönem değerlendirilmesi için kullanılır. Hem akut hemde kronik yetersiz beslenmeyi yansıtmaktadır. Düşük kiloluluk olarak tanımlanır. Kısa çocukları zayıf olanlardan ayırt edememesi bir dezavantaj olarak kabul edilmektedir. - 2 S altı düşük kilolu, -3 S altı ciddi şekilde düşük kilolu olarak sınıflanır (3).

Boya göre ağırlık: Boya göre ağırlığın düşük olması zayıflık anlamına gelmektedir. Önemli düzeyde ağırlık kaybı yakın zamanda açlık veya ağır hastalık (enfeksiyon,ishal) nedeniyle gelişir. -2 S altı zayıf, -3 S altı ciddi şekilde zayıf kabul edilir. Boya göre ağırlık +2 S üzerinde ise fazla kiloluluk söz konusudur. Aşırı beslenmenin bir ölçüsüdür (3).

BKİ:Ağırlık(kg)/boy(m²) formülüyle hesaplanır (3).

BKİ normalde ağırlık ve boy kadar yaşla birlikte artmaz. 0-6 ay arası kilo artışının boya göre fazla olması nedeniyle BKİ artar. Daha sonra 2 yaşına kadar artış yavaşlar. 2-5 yaş arası nispeten sabit oranda kalır. Obes ve aşırı fazla kilo taraması için yararlıdır (31).

BKİ Z skor değerlerine göre ; +3 S üzeri obez, +2 S üzeri aşırı kilolu, +1S üzeri kilolu, +1 S, -1 S arası normal ortalama değer, -2 S altı zayıf , -3 S altı aşırı zayıf kabul edilir (31).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel olup evreni 01.01.2019 tarihinde 24 ayını dolduran Tekel 1 Nolu Aile sağlığı merkezinde (ASM) kayıtlı 24 aylık 287 bebeğin hepsidir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Çalışma 01.01.2019-31.12.2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma yeri Diyarbakır İlinin Kayapınar İlçesine bağlı Tekel 1 Nolu ASM bölgesidir. Araştırma bölgesi 3 alt bölgeden oluşmaktadır. Sitelerden oluşan sosyoekonomik düzeyi yüksek insanların oturduğu bir alt bölge, Toki Sosyal Konutları denen sosyoekonomik düzeyi düşük insanların oturduğu 2. bir alt bölge ve Memursen Toki denen ve daha çok öğretmenlerin oturduğu sosyoekonomik düzeyi orta 3. bir alt bölge. Şekil 5 ve 6 da ASM bölgesinin uydu fotoğrafı ve karşıdan çekilmiş fotoğrafı görülmektedir.

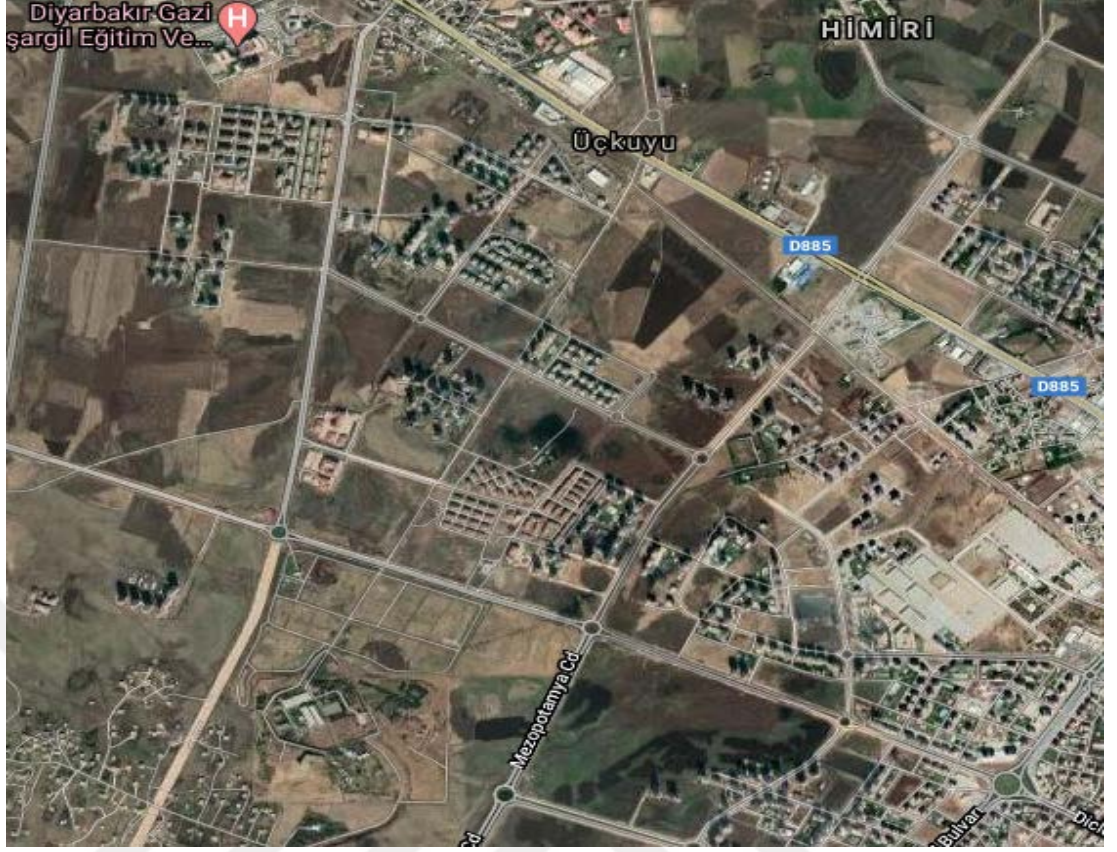
3.3. Veri Toplama Yöntemi

Veriler araştırma kriterlerine uygun bir şekilde toplandı. Veriler 2 basamakta toplandı. Araştırmanın ilk basamağında veri toplama yöntemi olarak ailelere 56 soruluk anket uygulandı.

Araştırma Kayapınar Tekel 1 nolu ASM de 3 AHB (Aile Hekimliği Birimi)'ye kayıtlı 24 ayını tamamlamış toplam 287 bebekle başladı. Araştırma sırasında tespit edilen araştırma kriterlerini karşılamayan prematüre, düşük doğum ağırlığı, postmatürite ve yüksek doğum ağırlıklı 15 bebek ile annesi doğum sırasında gebeliği etkileyecek hastalık geçiren 5 ve ailesi araştırmaya katılmak istemeyen 3 bebek araştırma sonucu değerlendirmeye alınmadı ve çalışma 264 bebeğin değerlendirilmesiyle tamamlandı.

Anket için ebeveynlerle öncelikle yüzyüze görüşme yapıldı. ASM ye gelemeyen ailelerle telefonda görüşüldü. Bebekler ilk doğduklarında ölçülerek sisteme kaydedilen boy ve kiloları ile 24 aylık olduklarında ölçülen boy ve kilo değerleri alındı.

Araştırmanın 2. Basamağında bebeklerin ilk 6 ay, 7-12. Ay, 13-24 ay ve toplamda 0-24 ay arasında kaç kez hastalık nedeniyle hekime başvurup tedavi aldıkları AHBS, Sağlık Net2, e-Nabız ve SGK verileri üzerinden kontrol edilerek kayıt altına alındı. Normal çocuk muayenesi ve bebek izlemi için yapılan muayeneler dikkate alınmadı. Sadece bebeklerin hastalandıklarından dolayı hekime başvurdıkları ve neticesinde reçete aldıkları veya hastaneye yatış yapılan muayeneler hastalanma sayısı olarak dikkate alındı.



Şekil 5. Araştırmanın yapıldığı ASM bölgesinin uydu fotoğrafı

Bebeklerin SGK ve e-Nabız sistemi üzerinde ilaç kullanımına bağlı olarak rapor tanımlanmış kronik hastalıklarının varlığına bakıldı.

3.4. Anket Formu

Araştırmada kullanılan anket formunun ilk bölümünde annelerin ve babaların sosyodemografik özellikleri; yaşı, eğitim durumu, herhangi bir işte çalışma durumu ile annelerin gebelik ve doğum öykülerini içeren doğum sayısı, doğum öyküsü gibi sorular soruldu. 2. bölümde doğum şekli ve özellikleri DÖB, DSB ve gebelikte alınan eğitimler, bebeğin ilk emzirme zamanı, beslenme çeşidi gibi sorular soruldu.

Son bölümde bebeğin boyu, kilosu, iki yaşına gelinceye kadar hastalanma durum ve sayısı, varsa gelişme geriliği ve kronik hastalığı ile ilgili sorular soruldu.

Anket, araştırmacı tarafından yüz yüze veya telefonda görüşme yöntemi kullanılarak dolduruldu. Kişisel bilgi formu için görüşme yaklaşık 20 dakika sürdü. AHBS sistemi üzerinden getirilen SGK, Sağlık net2 ve e-Nabız verilerini çekme süresi sistemdeki yoğunluğa göre 10-60 dakika/kişi arasında değişti.



Şekil 6. ASM bölgesinin karşıdan çekilmiş fotoğrafı

Kaynak:Kayapınar Belediyesi

3.5.Araştırmaya Alınma Kriterleri

Miadında doğan, gebelik ve doğum sürecinde komplikasyon yaşamayan, 24 aylık olan bebeklerden; vajinal yolla veya sezaryen ile doğan, doğum ağırlığı normal sınırlarda olan (2500 g-4000 g), yenidoğanda hasara sebep olacak bir doğum eylemi geçirmeyen, araştırmaya katılmayı kabul eden anne ve babaların bebekleri araştırmaya alındı.

3.6.Araştırmaya Alınmama Kriterleri

Emmeye engel olacak düzeyde genetik anomalisi olan, down sendromu gibi kojenital anomalisi olan, yenidoğan yoğun bakımda yatan, 2500 g dan az 4000 g dan fazla doğum ağırlığında olan, doğumu 37 haftadan önce 42 haftadan sonra gerçekleşen bebekler araştırmaya alınmadı.

Ayrıca gebeliği sırasında gebeliğini etkileyecek hastalık geçirenler, birden çok bebeğin doğumunu (ikiz, üçüz vs.) yapan anneler bebekleri daha fazla emme sorunu yaşayacağı düşünülerek araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan kliniksel araştırmalar etik kurulundan onay alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı Kayapınar Tekel 1 Nolu ASM'nin bağlı olduğu Diyarbakır Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin ve ASM doktorlarından rıza alınmıştır. Ailelerin aydınlatılmış onamı alındı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadaki verilerin bir kısmı Kayapınar Tekel 1 nolu ASM'de görevli aile hekimlerinin AHBS sistemi kullanılarak elde edildiğinden sistem üzerinden veri çekme işlemi aile hekimlerinin izinli olduğu günlerde yapılabilmektedir. Buda araştırmanın uzun sürmesine neden olmuştur. Diğer verilerin toplanmasında ebeveyn ASM ye davet edilmiş ancak bazı ebeveynler söz verdikleri zamanda ya gelmemiş ya da başka zamanda gelmiştir. ASM'ye gelmeyen ebeveynler telefonla tekrar davet edilmiş gelemeyeceğini söyleyen bebeklerin verilerinin bir kısmı telefonda görüşülerek alınmıştır. Araştırma kriterlerine uyan annelerin araştırmaya katılmak istememesi, annenin kabul edip fikir birliği sağlayamadığı babanın çalışmayı kabul etmemesi nedeniyle 3 bebek araştırmaya alınamamıştır.

3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Veriler SPSS 21.00 bilgisayar programında analiz edildi. Normale uygunlukları için kolmogrov-smirmov testi kullanıldı.

Veriler frekans analizleri yapılarak sayı ve yüzde olarak verildi. Analizlerde çapraz tablolar oluşturularak ki-kare ve iki grup karşılaştırmalarında indepedent sample t testi kullanıldı. İki'den fazla grup karşılaştırılmasında one-way anova testi kullanıldı. İstatistiksel analizde $p < 0,05$ değeri önemlilik düzeyi olarak anlamlı kabul edildi.

3.10. Değişkenler

Bağımlı değişkenler

Doğum şekli,
İlk emzirilme zamanı,
Sadece anne sütü alma süresi,
6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilme,
Anne sütü alma süresi(sütten kesme zamanı),
Bebegın hastalanma sıklığı,

Bebegin ağırlığı,

Bebegin boyu,

BKİ.

Bağımsız Değişkenler

Doğum şekli,

Doğumun yapıldığı yer,

DÖB,

DSB,

Anne yaş grubu,

Baba yaş grubu,

Anne öğrenim durumu,

Baba öğrenim durumu,

Ailenin Aylık toplam geliri,

Anne çalışma durumu,

Baba çalışma durumu,

Aile tipi,

Ailenin sosyal güvencesi.

4.BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Araştırmaya katılan bebeklerin anne ve babalarının bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 2' te sunulmuştur. Araştırmaya katılan bebeklerin annelerinin yaş ortalaması $29,7 \pm 5,2$ olarak hesaplandı. Annelerin yaş gruplarına göre dağılımı; 18-24 yaş arası 45 kişi (%17,24), 25-29 yaş arası 86 kişi (%32,6), 40 yaş ve üzeri 8 kişi (%3,0) idi. Annelerin 8'i (%3) okur-yazar değil, 104'ü (%39,4) üniversite mezunu idi. Annelerin 175'i (%66,3) ev hanımı olup çalışmamaktaydı. Kendi iş yeri olan ve

nitelikli iş gücü (Avukat, Doktor, Mühendis,vs.) sahibi anne sayısı 6 idi (%2,3). Araştırma katılan babaların yaş ortalaması $32,1 \pm 6,0$ olarak hesaplandı. Babaların yaş gruplarına göre dağılımı; 18-24 yaş arası 21 kişi (%8,0), 25-29 yaş arası 78 kişi (%29,5), 45 ve üzeri 10 kişi (%3,8) idi. Babaların en az ilkokul mezunu olduğu görüldü (15 kişi-% 5,7). Üniversite mezunu baba sayısı 155'di (%58,7). Çalışmayan baba sayısı 26 (%9,8) olup kendi iş yeri olan ve nitelikli iş gücü (Avukat, Doktor, Mühendis,vs.) sahibi olan baba sayısı 87 (%33) idi.

Tablo 2. Anne ve babaların bazı sosyodemografik özelliklerine ait veriler

Anne/baba özellikleri	Anne		Baba	
	sayı	%	sayı	%
Yaş grupları				
18-24	45	17,4	21	8,0
25-29	86	32,6	78	29,5
30-34	71	26,9	72	27,3
35-39	53	20,1	59	22,3
40-44	8	3,0	24	9,1
>45			10	3,8
Öğrenim durumları				
Okur-yazar değil	8	3,0	0	0
Okur-yazar	9	3,4	0	0
ilkokul	36	13,7	15	5,7
ortaokul	42	15,9	23	8,7
lise	65	24,6	71	26,9
üniversite	104	39,4	155	58,7
Çalışma durumları				
çalışmıyor	175	66,3	26	9,8
işçi	8	3,0	42	15,9
memur	76	28,4	109	41,3
Kendi işi(av,dr,müh)	6	2,3	87	33,0
Toplam	264	100,0	264	100,0

Araştırmaya katılan bebeklerin aileleriyle ilgili bilgiler tablo 3’de verilmiştir. Hiç bir sosyal güvencesi olmayan aile sayısı 6 (%2,3) olarak bulundu. 0-2000 tl arası geliri olan aile sayısı 29’du (% 11). 149 ailenin (%56,4) aylık toplam geliri 6000 tl nin üzerindeydi. Çekirdek aile sayısı 235’di (%89,0). Bebeklerin 18’i (%6,8) istemeden olmuştu.

Tablo 3. Aileye ait bazı sosyodemografik bilgiler

	Sayı	%
Ailenin Sosyal Güvencesi		

SGK	234	88,6
Yeşilkart (GSS)	23	8,7
Özel	1	,4
Yok	6	2,3
Ailenin aylık toplam geliri		
0-2000 tl arası	29	11,0
2001-4000 tl arası	36	13,6
4001-6000 tl arası	50	18,9
6001 tl ve üzeri	149	56,4
Aile Yapısı		
Çekirdek Aile	235	89,0
Geniş Aile	29	11,0
Toplam	264	100,0

Araştırmaya katılan annelerin gebelikleriyle ilgili bulgular tablo 4'te sunulmuştur. Annelerin ortalama gebelik sayısı $2,6 \pm 0,4$ olarak bulundu. Ortalama canlı doğum sayısı $2,1 \pm 0,1$ olarak bulundu. Yaşayan çocuk sayısı ortalaması $2,1 \pm 0,1$ idi.

Tablo 4. Annelerin gebelikleriyle ilgili veriler

	Sayı	En düşük	En yüksek	ortalama	ortanca	S
Toplam gebelik sayısı	264	1,0	8,0	2,6	2,0	0,4
Isteyerek düşük sayısı	264	0,0	3,0	0,1	0,0	4,0
Kendiliğinden düşük sa	264	0,0	4,0	0,4	0,0	7,0
Canlı doğum sayısı	264	1,0	7,0	2,1	2,0	0,1
Yaşayan çocuk sayısı	264	1,0	7,0	2,1	2,0	0,1

4.2. Doğum Şekli, Etkileyen Faktörler ve Karşılaştırılması

Tablo 5'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan bebeklerden 152 bebek (%57,6) sezaryen doğum, 112 bebek (%42,4) normal doğum ile dünyaya gelmişti. Daha önce sezaryen olan kadın sayısı 67 (%25,4) olarak bulundu. Sezaryen nedenlerini 36 anne (%13,6) bebek kaynaklı (anormal geliş vs.), 36 anne (%13,6) ben istedim, 36 anne (%13,6) daha önce sezaryen olduğumdan, 29 anne (%11,0) hastalığım vardı, 15 anne (%5,7) doktor uygun gördü, şeklinde cevapladı.

Sezaryen olan gebelerin 46'sı (%30,3) sezaryenden önce sezaryen doğum ve riskleri açısından bilgilendirilmemişti. Sezaryenlerin 109'u (%71,7) spinal anesteziydi. Sezaryenden sonra komplikasyon gelişen kadın sayısı 73'tü (%48).

Sezaryen sırasında tüpleri bağlanan kadın sayısı 11 (%7,2) olup sezaryende tüplerinin bağlatılması teklifi yapıp tüplerini bağlatmayı kabul etmeyen kadın sayısı 17 (%11,2) olarak bulundu. Kadınların 125'i (%82,2) yapılan sezaryenden memnun kaldığını belirtti.

Doğumların tümü hastanede gerçekleşmişti. Devlet hastanesi/doğum hastanesinde gerçekleşen doğum sayısı 63'tü (%23,9). Özel hastanede gerçekleşen doğum sayısı 197 idi (%74,6). Üniversite hastanesinde yapılan doğum sayısı 4 (%1,5) olarak bulundu.

Tablo5. Doğum şekli ve doğuma ait bilgiler

		Sayı	%
Doğum şekli	normal	112	42,4
	sezaryen	152	57,6
Sezaryen ise nedeni	bebekten kaynaklı	36	23,7
	hastalığım vardı	29	19,0
	ben istedim	36	23,7
	dr uygun gördü	15	9,9
	daha önceki sezaryenden	36	23,7
Doğumunu yaptığı yer	Doğum hastanesi	63	23,9
	özel hastane	197	74,6
	Üniver. hastanesi	4	1,5
Daha önce sezaryen olma	Evet, oldum	67	25,4
	Hayır, olmadım	197	74,6
Sezaryen hakkında bilgi	evet	106	69,7
	hayır	46	30,3
Anestezi türü	genel	43	28,3
	spinal(lokal)	109	71,7
Sezaryende bebek yanına getirilmesi	evet	126	82,9
	hayır	26	17,1
Sezaryende komplikasyon	evet	73	48
	hayır	79	52
Sezaryenden memnun kaldımı	evet	125	82,2
	hayır	27	17,8
Sezaryenle tüpler bağlandı mı	hayır	124	81,6
	evet	11	7,2
	Kabul etmedim	17	11,2

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin annelerinin gebelikleri süresince DÖB ve doğumu takiben DSB almaları sorgulanarak tablo 6’da verilmiştir. Kadınların 236’sı (%89,4) DÖB almıştı. 15’i (%5,7) DÖB’ı 3 ve altında eksik almıştı. Kadınların 13’ü (%4,9) hiç DÖB almamıştı.

Kadınların 85’i (%32,2) Aile hekimlerinden 3 ve üzeri DSB almıştı. 85 kadın (%32,2) DSB’yi eksik almıştı. 94 kadın (%35,6) DSB hiç almamıştı.

Kadınların 187’si (%70,8) tetanoza karşı iki kere aşılanmıştı. Hiç aşılanmayan kadın sayısı 41’di (%15,5). Tam aşılı olup aşılama ihtiyacı olmayan kadın sayısı 7 idi (%2,7).

Tablo 6. Annelerin DÖB, DSB ve Td aşısı yapılmasıyla ilgili verileri

	Sayı	%
DÖB alma		
4 ve üzeri bakım alan	236	89,4
3 ve altı bakım alan	15	5,7
Hiç bakım almayan	13	4,9
DSB Alma		
3 ve üzeri bakım alan	85	32,2
2 ve altında bakım alan	85	32,2
Hiç bakım almayan	94	35,6
Td yapılan		
Tam yapılan	187	70,8
1 kere yapılan	29	11,0
Hiç yapılmayan	41	15,5
Önceden tam aşılı	7	2,7
Toplam	264	100,0

Tablo 7’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan gebelerin 131’i (%49,6) doğumdan önce bir sağlık çalışanından yenidoğan bebek beslenmesi ile ilgili eğitim almıştı. Eğitimin 72’si (%55) ebe ve hemşireler tarafından verilmişti. Eğitim alan gebelerde klostrumun faydalarından bahsedilen gebe sayısı 87 (%66,4) idi. Doğum yapılan hastanede yenidoğan beslenmesi hakkında eğitim alan anne sayısı 88’di(%33,3). Bunlardan 61 anneye (%69,3) ilk gelen anne sütünün faydasından bahsedilmişti.

Tablo 7. Anneye doğumdan önce bebek beslenmesi hakkında bilgi vermeye ilgili veriler

Özellik	Sayı	%
---------	------	---

Doğumdan önce yenidoğan beslenmesi eğitimi alma	evet	131	49,6
	hayır	133	50,4
Eğitim almışsa kimden almış	aile hekimi	38	29,0
	kadın doğum uzmanı	21	16,0
	ebe,hemşire	72	55,0
Eğitimde ilk gelen anne sütünden bahsedilmesi	evet	87	66,4
	hayır	44	33,6
Doğum yapılan hastanede yenidoğan beslenmesi eğitimi	evet	88	33,3
	hayır	176	66,7
Doğum yapılan hast ilk gelen anne sütünün faydasından bahsedilme	evet	61	69,3
	hayır	27	30,7

Araştırmaya katılan annelerin doğumun yapıldığı yer, DÖB, DSB durumlarının doğum şekli üzerine etkilerinin karşılaştırılması tablo 8’de sunulmuştur. Özel hastanede yapılan sezaryen doğum oranı %62,9’du. Doğum/devlet hastanelerinde yapılan sezaryen doğum oranı %39,7 olarak bulundu. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,004). DÖB alma durumunun doğum şekline etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05). Doğum şekline göre aile hekiminden DSB alma durumu karşılaştırıldığında sezaryen doğumlarda hiç bakım almayan oranı %37,2 idi. Normal doğumlarda hiç bakım almayan oranı %62,8’di. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıydı (p=0,00). Normal doğum yapan kadınlar DSB daha az alıyordu.

Tablo 8. Annelerin doğumun yapıldığı yer, DÖB, DSB alma durumlarının doğum şekli üzerine etkileri

	Doğum şekli			Ki-kare
	Normal	Sezaryen	Toplam*	
	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	
Doğumun yapıldığı yer				
Doğum hst/devlet	38(60,3)	25(39,7)	63(23,9)	11,079 p:0,004 Sd:2
Özel hst	73(37,1)	124(62,9)	197(74,6)	
Üniversite hst	1(25)	3(75)	4(1,5)	
Doğum öncesi bakım alan				
4 ve üzeri bakım alan	98(41,5)	138(58,5)	236(89,4)	2,059 p:0,357 Sd:2
3 ve altı bakım alan	6(40)	9(60)	15(5,7)	
Hiç bakım almaya	8(61,5)	5(38,5)	13(4,9)	
Doğum sonrası aile hekiminden bakım alan				

3 ve üzeri bakım alan	28(32,9)	57(67,1)	85(32,2)	24,946
2 ve altı bakım alan	25(39,4)	60(70,6)	85(32,2)	p:0,000
Hiç bakım almayan	59(62,8)	35(37,2)	94(35,6)	Sd:2
Toplam	112	152	264	

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Anne yaşı, baba yaşı, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, anne çalışma durumu ve baba çalışma durumu ile doğum şekli tablo 9’da karşılaştırılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucuna göre Anne yaşı, baba yaşı, anne çalışma durumu ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Annelerin okur yazar olmayanlarında sezaryen doğum oranı %12,5 iken üniversite mezunu olanlarında sezaryen doğum oranı %63,5 olarak tespit edildi. Babanın ilköğretim mezunu olduğu durumda sezaryen doğum oranı %40, babanın üniversite mezunu olduğu durumlarda sezaryen doğum oranı %64,5’di. Annenin ve babanın öğrenim seviyesinin üniversite olması durumunda sezaryen doğum oranı en yüksekti. Yapılan istatistiksel değerlendirmede bulunan fark anlamlıydı ($p<0,01$).

Çalışan babalar içinde kendi iş yeri olanlarda normal doğum oranı %34,5 sezaryen doğum oranı %65,5’ti. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıydı ($p=0,01$).

Tablo 9. Anne yaşı, baba yaşı, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, anne çalışma durumu, baba çalışma durumu ile doğum şeklinin karşılaştırılması

	Doğum şekli			Ki-kare
	Normal Sayı(%)	Sezaryen Sayı(%)	Toplam* Sayı(%)	
Anne yaş grup aralığı				
18-24	25(54,3)	21(45,7)	46(17,4)	6,37
25-29	40(46,5)	46(53,5)	86(32,6)	p:0,17
30-34	27(38,0)	44(62,0)	71(26,9)	Sd:4
35-39	18(33,0)	35(67,0)	53(20,1)	
40-44	2(25,0)	6(75,0)	8(3,0)	
Baba yaş grup aralığı				
18-24	10(47,7)	11(52,3)	21(8,0)	
25-29	41(52,6)	37(47,4)	78(29,5)	
30-34	28(38,9)	44(61,1)	72(27,3)	8,70

35-39	17(28,8)	42(71,2)	59(22,3)	p:0,12
40-44	11(45,8)	13(54,2)	24(9,1)	Sd:5
45 ve üzeri	5(50)	5(50)	10(3,8)	
Anne öğrenim durumu				
Okur yazar değil	7(87,5)	1(12,5)	8(3,0)	14,50
Okur yazar	5(55,5)	4(44,5)	9(3,4)	p:0,01
İlkokul	16(44,4)	20(55,6)	36(13,7)	Sd:5
Ortaokul	24(57,1)	18(42,9)	42(15,9)	
Lise	22(33,8)	43(66,2)	65(24,6)	
Üniversite	38(36,5)	66(63,5)	104(39,4)	
Baba öğrenim durumu				
İlkokul	9(60)	6(40)	15(5,7)	7,84
Ortaokul	12(52,2)	11(47,8)	23(8,7)	p:0,04
Lise	36(50,7)	35(49,3)	71(26,9)	Sd:3
Üniversite	55(5,5)	100(64,5)	155(58,7)	
Anne Çalışma durumu				
Ev hanımı	82(46,9)	93(53,1)	175(66,3)	5,98
İşçi	4(50,0)	4(50,0)	8(3,0)	p:0,20
Memur	23(30,7)	52(69,3)	75(28,4)	Sd:3
Kendi işyeri var	3(50,0)	3(50,0)	6(2,3)	
Baba çalışma durumu				
Çalışmıyor	13(50,0)	13(50,0)	26(9,8)	:12,15
İşçi	27(64,3)	15(35,7)	42(15,9)	p:0,01
Memur	42(38,5)	67(61,5)	109(41,3)	Sd:3
Kendi işyeri var	30(34,5)	57(65,5)	87(33,0)	

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya kapsamındaki bebeklerin aile tipi, ailenin sosyal güvencesi ve ailenin toplam aylık gelirinin doğum şekli üzerine etkileri tablo 10'da karşılaştırılmıştır. Aile tipinin ve ailenin sosyal güvencesinin doğum şekli üzerine anlamlı bir etkisi bulunamadı ($p>0,05$). Ailenin toplam aylık geliri 2000 tl nin altında olanlarda sezaryen doğum oranı %51,7 iken 6000 tl üzeri olanlarda %65,1 olarak tespit edildi. Ailenin aylık toplam geliri ile doğum şeklinin sezaryen olması arasında bulunan fark anlamlıydı ($p=0,006$).

Tablo 10. Bebeklerin aile yapısı, ailenin sosyal güvencesi ve ailenin toplam aylık gelirinin doğum şekli üzerine etkilerinin karşılaştırılması

	Doğum şekli			Ki-kare
	Normal	Sezaryen	Toplam*	

	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	
Aile tipi				
Çekirdek aile	98(41,7)	137(58,3)	235(89,0)	:0,45
Geniş aile	14(48,3)	15(51,7)	29(11,0)	p:0,55
Ailenin Sosyal güvencesi				
SGK	96(41,0)	138(59,0)	234(88,6)	:3,26
Yeşilkart/GSS	12(52,2)	11(47,8)	23(8,7)	p:0,35
Özel	0	1(100)	1(0,4)	Sd:3
Yok	4(66,7)	2(33,3)	6(2,3)	
Ailenin Aylık toplam gelir aralığı				
0-2000 tl	14(48,3)	15(51,7)	29(11,0)	:12,57
2001-4000 tl	24(66,7)	12(33,3)	36(13,6)	p:0,006
4001-6000 tl	22(44,0)	28(56,0)	50(18,9)	Sd:3
6001 tl ve üzeri	52(34,9)	97(65,1)	149(56,4)	
Toplam	112	152	264	

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Doğum şekline göre emzirmeye başlama zamanı tablo 11’de sunulmuştur. Araştırma kapsamındaki normal doğumla doğan bebeklerin %58’i doğar doğmaz 1 Saat içinde emzirilmiştir. Sezaryenle doğanların %23’ü doğar doğmaz ilk 1 Saatte emzirilmiştir. Tüm bebeklerin %37,9’u doğduktan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmiştir. Doğum şekline göre ilk emzirmeye başlama zamanı arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edildi (p=0,003). Sezaryen doğumla dünyaya gelen bebekler ilk emzirmeye daha geç başlıyordu. Normal doğan bebeklerin %94,7’si ilk gün içinde emzirilmiştir. Bu oran sezaryen doğumlarda %82,9 olup istatistiksel olarak bulunan fark anlamlıydı (p=0,003). Normal doğumla doğan bebeklerde ilk gün emzirilme oranı daha yüksekti. Tüm bebeklerin %87,8’i ilk gün içinde emzirilmiştir.

Tablo 11. Doğum şekline göre emzirmeye başlama zamanının karşılaştırılması

		Bebegin ilk emzirilme zamanı				Ki-kare
		0-59 dk.	1-24 saat	24 üzeri	toplam	
Doğum şekli	normal	sayı	65	41	6	112
		%	58,0	36,7	5,4	100,0
	sezeryan	sayı	35	91	26	152
		%	23,0	60,8	17,1	100,0
toplamlar		sayı	100	132	32	264
		%	37,9	49,9	12,2	100,0

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin doğum şekline göre 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirme durumunun karşılaştırılması tablo 12’de verilmiştir. Normal doğan bebeklerin %61,6’sı 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilmişti. Sezaryenle doğan bebeklerin %34,2’si 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilmişti. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlı olarak tespit edildi(p=0,00). Sezaryenle doğanlar daha az 6 ay sadece anne sütüyle tam emziriliyordu.

Tablo 12. Bebeklerin doğum şekline göre 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilmesinin karşılaştırılması

		Anne sütü tam alma durumu			ki-kare
		6 ay tam emzirilmiş	6 ay tam emzirilmemiş	Toplam	
Doğum şekli	Normal	69(% 61,6)	43(% 38,4)	112	19,49 p:0,00
	Sezeryen	52(% 34,2)	100(% 65,8)	152	
	Toplam	121(% 45,8)	143(% 54,2)	264	

Araştırma kapsamındaki bebeklerin doğum şekline göre sadece anne sütü ile emzirilme süresi ortalaması ile anne sütünden kesme ortalaması tablo 13’te gösterilmiştir. Sadece anne sütü ile emzirilme ortalaması normal doğanlar için 3,8 ay, sezaryenle doğanlar için 2,1 ay olarak bulundu. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıydı (p=0,00). Anne sütünden kesme süresi normal doğanlarda 16,3 ay, sezaryenle doğanlarda 10,7 ay olarak bulundu. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıydı (p=0,00). Normal doğanlar ortalama olarak daha fazla sadece anne sütü ile emzirilmişti ve anne sütünden daha geç kesiliyordu.

Tablo 13. Bebeklerin doğum şekline göre sadece anne sütüyle beslenme ve anne sütünden kesme ortalamalarının karşılaştırılması

Doğum şekli		N	ortalama	S	T değeri
Sadece anne sütüyle beslenme	normal	112	3,8	2,9	4,64 p:0,00
	sezeryan	152	2,1	2,9	
Anne sütünden kesme	normal	112	16,3	5,4	8,10 p:0,00
	sezeryan	152	10,7	5,8	

4.3. Anne Sütü, Emzirme, Beslenme ve Etkileyen Faktörlerle İlgili Bulgular

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin emzirilme özellikleri ile ilgili bulgular tablo 14’te verilmiştir. Bebeklerin 232’si (%87,9) doğar doğmaz ilk gün kolostrumla emzirilmişti. Bebeklerin 100’ü (%37,9) ilk bir saat içinde emzirilmişti. İlk 3 gün anne sütü dışında bir şey verilen bebek sayısı 143 (%54,2) idi. Doğardoğmaz verilen ek gıda 134 kişi (%93,7) ile en fazla hazır mamaydı.

İlk 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilen bebek sayısı 121 (%45,8) olarak tespit edildi. Araştırma kapsamındaki bebeklerden 6 ay anne sütüyle tam emzirilenlerde ilk verilen ek gıda 33 kişi ile (%27,3) hazır mama, 25 kişi ile (%20,7) inek sütü, 23 kişi ile (%19) çorba, 17 kişi ile (%14) yoğurt, 16 kişi ile (%13,2) pirinç unu, 7 kişi ile (%2,7) çay-bisküvi karışımıydı.

Tablo 14. Bebeklerin emzirilme zamanı ve ek gıda verilmesiyle ilgili bilgileri

	Sayı	%
Bebek doğar doğmaz emzirme		
Evet	232	87,9
Hayır	32	12,1
Bebeği kaçınıcı saatte emzirdiği		
İlk 1 saat	100	37,9
1-24 saat	132	50
24 saatten sonra	32	12,1
Bebeğe ilk 3 gün bir şey verme		
Evet	143	54,2
Hayır	121	45,8
Vermişse ne vermiş		
Hazır mama	134	93,7
Tuz-şeker eriği	9	6,3
6 ay tam emzirilen		
Evet	121	45,8
Hayır	143	54,2
6 ay tam emzirilenlerde ilk verilen ek gıda		
İnek sütü	25	20,7
Hazır mama	33	27,3
Yoğurt	17	14,0
Çay-bisküvi	7	5,8
Çorba	23	19,0
Pirinç unu	16	13,2

Araştırmaya katılan annelerin anne sütünü neden kestiniz sorusuna verdiği cevaplar arasında; 91 anne (%34,5) sütünün gelmemesini neden olarak gösterdi. Gebe

kaldıkları için sütünü kesenler 15 kişi (%5,7), zamanı geldiği için kestim diyenler 35 kişi (%13,3), bebek emmedi diyenler 71 kişi (%26,9), çalışıyordum diyenler 32 kişi (%12,1), hastaydım/ilaç kullanıyordum diyenler 2 kişi (%0,8), ben emzirmek istemedim diyenler 18 kişi (%6,8) olarak bulundu (Tablo 15).

Tablo 15. Bebeğin süttten kesilme nedenleri

	Sayı	%
Sütüm gelmedi	91	34,5
Gebe kaldım	15	5,7
Kesme zamanı geldi	35	13,3
Bebek emmedi	71	26,9
Çalışıyordum	32	12,1
Hastaydım/ilaç alıyordum	2	0,8
Ben emzirmek istemedim	18	6,8
Toplam	264	100,0

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin sadece anne sütüyle emzirilme ortalaması tablo 16'da sunulmuştur. Araştırma kapsamına alınan bebeklerin sadece anne sütüyle emzirilme ortalaması $2,8 \pm 2,9$ aydı. Annelerin bebekleri anne sütüyle toplam emzirme ortalaması (sütten kesme ayı) $13,1 \pm 6,3$ ay olarak bulundu.

Tablo 16. Bebeğin sadece anne sütü alma süresi ve anne sütüyle emzirme (sütten kesme) süresi ortalamasına ait değerleri

	Toplam	En az	En fazla	Ortalama	S
Sadece anne sütüyle emzirme	264	0	6	2,8	2,9
Anne sütüyle emzirme	264	0	27	13,1	6,3

4.4. Bebeklerin Sağlık Durumu ve Hastalanma Sıklıkları ile İlgili Bulgular

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin sağlık durumuyla ilgili bulgular tablo 17'de sunulmuştur. Bebeklerden 4'ü (%1,5) ailelerinin aşı reddi nedeniyle tam aşılanmamıştı. Ailelerine göre tüm bebeklerin 25'inde (%9,5) gelişme geriliği vardı. SGK kayıtlarına göre raporlu gelişme geriliği tespit edilen bebek sayısı 12 (%16) idi. Bu oran toplam bebekler içinde %4,5'a denk geliyordu. Ailelerine göre sık

hastalandığı söylenen bebek sayısı 55 (%20,8) olarak bulundu. 55 bebek içinde sık hastalanma sebebi olarak 31 bebeğin ailesi (%56,4) vücut direnci düşük, 23 bebeğin ailesi (%41,8) anne sütünü az aldı diye cevap verdi. Yine ailelerine göre az hastalanan bebek sayısı 68 (%25,8) idi. SGK kayıtlarına göre kronik hastalığı olan bebek sayısı 75 (%28,4) idi. Kronik hastalıkları olanlar içinde 39 bebekte (%52) Ac hastalığı, 21 bebekte (%27) alerjik hastalıklar vardı. Bebeklerin 18'i (%6,8) istemeden olmuştu.

Tablo 17. Bebeğin genel sağlık durumu ve hastalanma sıklıkları ile ilgili veriler

	Sayı	%
Aileye göre bebeğin hastalanma sıklığı		
Az hastalanıyor	68	25,8
Normal hastalanıyor	141	53,4
Sık hastalanıyor	55	20,8
Aileye göre bebek sık hastalanıyorsa nedeni		
Vücut direnci düşük	31	56,4
Anne sütü az aldı	23	41,8
Beslenmesi yetersiz	1	1,8
Toplam	55	100
Bebeğin kronik hastalığı var mı		
Evet	75	28,4
Hayır	189	71,6
Bebeğin kronik hastalığı ne		
CVS hastalığı	1	1,3
AC hastalığı	39	52,0
Alerjik hast	21	27,0
Bağımsızlık sistemi hast	2	2,7
Gelişme geriliği	12	16,0
Toplam	75	100
Aileye göre bebekte gelişme geriliği var mı		
Evet	25	9,5
Hayır	239	90,5
Bebeğin aşıları		
Tam	260	98,5
Eksik (Aşı reddi)	4	4,5

Araştırmaya katılan bebeklerin ailelerine göre bebeğin hangi sıklıkta hastalandığının doğum şekliyle karşılaştırılması tablo 18’de sunulmuştur. Bebeğim sık hastalanıyor diyen ailelerin bebeklerinin %29,1’i normal doğum, %70,9’u sezaryen doğumdur. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıydı (p=0,01). Bebeğim sık hastalanıyor diyen ailelerde sezaryen oranı daha fazlaydı.

Tablo 18. Aileye göre bebeğin hastalanma sıklığının doğum şekliyle karşılaştırılması

		Doğum şekli			Ki-kare
		Normal	Sezaryen	Toplam*	
		Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	
Aileye göre bebeğin hastalanma sıklığı	Bebeğim az hastalanıyor	37(54,4)	31(45,6)	68(25,8)	8,0 p:0,01
	Bebeğim normal hastalanıyor	59(41,8)	82(58,2)	141(53,4)	
	Bebeğim sık hastalanıyor	16(29,1)	39(70,9)	55(20,8)	
	Toplam	112	152	264(100)	

*sütun yüzdesi alınmıştır

Tablo19’da araştırma kapsamına alınan bebeklerin elektronik ortamdan alınan hastalanma sayıları verilmiştir. Bebeklerin 6 aylık olana kadar ortalama hastalanma sayısı 3,7 olarak bulundu. 111 bebek (%41,3) ortalamanın üzerinde hastalanmıştı. 7-12 ay arası ortalama hastalanma sayısı 4,8’di. 115 bebek (%43,6) ortalamanın üzerinde hastalanmıştı. 13-24 ay arası ortalama hastalanma sayısı 9,3’dü. 110 bebek (%41,7) ortalamanın üzerinde hastalanmıştı. Bebekler 0-24 ay arası ortalama 17,8 kez hastalanmıştı. 122 bebek (%46,2) ortalamadan daha fazla hastalanmıştı.

Tablo 19. Bebeklerin ortalama hastalanma sayıları ile ilgili veriler

	Sayı	En az	En çok	Ort.	S
6 aylık olana kadar hst sayısı	264	0,0	35,0	3,7	3,5
7-12 ay arası hst sayısı	264	0,0	19,0	4,8	3,4
13-24 ay arası hst sayısı	264	0,0	26,0	9,3	5,8
0-24 ay hastalanma sayısı	264	1,0	56,0	17,8	10,0

Tablo20’de araştırma kapsamındaki bebeklerin doğum şekline göre 0-6 ay, 7-12 ay, 13-24 ay ve 0-24 aylık dönemlerde ortalama hastalanma sayıları gösterilmiştir. 0-6 ay arasında ki dönemde doğum şekline göre hastalanma sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,95$).

7-12 ay arası dönemde normal doğan bebekler ortalama 4,3 kez, sezaryenle doğan bebekler ortalama 5,2 kez hastalanmıştı. İstatistiksel olarak bu fark anlamlı bulundu ($p=0,03$). 13-24 ay arasında ki dönemde normal doğan bebekler ortalama 8,1 kez sezaryenle doğan bebekler ortalama 10,1 kez hastalanmıştı. İstatistiksel olarak bu fark anlamlıydı ($p=0,005$). 0-24 ay arasında ki dönemde normal doğan bebekler ortalama 16,1 kez sezaryenle doğan bebekler 19,0 kez hastalanmıştı. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,02$). Sezaryenle doğanlar daha fazla hastalanmıştı.

Tablo 20. Doğum şekline göre Bebeklerin 0-6 ay, 7-12 ay, 13-24 ay ve 0-24 aylıkken ortalama hastalanma sayılarının karşılaştırılması

Doğumşekli		6 ay	7-12 ay	13-24 ay	0-24 ay
Normal	Ortalama hast	3,7	4,3	8,1	16,1
	sayısı				
	En az	0	0	0	2
	hast.sayısı				
	En çok hast sayısı	35	19	24	56
Toplam bebek		112	112	112	112
Sezaryen	Ortalama	3,7	5,2	10,1	19,0
	hast.sayısı				
	En az	0	0	0	1
	hast.sayısı				
	En çok hast sayısı	20	16	26	49
Toplam bebek		152	152	152	152
T değerleri		0,58	2,09	2,81	2,31

p: 0,95 0,03 0,005 0,02

Araştırma kapsamındaki bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilmesinin ilk 6 ay, 7-12 ay, 13-24 ay ve 0-24 ay arasında tespit edilen ortalama hastalanma sayılarına etkisi tablo 21’de sunulmuştur. 6 ay tam emzirilmeyen bebeklerin ortalama 19,8 kez hastalandıkları 6 ay tam emzirilen bebeklerin ortalama olarak 15,8 kez hastalandıkları tespit edildi. 6 ay tam emzirilme durumuna göre ortalama hastalanma sayıları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,00$).

Tablo 21. Bebeklerin 6 ay anne sütüyle tam emzirilmelerine göre hastalanma sayı ortalamalarının karşılaştırılması

	Tam emzirilen	N	ortalama	S	T değeri
İlk 6ay hastalanma sayısı	6 ay tam emzirilmiş	121	2,9	3,6	:-3,63
	6 ay tam emzirilmemiş	143	4,3	3,3	p:0,00
7-12 ay hastalanma sayısı	6 ay tam emzirilmiş	121	4,3	3,4	:-2,34
	6 ay tam emzirilmemiş	143	5,2	3,4	p:0,00
13-24 ay hastalanma sayısı	6 ay tam emzirilmiş	121	8,5	5,9	:-2,49
	6 ay tam emzirilmemiş	143	9,9	5,7	p:0,01
0-24 ay hastalanma sayısı	6 ay tam emzirilmiş	121	15,8	9,0	:-3,54
	6 ay tam emzirilmemiş	143	19,8	10,5	P:0,00

4.5. Bebeklerin Büyüme ve Gelişmeleri ile İlgili Bulgular

Araştırmaya kapsamına alınan bebeklerin boy, kilo ve 24 aylık oluncaya kadar oluşan boy-kilo farkları tablo 22’de gösterilmiştir. 264 bebeğin 133’ü (%50,4) erkek, 131’i (%49,6) kız idi. Doğum ağırlıkları ortalaması $3238,9 \pm 404,2$ g olarak bulundu. Doğumda boy ortalaması $49,4 \pm 1,5$ cm idi. Bebeklerin 24 aylık kilo ortalaması $12360,2 \pm 1351,4$ g, boy ortalaması $88,1 \pm 3,6$ cm olarak bulundu.

Bebeklerin 24 ay süresince boylarının kaç cm ve kilolarının kaç g arttığı hesaplandı. Bebekler Doğum kilosuna göre ortalama $9121,6 \pm 1267,9$ g kilo almıştı. Doğum boyuna göre ortalama $38,7 \pm 3,7$ cm uzamıştı.

Tablo 22. Bebeklerin doğumdaki ve 24 aylık olduklarında boyları, kiloları ile 0-24 aylık boy farkı ve kilo farkı değerleri

	En az	En fazla	ortalama	ortanca	S
Doğum boyu (cm)	45	56	49,4	50	1,5
Doğum kilosu (g)	2500	4000	3238,7	3237,5	404,2
24 aylık boyu (cm)	76	97	88,1	88	3,6
24 aylık kilosu (g)	9200	17000	12360,2	12300	1351,4
0-24 aylık boy farkı (cm)	26	49	38,7	39	3,7
0-24 aylık kilo farkı (g)	6200	13500	9121,6	9100	1267,9

Tablo 23'te Araştırma kapsamındaki bebekler için hesaplanan Z skor değerlerinin dağılımları sunulmuştur. Boy Z skor dağılımında -2 S'nin altında bodur 1 bebek (%0,4), + 2 S üzeri uzun 32 bebek (%12,1) ve +3 S üzeri aşırı uzun 2 bebek (%0,8) vardı. Kilo Z skor dağılımında -3 S altı ciddi şekilde düşük kilolu 1bebek (%0,4), -2 S altı düşük kilolu 8 bebek (%3,0), +2 S üstü kilolu 3 bebek (%1,1) vardı. BKİ Z skor dağılımında -3 S altında aşırı zayıf 6 bebek (%2,3), -2 S altında zayıf 18 bebek (%4,5), +2 S üstünde aşırı kilolu 3 bebek (%1,1) vardı.

Tablo 23. Bebeklerin boy Z skor, kilo Z skor ve BKİ Z skor değerlerine göre dağılımları

Z skor değeri	Boy Z skor		Kilo Z skor		BKİ Z skor	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
-3,01 den az			1	0,4	6	2,3
-2,01 ile -3 arası	1	0,4	8	3,0	18	6,8
-1,01 ile -2 arası	59	22,3	132	50	160	60,6
0,01 ile 2 arası	170	64,4	120	45,5	17	6,4
2,01 ile 3 arası	32	12,1	3	1,1	3	1,1

3,01 den fazla 2 0,8

boy Z skor, kilo Z skor ve BKİ Z skor değerlerinin doğum şekliyle karşılaştırılması tablo 24'te verilmiştir. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Doğum şeklinin bebek büyüme ve gelişiminin değerlendirilmesinde etkisi bulunamamıştır.

Tablo 24. Bebeklerin boy Z skor, kilo Z skor ve BKİ Z skor değerlerinin doğum şekliyle karşılaştırılması

	Doğum şekli			Ki-kare
	Normal Sayı(%)	Sezaryen Sayı(%)	Toplam* Sayı(%)	
Boy Z skor				
-2 den küçük	0(0)	1(100)	1(0,4)	0,8 p:0,7
-1,99-1,99 arası	98(42,8)	131(57,2)	229(86,7)	
+2,0 dan büyük	14(41,2)	20(58,8)	34(12,9)	
Kilo Z skor				
-2 den küçük	2(22,2)	7(77,8)	9(3,4)	1,7 p:0,4
-1,99-1,99 arası	109(43,3)	143(56,7)	252(95,5)	
+2,0 dan büyük	1(33,3)	2(66,7)	3(1,1)	
BKİ Z skor				
-2 den küçük	6(25)	18(75)	24(9,1)	3,4 p:0,2
-1,99-1,99 arası	105(44,3)	132(55,7)	237(89,8)	
+2,0 dan büyük	1(33,3)	2(66,7)	3(1,1)	
Toplam	112	152	264	

- Sütun yüzdesi alınmıştır.

Tablo 25'de Araştırma kapsamındaki bebeklerin doğum şekli ve 6 ay tam emzirilmelerinin boy farkı ve kilo farklarına etkileri karşılaştırıldı. Yapılan anova test analizlerinde anlamlı bir fark görülmedi.

Tablo 25. Bebeklerin doğum şekillerinin tam emzirme durumlarına göre boy ve kilo farklarına etkilerinin karşılaştırılması

		N	ortalama	S	En az	En çok	Anova
Kilo fark	Normal doğum tam emzirme+	71	922	107	7	13	0,66
	Normal doğum tam emzirme-	41	901	116	6	11	Sd:3

	Sezaryen doğum tam emzirme+	54	923	138	6	13	
			1,38	1,37	930	500	
	Sezaryen doğum tam emzirme-	98	903	137	6	12	
			3,77	7,86	200	500	
Toplam		264	912	126	6	13	
			1,53	7,67	200	500	
Boy fark	Normal doğum tam emzirme+	71	38,5	3,8	2	46	0,79
			6	6	9		Sd.3
	Normal doğum tam emzirme-	41	38,3	3,0	3	43	
			6	3	2		
	Sezaryen doğum tam emzirme+	54	39,0	3,6	3	46	
			5	1	2		
	Sezaryen doğum tam emzirme-	98	38,8	3,7	2	49	
			1	8	6		
Toplam		264	38,7	3,6	2	49	
			2	5	6		

TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin annelerinin ortalama yaşları $29,7 \pm 5,2$ 'dir. Çuvalcı'nın 2016'da yaptığı çalışmada ortalama yaş $28,4 \pm 5,3$ olup (10) Üsterme'nin yaptığı çalışmada $31,2$ 'dir (25). Anne yaş ortalamasının farklı olması çalışılan evrene göre değişebilmektedir.

Anne yaş gruplarındaki değerlendirmede en yüksek doğum oranı 25-29 yaş grubunda çıkmıştır (%32,6). TNSA 2018'de en yüksek doğum oranı %31,6 ile 25-29 yaş grubunda bulunmuştur (12).

Tay'ın 2014'te yaptığı çalışmada sezaryen olanların yaş ortalaması $31,38$ dir (6). Araştırmaya katılan annelerden sezaryen olanların yaş ortalaması $30,52$ olarak

bulunmuştur. Araştırmadaki yaş ortalamasının daha düşük olmasının sebebi Tay'ın çalışmasını kadın doğum kliniğinde yapmış olması bu çalışmanın ise sahada yapılmış olması olabilir.

Araştırmaya alınan annelerin eğitim seviyesine baktığımızda %3'ü okur-yazar değil, %13,7'si ilkokul mezunu, %39,4'ü üniversite mezunudur. Sarıtekin ve Dindar'ın yaptığı araştırmada (32) ilkokul mezunu anne oranı %7, üniversite ve üstü eğitim almış anne oranı %52,5'tur. Üsterme'nin araştırmasında lise ve üstü eğitim oranı %68,8'dir (25). TNSA 2018'de doğurganlık çağındaki kadınların lise ve üzeri eğitim alanların oranı %41'dir. Araştırma bölgesindeki lise ve üzeri eğitim almış anne oranı %64'tür. Eğitim seviyesinin yüksek çıkmasının nedeni araştırma bölgesinde sosyodemografik düzeyin yüksek olmasına bağlı olabilir.

Araştırmaya katılan annelerin %66,3'ü ev hanımıydı. Şanlıer'in yaptığı araştırmada (1) ev hanımı oranı %77,5 olarak saptanmıştır. Çırpanlı'nın (9) yaptığı çalışmada ise ev hanımı oranı %80,5 olarak saptanmıştır. Araştırmalardaki bu farklılıklar kadınların eğitim düzeyleri ve ailelerin ekonomik durumlarından kaynaklanıyor olabilir.

TNSA 2018'de çalışan anne oranı %32,1'dir. Araştırmaya katılan annelerde çalışma oranının %33,7 ile TNSA 2018'den daha yüksek çıkmasının sebebi araştırmada sadece 24 aylık bebekleri olan annelerin seçilmiş olması ve bölgenin sosyodemografik yapısından olabilir.

Babaların en az ilkokul mezunu olduğu tespit edildi (%5,7). Üniversite mezunu baba oranı %58,7'dir. Babaların eğitim durumu annelerden daha iyi durumdadır.

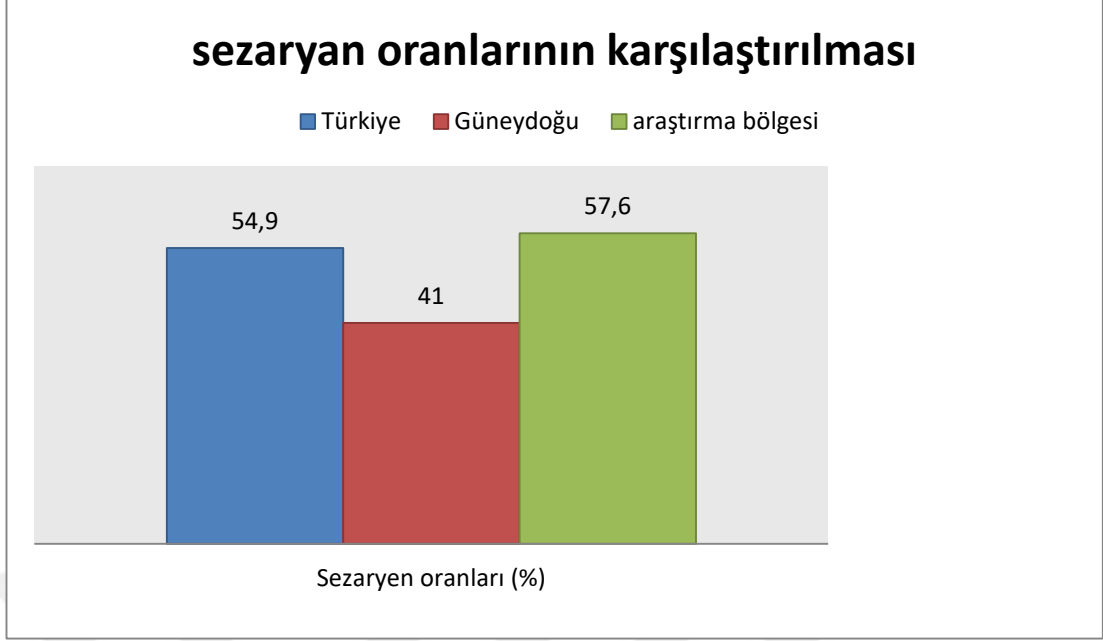
Araştırma kapsamındaki bebeklerin düzenli bir gelire sahip (işçi, memur) olan babalarının oranı %57,2'dir. Araştırmaya alınan bebeklerin, çalışmayan işsiz babalarının oranı %9,8 dir. TÜİK verilerine göre Ocak 2018 işsizlik oranı %11 olup araştırma bölgesindeki babaların oranından yüksektir (34). Bu durum araştırma bölgesinin sosyoekonomik yapısının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan bebeklerin ailelerinin aylık gelirleri kendi ifadelerine göre belirlenmiştir. Ailelerin %11'i aylık gelirlerinin 2000 tl olan asgari ücretin altında olduğunu ifade ederken 2000-6000 tl arası geliri olanlar %32,6'dır. 6000 tl'nin üstünde geliri olduğunu ifade eden aile oranı %56,4'tür.

Araştırma kapsamındaki bebeklerin ailelerin tipi %89 çekirdek aile, %11 geniş ailedir. 2018 yılı TÜİK verilerinde çekirdek aile tipine sahip aile oranı %65,3'tür. Tek kişilik aile oranı %16,1 olup geniş aile oranı %15,8'dir (35). TÜİK verilerine göre sosyoekonomik statü seviyesi aile yapısının farklılaşmasında rol oynamaktadır. Düşük sosyoekonomik statü grubunda yer alan haneler arasında çekirdek aile oranı %60'dır. Daha yüksek sosyoekonomik statü grubundaki hanelerde çekirdek ailelerin oranı %82 ile daha yüksektir (35). Araştırmada ki çekirdek aile oranının Türkiye oranlarından yüksek olmasının sebebi yüksek sosyoekonomik statü olarak gösterilebilir.

Araştırma kapsamındaki bebeklerin %6,8'i istemeden olmuştu. TNSA 2018 verilerinde bu oran %15 olarak bulunmuştur. Araştırmadaki oranın düşük olması sosyodemografik seviyenin yüksek olmasından dolayı ailelerin planlı gebelik konusunda daha fazla bilgi sahibi olmalarından ve annelerin daha genç olmasından kaynaklanabilir. Araştırma kapsamındaki kadınların doğurganlık hızı 2,6 olarak bulundu. TNSA 2018'de Türkiye'de doğurganlık hızı 2,3 olup Güneydoğu Anadolu'da 3,2'dir. Araştırma bölgesindeki doğurganlık hızının Güneydoğu da ki doğurganlık hızından düşük olması sosyodemografik yapısının yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırma kapsamındaki bebeklerin %42,4'ü normal doğumla %57,6'sı sezaryenle doğmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın 2019 yılında yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre 2018 deki tüm doğumların %54,9'u sezaryen ile gerçekleşmiştir. Güneydoğu için bu oran %41'dir. Sezaryen oranları bölgesel olarak farklı oranlarda görülmektedir. En yüksek oran %66 ile Akdeniz bölgesinde, en düşük oran %38 ile Kuzeydoğu bölgesinde görülmektedir. Araştırma bölgesinin sosyodemografik yapısının yüksek olmasından dolayı sezaryen oranı Türkiye ve Güneydoğu ortalamasından yüksek çıkmış olabilir. Şekil 9'da Türkiye, Güneydoğu Anadolu ve araştırma bölgesinin sezaryen oranları karşılaştırılmıştır.



Şekil 7. Türkiye, Güneydoğu Anadolu ve araştırma bölgesinin sezaryen oranlarının karşılaştırılması

Araştırmaya katılan annelerin 18-24 yaş grubunda normal doğum oranı %54,3 olup sezaryen doğum oranı olan %45,7'den daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Ancak genç nüfusta sezaryen oranının düşük bulunması ileriye dönük olarak sezaryen oranının azaltılabileceği yönünden umut vericidir. Sezaryen oranı 40-44 yaş grubu kadınlarda %75 oranıyla en yüksekti.

Okur- yazar olmayan kadınlarda sezaryen oranı %12,5 iken üniversite mezunu olanlarda sezaryen oranı %63,5 olup istatistiksel olarak bulunan fark anlamlıydı ($p<0,05$). TNSA 2018 de üniversite mezunu annelerin sezaryen oranı %63 olup araştırma bölgesinde ki değere yakındır. Araştırmaya katılan annelerin çalışma durumu ile doğum şekli arasında istatistiksel bir ilişki bulunamadı ($p>0,05$).

Araştırma kapsamındaki bebeklerin babalarının öğrenim durumuna göre üniversite mezunu olanlarda sezaryen oranları daha yüksek (%64,5) olup istatistiksel olarak bulunan fark anlamlıydı ($p<0,05$). Çalışan babalar içinde mesleği memur olan ve kendi iş yeri olan babalarda sezaryen oranları daha yüksektir. Bunlar sırasıyla %61,5 ve %65,5 olup istatistiksel olarak bulunan fark anlamlıydı ($p<0,05$). Babaların mesleki durumuna bağlı ailenin sosyodemografik yapısının yükselmesi sezaryen oranını artırmıştır. TNSA 2018 de en yüksek sosyodemografik düzeye sahip ailelerde

sezaryen oranı %68 ile en yüksek çıkmıştır. Babaların çalışma/meslek durumu sezaryen doğum oranını artıran bir neden olarak karşımıza çıkmıştır. Babaların bazı sosyodemografik özelliklerinin sezaryen oranlarını etkilemesiyle ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Araştırmaya katılan bebeklerin aile tipinin ve ailelerin sosyal güvencesinin sezaryen doğumla ilişkisi istatistiksel olarak tespit edilemedi ($p>0,05$).

Araştırma kapsamındaki ailelerin aylık toplam geliri sezaryen oranını etkiliyordu. En yüksek sezaryen oranı %65,1 ile 6000 tl ve üzeri geliri olanlarda saptanmıştır. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıydı ($p<0,05$). Canbay'ın yaptığı çalışmada ekonomik durumun sezaryen oranlarını artırdığı görülmüştür (11).

Araştırmaya katılan kadınların %100'ü hastahane doğum yapmıştır. 2018 sağlık istatistikleri yılığında sağlık tesislerinde gerçekleşen doğum oranı %98'dir. Güneydoğu Anadolu Bölgesi için sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğum oranı %94 olarak tespit edilmiştir (12). Bu çalışmada sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğum oranı ülke ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nden yüksektir. Bu durum bölgede sağlık kuruluşlarına ulaşımın kolay olmasındandır. Araştırmada doğum şekline göre doğumun nerede yapıldığı incelendiğinde özel hastanede yapılan doğum sayısı ve sezaryen oranları daha fazladır. Tüm sezaryenlerin %81,6'sını özel hastaneler yapmıştır. Devlet hastanesinde yapılan doğumlarda sezaryen doğum oranı %39,7'dir. Özel hastanede yapılan doğumlarda sezaryen doğum oranı %62,9'dur. TNSA 2018'de sezaryen doğum oranı %52, devlet hastanesinde yapılan sezaryen doğum oranı %41, özel hastanelerde yapılan sezaryen doğum oranı %68'dir. Araştırma bölgesinde özel hastanede yapılan sezaryen doğum oranlarının istatistiksel olarak yüksek çıkması ve bulunan farkın anlamlı olması ailelerin sosyodemografik seviyesinin yüksek olmasından kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). Araştırmada Üniversite hastanelerinin daha çok riskli ve acil doğum eylemlerinde kullanıldığı görüldü. Bu nedenle doğumların %75'i sezaryen olarak gerçekleşmişti.

Araştırmada bulunan primer sezaryen oranı %25,4 olup Türkiye oranı olan %26,9'dan daha düşüktür (12). Araştırma bölgesindeki kadınların ilerideki doğumlarında daha az sezaryen doğum yolunu tercih edebileceklerini göstermesi açısından önemlidir.

Sezaryen nedenleri annenin verdiği bilgiye göre %13,6 bebek kaynaklı, %13,6 anne isteği, %13,6 daha önce sezaryen doğum geçirdiği için, %11 anneye ait hastalık varlığı, %5,7 doktor uygun gördü şeklindeydi. Anne isteğine göre sezaryen doğum yaptırmak ve doktorun endikasyon olmadan sezaryen doğuma karar vermesi etik yönden uygun olmayan durumlar olup sezaryen oranını toplamda %19,3 artıran önemli nedenler olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan annelerin toplam olarak en az bir kez DÖB alma oranı %95,1 di. Hiç DÖB almayanların oranı %4,9'du. TNSA 2018' e göre kadınların %96' sı en az bir kez sağlık personelinin doğum öncesi bakım almıştır. Hiç bakım almayanların oranı %4'dür. TNSA 2018 verileri ile araştırma verileri benzer olup araştırma bölgesinde gebelere verilen DÖB hizmetlerinde ülke geneline göre yetersizlik olmadığı söylenebilir. Araştırmaya katılan annelerin doğum şekline göre DÖB alma durumu incelendiğinde doğum şeklinin DÖB alma durumunu istatistiksel olarak etkilemediği görülmüştür ($p>0,05$).

DÖB ana-bebek sağlığına yönelik temel koruyucu hizmetlerin en önemli bileşenlerinden biridir. Sağlık hizmetleri gebelik süresince, doğumda ve doğumdan sonra hem annenin hem de bebeğin hayatta kalması ve sağlığı bakımından DÖB'ı önemli kılmıştır (30). DÖB gebeliklerin izlenmesi, komplikasyonlar için taramaların yapılması, annelerin ve bebeklerin sağlık risklerini azaltması açısından değerlidir. Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında yayınladığı doğum öncesi yönetim rehberine göre gebelerin doğum öncesi en az 4 kez nitelikli olarak izlenmesi gerekmektedir (30).

DSB hizmeti ana çocuk sağlığı hizmetleri için temel koruyucu bir sağlık hizmetidir. Zamanında verilen DSB doğumdan kaynaklanan komplikasyonların önüne geçer ve anneye hem kendisine hem de bebeğine nasıl bakacağını öğretir. Bu hizmetlerin kullanılması ileriye yönelik iyileştirici program yapılmasına katkı sağlar. TNSA 2018'e göre doğum yapan kadınların %95'i DSB almıştır. %5'i DSB hiç almamıştır. Bu kontrollerin büyük çoğunluğu doktor tarafından gerçekleştirilmiştir (29). Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında yayınladığı doğum sonrası bakım yönetim rehberine göre gebelerin doğum sonrası hastanede 3, evde aile hekiminden 3 kez olmak üzere 6 kez DSB izleminin yapılması gerekmektedir (30). Araştırmaya katılan kadınların doğumlarının hepsi hastanede yapıldığı için kadınlar DSB'nin ilk üçünü hastaneden taburcu olmadan tam olarak (%100) almıştır. Hastaneden çıktıktan sonra

%32,2's i aile hekiminden 3 ve üzeri DSB almıştı. %32,2'si 3 ten az DSB almış, %35,6'sı hiç DSB almamıştı. DSB'nin az olmasının bir nedeni aile hekimi ücret yönetmeliğinde DSB'nin performans ödemelerine katkısı olmadığı için aile hekimlerince dikkate alınmaması olabilir. Diğer nedenleri araştırmak gerekmektedir.

Doğumşekline göre Aile hekiminden DSB alma durumu karşılaştırıldığında sezaryenle doğanlarda DSB almayan %37,2, normal doğanlarda DSB almayanların oranı %62,8 olarak bulundu. İstatistiksel olarak Bulunan fark anlamlıydı. Sezaryen olanların DSB'ı daha fazla aldıkları görüldü. Bunun nedeni; sezaryen olanların doğumdan sonra sezaryen doğumu yaptıran hekime kontrole giderek DSB larını yaptırmaları, normal doğum yapanların hekime gitmemeleri ve DSB izlemlerinin aile hekimlerince öneminin az görülmesi olabilir.

Araştırmaya katılan gebelerin %49,6'sı doğumdan önce bir sağlık çalışanından yenidoğan bebek beslenmesi ile ilgili eğitim almıştı. Eğitimin %55'i ebe ve hemşireler tarafından verilmişti. Eğitim alan gebelerde kolostrumun faydalarından bahsedilme oranı %66,4'tü.

Doğum yapılan hastanede yenidoğan beslenmesi hakkında eğitim alan anne oranı %33,3'tü. Bunların %69,3'üne kolostrumun faydasından bahsedilmişti. Emzirme konusunda bilgi alan annelerin %51,6'sı bilgiyi sağlık çalışanından almıştı. Eker ve Yurdakul'un çalışmasında annelerin %55,4'ü gebelik boyunca emzirme ve bebek beslenmesi konusunda bilgi aldıklarını, 47,8'i bu bilgiyi hemşire ve ebelerden aldıklarını ifade etmişlerdir (33). Canbay'ın 2018 yılında yaptığı çalışmada annelerin %97,4'ü bebek beslenmesi hakkında eğitim almıştı ve bunun %65,1'i eğitimi ebelerden almıştı (11). Çalışmalarda doğum öncesi alınan eğitimin faydalı olduğu, anne sütü alma oranını artırdığı, emzirme süresini önemli ölçüde olumlu yönde etkilediği doğumdan sonra 6 ay sadece anne sütü ile emzirme oranını büyük oranda artırdığı saptanmıştır (37-38).

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin hepsi hayatlarının bir döneminde anne sütü almıştır. %37,9'u ilk bir saat içinde, %84,8'i ilk gün içinde kolostrum olarak emzirilmiştir. Kolostrum almayanların oranı %15,2'dir. TNSA 2018 verilerine göre Türkiye' de bebeklerin %98'i hayatının bir döneminde anne sütü almıştır. Anne sütü alan bebeklerin %71'i 1 saat içinde, %86'sı ilk gün içinde emzirilmiştir. Canbay'ın 2018 yılında yaptığı çalışmada bebeklerin %16,4'ü ilk saatte emzirilmiştir (11). Eker

ve Yurdakul'un çalışmasında annelerin %69,6'sı ilk 1 saat içinde bebeğini emzirmeye başlamıştır. İlk gün emzirilme oranı %91,4'tür (36). Araştırma bölgesinde 1. saatte emzirme oranlarının TNSA verilerinden ve yapılan bazı çalışmalardan düşük olması sezaryen doğum oranının yüksek olmasından kaynaklanabilir. İlk gün emzirilme oranı %84,8 ile TNSA verisi olan %86'ya yakın bir değer olup araştırma bölgesinde bebek emzirilmesinin ilk günler için iyi durumda olduğunun göstergesidir (37).

Yenidoğanların emzirilmesi sağlıklı büyümeye katkıda bulunan en önemli unsurlardan biridir. Anne sütü, bebeklerin yaşamlarındaki ilk 6 ayda gereksinimleri olan tüm besinleri içerir. Anne sütü yeni doğmuş bir bebek için en uygun görülen besin maddesidir. WHO ve UNİCEF bebeklerin doğumdan sonra ki ilk 6 ay boyunca yalnızca anne sütü almalarını, yedinci ayla birlikte ek gıdalara başlanmasını, ek gıdalarla birlikte emzirmeye iki yaşına kadar devam edilmesini önermektedir (32). Bu şekilde beslenme ishal ve solunum yolu hastalıkları gibi enfeksiyonları önler ve bebeğin optimal büyüme ve gelişmesi için ihtiyaç duyduğu tüm besin maddelerini ve sıvıyı sağlar. İlk 6 ay içinde çocukların ek gıdalarla beslenmesi, anne sütü üretiminin azalmasına neden olur. Çünkü anne sütünün üretimi ve salınımı, emzirmenin sıklığı ve yoğunluğu ile ayarlanır (11).

Araştırmaya katılan bebeklerin doğum şekline göre ilk emzirmeye başlama zamanı karşılaştırıldığında sezaryen doğan bebeklerin emzirmeye daha geç başladığı tespit edildi. Araştırmaya alınan normal doğumla doğan bebeklerin %58'i doğar doğmaz ilk bir saat içinde emzirilirken sezaryenle doğan bebeklerin %23'ünün doğar doğmaz ilk bir saatte emzirildiği görüldü. İstatiksel olarak bulunan fark anlamlıydı ($p<0,05$). Tüm doğumlar içinde bebeklerin %37,9'u doğduktan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmişti. Üsterme'nin yaptığı çalışmada doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirme oranı %44,7 olarak bulunmuştur. Bu oran normal doğanlarda %72,9, sezaryenle doğanlarda %22,3'tür ($p<0,001$), (22). İnci'nin 2017 de yaptığı bir çalışmada normal doğum yapanların daha erken emzirebildiği, anne sütünü daha fazla kullanabildikleri belirlenmiştir (39).

Araştırma kapsamına alınan normal doğan bebeklerin %94,7'si ilk gün içinde emzirilmişti. Bu oran sezaryen doğan bebeklerde %82,9 olup istatiksel olarak bulunan fark anlamlıydı ($p<0,05$). Tüm bebeklerin %87,9'u ilk gün içinde emzirilmişti.

Sezaryen ile doğan bebeklerin doğar-doğmaz ilk 1 saatte geç emzirilme riskinin 2,9 kat daha fazla olduğu hesaplandı.

Emzirmenin yaşamın ilk saati içinde olacak şekilde erken başlaması hem bebek hem de anneler için önemlidir. Emzirmenin erken başlaması anne ve bebek arasındaki bağı teşvik ederek düzenli anne sütü üretimine yardımcı olur. Bu nedenle doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirmelerini sağlamak için yenidoğanların annelerinin göğsüne derhal konması önerilmektedir (32).

DSÖ; doğumdan sonra ilk 1 saatte emzirmeye başlama oranlarını; %0-29 arası kötü, %30-49 arası orta, %50-89 arası iyi ve %90-100 arası çok iyi olarak gruplandırmıştır.

TNSA 2003 verilerine göre, Türkiye’de doğumdan sonraki ilk 1 saatte emzirme oranı %54 iken, TNSA 2008’de %39’a gerilemiştir TNSA 2018’de %71’e çıktığı görülmüştür. Yani DSÖ sınıflandırmasında Türkiye “İyi” grubuna girmiştir. Araştırma bölgesinde ilk 1 saat içinde emzirilme oranı %37,9 bulunmuştur. Bu duruma göre araştırma bölgesi “orta” grubuna girebilmiştir (20-24).

Araştırmaya katılan annelerin %54,2’si bebeklerine ilk üç gün anne sütünden başka bir gıda vermiştir. Doğar doğmaz en fazla verilen ek gıda %93,7 oranı ile hazır mamaydı. Bu bölgenin yüksek sosyoekonomik yapısından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan annelerin 6 ay tam emzirilen bebeklerine 6. Ayda anne sütü dışında ilk verdikleri ek gıda tercihlerine bakıldığında en yüksek oranda %27,3 ile hazır mama olduğu görüldü. Sonra inek sütü (%20,7) ve çorba (%19) verilmişti. 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması’nda tamamlayıcı besin olarak çocuklara en fazla verilen ek gıda yoğurt olarak saptanmıştır (%89). Güneydoğu Anadolu Bölgesi için yoğurt verilme oranı %82,7’dir (27). Araştırma bölgesinde ekonomik durum yüksekliği nedeni ile hazır mamanın daha besleyici olduğu düşünülerek yoğurdun yerine hazır mama tercih edilmiş olabilir.

Araştırma kapsamına alınan bebeklerde sadece anne sütüyle emzirilme ortalaması 2,8 aydır. TNSA 2018 de sadece anne sütüyle emzirilme ortalaması 1,8 aydır. Araştırma bölgesindeki oran Türkiye ortalamasının üzerinde olup daha iyidir.

Araştırmaya kapsamındaki bebeklerin doğum şekline göre sadece anne sütüyle emzirilme ortalaması normal doğanlar için 3,8 ay sezaryenle doğanlar için 2,1 ay

olarak bulundu. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıydı ($p<0,05$). Sezaryenle doğanların daha az sadece anne sütü aldığı tespit edildi.

Araştırma kapsamındaki bebeklerin 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilme oranı %45,8 olarak saptandı. Canbay'ın 2018 yılında yaptığı çalışmada bebeklerin %21,1'i 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilmiştir (10). TNSA 2018 sonuçlarına göre 6 ay sadece anne sütü tam alan bebek oranı %41'dir. Araştırma bölgesinde 6 ay sadece anne sütü alma oranı TNSA 2018 den daha iyi durumdadır.

Doğum şekline göre 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilme durumu karşılaştırıldığında normal doğan bebeklerin %63,3'ü 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilmiştir. Sezaryenle doğanların %35,5'i 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilmiştir. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıydı ($p<0,05$). Normal doğanlar sezaryenle doğanlardan 1,6 kat daha fazla anne sütüyle 6 ay tam olarak emzirilmiş ve beslenmiştir.

TNSA 2018 verilerinde ortalama emzirme süresi 16,7 aydır. Araştırma kapsamındaki bebeklerde ortalama emzirme süresi 13,1 ay olarak Türkiye ortalamasından daha az bulundu. Araştırmaya katılan annelerin doğum şekline göre bebeklerini ortalama emzirme süresi sezaryenle doğanlarda 10,7 ay, normal doğanlarda 16,3 ay olarak bulundu. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıydı ($p<0,05$). Sezaryenle doğum yapan kadınlar bebeklerini daha az emzirmişti.

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerini anne sütünden kesme nedenleri arasında %34,5'i sütünün gelmemesini sebep olarak göstermiştir. Çalıştıkları için anne sütünü kesenlerin oranı %12,1'dir. Annenin bebeği emzirmek istemeyerek sütünü kesmesi %6,8 olarak bulunmuştur. Çırpanlı'nın yaptığı çalışmada sütün gelmemesi %19 ile en yüksek oranda emzirmeyi kesme nedeni olarak gösterilmiştir (9).

Araştırma kapsamına alınan bebekler arasında ilaç kullanım raporlarına göre kronik hastalığı olan bebek oranı SGK ve e-Nabız verilerine göre %28,4 idi. Kronik hastalık oranlarının yüksek çıkmasının bir sebebi SGK ilaç ödeme sisteminin bazı ilaçları raporsuz ödemiyeceği olması ve bu nedenle hekimlerin hastaya ilaç yazabilmek için hastalığı raporlandırarak kronik hastalık kapsamına almasıdır. Kronik hastalıkların net olarak tespiti için daha uzun süreli olarak bebeklerin takip edilerek incelemeye alınması gerekir.

Araştırmaya katılan bebeklerin ailelerine göre bebeğim sık hastalanıyor diyen ailelerin bebeklerinin %29,1'i normal doğum, %70,9'u sezaryen doğumdu. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıydı ($p=0,01$). Bebeğim sık hastalanıyor diyen ailelerde sezaryen oranı daha fazlaydı.

Araştırma kapsamındaki bebeklerin doğum şekline göre 6 aylık olana kadar hastalanma sayısı ortalaması normal ve sezaryenle doğanlarda 3,7 aynı olarak bulunmuştur. Anneden geçen antikorların ilk 6 ay bebeği koruması bunda etken olabilir.

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin 6-12.ay, 13-24.ay ve 0-24.ay arası dönemlerde doğum şekline göre hastalanma sayılarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu aralıklarda sezaryenle doğan bebeklerin daha sık hastalandıkları tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kırca ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada sezaryen doğum ile doğan bebeklerin normal yol ile doğan bebeklere göre daha çok üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdikleri görülmüş, sezaryenin bebeklerin daha sık hastalanmasına sebep olduğu sonucuna varılmıştır (42).

Araştırma kapsamındaki bebeklerin 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilenlerde ortalama hastalanma sayısı 15,5 olarak bulunmuştur. 6 aydan az emzirilenlerde ortalama hastalanma sayısı 19,8 olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıdır ($P<0,05$). 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilenler, 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirmeyenlere göre daha az hastalanmıştır. 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilenlerde anne sütünün etkisiyle hastalanma sıklığı azalmış olabilir.

Bebeklerin büyüme gelişmelerinin takip edilmesi sağlık bakanlığı tarafından aile hekimlerine verilen koruyucu sağlık hizmetlerindedir. Bebeklerin büyüme ve gelişmeleri bebek izlem cetveline göre takip edilmektedir. Türkiye sağlık istatistikleri yaylığı 2019 verilerine göre bebeklerin %88,6'sı tam olarak izlenmiştir. Bu oran Güneydoğu Anadolu'da %76,4'dür. Araştırma kapsamındaki bebeklerin 2 yaşına kadar tüm izlemleri yapılmıştır. Bunun sebebi bebek izlemlerinin zorunlu olması ve izlem yapılmadığı takdirde aile hekiminin maaşından kesintiye gidilmesidir. Yapılan izlemlerde bebeklerin büyüme ve gelişmesinde bir gerileme veya aşırı büyüme tespit edildiği zaman aileler ileri merkezlere yönlendirilmektedir.

Araştırma kapsamındaki bebeklerde SGK kayıtlarına göre gelişme geriliği görülerek tedavi alan bebek oranı kronik hastalığı olanlar içinde %16, tüm bebekler içinde %4,54' tü.

Araştırma kapsamındaki tüm bebekler için boy Z skor dağılımında bebeklerin %0,4'ü bodur, %12,1'i uzun, %0,8'i aşırı uzun olarak tespit edildi.

Kilo Z skor dağılımında bebeklerin %0,4'ü ciddi şekilde düşük kilolu, %3'ü düşük kilolu,%1,1'i kilolu olarak bulundu.

BKİ Z skor dağılımında bbeklerin %2,3 aşırı zayıf, %4,5 zayıf, %1,1 aşırı kilolu olarak bulundu.

Araştırma kapsamındaki bebekler içinde normal doğan bebeklerin boy Z skor dağılımında %11,6'sı uzun boylu ve %0,9'u aşırı uzun boylu olarak bulundu. Normal doğan bebeklerin kilo Z skor dağılımında; bebeklerin %1,8'i düşük kilolu, %0,9'u kilolu olarak tespit edildi.

Araştırmaya kapsamındaki sezaryenle doğan bebeklerin boy Z skor dağılımına göre; %0,7'si bodur, %12,5'i uzun boylu ve %0,7'si aşırı uzun boylu bulundu. Sezaryenle doğan bebeklerin kilo Z skor dağılımına göre bebeklerin %3,9'u düşük külolu, %0,7'si aşırı düşük kilolu, %1,3'ü kilolu olduğu görüldü.

Bebek büyüme ve gelişiminin değerlendirilmesinde doğum şekline göre boy Z skor, kilo Z skor ve BKİ Z skor değerlerinin karşılaştırılmasında bulunan fark anlamlı değildi ($p>0,05$). Doğum şeklinin bebeğin büyüme ve gelişmesine etkisi anlamlı düzeyde değildi. Bunun bir sebebi araştırma bölgesinde sosyoekonomik seviyenin yüksek olması nedeniyle ailelerin hazır mamayı fazla tercih etmesi olabilir.

Bebeklere doğar doğmaz verilen ek gıda en fazla %93,7 ile hazır mamaydı. Yine 6 ay anne sütüyle tam beslenen bebeklerde ilk verilen ek gıda %27,3 ile en çok hazır mama olmuştur. Hazır mamanın ilk sırada kullanılması bebeklerin boy ve kilo değerlerinin normal çıkmasında en büyük etken olabilir. Ayrıca 6 ay sadece anne sütüyle tam beslenme oranınınında %45,8 ile yüksek olması bebek gelişiminde boy-kilo değerlerinin normal çıkmasının nedenleri arasında sayılabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma bölgesi sosyodemografik durumun genel olarak iyi olduğu, Diyarbakır'ın gelişmiş bir bölgesidir. 24 aylık bebekleri olan kadınlar seçildiğinden daha genç bir gruptur.

Anne ve babaların artmış eğitim düzeyi sezaryen doğum tercihini etkilemekte ve artırmaktadır.

Doğumun özel hastanede yapılması sezaryen oranının yüksek olması üzerine etkili bulunmuştur.

Ailenin sosyodemografik seviyesi arttıkça sezaryen oranları artmaktadır.

Sezaryen doğum yapmış olmak emzirmeye erken başlamak açısından önemli bir risk faktörüdür.

Sezaryenle doğum yapan annelerin bebekleri daha geç kolostrumla beslenmeye başlamıştır. Bu nedenle bebekler anne sütünün koruyucu, besleyici ve gelişimi sağlayıcı etkilerinden daha geç faydalanmaya başlamaktadır. Bu durum bebeklerin daha sık hastalanarak hekime daha fazla müracaat etmelerine sebep olmaktadır.

Doğum şeklinin bebeklerin büyüme ve gelişmesi üzerine etkisi anlamlı olarak bulunamamıştır. Ailelerin sosyoekonomik seviyesinin yüksek olması nedeniyle hazır mama kullanımının fazla olması bunda etken olabilir.

Doğum şekli bebeklerin sağlığı üzerine etkilidir. Sezaryen doğumların bebeklerin daha sık hastalanmasına sebep olarak genel sağlık durumunu olumsuz yönde etkiledikleri görülmüştür.

Tıbbi endikasyon yokken kadınların sezaryen yöntemiyle doğurmak istemesi etik değildir. Buna doktorun uygun görmesi de eklenince sezaryen oranı önemli oranda artmaktadır.

6.1. Öneriler

Doğum öncesi verilecek eğitimlerle kadınların normal doğumu tercih etmesi desteklenmelidir. Bu eğitimlerde sezaryenin cerrahi riskleri anlatılarak caydırıcı olunabilir. Sezaryen doğumların, bebeklerin daha sık hastalanmasına sebep olduğu genel sağlık durumunu olumsuz yönde etkilediği annelere anlatılarak doğumlarını normal yoldan yapması özendirilmelidir.

Gebe kadınların doğru kaynaklar tarafından, yeterli düzeyde bilgilendirilerek, uygun doğum şekline yönlendirilmeleri ve doğum eyleminin sağlıklı bir anne ve bebekle sonlanması sağlanmalıdır.

Bebek ve anne aynı odaya en erken zamanda alınarak hemen tinsel temasları sağlanıp bir an önce emzirilmeğe başlanmalıdır.

Doğumdan sonra hemen ilk bir saat içinde emzirmeye başlamak için gerekli tedbirler alınarak annelere destek olunmalıdır. Sezaryen doğum yapanlara doğum sonrasında sağlık personeli tarafından verilecek erken emzirme desteği büyük öneme sahiptir. Etkin emzirme danışmanlık hizmetlerinin verilmesi ile bebek sağlığının gelişimine katkı sağlanabilir.

Bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütüyle tam emzirilmesi hastalanma sıklığını azalttığından bebeklerin doğumdan altıncı ayın sonuna kadar tek başına anne sütü ile emzirilmesi teşvik edilmelidir.

DSB oranları özellikle normal doğanlarda yeterince yapılmadığından bu konuda aile hekimlerinin takipleri yapması sağlık yöneticileri tarafından hatırlatılmalıdır.

Doğumdan sonra anne bakımının iyi yapılarak sağlıklı normal yaşamına erkenden dönmesi sağlanmalıdır. Aynı şekilde bebeğinde sağlıklı bir birey olarak topluma kazandırılması için beslenmesi, büyümesi ve gelişmesi izlenerek takip edilmelidir.

Anne isteği ile sezaryen doğum yaptırmanın etikliği tekrar gözden geçirilebilir. Tıbbi endikasyon olmadıkça doktorların sezaryen doğum yaptırması yasal düzenlemelerle zorlaştırılabilir.

KAYNAKLAR

1. 20. Fay Menacker, Eugene Declercq and Marian F. Macdorman. Cesarean Delivery: Background, Trends, and Epidemiology, Semin Perinatol 2006;30:235-41.

2-Tay H. T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı Kliniğimizde Tekrarlayan Sezaryen Sıklığı, Anne Ve Bebek İçin Sonuçları Dr. Hayreddin Tay (Tıpta Uzmanlık Tezi)Diyarbakır-2015

3-Balcı E G. Sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi yöntemlerinin, annenin ve yenidoğanın doğum sonu dönem konforuna ve uyumuna etkileri/effects of anaesthesia approaches to them mother and new-bom's comfort and adaptation period that can apply in the caesarean births.üstanbul üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü/kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği yüksek lisans tezi

4-Göksal E. T.C.Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabölüm Dalı Sezaryen Doğum Oranları Hakkında Kadın Hastalıkları Ve Doğum ile Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Uzmanları Ne Düşünüyor? Bursa Örneği Dr. Elife Göksal Uzmanlık Tezi Bursa – 2017

5-Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması. WHO; 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO_RHR_15.02_tur.pdf (erişim: 04,10,2019)

6.-Brady E. Hamilton, Joyce A. Martin, and Stephanie J. Ventura. Births: Preliminary Data for 2007. Division of Vital Statistics National Vital Statistics Reports, 2007;Volume 57, Number 12, March 18, 20.

7-Çakmak B. Kadınların İsteğe Bağlı Sezaryen Konusundaki Görüşleri Bülent ÇAKMAK , Seher ARSLAN, Mehmet Can NACAR Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

8-Uzun P G Ö. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ile Sezaryen Doğumun Maternal ve Neonatal Sonuçlarının Karşılaştırılması Uzmanlık Tezi Dr. Pırıl Gizem Özbudak Uzun İstanbul – 2018

9-Çırpanlı C.T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sezaryen İle Doğum Yapan Annelerin Doğum Sonrası Emzirme Başarısı Cansu Çırpanlı Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2017-Ankara

10-Çuvalcı M. T.C.Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü annelerin sezaryen doğumun anne ve çocuk sağlığına etkileri ile ilgili bilgi ve görüşleri munise çuvalcı çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği anabilim dalı yüksek lisans tezi-2016

11-Canbay F Ç. Sezaryen ile Doğan Bebeklerin İlk Altı Ay Beslenme Şekillerinin İncelenmesi Düzce sağlık bilimleri enstitüsü dergisi 25,1,2018

12- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması Sonuçları. Ankara;2018.

13- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması Sonuçları. Ankara;1998.

14- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması Sonuçları. Ankara;1993

15- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması Sonuçları. Ankara;2008.

16- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması Sonuçları. Ankara;2003.

17- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması Sonuçları. Ankara;2013

18-T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Dr. Şuayp Birinci. Editörler Dr. Berrak Bora Başaran, İrem Soyututan Çağlar.

19-Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 20(3):210-218.

20-World Breastfeeding Week 2012 Understanding the Past – Planning the Future Celebrating 10 years of WHO/UNICEF’s Global Strategyfor Infant and Young Child Feeding. Pan American Health Organization, 2012 :1-8.

21-Baysal A, Arslan P. Doğumdan Yetişkinliğe Çocuk Yemekleri Çocuğun Bilinçli ve Sağlıklı Beslenmesi, s.24-31, 2.Basım, Özgür Yayınları, Ankara, 2007.

22-T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü;Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi. Mayıs 2004.

23-Erbil N, Oral D. Doğum şeklinin Emzirme Tutumu Üzerine Etkisi. IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 19 Mayıs Üniversitesi Ordu Sağlık Yüksekokulu. Kök Yayıncılık. Ankara. 2005. s/255.

24-Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı <http://www.unicef.org/turkey/pc/>.

25- Üsterme N. Normal spontan vajinal doğum yapanlarla sezaryen doğum yapanların emzirmeye başlama zamanlarının karşılaştırılması necibe üsterme

hv.tbp.ütğm. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi'nin Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık tezi. ankara 2014.

26-Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. s. 76-95, 2008.

27-türkiye beslenme ve sağlık araştırması beslenme durumu ve alışkanlıklarının sonuç raporu, 2010. http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.

28-Şanlıer N, Aytekin F. *Ankara'da Yaşayan 0-36 ay çocukların bazı antropometrik ölçümleri ve anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması*. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2004; 24: 271-289.Erişim tarihi: 23.04.2016)

29-Haspolat Y. K. Çocuklarda Ve Ergenlerde Gelişim.Prof. Dr.Yusuf Kenan Haspolat Orient Yayınları 97,5 Eylül 2017 Sertifika No:17590

30-Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. s. 76-95, 2008.

31-Neyzi O. Ertuğrul T. (2002) Sağlıklı Çocuğun Beslenmesi. Pediatri (3. Baskı), Cilt1. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

32-Sarıtekin S, Dindar İ. Edirne Merkez Kreş ve Anaokullarına kayıtlı 2-6 yai grubu çocukların büyüme gelişme durumları ve etkileyen etmenler, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 12 Sayı 1, 2013

33-20. Fay Menacker, Eugene Declercq and Marian F. Macdorman. Cesarean Delivery: Background, Trends, and Epidemiology, Semin Perinatol 2006;30:235-41

34- Tuik 2018 hane halkı araştırması verileri.Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması Bölgesel Sonuçları, 2018 www.tuik.gov.tr

35-Türkiye Aile Yapısı Araştırması, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013, <http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/54292ce0369dc32358ee2a46/taya2013trk.pdf> (Erişim tarihi:15.04.2020)

36-Eker A. Annelerin Bebek Beslenmesi Ve Emzirmeye İlişkin Bilgi Ve Uygulamaları The Knowledge And Practices Mothers To Related Of Baby Feeding And Breastfeeding Aslı Eker, Mine Yurdakul A Eker, M Yurdakul - Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2006 - Ttb.Org.Tr

37-(UNICEF, 2008; Erdem ve ark., 1995; Bağ ve ark., 2006; Ekman veTodia, 2003; Ekstrom ve ark., 2003).

38-Khassawneh ve ark., 2006; Ludvigsson,2003.

39-Belkız L İ. Doğum şeklinin anne bebek bağı üzerine etkisinin incelenmesi haliç üniversitesi akademik arşiv URI: <http://hdl.handle.net/20.500.12473/242> Tarih: 2017

40-Tina D, Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health BMJ 2015; 350 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h2410> (Published 10 June 2015) Cite this as: BMJ 2015;350:h2410

41-Planned Cesarean Delivery at Term and Adverse Outcomes in Childhood Health

Yazar makalesi; PMC 2016 7 Ekim'de mevcuttur.Son düzenlenmiş biçimde şu şekilde yayınlandı: Published in final edited form as: JAMA. 2015 Dec 1; 314(21): 2271–2279. doi:[10.1001/jama.2015.16176]Mairead Black, MRCOG and Siladitya Bhattacharya, MD Sam Philip, MD Jane E. Norman, MD David J. McLernon, PhD

42-Kırcan N. Sezaryen/vajinal yolla doğan 0-2 yaş çocukların hastalıklarının araştırılması Yayın Yeri:2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi 5.10.2017 Uluslararası Özet bildiri Nurten Kırcan, Bilal Budak, Ömer Kineş Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi

8. EKLER

8.1. Etik Kurul Onayı

8.2. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Aydınlatılmış Onam Formu



(Hekimin açıklaması)

Bağlı olduğunuz ASM nüfusunda doğum yapmış kadınlarda doğum şekli(normal doğum veya sezaryen doğum),doğumdan sonra bebeğin ilk gelen anne sütünü(kolostrum)vermeye başlama zamanını ve bebeğin hangi sıklıkta hastalığından dolayı doktora gittiğini araştırıyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız

Sezaryen doğum artışını önleyecek tedbirler almak önemlidir. Yenidoğan bebeğe ilk gelen anne sütü(kolostrum)vermek anne ve bebek sağlığı açısından önemlidir .Bunun için size bir anket uygulayacağız.

Yapılacak testlerin getirebileceği olası riskler: Yapılacak testin getirebileceği herhangi bir risk yoktur.

Yapılacak testlerin getirebileceği olası yararlar: Bu araştırma ile doğum yapan annelerdeki doğum şekli ve ilk gelen anne sütü(kolostrum) verilme zamanı araştırılacak olup sezaryen doğum şeklinin bebek sağlığı için olası riskleri hakkında bilgi toplamaya çalışılacaktır. Sezaryen doğum şeklinin azaltılması gerektiğine dair fikirler ortaya konabilecek ve bu konuda çalışmalar yapılmasına katkı sunulacaktır. Ayrıca sezaryen olan annelerin bebeklerini bir an önce emzirmesi gerektiği vurgulanarak anne adayları bu konuda bilgilendirilebilecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler bilimsel amaçlı dahi sizin izniniz olmadan kullanılmayacaktır.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Dr. Bayram BAŞDEMİR tarafından Dicle Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Ben de bilgilerimin kullanılmasına izin veriyorum

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden istediğim zaman araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan

çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte Dr. Bayram BAŞDEMİR 'e ait 0(505)4002417 no'lu cep veya 0(412)2488001-4762 no 'lu iş telefonlarından ve Dicle Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında'ki adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı: Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen Hekim

Adı soyadı, unvanı: Dr. Bayram BAŞDEMİR

Adres: Dicle Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Tel: 05054002417

İmza:

8.3.Anket Formu

SEZARYENLE VE NORMAL DOĞAN 24 AY ALTI BEBEKLERDE GENEL SAĞLIK DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ(24 aylık bebeği olan annelerle görüşülecek)

Görüşülen annenin:

1.Yaşı :

2. Öğrenim durumu (bitirdiği okul)

1.OYD

2.OY

3. İO

4. OO

5. Lise

6.Üniversite

3.Doğurganlık özellikleri

3,1	3,2	3,3	3,4	3,5	3,6	3,7
Toplam gebelik sayısı	İsteyerek düşük sayısı	Kendiliğinden düşük sayısı	Ölü doğum sayısı	Canlı doğum sayısı	Ölen çocuk sayısı	yaşayan çocuk sayısı

4. Sosyal güvencesi olup olmadığı

1.SGK

2. Yeşil kart(genel sağlık sigortası)

3. Özel

4. Yok

5. Annenin Çalışma durumu

1.Gelir getirici faaliyette bulunmuyor(Ev hanımı)

2.İşçi

3.Memur

4.Nitelikli işgücü çalışanı(dr.,avukat, mühendis v.s)

5.Esnaf

6. Aile tipi

1.Çekirdek aile

2. Geniş aile

7. Bu bebeğin isteyerek olup olmadığı:

1.)Evet, isteyerek hamile kalmış

2). Hayır,istemedenden olmuş

8. Düzenli doğum öncesi bakım alıp almadığı(Gebe izlem yapılma durumu)

1.Evet,doğuma kadar ...kez bakım almış 2.Evet,doğuma kadar 4 ve üzeri bakım almış 3.Hayır, bakım almamış

9. Gebeliği süresinde tetanoz aşısı yapılma durumu

1.Evet 1 kere yapıldı

2.Evet 2 kere yapıldı

3.Yapılmadı

4.Tam aşılı

10. Baba yaşı

11. Baba öğrenim durumu

1.OYD

2.OY

3.İO

4.OO

5.Lise

6.Üniversite

12. Baba çalışma durumu

1.Gelir getirici faaliyette bulunmuyor(işsiz)

2.İşçi

3.Memur

4.Nitelikli işgücü çalışanı(dr.,avukat, mühendis v.s)

5.Esnaf

13. Ailenin aylık toplam geliri

1.2000 tl nin altında

2.2000-3999 tl arası

3.4000-5999 tl arası

4.6000 tl den fazla

14. Doğumunu yaptığı yer
1.Doğum hastanesi/devlet 2.Özel hastane 3.Üniversite hastanesi
4.Evde sağlık personeli ile 5.Evde ara ebesi ile
15. Doğum şekli
1.Normal 2.Sezeryan
16. Daha önce sezaryen oldunuz mu?
1.Evet....kez 2.Hayır
17. Sezaryen ise niçin yapıldığı
1.Bebekten kaynaklı(bebeğin gelişi anormal,hasta v.s) 2.Hastalığım vardı.
3.Ben istedim 4.Dr.uygun gördü 5.Daha önce sezaryen olduğumdan
6.Diğer sebepler(belirtiniz...)
18. Doğumdan önce bir sağlık personeli sezaryen hakkında sizi bilgilendirdi mi?
1.Evet 2.Hayır
19. Sezaryen hakkında verilen bu bilgi size yeterli geldi mi?
1.Evet 2.Hayır
20. Sezaryen hakkında sizi bilgilendiren kimdi?
1. Kadın doğum uzmanı 2. Aile hekimi 3.Ebe-Hemşire 4.Diğer
21. Hangi tür anestezi ile sezaryen yapıldı?
1.Genel 2.Spinal(bel)
- 22.Yapılan sezaryenden memnun kaldınız mı?(İyiki sezaryen oldum dedinizmi?)
1.Evet 2.Hayır
23. Sezaryenden sonra bebek hemen yanınıza getirildi mi?
1.Evet 2.Hayır
24. Sezaryenden sonra herhangi bir komplikasyon oluştu mu?
1.Evet 2.Hayır
25. Gelişen komplikasyon neydi?
1.Kabızlık 2.Bebek etkilendi 3.Yarayeri enfeksiyonu 3.İYE
4.Sütüm gelmedi 5.Kanama
26. Sezaryenle beraber tüplerinizi bağlattınız mı?
1.Hayır 2.Evet 3.Teklif ettiler ben kabul etmedim
27. Doğumdan sonra aile hekiminden bakım aldınız mı?(lohusa bakımı)
1. 3 ve üzeri bakım aldım, 2.2 ve altında bakım aldım, 3.Hiç bakım almadım.
28. Doğumdan önce bir sağlık personelinden yenidoğan beslenmesi konusunda eğitim aldınız mı?
1.Evet 2.Hayır
29. Eğitim almışsa kimden?
1.Aile hekimi 2.Kadın doğum uzmanı
3. Ebe,hemşire 4. diğer :
30. Bilgilendirme/eğitimde ilk gelen anne sütü ve faydalarından bahsedilip edilmediği?
1.Evet 2.Hayır
31. Doğum yaptığınız hastanede yenidoğan bebek beslenmesi konusunda eğitim aldınız mı?
1. Evet 2. Hayır

32. Doğum yaptığınız hastanede bebek beslenmesinde ilk gelen anne sütünün faydaları anlatıldı mı?
1.Evet 2.Hayır
33. Bebek doğar doğmaz emzirmiş mi(ilk bir saatte)?
1.Evet 2.Hayır
34. Emzirmediyse nedeni?
1.Hastaydım 2.Bebek bakıma alındı
3.Doğumu yaptıranlar getirmedi 5.Ben istemedim 6.Bebek almadı
35. Bebeği doğar doğmaz emzirdiyse kaçınıcı saatte emzirdiniz?
1.Hemen(0-1 h) 2.1-2 h 3.3-6.saatte 4.7-24 h 5.1.günden sonra
36. Bebeğe doğumdan sonra ilk olarak anne sütü dışında herhangi bir şey verilmiş mi?
1.Evet 2.Hayır
37. Eğer vermişse ne vermiş(birden fazla şık işaretlenebilir)?
1.Süt(anne sütü dışında) 2.su 3.Şekerli su 4.Tuz-şeker eriği 5.Meyve suyu
6.Hazır mama 7.Çay 8.Yemek suyu 9.Bal 10.bitki çayı
38. Bebeğe doğar doğmaz anne sütü verilmesinin faydalarını biliyor mu?
1.Evet 2.Hayır
39. Biliyorsanız neler (birden fazla şık işaretlenebilir)?
1.Besleyicidir 2.Büyüme gelişmeyi sağlar 3.Hazmı kolaydır.
4.Bebeğin direncini artırır 5.Mikroplara karşı koruyucudur.
40. Bebeğe ek gıda vermeye bebek kaç aylıkken başladınız?.....ayında başladım
41. Bebeğe anne sütü vermeyi kaçınıcı ayda kestiniz? Ayında kestim.
42. Anne sütü kesilme sebebi
1.Sütüm gelmedi/az geldi 2.Gebe kaldım 3.Kesilme zamanı gelmişti 4.Bebek emmek istemedi 5.Çalıştığımdan 6.Hastaydım/İlaç kullanıyordum 7.Ben emziemek istemedim
43. Bebeğe ilk verilen ek gıda neydi?
1.Su 2.Hazır mama 3.İnek sütü 4.Yoğurt 5.Çay-bisküvi 6.Çorba
7.Pirinç unu
44. Bebeğin doğum ağırlığı kaç gr dı?.....gr
45. Doğumda bebeğin boyu kaç cm idi?.....cm
46. Bebeğinizin aşıları
1. Tam 2. Eksik 3.Aş1 Reddi
47. Bebeğiniz sizce ne sıklıkta hastalanmaktadır?
1.Bebeğim hiç veya az hastalanıyor 2. Bebeğim her bebek gibi normal hastalanıyor
3.Bebeğim sık hastalanıyor
48. Bebeğiniz çok fazla hastalanıyorsa sizce bunun nedeni nedir?
1.Vücut direnci düşük 2. Anne sütü az aldı 3.Beslenmesi yetersiz 4.İyi bakamıyorum 5. Diğer...
49. Bebeğin doğduktan sonra oluşan kronik hastalığı(sağlık sorunu) var mı?
1 Evet 2. Hayır
50. Varsa nedir?
1. CVS hastalığı 2.Ac hastalığı 3.Gelişme geriliği
4.Bağıışıklık sistemi hastalığı 5.Gis hastalığı
6. Allerji ,dermatit,ürtiker 7.Diğer

51. Tutulan kayıtlara göre bebeğin 6 aylık olana kadar hastalanma sayısı.....

52. Tutulan kayıtlara göre bebeğin 6-12 aylık arası hastalanma sayısı.....

53. Tutulan kayıtlara göre bebeğin 12-24 aylık olana kadar hastalanma sayısı.....

54. Sizce bebekte gelişme geriliği var mı?

1 Evet

2. Hayır

55. Bebeğin 24 aylık boyu.....

56. Bebeğin 24 aylık kilosu.....



9. ÖZGEÇMİŞ

