



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, GAZİOSMANPAŞA TAKSİM
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**GAZİOSMANPAŞA TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİNE BAŞVURAN 0-24 AYLIK BEBEĞİ OLAN
ANNELERİN, ANNE SÜTÜ İLE BESLENME VE EK GIDALARA
GEÇİŞ DÖNEMİ İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Ali Altunparmak

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Seda Geylani Gle

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2017



**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, GAZİOSMANPAŞA TAKSİM
SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**GAZİOSMANPAŞA TAKSİM EğİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİNE BAŞVURAN 0-24 AYLIK BEBEğİ OLAN
ANNELERİN, ANNE SÜTÜ İLE BESLENME VE EK GIDALARA
GEÇİŞ DÖNEMİ İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Ali Altunparmak

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Seda Geylani Güleç

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2017

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ii
TABLO LİSTESİ.....	iii
ŞEKİL LİSTESİ.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
I.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
II.GENEL BİLGİLER.....	2
A. 0-6 AYLIK BEBEKLERİN BESLENMESİ.....	3
1. Anne Sütü İle Beslenme (Doğal Beslenme).....	3
a. Anne Sütünün Önemi.....	3
b. Anne Sütünün İçeriği.....	12
c. Anne Sütünün Faydaları.....	21
d. Emzirme Tekniği.....	23
e. Anne Sütünün Saklanması.....	25
f. Anne Sütünün Verilemeyeceği Durumlar.....	25
g. Başarılı Bir Emzirme İçin On Adım.....	26
2. Doğal Olmayan Beslenme (Formül Süt İle Beslenme).....	31
a. Formül Mama Çeşitleri.....	32
B. TAMAMLAYICI BESLENME.....	36
1. Ek Besinlere Başlama Gereksinimi.....	37
2. Ek Besinlere Başlama Zamanı.....	38
3. Tamamlayıcı Beslenmede Kullanılacak Besin Miktarı.....	39
4. Tamamlayıcı Beslenmede Verilmesi Gereken Gıdalar.....	41

5. Tamamlayıcı Beslenmede Erken Verilmesi Uygun Olmayan Gıdalar.....	46
III. GEREÇ VE YÖNTEM.....	48
A. MATERYAL.....	48
B. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	49
IV. BULGULAR.....	50
V. TARTIŞMA.....	72
VI. SONUÇ.....	86
VII. KAYNAKLAR.....	89
VIII. EKLER.....	105
EK 1 ANKET.....	105
EK 2 ETİK KURUL ONAY BELGESİ.....	110

TEŞEKKÜR

Pediatric rotasyonumuz boyunca değerli bilgi ve deneyimlerini bize aktaran, tezimi hazırlarken de tecrübelerini benimle paylaşan, hiçbir konuda desteğini esirgemeyen tez danışman hocam, Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri Klinik Şefi Doç. Dr. Seda GEYLANİ GÜLEÇ'e,

Uzmanlık eğitimi aldığım üç yıl boyunca engin tıbbi bilgi, yetenek ve deneyimlerinden faydalanma fırsatı bulduğum, her konuda desteğini ve emeğini esirgemeyen, beni hem mesleğime hem de hayata karşı sabırla motive eden, mesleki ve sosyal tüm problemlerimi çekinmeden paylaşıp her konuda danışabildiğim, tezimi hazırlarken de her aşamada yanımda olan, davranışları ve kişiliği ile kendime örnek aldığım, öğrencisi olmaktan onur duyduğum saygıdeğer hocam, Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Klinik Şefi Doç. Dr. Okcan BASAT'a,

Tez çalışmamda katkıda bulunan, desteğini ve yardımlarını esirgemeyen, Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Aile Hekimliği Kliniği'nden Uzm. Dr. Sibel TUNÇ KARAMAN ve Uzm. Dr. Sonay ÖZDEMİR' e,

Rotasyonlarımız sırasında bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen ve eğitimime katkıda bulunan emeği geçen tüm öğretim görevlilerine, uzman meslektaşlarıma,

Tez çalışmam sırasında anket formlarını doldurmamda bana destek olup yardımlarını esirgemeyen Ast. Dr. Ayça Gültekin Uluşan, Ast. Dr. Cemil Uluşan, Ast. Dr. Nazlı Eroğlu Bayrak'a,

Üç yıllık eğitimimi birlikte geçirmiş olduğum, kendileriyle çalışmaktan büyük onur ve mutluluk duyduğum, bu süreçte yaşanan zorlukları birlikte göğüslediğimiz tüm asistan arkadaşlarıma,

Asistanlığım boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm hemşire, sağlık memuru, sekreter ve tüm hastane personeline,

Hayatım boyunca bana hep destek olan, huzurlu bir ortam sağlayan ve beni her konuda destekleyen, ilgi ve sevgisiyle daima yanımda olan, varlığıyla bana güç veren canım eşime,

Hayatıma sonsuz güzellikler katarak, bu süreçte ayakta durmamı sağlayıp bana güç veren ve yaşam kaynağım olan canım kızım Ayşe Nur'a, Fatih Selim'e ve Emre Tuna'ya

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ali ALTUNPARMAK

KISALTMALAR DİZİNİ

AA	: Araşidonik asit
AAP	: Amerikan Pediatri Akademisi
C/S	: Sezaryen (Cesarean Section)
CMV	: Cytomegalovirus
CRP	: C-Reaktif Protein
DHA	: Dokosaheksaenoik asit
EGF	: Epidermal büyüme faktörü
ESPGHAN	: Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Komitesi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LCPUFA	: Uzun zincirli çoklu doymamış yağ asidi
LDL	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
NSD	: Normal spontan doğum
PAF	: Trombosit Aktive Edici Faktör
PUFA	: Çoklu doymamış yağ asidi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Matür süt ile kolostrumun içerik açısından karşılaştırılması	13
Tablo 2.2. Olgun anne sütünün bileşimi ve özellikleri	14
Tablo 2.3. Bebeklerin aylara göre değişen günlük protein gereksinimleri	16
Tablo 2.4. Bebeklerin aylara göre değişen günlük kalori gereksinimleri	17
Tablo 2.5. Bebeklerin süt çocukluğu döneminde günlük vitamin ve mineral gereksinimleri	19
Tablo 2.6. Anne sütü ile inek sütünün farkları	19
Tablo 2.7. Olgun anne sütü, inek sütü ve formül sütün karşılaştırılması	32
Tablo 2.8. 2009 Avrupa komisyonu yönergesinde bebek mamaları için tanımlanan içerik değerleri	34
Tablo 2.9. Bebeklerde bazı makro ve mikro besinlerin alınması gereken miktarları..	39
Tablo 2.10. Aylara göre verilecek tamamlayıcı besinlerin türü, sıklığı ve miktarı...	40
Tablo 4.1. Çalışma grubuna ait tanımlayıcı özellikler.....	54
Tablo 4.2. Bebeklerine İnek Sütü Veren Annelerin İnek Sütü Verme Nedenleri.....	61
Tablo 4.3. Bebeğini Emzirmeye Devam Eden 200 Annenin Tahmini Emzirmeye Devam Edeceği Süre.....	62
Tablo 4.4. Annelerin bebeğini emzirmeyi bırakma nedenleri.....	63
Tablo 4.5. Bebeğine Ek Gıda Başlamış Olan Annelerin, Ek Gıdaya Başlama Nedenleri.....	65

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Anne sütünden gelen ve eksik kaldığında doldurulması gereken enerjinin aylara göre dağılımı.....	37
Şekil 4.1. Bebeklerin cinsiyet durumu	50
Şekil 4.2. Bebeklerin doğum yeri.....	50
Şekil 4.3. Bebeklerin doğum şekli.....	51
Şekil 4.4. Bebeklerin doğum kilosu	51
Şekil 4.5. Bebeklerin Aylara Göre Dağılım Sıklığı ve Yüzde Değerleri	52
Şekil 4.6. Anne Yaşının Gruplara Göre Dağılım Sıklığı ve Yüzde Değerleri	53
Şekil 4.7. Baba Yaşının Gruplara Göre Dağılım Sıklığı ve Yüzde Değerleri	53
Şekil 4.8. Annelerin öğrenim durumu	54
Şekil 4.9. Babaların öğrenim durumu	55
Şekil 4.10. Annelerin çalışma durumu	55
Şekil 4.11. Babaların çalışma durumu	56
Şekil 4.12. Ailelerin aylık gelir düzeyi	56
Şekil 4.13. Ailelerin Çocuk Sayısına Göre Dağılım Yüzdeleri.....	57
Şekil 4.14. Annelerin Bebeklerine İlk Gelen Sütü (Kolostorum) Verme Zamanı	58
Şekil 4.15. Bebeklerin Beslenme Durumları.....	59
Şekil 4.16. Bebeğine Formül Süt Kullanan Annelerin Bunu Kullanma Nedenleri...60	
Şekil 4.17. Bebeğin Sadece Anne Sütü ile Beslendiği Süre.....	61
Şekil 4.18. Bebeğini Anket Yapıldığı Sırada Emzirmeyen Annelerin, Emzirmeyi Ne Zaman Bıraktıkları.....	63
Şekil 4.19. Annelerin Bebeklere Ek Gıda Başlama Zamanları.....	64
Şekil 4.20. Bebeğine Ek Gıda Başlayan Annelerin İlk Olarak Ne Verdikleri.....	66

ÖZET

Giriş ve Amaç: Bu çalışma ile 0-24 ay arasında bebeği olan annelerin, anne sütü ile beslenme ve ek gıdaya geçiş dönemi ile ilgili bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk kliniğine 10 Şubat 2017 ile 10 Haziran 2017 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvurmuş, 0-24 ay arasında bebeği olan annelerin, bebeklerinin anne sütü ile beslenme ve ek gıdaya geçiş dönemi ile ilgili bilgi düzeyleri değerlendirildi. Bunun için ailelerin sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumları ve tamamlayıcı beslenme ile ilgili bilgi seviyelerini içeren bir anket hazırlandı. Çalışmada 300 anneye 46 sorudan oluşan bir anket uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda 0-24 ay arası bebeği olan 300 anne değerlendirmeye alınmıştır. Bebeklerin yaş ortalaması $13,64 \pm 6,31$ aydı. Bebeklerin %52.3'ü erkek ve %47.7'si kızdı. Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması $27,86 \pm 5,65$ idi. Annelerin %83.7'sinin çalışmadığı, %11.3'ünün eğitiminin olmadığı veya ilkokulu bitiremeden terk ettikleri, %28.7'sinin ilkokul mezunu olduğu görüldü. Doğum sonrası ilk günlerde anne sütü ile beslenme, emzirme ve ek gıdalara geçiş hakkında sağlık personelinin bilgi alanların oranı ise %75.3 idi. Bebeğini doğar doğmaz veya ilk bir saat içinde emzirenler %74.7 idi. Annelerin %93.7'si bebeğine ilk besin olarak anne sütünü vermişti. Bebeklerin sadece anne sütü ile beslendiği süre ortalaması 5 ay, toplam anne sütü alma süresinin ortalaması ise 11.7 ay olarak bulundu. Bebeğine ilk 6 ay boyunca bir kez bile olsa mama (formül süt) verenlerin oranı %42.7, su verenlerin oranı ise %42 idi. Annelerin %31'i bebeğine 1 yaşından önce inek sütü vermişti. Bebeklerine ek gıdaya başlama yaşı ortalaması ise 5.8 ay olarak bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda tek başına anne sütü kullanımının istenilen düzeyde olmadığı saptanmıştır. Bu durumun ortaya çıkmasında, annelerin anne sütü ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersizliği, yanlış inanç, tutum ve davranışların etkili olduğu görülmektedir. Bu konudaki bilgi eksikliği gidermek için yapılacak eğitim çalışmaları son derece önemlidir. Ailelerin ek besinlere hangi besinle, ne zaman, ne miktarda, nasıl geçecekleri konusunda daha fazla bilinçlendirilmesi için doktor ve

yardımcı sağlık personeli tarafından gerekli bilgilendirmelerin yapılması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, bebek beslenmesi, ek gıda.



ABSTRACT

Introduction and objective: In this study, the levels of information, attitude and behaviours of mothers with babies of 0-24 month old on breastfeeding, and on transition to additional food intake is aimed to be assessed.

Materials and methods: The levels of information of mothers with babies of 0-24 month-old age, who presented to Gaziosmanpasa Taksim Training and Research Hospital Pediatric Clinics for any reason between 10 February 2017 and 10 June 2017 on breastfeeding and on transition to additional food intake were assessed. In order to accomplish this, a survey with a content of the families' levels of socio-economic and educational status, and of information on complementary feeding was prepared. In the study, a questionnaire comprised of 46 questions was given to 300 mothers.

Results: In our study, 300 mothers with 0-24 month-old babies were assessed. The mean age of the babies were 13.64 ± 6.31 months. Of the babies, 52.3% were males and 47.7% were females. The mean age of the mothers included into the study was 27.86 ± 5.65 . It was observed that 83.7% of mothers did not work, 11.3% of them were either uneducated or left the primary school before graduation, and 28.7% were primary school graduates. The percentage of the mothers, who were informed of nutrition, breastfeeding, and transition to additional food by the health care providers in the first days of the post-partum period was 75.3%. The percentage of mothers who breastfed their infants as soon as they were delivered or within the 1st hour of delivery was 74.7%. 93.7% of the mothers breastfed their infants as for the first feeding. The mean duration of breastfeeding only was 5 months, and the mean of the total duration of the breastfeeding was found to be 11.7 months. During the first 6 months, the percentage of the mothers, who fed their babies with infant formulas at least once was 42.7%, and that of who introduced water to the infants was 42%. 31% of the mothers introduced cow milk to their infants before 1 year of age. The mean starting age for introducing additional food to the infants was found to be 5.8 months.

Conclusion: In our study it was determined that the rates of breastfeeding was not at the required level. The insufficient information levels of the mothers on the breast

milk, false beliefs, erroneous attitudes and behaviours were demonstrated to have an effect on the occurrence of this situation. The training work outs to eliminate the insufficiency of information on this issue are extremely important. It must be ensured that necessary information must be provided to the families by the physicians and collateral health care providers on the timing of transition to additional food, on the types and amount of additional food and on the method of transition in order to raise the awareness.

Keywords: Breast milk, infant nutrition, additional food.



I. GİRİŞ VE AMAÇ

Bebeklik çağında beslenme; yüzyıllardır araştırılan, tartışılan, geliştirilmeye çalışılan ancak ailenin ekonomik ve sosyokültürel düzeyi, geleneksel inanışları, besinlerin elde edilebilirliği gibi daha birçok faktörün etkisi altında kaldığından, net olarak sınırları çizilemeyen, fikir birliğine ulaşamayan bir konudur.

Beslenme konusunda ana hatları ile benzer ancak detaylara inildikçe farklı fikirler olmasına karşın Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Komitesi (ESPGHAN) bebeklere, doğumu takiben ilk saatlerde başlanarak ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi konusunda fikir birliği içindedirler. Anne sütü, 15. Günde başlanan D vitamini ve doğumda intramüsküler olarak yapılan K vitamini takviyesi ile birlikte, ilk 6 ayda bebeğin tüm gereksinimlerini tek başına karşılayabilmektedir.

İlk 6 ay, su dâhil hiçbir ek besin verilmeksizin, sadece anne sütü ile beslenmeyi takiben, bebeğin artan enerji gereksinimlerini karşılayabilmek adına, 6. ayın sonunda beslenmeye tamamlayıcı ek gıdalar eklenmelidir. Ancak bu tamamlayıcı gıdalar eklense bile 1 yaşına kadar bebeğin temel besini yine anne sütü olmalıdır.

Anne sütüne ek olarak verilen besinler “tamamlayıcı besinler” olarak adlandırılır. Bu besinlerin tüketildiği döneme ise “tamamlayıcı beslenme dönemi” denmektedir ve 6-24 aylık dönemi kapsamaktadır. Bu dönem süresince bebeğin sağlığının korunması ve sürdürülmesi için, tamamlayıcı besinlerin bebeğin ihtiyacına göre, bebeğe uygun kalitede, besleyici, temiz, güvenli ve yeterli miktarda olmalıdır.

Bu çalışmada 0-24 ay arasında bebeği olan annelerin, bebeklerinin ek gıdaya geçiş dönemi ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve doğru bilinen yanlış uygulamaların ortaya çıkartılarak düzeltilmesi, bu konuda yapılabilecek eğitimlerin artırılmasına yönelik veri elde edilmesi amaçlanmıştır.

II. GENEL BİLGİLER

Bebek beslenmesi ile ilgili uygulamaların tarihsel olarak gelişimi incelendiğinde, günümüze kadar bebek beslenmesinde en önemli besinin anne sütü olduğu görülmektedir. Tarihsel yazıtlardan Ebers Papirusu'nda (Eski Mısır M.Ö. 1550) bebek beslenmesinde kullanılacak tek besinin anne sütü olduğu ve bebeğin üç yaşına kadar anne sütü alması gerektiği vurgulanmıştır. Anne sütü ile beslenmeye büyük önem veren Babiller (Mezopotamya) baştanrıçaları İştar'ı bebeğini emzirirken tasvir etmişlerdir. Anne sütünün kutsallığına inanan Yakut Türklerinde analık tanrıçası Ayzıt'ın bebeğine anne sütü damlatarak can verdiğine dair inanışlara rastlamaktayız. Benzer inanışlar İslam dininin ortaya çıkışı ile birlikte yoğunlaşmış olup İslamiyet'e göre annenin beslenmesi ile bebeğin beslenmesi arasında bir ilişki vardır. Rönesans döneminde Avrupa'da yazılan kitaplarda da anne sütünün bebekler için en iyi besin olduğu belirtilmiştir. Buna karşın 20. yüzyıl Avrupa'sında endüstri devrimi ile birlikte kadınların çalışma hayatına girmesi anne sütü ile beslenmeye ilginin azalmasına ve sosyal değişim hareketleri ile biberonla beslemenin modern anneliğin simgesi haline dönüşmesi gibi yanlış uygulamaların yaygınlaşmasına neden olmuştur. 1970'lerden sonra anne sütü konusunda yapılan araştırmalara ağırlık verilmesi ve günümüze kadar bu çalışmaların giderek artması anne sütünün eşsiz bir besin olduğunu ve bebek beslenmesindeki önemini vurgulamıştır. 1970'lerde anne sütü ile beslenme oranı %24.9 iken, bugün bu oran yaklaşık olarak 3-4 kat artmıştır. Bu artış şüphesiz çeşitli bilim alanındaki profesyonellerin, anne sütü ile beslenmenin yararlarının önemini benimsemeleri ile olmuştur. Dünya'da anne sütü kullanımı hızla artarken aynı durum ülkemiz için de geçerlidir (1).

Bugün dünyada özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşamın ilk bir yılında birçok çocuk yetersiz ve dengesiz beslenme nedeniyle gelişen hastalıklar sonucunda hayatını kaybetmektedir (2). Dünyada her yıl beş yaşın altında 11 milyon çocuk çeşitli nedenlerle ölmektedir. Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre gelişmekte olan ülkelerdeki ishal, pnömoni, idrar yolu infeksiyonları Türkiye koşullarında da bebek ölümlerinin başlıca sebepleridir (3,4). Bu hastalıkların çoğu anne sütü ile beslenme ile önlenabilmektedir. Yapılan çalışmalarda elde edilen verilere göre ülkemizde anne sütü ile beslenme yaygın olmasına rağmen, emzirmenin çocuk sağlığına olumlu

etkilerinin görülmemesi, ailelerin bebeklerini anne sütü ile beslerken hatalı uygulamalarda bulunduklarını düşündürmektedir (5).

Bir toplumun gelişmesi ve ilerlemesi, o toplumu oluşturan bireylerin, zihin, beden ve ruh bakımından sağlıklı olmalarına bağlıdır. Bu da bireyin doğduğu günden itibaren yeterli ve dengeli beslenmesi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasıyla olasıdır (6). Anne sütü doğumdan itibaren bebeğin en temel besinidir. Ekonomik, doğal, temiz ve ideal bir besin olması nedeni ile hiçbir besin anne sütünün sağladığı yararı sağlamamaktadır (7). Anne sütünün ve emzirmenin hem bebek hem de anne için başta beslenme olmak üzere sağlık, bağışıklık, gelişimsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden pek çok sayıda yararları vardır (8). Yenidoğan ve süt çocuğu dönemi beslenmesinde ideal bir besin olan ve olumlu etkileri yaşam boyu devam eden anne sütü ile beslenme her çocuğun doğal hakkıdır. Uygun teknik, sıklık ve sürede emzirmek, ilk altı ay anne sütü dışında hiçbir sıvı ya da katı besin vermemek ve iki yaşın sonuna kadar ek besinlerle birlikte emzirmeyi sürdürmek ideal beslenmenin temel koşullarıdır (9).

A. 0-6 AYLIK BEBEKLERİN BESLENMESİ

1. Anne Sütü İle Beslenme (Doğal Beslenme)

a. Anne Sütünün Önemi

Anne sütü, ilk altı aylık dönemlerde bebeği beslemek için özel besin kaynağı olarak önerilir ve altı aydan sonra katı gıdalar eklenerek devam ettirilmelidir. Amerikan Pediatri Akademisi'nin 2012 yılında yayınlamış olduğu "Emzirme ve Anne Sütü Kullanma İlkeleri"nde, ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesini takiben en az bir yıl, mümkünse 2 yıla veya bebek ve anne kesmek isteyene kadar emzirmenin devam etmesini önermektedir (8).

Gelişmekte olan ülkelerde daha yaygın bir sorun haline gelen yetersiz ve dengesiz beslenme, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişimini etkilemekle kalmayıp, toplumun ekonomik ve kültürel gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuz etkilenme bebek ve çocuklarda daha dramatik olmaktadır. Anne sütünün yeterli süre ve miktarda verilememesi ile ortaya çıkan malnutrisyon, gelişmekte olan ülkelere bebek ölümlerinin %50'sinden sorumludur.

Anne sütü alım yetersizliği aynı zamanda lme sebebiyet verebilecek ishalli hastalıklar, alt solunum yolu hastalıkları ve çeşitli beslenme bozukluklarına da zemin hazırlar. Anne sütü ile beslenme, hem bebeklerin sağlıklı büyüme ve gelişmesini, hem de aile ve ülkenin sosyoekonomik açıdan kalkınmasını sağlar (10).

Anne sütü, üstün içeriği ve özellikleri ile yenidoğan bebeğin tüm besin gereksinimini ilk 6 ay boyunca tek başına karşılayan en uygun besindir. Anne sütü ile beslenmenin önemi çok eski zamanlardan beri bilinmektedir. Dünya Sağlık rgt yaşamın ilk 6 ayında bebeklerin, normal büyüme ve gelişme göstermeleri, sağlıklarını sürdürebilmeleri için, su dâhil hiçbir ek besin verilmeksizin, sadece anne sütü ile beslenmesini önermektedir (10).

Beslenme, mide-bağırsak fonksiyonu, konak savunması ve psikolojik iyilik hali açısından kabul edilen faydalarından dolayı, tüm bebekler için emzirme hem resmi hem de tıp meslek kuruluşları tarafından güçlü bir şekilde desteklenmektedir (8,11).

Anne sütü alan bebeklerin mortalite ve morbidite oranları anne sütü almayan bebeklerle karşılaştırıldığında, anne sütü alanların mortalite ve morbidite oranları daha düşüktür. İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde başta infeksiyon hastalıkları olmak üzere bir çok hastalığın görülme sıklığı azalmakta ve beyin gelişimi daha iyi olmaktadır. Dünyada ilk 6 ayda sadece anne sütü ile beslenme oranının %37, anne sütü ile birlikte ek gıda verme oranının ise %55 düzeyinde olduğu bildirilmektedir (12).

Ülkemizde ve dünyada, anne sütüyle beslenme konusunda pek çok özendirici çalışma yapılmaktadır. 2013'te yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'da, Türkiye'de anne sütü ile beslenmenin yaygın olduğu, ancak sadece anne sütü ile beslenme oranının istenilen düzeyde olmadığı görülmüştür. Sadece anne sütü ile beslenme oranının TNSA-2008'de %42 iken, TNSA 2013'te %30'a düştüğü görülmüştür. Türkiye'deki emzirme oranları değerlendirildiğinde, anne sütüyle beslenmenin yaygın olduğu, ancak doğru uygulanması ile ilgili sorunların bulunduğu görülmektedir. Bu sorunların başlıcaları: emzirmeye geç başlanması, annelerin doğumdan önceki dönemde emzirme konusunda yeterince bilgilendirilmemesi, emzirmeye başlanırken annelere sağlık personeli desteğinin yeterli verilmemesi,

biberon/emzik kullanılması, bebeklerin emzirme öncesi beslenmesi, ek gıdalara çok erken ya da çok geç başlanmasıdır. Anne sütü verilmeye başlanmadan önce başka sıvıların (su, şekerli su vb.) verilmesi ‘emzirme öncesi beslenme’ anlamına gelmektedir ve bebeklerin %26’sının anne sütünden önce başka gıdalarla beslendiği gösterilmektedir (13).

Emzirmenin bebek için doğrudan klinik yararları olduğu gibi emzirme döneminden sonra da uzun vadeli faydaları vardır. Emzirme döneminde doğrudan sağlanan bu faydalar arasında, gastrointestinal fonksiyon ve konakçı savunmada iyileşme ve akut hastalıkların (örn. Akut otitis media) önlenmesi bulunmaktadır (14).

Gastrointestinal fonksiyon: İnsan sütünde bulunan çeşitli bileşenler gastrointestinal yolun olgunluğunu arttıran gastrointestinal büyümeyi ve hareketliliği uyarır. Enfeksiyonlara karşı korur ve nekrotizan enterokolit riskini azaltmaktadır (15,16).

Bu uyarıcı ve koruyucu bileşenler şunları içerir:

- Hormonlar (örn., Kortizol, somatomedin-C, insülin benzeri büyüme faktörleri, insülin ve tiroid hormonu) bağırsak büyümesini ve mukoza fonksiyonunu etkileyebilir (17,18).
- Büyüme faktörleri (örn., Epidermal büyüme faktörü (EGF) ve sinir büyüme faktörü) barsak yolunun gelişimini etkiler ve invaziv hastalığa karşı koruyucu olabilir (18). EGF, bağırsak hücrelerinde DNA sentezi, protein sentezi ve hücrel proliferasyonu uyaran bir polipeptittir (19). Proteolitik sindirime dirençli olan EGF, emziren hayvanlarında bağırsak lümeninde bulunur ve deneysel modellerde nekrotizan enterokolitten korunma ile ilişkilendirilmiştir (20,21). Sinir büyüme faktörü barsak yolunun innervasyonunda rol oynayabilir.
- Gastrointestinal mediyatörler (örn., Nörotensin ve motilin) gastrointestinal hareketliliği etkileyebilir (17,18,22).

Serbest amino asitler, bağırsak büyümesi için besleyici olabilir (örn., Taurin) ve enterosit büyümesini uyarabilir (örn. Glutamin) (19).

- Anti-inflamatuar ajanlar (örn., Interlökin 10) nekrotizan enterokolit riskini azaltabilir. İnterlökin-10 inflamasyonu ve gastrointestinal traktus hasarını azaltan anti-inflamatuar bir sitokindir. İmmünoglobülinler IgA ve IgG, mukozal bağışıklığın artırılması ve böylece gastrointestinal yolun yabancı antijenlerden veya mikroorganizmalardan korunması ve nekrotizan enterokolitin önlenmesine katkıda bulunarak önemli bir rol oynayabilir (23,24). Ek olarak, çoklu doymamış yağ asitleri, inflamatuvar reaksiyonları modüle eder ve gastrointestinal sistemi nekrotizan enterokolitten koruyabilir (25).

- Enzimler (örneğin trombosit aktive edici faktör (PAF) asetilhidrolaz), GI kanalını korur. PAF-asetilhidrolaz, nekrotizan enterokolit sırasında indüklenen bağırsak hasarının güçlü bir mediatörü olan PAF'ı parçalar (26).

- Anne Sütü, Streptokok ve Escherichia coli gibi potansiyel enteropatojenik bakterilerin yerine, Bifidobakterilerin ve Lactobacillus türlerinin yararlı mikropları tarafından yenidoğan bağırsak kolonizasyonu ile ilişkilidir. Bifidobakteriler ve Lactobacillus türleri, nekrotizan enterokoliti önlemek ve çocuklarda kolik ve gastroenterit tedavisinde kullanılan probiyotik preparatlarda kullanılan olağan mikrobik ajanlardır (27).

Anne sütünün anti mikrobik bileşenleri: İnsan sütü, antimikrobiyal aktiviteye sahip çeşitli heterojen ajanlar içerir. Bu faktörlerin çoğunun özellikleri şunlardır:

- Laktasyon süresince devam eder.
- Bebeğin gastrointestinal sistemindeki sindirim enzimlerine karşı dirençlidir.
- Mukozal yüzeylerde (gastrointestinal, solunum ve idrar yolları gibi) etki gösterir.

Protein: Laktoferrin, lizozim ve immünoglobülin A'nın salgı bileşenleri gibi spesifik proteinler anne sütü proteininin peyniraltı suyu (whey) fraksiyonunda bulunur. Bunlar genellikle proteolitik bozunmaya karşı dirençli olup mukozal yüzeylere mikrobiyal bağlanmayı önler ve mikrobik aktiviteyi inhibe eder (28-31).

- Laktoferrin, demir (apolaktoferrin) tarafından tutulmadığı sürece antimikrobiyal aktiviteye sahiptir ve mikrobiyal öldürme sürecinde diğer savunma proteinleri ile birlikte çalışabilir (32).

- Lizozim, hücre duvarlarını parçalayarak bakterilere karşı etki gösterir.

- Salgısal immünoglobulin A plazma hücreleri tarafından belirli antijenlere karşı sentezlenir. Bunlar anne sütünün koruyucu niteliğine büyük katkıda bulunmaktadır (33,34). Anne sütündeki plazma hücreleri, respiratuar veya gastrointestinal sistem yoluyla yabancı antijenlere maruz kaldığında, salgısal immünoglobulin A antikorları üretirler. Salgısal immünoglobulin A, meme bezinin interstisyel boşluklarındaki plazma hücreleri tarafından sentezlenir ve süt içine salgılanır. Sütten bebeğe geçen bu salgısal immünoglobulin A antikorları, antijenlere karşı pasif bağışıklık sağlar (30,33,34).

Lipid: Lipid metabolizmasının bileşenleri, lipid hidrolizi ürünleri, serbest yağ asitleri ve monogliseritler, virüsleri, bakterileri ve Giardia gibi protozoonları parçalayan deterjana benzer bir özelliğe sahiptir ve böylece mikrobial ajanlara karşı konakçıyı korurlar (35,36).

Karbonhidrat: Karbonhidrat polimerlerinde ve glikoproteinlerde bulunan oligosakkaritler, Bifidobakteri ve Lactobacillus türlerinin büyümesini kolaylaştırarak bağırsak bakteri florasını değiştirebilir (37). Bu oligosakkaritler, yapıları bakteriyel antijen reseptörlerini taklit ettiği için, çoklu antimikrobik ajanlar için reseptör analogları gibi davranırlar. Örneğin, üriner oligosakkaritler bakteriyel epitel reseptörlerini taklit eder, bu nedenle idrar epitel hücrelerine bakteri yapışmasını azaltır (38,39).

Beyaz kan hücreleri: İnsan sütü beyaz kan hücrelerini içerir, bunların yüzde 90'ı nötrofiller ve makrofajlardır. Bu hücreler, fagositoz ve hücre içi öldürme yoluyla antimikrobiyal aktiviteye katkıda bulunur (28). Sütteki lenfositler, sitokin üretimine (T hücreleri) veya IgA üretimine (B hücreleri) katkıda bulunabilir (28,31).

Emzirirken hastalıkların engellenmesi: Hem zengin hem de fakir ülkelerde, anne sütü formül mamalarla karşılaştırıldığında, bebeğin beslendiği dönemde akut hastalık riskini azaltır.

Fakir ülkelerde genel morbidite ve mortalite, emzirilerek beslenen bebeklerde emzirilmemiş yani formül mamalarla beslenen bebeklere kıyasla daha düşüktür (40,41). Buna ek olarak, anne sütü ile beslenen bebeklerde gastroenterit ve solunum yolu hastalığı insidansı daha düşüktür (42-43). Dünya çapında verilerin sistematik bir şekilde gözden geçirildiğinde düşük ve orta gelirli ülkelerde emzirilen altı aydan küçük bebeklerin emzirilmemiş olanlara kıyasla yüzde 88 daha düşük ölüm riski vardı (41).

Zengin ülkelerde, emzirilen bebeklerde akut hastalıkların salgın hızı, formülle beslenen bebeklere kıyasla daha düşüktür (44). İlk yıl boyunca emzirilen bebeklerde ayaktan taburculuk ve hastaneye yatış oranı daha düşüktür (45-48). Bu bulgular, emzirilen bebeklerde hastalığın şiddetinin daha az olduğunu göstermektedir (46). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ve diğer yüksek gelirli ülkelerdeki bebek ölümleri, emzirme yetersizliği ile ilişkilendirilmiştir (41,49).

Anne sütü ile beslenen bebeklerde formül mama ile beslenen bebeklere kıyasla solunum yolu hastalıkları, akut ve tekrarlayan otitis media, idrar yolu enfeksiyonu, sepsis, gastroenterit atakları ve ishal için hastaneye yatırılma oranları daha düşüktür (41,50).

Bir çalışmada, emzirme ile formülasyon karşılaştırıldığında, yaşamın ilk 13 haftasında gastroenterit (48 saat veya daha fazla süren kusma veya ishal olarak tanımlanan) görülme sıklığı azalmıştır (% 3.0'a karşı % 15.7) (51).

Yüksek eğitim seviyesine (> 16 yaş) sahip annelerden oluşan ikinci bir çalışmada ise emzirilen bebekler, yaşamın ilk 12 ayında formüle edilmiş mamalarla beslenen bebeklere oranla daha az ishal geçirdi (2.6'ya karşı 6.3 gün) . Anne sütünün bu koruyucu etkisi, maternal antikorların varlığından kaynaklanmaktadır. (46).

Solunum yolu hastalığı: Formül mamalarla beslenen bebeklere kıyasla emzirilen bebekler kıyaslandığında bu süre boyunca solunum yolu hastalıkları sıklığı azalır (41,50-57). Bir çalışmada, yaşamın ilk dört ila altı aylık emzirme döneminde emzirilen bebekler ile formüle edilmiş mamalarla beslenen bebekler kıyaslandığında emzirilerek beslenen bebeklerde wheezing ve alt solunum yolu enfeksiyonu sıklığında azalma bildirmiştir (52,54). Anne sütü ile formül mamalar karşılaştırıldığında solunum yollarına bağlı hastalıklardan korunma oranı, bir yıllık yaşla birlikte azalmaktadır (52,54,55).

Otitis media: Özellikle iki yıldan daha genç olanlarda, emzirilerek beslenen bebekler ile formülle beslenen emzirilmemiş bebekler karşılaştırıldığında, otitis media ve tekrarlayan otitis media insidansı azalmıştır (41,58,59).

Üriner sistem enfeksiyonu: Bir vaka-kontrol çalışmasında, üriner sistem enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatırılan bebekler, eşleştirilmiş kontrol hastalarıyla karşılaştırıldığında emzirilme oranları daha düşüktü (60). Emzirilen bebeklerin formül ile beslenen bebeklere kıyasla idrarlarında daha fazla oligosakkarid, laktoferrin ve salgı IgA içeriğine sahip oldukları gözlemlenmiştir (61).

Anne sütü ile emzirmenin emzirme döneminden sonra da uzun vadeli faydaları olabilir. Kanıtlar çoğunlukla yetersiz olsa da, emzirme ile formül besleme karşılaştırıldığında daha sonraki dönemde akut hastalık, bazı kronik hastalıklar, ayaktan hastaneye başvuru ve hastaneye yatma riski azalmaktadır (48).

Akut hastalıklar: Emzirme işlemi kesildikten sonra bile, formülasyonla beslenmeye kıyasla emzirme, akut hastalıkların azaltılmasında koruyucu bir etkiye sahiptir. Örnek olarak, altı aydan daha uzun süre anne sütü ile beslenen ilk 12 aylık bebekler emzirmemiş olanlarla karşılaştırıldığında, tekrarlayıcı otitis media insidansı (6 ayda ≥ 3 episod veya 12 ayda ≥ 4 epizot olarak tanımlandı) emzirilen bebeklerde azalmıştır. (yüzde 10'a karşılık yüzde 20.1) (62). Başka bir çalışmada, emzirme döneminin arttırılması, akut enfeksiyonlarda hastaneye yatma riskini azaltmıştır (63).

Anne sütü ile besleme sonrası korunma, emzirmenin süresi ile birlikte artmaktadır (56). Demografik değişkenler (etnisite ve sosyoekonomik durum da dahil olmak üzere), çocuk bakımı ve sigara içimine maruz kalma durumlarını düzelttikten

sonra, sadece 6 aydan daha uzun emzirilenlere kıyasla dört ila altı ay arasında emzirilen bebeklerin pnömoni gelişme olasılığı daha yüksektir.

Kronik hastalık: Emzirme süresiyle obezite insidansında azalma (64), kanser (64,65-67), yetişkin koroner kalp hastalığı (68), belli alerjik koşullar (69-72), Tip 1 diabetes mellitus ve inflamatuvar bağırsak hastalığı arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (73).

Obezite: Eldeki bazı literatür bilgilerine göre, doğruluğu tam olarak kanıtlanmamış olsa bile, emzirme ve obezite arasında hayatın ilerleyen dönemlerinde bir ilişki var gibi gözükmemektedir. Ancak böyle bir ilişkinin etiyolojisi açık değildir (74-78).

Kanser: Anne sütü ile çocukluk çağı kanseri olarak bilinen lösemi ve lenfoma riskinin azalması ilişkilendirilmiştir (65-67,79). İngiliz popülasyonuna dayalı vaka kontrollü çalışmada, emzirme, lösemi, Hodgkin lenfoma, nonhematolojik kanserler ve tüm çocukluk çağı kanseri riskinde küçük bir azalma ile ilişkiliydi (66).

Kardiyovasküler risk faktörleri: Veriler, emzirmenin yetişkin kardiyovasküler hastalık riski üzerindeki etkileri konusunda da çelişkilidir.

Emzirmeye ilişkin sınırlı veri, kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinde (dislipidemi, obezite ve C-reaktif protein (CRP) artışı) azalma ile ilişkilidir (80).

Randomize bir çalışmada, anne sütü ile beslenen preterm bebeklerin formül alanlara kıyasla daha düşük serum CRP'ye ve düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) düzeylerine sahip oldukları görülmüştür (81-84).

Maloklüzyon: Emzirmek muhtemelen maloklüzyonun (alt ve üst çene arasındaki temas bozukluğu nedeniyle dişlerin kusurlu kapanışı) azaltılması ile ilişkilidir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yapılan çalışmaların bir analizinde emzirme, maloklüzyonda yüzde 68'lik bir azalma ile ilişkilendirilmiştir (85).

Alerjik durumlar: Emzirme, alerjik hastalık riskini azaltmada faydalı olabilir, ancak veriler genellikle çelişkili ve kesin değildir.

Diabetes mellitus: Formül mamalarla beslenen bebeklere kıyasla anne sütü ile beslenen bebeklerde, tip 1 diabetes mellitus gelişme riskinde azalma görülmektedir (41). Bu farkın, tip 1 diabetes mellitus patogenezinde rol oynayan

belirli bir inek sütü proteine beta-kazeine hücre aracılı bir tepki vermesi nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Buna ek olarak, emzirilen bebeklerde formül beslenenlere kıyasla tip 2 diabetes mellitus insidansının azaltıldığına dair veriler bulunmaktadır (41,80,86).

Nörogelişimsel sonuç: Bir dizi çalışma, anne sütü alan çocuklarda, formül alanlara kıyasla küçük nörogelişimsel avantajları göstermiş olmakla birlikte, emzirilmeye yönelik nörogelişimsel sonuçta, formülle beslenen bebeklere kıyasla, klinik olarak anlamlı bir uzun vadeli fayda olup olmadığı belirsizliğini korumaktadır.

Bilişsel gelişim: Emzirmenin, çocukluk ve ergenlik döneminde bilişsel gelişimini hafif artırdığına dair birkaç rapor vardır (41,87-89).

Genç erişkinlerde yapılan bir çalışmada (ortalama yaş 27.2 yıl) emzirme süresi ile iki bilişsel test arasındaki puanlar arasında pozitif bir ilişki vardı (87-93). Emzirmenin süresine göre Wechsler Yetişkin Zeka Ölçeği İstihbarat puan ortalamaları (IQ) aşağıdaki gibidir:

- Emzirilen ≤ 1 ay: 99.4
- Emziren ≥ 1 ila 3 aylık: 101.7
- 4-6 aylık emzirme dönemleri: 102.3
- 7 ila 9 aydan itibaren anne sütü: 106,0
- Anne Sütü > 9 ay: 104

Görme fonksiyonu: Yapılan birkaç çalışma, anne sütü ile beslenen term ve prematüre bebeklerin, formülle beslenen bebeklere kıyasla anne sütünün görsel fonksiyonlarda iyileşme yaptığını ortaya koymuştur. Bu yarara beyin, retina ve kırmızı hücre zarlarında bulunan fosfolipidlerin bir bileşeni olan dokosaheksaenoik asit (DHA) atfedilmiştir (94). DHA insan sütünün içinde bulunur, ancak sığır sütünde yoktur. Prematüre retinopatisinin şiddeti ve insidansı, emzirilerek beslenen bebeklerde emzirme döneminde formüle edilmiş mamalarla beslenen bebeklere kıyasla azalmıştır. Bu bulgular formülle beslenen bebeklerde, DHA içeren formül mamalarla beslenmenin gerektiğinin önemini ortaya koymaktadır (95,96).

İşitme fonksiyonu: İşitsel uyarılmış yanıtlar, emzirilen prematüre bebeklerde daha erken olgunlaşır (97).

Çocuk davranışı: Ebeveyn görüşmesine ve ankete dayanan İngiliz Millenium kohort araştırmasının verileri, beş yaşındaki çocuklarda dört ay ya da daha uzun süredir emzirmenin davranış problemleri riskiyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (98) .

Stresin azaltılması: Anne sütü ile beslenmenin analjezik etkileri var gibi görünüyor, bu da anne ile bebek arasındaki bağlantının artmasına bağlı olabilir. Geliştirilmiş bağlanma bebek stresini azaltabilir. Anne sütü ile beslenen bebekler, ağırlı süreçler sırasında formül mamalarla beslenen bebeklere göre daha az stres yaşarlar (99). Laktasyon hormonları, oksitosin ve prolaktin, stres ekseninin önemli bileşenleridir ve anne-bebek bağına da içeren sosyal davranışlar üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir (100). Anne sütünün analjezik etkileri için bir başka muhtemel açıklama, emzirilmeyen bebekler ile karşılaştırıldığında daha yüksek bir kortizol düzeyidir (101).

b. Anne Sütünün İçeriği

Anne sütü, ilk 6 ayda D ve K vitamini dışında tüm besin öğelerini, bebeklerin gereksinimlerini karşılayacak düzeyde içermektedir. Anne sütü, inek sütü ya da formül sütlere göre daha kolay sindirilir, böylelikle mide daha erken boşalır. Bu sebeple anne sütü ile beslenen bebekler, formül mama ile beslenenlere göre daha sık aralıklarla beslenmelidir (102).

Anne sütünün içeriği sabit olmayıp bebeğin gereksinimlerine göre şekillenir. Örneğin prematüre bebek dünyaya getiren annenin sütü ile term bebek dünyaya getiren annenin sütünün içeriği aynı değildir. Prematüre ve term anne sütü arasındaki fark 1. aydan sonra ortadan kalkar. Ayrıca gece sütü ile gündüz sütünün, emmenin ilk evresinde gelen süt ile daha sonra gelen sütün, doğumdan sonra ilk aylarda salgılanan sütle daha sonraki aylarda salgılanan sütün içeriği de birbirinden farklıdır. Her anne bebeği için en uygun sütü üretir. Bebek emerken ilk önce karbonhidrattan zengin bir ön süt salgılanır, emzirmenin sonuna doğru da yağdan zengin bir son süt salgılanır. Bu nedenle her öğünde bebeğin bir memeyi son süte kadar boşaltması sağlanmalıdır.

Diğer öğünde emzirmeye, bebeğin emmediği ya da tam boşaltmadığı ikinci taraf memeden başlanmalıdır (102).

Doğumdan sonra süt bileşimindeki değişim; kolostrum, geçiş sütü ve olgun süt olmak üzere üç evre gösterir.

Kolostrum (Ağız Sütü): Doğum sonrası ilk haftada üretilen süt, kolostrum adını alır. Olgun süte oranla antienfektif unsurlar, vitamin A, sodyum, çinko daha yüksek oranda bulunur ve bebeği infeksiyondan korur. Kolostrum, bebeğin gastrointestinal sistemini immunglobulinlerle bir tabaka şeklinde örter ve dış ortamdan gelen mikroorganizmalara karşı sağlam bir bariyer oluşturur. Daha sarı renkli, matür süte oranla daha yoğun (dansite: 1055), vitamin (A, D, K, B12,), mineral (sodyum, çinko, bakır, demir) ve protein bakımından daha zengindir. Kolostrumda β -karoten düzeyi de yüksektir. Sütün sarımsı rengi, bu yüksek beta karoten düzeyinden kaynaklanmaktadır. Enfeksiyon ve alerjiden koruyan antikorlar, sekretuar IgA, laktoferrin, makrofajlar, T ve B lenfosit gibi unsurlardan zengindir. Yağ, laktoz, karbonhidrat, suda eriyen vitaminler ve kalori içeriği olgun süte oranla daha düşüktür (103). (Tablo 2.1).

Tablo 2. 1. Matür süt ile kolostrumun içerik açısından karşılaştırılması

	Laktoz	Yağ	Kalori	Dansite
Kolostrum	%5	%3	570 kcal/l	1055
Olgun süt	%7	%4.5	650 kcal/l	1031

Geçiş Sütü: Bir hafta-15 gün arasında üretilen süt geçiş sütüdür. İmmunglobulin, protein ve mineral düzeyi azalırken laktoz, yağ, kalori ve enerji miktarı artmakta ve 15. günde yerini ‘olgun süt’e bırakmaktadır.

Olgun (Matür) Süt: İlk iki haftadan sonra anne sütü ‘olgun süt’ özelliğini kazanır. Olgun sütün hem yoğunluğu, hem besin bileşimi, hem de görünüşü kolostrumdan çok farklıdır. Bu süt daha sıvı ve daha mavimsidir. İnek sütüne göre de daha sulu görünümündedir. Anne sütünün içeriği bireyler arası biyokimyasal farklılıklara,

annenin diyetinin özelliklerine, laktasyonun dönemine ve emzirme süresinin uzunluğuna göre değişkenlik gösterir (103).

Olgun anne sütünün bileşimi ve özellikleri aşağıdaki gibi özetlenmektedir (Tablo 2.2).

Tablo 2. 2. Olgun anne sütünün bileşimi ve özellikleri

	Olgun anne sütü		Olgun anne sütü
Su (ml/l)	876	E vitamini (mg/l)	2.3
Enerji (kcal/l)	700	C vitamini (mg/l)	40
Protein (g/l)	13	Tiamin (mg/l)	0.21
Kazein/ whey oranı	40/60	Riboflavin (mg/l)	0.35
Karbonhidrat (g/l)	70	Niasin (mg/l)	1.5
Yağ (g/l)	42	Pantotenik asit (mg/l)	1.8
Sodyum (mEq/l)	7	A vitamini (µg/l)	670(retinol eşdeğeri)
Potasyum (mEq/l)	13	D vitamini (µg/l)	0.55
Klor (mEq/l)	11	K vitamini (µg/l)	2.1
Kalsiyum (mg/l)	280	Biotin (µg/l)	4
Fosfor (mg/l)	140	İyot (µg/l)	110
Magnezyum (mg/l)	35	Selenyum (µg/l)	20
Demir (mg/l)	0.3	Manganez (µg/l)	6
Çinko (mg/l)	1.2	Flor (µg/l)	16
Bakır (mg/l)	0.25	Krom (µg/l)	50

Anne sütünün su içeriği:

Anne sütünün %87'sinin sudan oluşması nedeniyle, ilk 6 ay bebeğin anne sütü dışında su ya da benzeri sıvı gıdalara ihtiyacı yoktur (102).

Anne sütünün protein içeriği:

Anne sütündeki proteinler sadece bir aminoasit kaynağı olmayıp, immun görevlerin yerine getirilmesi, vitamin ve hormonların taşınması ve enzim aktivitesi gibi diğer rolleri de üstlenmektedir. Anne sütündeki protein miktarı diğer canlıların sütündekinden daha düşük orandadır ancak biyoyararlanımı oldukça yüksektir.

Anne sütündeki proteinlerin önemli bir bölümü süt serumu proteinleridir (whey proteini). Whey proteini kazeine göre daha kolay sindirilir. Whey proteini, büyük oranda α -laktalbuminden oluşmaktadır ve meme alveollerinde laktoz sentezinde görevlidir. Laktoferrin, lizozim, serum albumin, sekretuar IgA ve diğer immunglobulinler de bağışıklıkta rol oynamaktadır. Anne sütündeki proteinlerin %15-20'sini oluşturan laktoferrin; anne sütündeki demiri bağlayarak hem bebeği gastrointestinal sistem infeksiyonlarına karşı korur, hem de anne sütündeki demirin biyoyararlanımını artırır. Anne sütünde β -laktoglobulin bulunmaz. İnek sütünde bulunan bu protein alerjik cilt ve solunum yolu hastalıklarıyla beraber, inek sütü alerjisi ve infantil kolikden de sorumlu tutulmaktadır. Anne sütü proteininin %40'ını kazein oluşturur. Kazein bebeğe kalsiyum, fosfor, aminoasit sağlamaktadır. Anne sütünde bol miktarda esansiyel aminoasit bulunur. Konsantrasyonu en yüksek olanı glutamik asit, daha sonra ise büyüme düzenleyicisi taurin'dir. Glutamik asit ve taurin, safra tuzlarının konjugasyonunu sağlarlar, nörotransmitter ve nöromodülatör olarak santral sinir sisteminin gelişimine katkıda bulunurlar, büyüme modülatörüdürler ve retinanın gelişmesinde rol oynarlar. Fetüs ve prematürelerde, metionini sisteine dönüştüren sistationaz enzimi yeterli değildir. Bu nedenle sistein yenidoğan dönemi için esansiyel kabul edilir. Anne sütünde sistin/metionin oranı 2/1 iken bu oran inek sütünde 1/3 tür. Fenilalanin ve tirozin düzeyi anne sütünde düşüktür (104). Bebeklerin protein ihtiyaçları aylara göre değişim göstermektedir (Tablo 2.3) (105-107).

Tablo 2. 3. Bebeklerin aylara göre değişen günlük protein gereksinimleri

Aylar	Protein gereksinimi:
0-3 ay	3.3 g/kg
4-6 ay	2.6 g/kg
7-9 ay	2.1 g/kg
10-12 ay	1.7 g/kg

Çocuklarda protein gereksinimi, erişkinlerdeki gibi sadece dokuların tamiri ve yeniden yapılanması için değil, vücudun büyümesi ve gelişmesi için de gereklidir. Proteinler yapı taşı olarak kullanıldığından alınması zorunludur.

Anne sütünün karbonhidrat içeriği:

Anne sütünün asıl karbonhidratı laktozdur ve anne sütünde, inek sütünden daha yüksek oranda bulunur. Laktoz yavaş ve kolay sindirilebildiğinden kan şekerini iyi düzenler, kalsiyum magnezyum gibi minerallerin bağırsaktan emilimini arttıracak kemik mineralizasyonunu olumlu yönde etkiler. Beyin ve spinal kordda galaktopeptidlerin yapısına girerek beyin gelişiminde rol oynar.

Laktozun sindirilemeyen kısmı bağırsakta fermente olarak asidofilik bakteriyel floranın (laktobasillus bifidus) gelişiminde rol oynar. Bu komponente Bifidus Faktör/Büyüme Faktörü de denir. Bu faktör sayesinde çocuğun, gastroenterite karşı direnci artar (104).

Anne sütünde glukoz daha düşük miktarlarda bulunmaktadır. Diğer karbonhidrat bileşenleri: nükleotid şekerleri, glikolipit, glikoproteinler ve oligosakkaritler olarak sayılabilir. Oligosakkaritlerin yapısı bakteriyel antijen reseptörlerine benzediğinden, bakterilerin mukozaya yapışmasını önler (104).

Anne sütünün yağ içeriği:

Anne sütünün toplam yağ içeriği 30-50 g/l arasında değişmekte olup bu, anne sütünün sağladığı enerjinin yaklaşık %45-55'ine denk gelmektedir. Yani anne sütü, kalorisinin %50'sini içeriğindeki lipidlerden almaktadır. Anne sütünün yağ içeriği inek sütüne oranla daha fazladır ve üstelik biyoyararlanımı da daha yüksektir.

Anne sütünün yağ içeriği anneden anneye, laktasyon zamanına, gün içinde salgılandığı zamana ve emzirme süresine bağlı olarak değişir. Kolostrumda 20g/l olan yağ konsantrasyonu, geçiş sütünde 25-30g/l'ye olgun sütte ise 35-45g/l'ye ulaşır (108).

Anne sütündeki yağların %98'i trigliserittir ve yağlar bebek için en önemli enerji kaynağıdır. Anne sütünde bulunan lipaz, düşük safra konsantrasyonlarında bile yağ sindirimine yardımcı olmaktadır. Anne sütünde bulunan palmitik, oleik, linoleik, α -linolenik yağ asidi düzeyleri yüksektir. Araşidonik asit (AA), dokosaheksaenoik asit (DHA), linoleik asit ve α -linolenik asit, sinir ve retina hücrelerinin yapısına girmekte, bu uzun zincirli poliansature yağ asitlerinin eksikliğinde sinir sistemi ve görme fonksiyonlarının gelişimi yeterli düzeyde olmamaktadır (109).

Esansiyel yağ asitleri anne sütünde inek sütüne oranla 8 kat daha fazla bulunur. Anne sütündeki kolesterol miktarı da inek sütüne ve formül süte oranla yüksektir. Yüksek kolesterol düzeyinin ilk aylarda lipolitik enzimleri uyarıcı etkisinin olduğu ve bu sayede erişkin dönemde ateroskleroz gelişimine neden olduğu düşünülen düşük dansiteli lipidlerin birikimini önlemede etkili olabileceği öne sürülmektedir (109).

Bebeklerin kalori ihtiyaçları aylara göre değişim göstermektedir (105-107). (Tablo 2.4).

Tablo 2. 4. Bebeklerin aylara göre değişen günlük kalori gereksinimleri

Aylar	Kalori gereksinimi:
Yenidoğan	90-140 kcal/kg
1-3 ay	120 kcal/kg
4-9 ay	110 kcal/kg
10-12 ay	105 kcal/kg
1 yaş + Her 1 yıl için	1000 Kalori/gün + 100 kcal/yıl

Anne sütünün vitamin ve mineral içeriği:

Anne sütünde D ve K vitamini dışında diğer tüm vitaminler yeterli düzeydedir. Doğum sonrası yapılan vitamin K uygulaması ve 15. Günde başlanan D vitamini desteği ile vitamin ihtiyacı tamamlanmış olur.

Yenidoğanda K vitamini sentezleyen bağırsak florası henüz oluşmadığından, yenidoğanın hemorajik hastalığının önlenmesi için 1 mg suda eriyen K vitamini intramüsküler/intravenöz uygulanmalıdır. Gebelik ve laktasyonda normal beslenen ve güneş ışınlarından yeterince yararlanan annelerin sütlerindeki D vitamini, yeterli süre ve uygun biçimde güneşlendirilen bebekler için yeterlidir, ancak bu koşulların tam olarak sağlanamadığı durumlarda, bebeklere ilk yıl içinde, 15-20. günden itibaren başlamak üzere, 400 IU/gün D vitamini verilmelidir.

Anne sütündeki vitamin ve mineral miktarı inek sütüne oranla çok daha düşüktür ancak biyoyararlanımı yüksek olduğundan, bu düşük düzey bile bebeğin gereksinimlerini karşılamaya yeterlidir. İdrarla atılması gereken protein ve minerallerin miktarı fazla olmadığından, anne sütü ile beslenen bebeklerde, böbrek solüt yükü daha hafiftir. Anne sütü intraselüler sıvılara benzerlik göstermektedir, zira potasyum içeriği sodyuma oranla yüksektir. Sodyum düzeyinin düşüklüğü yenidoğanın olgunlaşmamış böbreğine uyum gösterir. Kalsiyum, fosfor ve selenyum gibi minerallerin düzeyi annenin diyetine göre değişkenlik gösterir. Çinko, bakır, krom, selenyum, demir ve magnezyum düzeyleri laktasyon dönemine göre değişkenlik gösterir. Anne sütü demir ve magnezyumu daha az içermesine karşın bakır konsantrasyonu daha yüksektir. Kolostrumun bakır, demir, çinko düzeyleri olgun süttten fazladır. Anne sütündeki demirin emilimi inek sütüne oranla daha yüksektir. Normalde gıdalardaki demirin %5-10'u emilirken anne sütündeki demirin %60'ı emilmektedir. Bu da ilk 6 ayda çocuğu demir eksikliği anemisinden korumaktadır (110).

Anne sütünün kalsiyum oranı inek sütünden daha düşüktür ancak kalsiyum/fosfor oranı daha yüksek olduğundan anne sütündeki kalsiyumun emilimi daha fazladır ve çocuğun kemik ve diş gelişimi için daha uygundur. Bebeklerin vitamin ve mineral ihtiyaçları aylara göre değişim göstermektedir (105-107) (Tablo 2.5).

Tablo 2. 5. Bebeklerin süt çocukluğu döneminde günlük vitamin ve mineral gereksinimleri

Vitamin ve mineraller	Günlük gereksinim miktarı:
Kalsiyum	500 mg
Demir	6 mg
A vitamini	1500 IU
Tiamin	0.4 mg
Riboflavin	0.6 mg
C vitamini	20-30 mg
D vitamini	400 IU

Anne sütü ve inek sütünün oral solüt yükleri benzer iken, inek sütünün renal solüt yükü daha fazladır. Anne sütü bunun dışında birçok yönüyle inek sütünden farklıdır (Tablo 2.6).

Tablo 2. 6. Anne sütü ile inek sütünün farkları

	ANNE SÜTÜ (100ml)	İNEK SÜTÜ(100ml)
Enerji (kcal)	70	67
Protein (gr)	0.9	3.30
Laktoz	7.0	5.0
Kazein	0.25	2.60
Total Whey protein	0.64	0.70
α -laktalbumin	0.25	0.12
β -laktoglobulin	---	0.30
Laktoferrin	0.17	Eser
Serum albumin	0.05	0.03
Whey/kazein	60/40	20/80
Lizozim	0.05	Eser
IgA	0.10	0.003
IgG	0.003	0.06
IgM	0.002	0.003
Sistin/metionin	2/1	1/3
Ca (mmol)	34	130
P (mmol)	15	110
Ca/P	2/1	1/1
Oral solüt yüküOsm/l	250	263
Renal solüt yükü	80	220

Anne sütünde bulunan büyüme faktörleri:

Anne sütünde başta sindirim sistemi, merkezi sinir sistemi, solunum sistemi olmak üzere pek çok sistemin gelişimini sağlayan büyüme faktörleri vardır. Epidermal büyüme faktörü (EGF), sinir büyüme faktörü, insüline benzer büyüme faktörü, meme kaynaklı büyüme faktörü, eritropoetin, taurin, etanolamin, fosfoetanolamin, interferon bu büyüme faktörlerinin başlıcalarıdır. En fazla bulunanı EGF'dir. Bu faktörler sayesinde anne sütü ile beslenen çocuklarda beynin bilişsel işlevlerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (111).

Anne sütünde bulunan enzim ve hormonlar:

Anne sütünde çok sayıda etkin enzimin varlığı bilinmektedir. Yağ sindirimi için gereken lipaz (en önemlisidir), meme bezlerinde süt lipitleri sentezi için gerekli olan lipoprotein lipaz, laktoz sentezinde rol oynayan galaktozil transferaz, anti-bakteriyel etkiye sahip laktoperoksidaz, tiyosiyanat, hidrojen peroksit başlıcalarıdır. Ayrıca, anne sütü lipazının lipidleri hidrolize etmesi sonucu ortaya çıkan ürünler; Giardia lamblia, Entamoeba histolitica, Trichomonas vaginalis enfestasyonlarını önlemektedir (112-113). Enzimlerin yanı sıra, anne sütünde birçok hormon (Gonadotropin Releasing Hormon, Tirotropin Releasing hormon, Tiroid Stimulan hormon, Lutein Hormonu Releasing Hormon, Tiroid hormonları (T3, T4), Parathormon, prolaktin, kalsitonin, östrojen, progesteron, kortikosteroidler v.s.) bulunmaktadır (113,114).

Anne sütünde bulunan antimikrobiyal ve antienflamatuvar faktörler, immünmodülatörler:

Anne sütü infeksiyonlara karşı koruyucudur. Anne sütü, içerdiği immunglobulinler, laktoferrin, fibronektin, oligosakkaritler, müsin, lipitler, lizozim, C3, C4 gibi antimikrobiyal etkinliğe sahip bileşiklerin etkisiyle Vibrio cholerae, Escherichia Coli, Stafilokoklar, Hemophilus influenza ve Helicobacter pylori gibi bakterilere, Rotavirus, Hepatit C, Cytomegalovirus (CMV) gibi virüslere karşı baskılayıcı olabilmektedir. Bu nedenle anne sütü alan bebekler, sepsis, bakteriyemi, menenjit, solunum, idrar ve gastrointestinal sistem infeksiyonları ve alerjik hastalıklara karşı korunabilmektedirler. Sütteki IgA antikorları, infeksiyonun başlaması için gerekli olan bakteri ve virüslerin mukozaya yapışmasını

önlemektedir. Diğer immuglobulinlerle birlikte salmonella, şigella, kolera, poliovirus, rotavirüs, RSV ve diğer mikroorganizmalarla gelişen enfeksiyonları önler (115).

Vitamin A, C, E, katalaz, glutatyon peroksidaz, α -1 antitripsin, α -1 antikimotripsin, prostoglandin E 1-2, EGF, Transforming Growth Faktor, interlökin 10 anne sütünde bulunan antienflamatuar faktörlerdir.

Anne sütünde tüm bunlara ek olarak interlökinler, interferon gama, α -tokoferol, prolaktin ve Tümör Nekrozing Faktör gibi immunmodulatorler de bulunmaktadır. Monosit, polimorf nüveli lökosit, makrofaj, granulosit, T ve B lenfositleri ise anne sütünün hücresel bileşenlerini oluşturmaktadır.

Anne sütünde bulunan oligosakkarit (bifidus çoğalma faktörü) inek sütünde bulunmamaktadır. *E. Coli* ve deriden gelen diğer bakterilerin epitelyal dokuya bağlanmasını ve dokuya girişini önler (115).

c. Anne Sütünün Faydaları

Anne sütünün bebek için faydaları

- ❖ Anne ve bebek arasında duygusal bağın kurulmasında ve/veya güçlenmesinde önemli rol oynar. Bebeğin ruhsal ve bedensel gelişimine, zekâ gelişimine katkıda bulunur.
- ❖ Hücresel ve humoral immunitiyi güçlendirerek çocuğu alt solunum yolu enfeksiyonları, akut otitis media, nekrotizan enterokolit, akut gastroenterit, bakteriyel menenjit ve idrar yolu enfeksiyonu gibi enfeksiyon hastalıklarından korur.
- ❖ Normal floranın oluşmasına katkı sağlayarak bağışıklığı güçlendirir. Bu yolla aşıların etkinliğini artırır.
- ❖ Tip 1 diabetes mellitus, inflammatuar barsak hastalıkları, lenfoma gibi kronik hastalıklar ve alerjik hastalıklara yakalanma riskini azaltır.
- ❖ Çene ve diş gelişimini olumlu yönde etkiler, diş çürümelerine karşı korur (özellikle biberon çürüklerine karşı).
- ❖ Çocuğu obeziteden korur.
- ❖ Ani bebek ölümü sendromu riski azalır.

❖ Formula ile beslenen çocukların zekâ ve sosyal gelişim puanları anne sütüyle beslenenlere göre daha düşük olmaktadır (110).

Anne sütünün (emzirmenin) anne için faydaları

❖ Doğum sonrası oksitosik etki ile uterusun toparlanmasına yardımcı olarak postpartum kanama riskini azaltır.

❖ Emzirmekle harcanan kaloriler nedeni ile annenin gebelikte aldığı kiloları vermesine yardımcı olur.

❖ Annelik duygusunun gelişimine yardımcı olur.

❖ Anneyi meme kanseri, over kanseri, endometrium kanseri ve osteoporoza karşı korur.

❖ Emziren annelerde postpartum depresyon gelişme riski emzirmeyen annelere göre daha düşüktür.

❖ Emzirmek çok güvenli olmamakla birlikte bir kontrasepsiyon yöntemidir.

Emzirmenin, ovülasyonu önleyici etkisi vardır. Emzirme esnasında yükselen prolaktin düzeyi hem overler hem de hipotalamus üzerine etki ederek over işlevlerini engellemekte, ovülasyonu önlemektedir. Ancak emzirme etkin bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılamaz. Bu nedenle, doğumdan sonra en geç 6. haftaya kadar mutlaka bir gebelikten korunma yöntemi uygulanmasına başlanmalıdır (112,114).

❖ Emzirme annelerde ileride gelişebilecek diabetes mellitus riskini azaltmaktadır. Tam mekanizması bilinmese de emziren annelerde başta romatoid artrit olmak üzere romatizmal hastalıklar daha az oranda görülmektedir (110).

Anne sütünün toplum için faydaları

❖ Beslenme harcamalarını azaltarak aile ve ülke ekonomisine katkı sağlar.

❖ Anne sütü almamaya bağlı gelişecek olan hastalıkların tedavisi için yapılan harcamaları ve hastalıklardan kaynaklanan iş gücü kaybını azaltır.

❖ Dünya Sağlık Örgütü'ne göre anne sütü ile optimal beslenme sayesinde dünyada her yıl ölen 10.6 milyon çocuğun %13'ünün ölümü engellenebilir (116).

d. Emzirme Tekniği

Emzirme doğal bir olay olmasına rağmen çoğu anne başarılı bir emzirme için emzirme danışmanlığı ve aile-çevre desteğine ihtiyaç duyar. Bu nedenle toplumumuzda emzirme oranlarının arttırılması için tüm çocuk ve kadın doğum uzmanları ile ana-çocuk sağlığı merkezleri ve birinci basamakta çalışan hekim ve hemşirelerin emzirme tekniği hakkında bilgi sahibi olması gerekir (117).

Etkili emme ve memeye doğru yerleşme

Memeye iyi yerleşen ve etkili emen bir çocuk areola ve alttaki meme dokusunun çoğunu ağızına almıştır. Laktiferöz sinüsler bu dokunun içinde bulunur. Meme başı ile birlikte ağıza alınan areola ve meme dokusu damağa doğru uzunca bir emzik oluşturur. Meme başı bebeğin ağızı içinde oluşturduğu bu emziğin sadece üçte biridir, geri kalanı laktiferöz sinüslerin bulunduğu meme dokusudur. Bebek meme başından değil bu meme dokusundan emer. Dil önde, alt dişetlerinin üzerinde ve laktiferöz sinüslerin altındadır. Alttan meme başını sarmalıyor şekildedir (117). Memeye iyi yerleşmiş ve etkili emen bir bebeğe dışarıdan bakıldığında;

- Bebeğin ağızının geniş açık olduğu,
- Alt dudağının dışa dönmüş olduğu,
- Çenesinin memeye dokunduğu,
- Yanaklarının yuvarlak ya da annesinin memesine doğru düzleşmiş olduğu,
- Ağızının üzerinde ve altında görülen areola büyüklüğu karşılaştırıldığında; ağızının üzerinde daha fazla, altında daha az areola bulunduğu,
- Emzirme sonrasında meme ve meme başının sağlıklı görünümde olduğu görülür (117).
- Bebeğin başı ve vücudu aynı doğrultuda, düz bir hat üzerinde olmalı,
- Bebeğin burnu, meme başının hizasında olacak şekilde yüzü memeye bakmalı,
- Anne bebeği kendi vücuduna yakın tutmalı,

- Anne, işaret parmağı ile memeyi alttan desteklemeli, başparmak memenin üstünde olmalı ve meme ucu ile bebeğin dudaklarına dokunmalıdır (118).

Doğumu izleyen ilk günlerde özellikle epizyotomi veya sectio olan anneler oturmakta güçlük çektiğinden bebeği kollarının arasına almada, emzirmede güçlük çekerler. Bu nedenle emzirilen bebeği bir yardımcın tutması gerekir (119).

Başarılı bir emzirmenin gerçekleşmesi annenin bebeği memeye tutuşu bebeğin yerleşmesinin doğru bir şekilde olması emzirmenin uygun süre ve sıklıkta olması ile mümkündür. İlk günlerde bebeği yatarak emzirmek anne için daha rahat olabilir. Bu durumda bebek yan yatmış olan anneye dönük yatırılır. Anne serbest kolu ve eliyle bebeği memesine yaklaştırabilir. Annenin ve bebeğin arkasının birer yastıkla desteklenmesi bebeğin yerleşmesine yardımcı olur. Anne sütü ile beslenmede annenin bilmesi gerek en önemli nokta bebeğin memeye nasıl yerleştirileceğidir. Bebek memeye iyi yerleşmiş ise anne ve bebek emzirmeyi öğrenirler ve bu şekilde meme uçları da zedelenmez. Eğer bebek memeyi doğru olarak kavramışsa her emme işlem sırasında çenesinin, bazen kulaklarının hareket ettiği görülür. Doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde bebek çıplak olarak anne memesine konulup emzirmeye başlanılmalıdır (118).

Göğüsler dolu olmasa da doğumdan hemen sonra emzirmeye başlamak süt yapımının uyarılması ve devamı için çok önemlidir. Bebeğin ememediği durumlarda da göğüslerin sağıkarak boşaltılması süt yapımının devamı için gereklidir. Prolaktin salınımının artması için doğumdan sonraki ilk aylarda gece emzirmeler yararlı olmaktadır. Emzirme sıklığı ve süresi bebeğin isteğine göre ayarlanmalıdır. İlk emzirmelerde sütün hemen gelmemesi endişelenecek bir durum olmamalı, bebeğe başka bir besin verilmeden emzirmeye devam edilmelidir. Bebeğin ilk iki günlük enerji gereksinimi doğum öncesinde anne tarafından sağlanarak depo edilmiştir. Bebeğin günde en az beş kez idrar yaparak bezini ıslatması, doğumdan sonra 15. günde doğum kilosuna ulaşması ve ayda en az 500 gram alması yeterli anne sütü aldığını gösterir (118).

e. Anne Sütünün Saklanması

Çalışan anneler sağarak sütünleri bebeklerine verebilirler. Sağılan sütünler kapağı ve şişesi 5 dakika kaynatılarak mikroplardan arındırılan cam kavanozlarda saklanmalıdır. Sağılmış anne sütünü oda sıcaklığında 6-8 saat, buzdolabı rafında 24-48 saat, derin dondurucuda ise 6 ay değerini kaybetmeden saklanabilir. Bu sütünler kullanılmadan önce kavanoz içinde sıcak suda bekletilerek (ben-mari yöntemi) ısıtılmalıdır (120). Günümüzde anne sütünü saklamak için özel üretilmiş silikondan imal edilen anne sütünü saklama poşetleri de bulunmaktadır. Derin dondurucuda saklanacak olan anne sütünlerinin üzerine mutlaka tarih not edilmeli ve kullanırken en eski tarihli olanlardan başlayarak kullanılmalı, dondurucudan çıkarılarak ısıtılan anne sütünleri tekrar dondurulmamalı ve bebeğin tüketmediği artan kısım atılmalıdır.

f. Anne Sütünün Verilemeyeceği Durumlar

Anne sütünü her çocuğun büyüme ve gelişmesi için en iyi besin kaynağı olmasına karşın, çok ender de olsa bazı durumlarda bebeğin anne sütünüyle beslenmesi sakıncalı olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in 2009'da "Bebek Dostu Hastane" kavramı ile birlikte anne sütünün verilemeyeceği durumlar listesi oluşturulmuştur (121). Annenin emzirmemesi, bebeğin anne sütünü almaması gereken durumlar:

- ❖ Bebekte galaktozemi, MSUD (akçaağaç şurubu kokulu idrar hastalığı), uzun zicirli yağ asidi oksidasyon bozuklukları ve bunlarla ilişkili bozukluklar, konjenital laktaz eksikliği gibi metabolik hastalığın bulunması durumunda bebek emzirilmemelidir. Bebekte fenilketonüri mevcutsa iyi takip ile ölçülü anne sütünü verilebilir.
- ❖ Annede Human T-hücre lenfotrofik virüsü 1 (HTLV-1) ve Human İmmunodeficiency Virüs (HIV) pozitifliği. Anne sütünü dışında beslenme seçeneği olmayan geri kalmış ülkelerde Akut İmmunodeficiency Sendrom (AIDS) olduğu bilinen annenin sütünü, bebeğe verilebilir.
- ❖ Annenin meme kanseri olması.
- ❖ Annenin ağır hastalığı ya da psikoza, kemoterapi ve radyoterapi almakta olması, madde ve uyuşturucu bağımlısı olması.

❖ Annede tüberküloz, sıtma, tifo.. vb gibi ağır sistemik enfeksiyon hastalıklarının bulunması. Annenin aktif tüberkülozu balgamda basil negatif oluncaya kadar emzirmenin ertelenmesine neden olmaktadır.

❖ Annede gebelik toksemisi varsa 24-48 saatlik süre içinde annede konvülsiyon riski olduğundan bebek emzirilmez.

Anne sütü ile beslenmeye engel olmayan durumlar:

❖ Annenin CMV enfeksiyonu (prematüreler ve immun yetersizliği olan bebekler emzirilmemelidir).

❖ Annenin rubella geçiriyor olması.

❖ Annenin Hepatit B taşıyıcısı olması (hiperimmunglobulin uygulanmalı ve aşılanmalı).

❖ Annenin hepatit A, hepatit B veya hepatit C geçiriyor olması.

❖ Annenin mastit, meme absesi geçiriyor olması. Meme absesi olması durumunda enfekte memeden emzirmek kontrendikedir. Bebek diğer memeden emzirilebilir.

❖ Sigara ve alkol bağımlılığı olan annelerde bireysel karar verilir. Sigara anne sütü ile bebeğe zarar vermez ancak pasif içicilik ani bebek ölümü sendromuna yol açabilir (115).

1989 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Yardım Fonu (UNICEF) "Emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesinde doğum hizmetlerinin rolüne ilişkin önerileri belirten başarılı emzirme için 10 öneri adı altında ortak bir bildiri yayınlamıştır (122).

g. Başarılı Bir Emzirme İçin On Adım

Başarılı bir emzirme için doğum kliniklerinde DSÖ ve UNICEF tarafından önerilen On Adım uygulamasına dikkat edilmelidir. Başarılı Emzirme İçin On Adım;

1. Bütün sağlık çalışanlarının rahatlıkla görebileceği yerlere yazılı bir emzirme politikası asılmalıdır.
2. Bu politikayı öğrenmeleri için bütün sağlık personelinin eğitimini sağlanmalıdır.

3. Bütün hamile kadınlar emzirmenin yararları ve emzirme yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir.
4. Doğumu takiben ilk yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için annelere yardımcı olunmalıdır.
5. Annelere nasıl emzireceklerini ve bebeklerinden ayrı kalmaları durumunda laktasyonu nasıl devam ettirecekleri gösterilmelidir.
6. Tıbbi olarak gerekli olmadıkça yenidoğan bebeklere anne sütü dışında başka sıvı veya gıdalar verilmemelidir.
7. Günün 24 saati anne ile bebeğin aynı odada kalmasını (rooming-in) sağlayacak bir uygulama benimsenmelidir.
8. Bebeğin her isteyişinde emzirilmesi teşvik edilmelidir.
9. Emzirilen bebeklere biberon, yalancı meme veya emzik türünden birşey verilmemelidir.
10. Anne sütü destek grupları oluşturulmalı ve anneler hastaneden taburcu edilirken bu gruplara katılmaları için yönlendirilmelidir (120,123,124).

1. ve 2. Adım:

Sağlık kuruluşlarında annelere, bebeklere ve/veya çocuklara bakım veren bütün sağlık personelinin görebileceği ve 10 Adımın tamamını içeren ve emzirmeyi destekleyen bir yazılı emzirme politikası asılmalıdır. Yazılı posterler hastalar ve sağlık personelinin anlayacağı, en çok kullandığı dilde (dillerde) yazılmalıdır. Böylece emzirme politikası yazılı hale getirilmiş olur ve bu politikadan bütün sağlık personeli ve hastaların haberdar olması sağlanır.

Emzirme politikası hazırlanırken gerekirse yerel ve ulusal emzirme durumunu gösteren veriler ve mama kodları ile ilgili bilgiler de yazılmalıdır.

Tek başına yazılı emzirme politikasının olması emzirmenin başlatılmasını etkilememektedir. Hastanelerde doğum sonrası hediye paketi içinde ücretsiz formül mama verilmesi, annelerin bebeklerine hastanede verilen mamaları taburcu olduktan sonra da kullanmalarına neden olmuştur. Bu nedenle hastane çalışanlarının da yeterince eğitilmesi ve emzirme politikasını öğrenerek uygulamalarının sağlanması

gereklidir. Uluslararası mama kodları ve anne sütü muadillerinin pazarlanması ile ilgili yasa ve yönetmeliklerin de uygulanması sağlanmalıdır.

Bütün sağlık çalışanlarının özellikle mesleğe yeni başlayacak olanların anne sütü ve emzirme konusunda en az 18 saat ve bunun asgari 3 saati klinik gözetim altında olmak kaydıyla eğitimleri sağlanmalıdır. Ancak eğer davranış ve tutum değişikliği oluşturmuyorsa bilginin arttırılması klinik uygulamalarda değişikliği beraberinde getirmeyebilir (124).

3. Adım

Antenatal bakım veren tüm sağlık kuruluşlarında gebelere anne sütünün faydaları ve emzirme tekniği ile ilgili eğitim verilmelidir. Gebeler ve yeni doğum yapan anneler anne sütünün bebek ve kendileri için faydalarından en az iki tanesini söyleyebilmeli ve aynı odada kalmanın, bebeği her istediğinde emzirilmesinin önemini, sütün yeterli olup olmadığından nasıl emin olacağını ve emzirirken doğru kavrama ve pozisyon vermeyi ifade edebilmelidir.

Anne sütü eğitimi 3 bileşenden oluşmalıdır: (a) emzirmenin faydaları ve annenin emzirme konusunda teşvik edilmesi, (b) emzirme tekniği ile ilgili eğitim ve (c) meme muayenesi. Antenatal eğitim özellikle primigravid gebeler için daha faydalıdır (124).

4. Adım

Başarılı Emzirme İçin 10 Adım'ın 4. adımı bebeklerin erken dönemde emzirilmesini önermektedir. Bebek Dostu Hastane Protokolü'ne göre doğumu takiben ilk yarım saat içinde bebek ile annenin ten tene teması sağlanmalıdır. Annelerin ilk bir saat içinde, sezeryan ile doğum yapmış ise annenin yanıt verdiği ilk bir saat içinde emzirme için pozisyon verme ve bebeğin memeyi kavraması için desteklenmeleri gereklidir. Sezeryan ile doğum yapan annelerin diğerlerine göre daha fazla desteklenmeye ihtiyaçları vardır. Dahası bu anneler bebeklerini daha geç emzirmekte ve emzirmeyi daha kısa sürede sonlandırmaktadırlar. İdeal olanı doğumdan sonra bebeği yıkama, tartma, göbek bakımı gibi olağan bakım işlemlerinden önce bebeğin emzirilmesidir. Erken dönemde emzirme bağlanmayı sağlar, emzirmenin başarılı olma şansını arttırır ve genellikle emzirme süresinin uzamasını sağlar (124-126).

5. Adım

Anne sezeryan ile doğum yapmışsa veya hastaysa veya bebek hasta veya düşük doğum ağırlıklı ise emzirme başarısı tehlikeye girmektedir. Bunu önlemek için sağlık personeli (hemşire-ebeler) doğumdan hemen sonra anneleri bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda desteklemeli ve emzirmenin sürdürülmesi için elle nasıl sütlerini sağabileceklerini öğretmelidirler (124). Trajanovska ve arkadaşlarının yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilen bebekler üzerinde yaptıkları bir çalışmada hastanede kaldıkları süre içinde anne sütü alan bebeklerin taburcu olduktan sonra daha uzun süre emzirildikleri gözlenmiştir (127).

6. Adım

Yenidoğan bebeklere tıbbi olarak gerekli olmadıkça anne sütü dışında herhangi bir yiyecek veya içecek verilmemelidir. Anne sütü yerine kullanılabilecek hiçbir yiyecek ya da içecek numunesi annelere, sağlık personeline veya doğum servislerine verilmemeli, dağıtılmamalıdır (124).

Doğum servislerinde yenidoğan bebeklere anne sütünden önce (prelakteal beslenme) veya anne sütü alırken hazır mama, şekerli su ve benzerlerinin verilmesi yaygın bir uygulamadır. Bu uygulama emzirmenin erken dönemde sonlandırılmasıyla ilişkili bulunmuştur (124).

Pek çok toplumda bitki çayları ve muz gibi prelakteal gıdalar bir gelenek olarak verilmektedir. Nedeni kolostrumun “zararlı” olduğu inancı ve “barsakların temizlenmesi”dir. Yine bazı toplumlarda ilk emzirme birkaç saat veya gün geciktirilebilir ve kolostrum sağılarak atılabilir (124).

Ülkemizde de bebeğin üç ezan vakti geçene kadar emzirilmemesi, doğar doğmaz hurma verilmesi gibi benzer geleneklere rastlamak mümkündür. Bizans tıbbı, İslamiyet kaynaklarına bakıldığında benzer uygulamaların olması Türk toplumunun yaşadığı coğrafya nedeniyle bu uygulamaları devam ettirdiğini düşündürmektedir (128,129).

Yapılan çalışmalarda prelakteal gıda verilmesinin emzirme süresini kısalttığı, özellikle tek başına anne sütü ile beslenmeyi olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Ayrıca anne sütü dışında bebeğe verilen prelakteal gıdalar özellikle kötü hijyen

koşullarında hazırlanmışsa diyare, menenjit gibi enfeksiyon hastalıkları riskinde atışı da beraberinde getirmektedir (124).

7. Adım

Normal bebeği olan annelerin sezaryen ile doğum yapmış olsalar bile 24 saat aynı odada kalmaları sağlanmalıdır. Bu adım aynı zamanda bebeğin her isteyişinde emzirilmesini öneren 8. adım ile de yakından ilişkilidir. Anne ve bebek ayrı odalarda kaldığı zaman bebeğin isteğe bağlı emzirilmesi mümkün olmamaktadır. Çünkü anne bebeğini emzirmek için uyandığında bebek eğer başka bir odada kalıyorsa çoğu zaman sağlık personeli tarafından biberonla beslendiği için emmemektedir (124).

Anne ile bebeğin aynı odada kalması aynı zamanda sık aralıklarla emzirilmesine ve dolayısıyla olgun süt salgılanmasının daha erken dönemde gerçekleşmesine neden olmaktadır. Yine anne ile bebek arasındaki duygusal bağlanmayı da güçlendirmektedir (124).

Anne ile bebeğin aynı odada kalması (rooming-in) annenin bebeğini daha kolay emzirmesini sağlar. Yapılan çalışmalarda bebeklerin anne ile birlikte yatması ve emzirme arasında olumlu bir ilişki olduğu, annesiyle birlikte uyuyan bebeklerin daha uzun süre emzirildikleri gösterilmiştir (124,130).

Anne ile bebeğin aynı odada kalmaması annenin uyku süresini ve kalitesini etkilememektedir. Ancak ayrı odada kalan bebekler daha fazla ağlamakta ve sağlık personeli daha az yanıt verdiği için daha huzursuz olmaktadır (124).

8. Adım

Normal bebeği olan anneler sezaryen ile doğum yapmış olsalar bile sıklık veya süre bakımından herhangi bir kısıtlama yapmadan bebek her istediğinde emzirmelidirler. Eğer bebek çok uzun süre uymuşsa veya annenin göğüsleri fazla dolmuşsa bebek uyandırılarak emzirilmelidir. Sabit aralıklarla besleme yetersiz süt üretimine neden olmakta ve bu da annelerin yapay beslemeye başlamalarına neden olabilmektedir (124).

9. Adım

Başarılı Emzirme İçin On Adım'ın 9. adımı emzirilen bebeklere biberon, yalancı meme veya emzik türünden birşey verilmemesini önermektedir. Biberon veya emzik

emme mekanizması, anne memesini emme mekanizmasından farklıdır. Biberon veya emzikte areolayı kavrama işlevi yoktur. Bu nedenle bu tür emmeye alışan bebekler anne memesini emmeyi reddedebilir (emme şaşkınlığı). Biberon ve emzik bebeğin emme gücünü zayıflatarak süt üretiminde azalmaya neden olmaktadır. Eğer bebeğe anne sütü dışında herhangi bir gıda veya sağılmış anne sütü vermek gerekiyorsa biberonla değil fincanla veya kaşıkla verilmelidir (124,131).

10. Adım

Emzirmenin sürdürülmesi için annelerin sürekli olarak desteklenmesi gerekmektedir. Bu destek farklı yöntemlerle sağlanabilir. Pek çok toplumda bu destek aile bireyleri ve yakın akrabalar tarafından sağlanmaktadır. Kentleşme ile birlikte sağlık personelinin, özellikle anne olan arkadaşlardan, kendi annesi ve çocuğun babasından gelen destek daha önemli olmaya başlamıştır. Bazı ülkelerde bu amaçla oluşturulan anne destek grupları emzirmenin desteklenmesi konusunda etkili olabilmektedir (124).

2. FORMÜL SÜT İLE BESLENME (DOĞAL OLMAYAN BESLENME)

Anne sütü ile beslenmenin uygun olmadığı ya da anne sütünün olmadığı durumlarda, içeriği anne sütüne benzeyecek şekilde inek sütünden imal edilmiş, ‘formül süt’ olarak adlandırılan besinler (çocuk mamaları) kullanılabilir. Bu tip beslenmeye doğal olmayan beslenme, yapay beslenme ya da biberonla beslenme denmektedir. İlk 6 ayda anne sütünün yetersiz olduğu durumlarda anne sütüne ek olarak başka sütlerin de alınmasına karışık beslenme denmektedir. Türkiye’de annelerin, bebeklerine anne sütünün yetmediği konusundaki hatalı düşünceleri ve çevreleri tarafından hatalı yönlendirilmeleri sonucu, en çok görülen beslenme biçimi karışık beslenmedir (132).

Anne sütü, bebekler için özellikle ilk 6 ayda ideal besindir. Eğer anne sütü tek başına bebeğe yetiyorsa ilk 6 ay sadece anne sütü verilmeli ve ek besinlere başladıktan sonra da 2 yaşına kadar emzirilmeye devam edilmelidir.

Bebeğin günde en az 5 kez idrar yaparak bezini ıslatması, doğumdan sonra 15. günde doğum kilosuna ulaşması ve ayda en az 500 g alması yeterli anne sütü aldığını gösterir. Bu durumların aksi gibi anne sütünün yetmediği durumlar ya da anne sütünün hiç verilemeyeceği durumlarda bebeğe anne sütüne destek ya da yerine

koyma şeklinde formül süt kullanılması gerekir. Bebeğin uzun süre ve çok sık emmek istemesi, emdikten sonra ağlama veya huzursuzluğunun geçmemesi, memeyi reddetmesi, gaitasının sert, kuru ve seyrek olması anne sütü yetersizliğini düşündüren diğer olası bulgulardır.

Bir bebeğe formula seçimi yaparken: bebeğin besin ve sıvı gereksinimleri, term veya preterm olma durumu, yaşı, aktivite düzeyi, kronik bir hastalığının varlığı, gastrointestinal fonksiyonu, besin intoleransı ve alerji gibi durumlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Beslenme yeterliyse ve ağırlık, boy, baş çevresi persentilleri uygun bir çizgide ise, yüksek çevresel sıcaklık sebebiyle aksi önerilmediği sürece, bebeklere ilave su verilmesi gerekmez.

a. Formül mama çeşitleri

İnek sütü proteini bazlı mamalar:

Tam inek sütü bazlı mamalar 1,45 ile 1,6 g/dl arasında değişen miktarlarda protein içerirler. Bu miktar matür anne sütündekinden (~1g/dl) epeyce yüksektir. Sığır sütündeki baskın whey proteini β -globulin iken insan sütündeki α -laktalbumindir.

İnek sütü ve formül sütlerin içerikleri anne sütüne benzetilmekle birlikte, kimi besin öğeleri açısından da farklılık göstermektedir (Tablo 2.7).

Tablo 2. 7. Olgun anne sütü, inek sütü ve formül sütün karşılaştırılması

	Olgun anne sütü	İnek Sütü	Formül Süt
Enerji (kcal/l)	700	670	600-650
Protein (g/l)	13	35	15-19
Kazein/ whey oranı	40/60	63/37	40/60-80/20
Karbonhidrat (g/l)	70	49	70-86
Yağ (g/l)	42	36	26-38

Formül sütler whey ağırlıklı mama (WAM) ve kazein ağırlıklı mama (KAM) olmak üzere iki ana gruptur. Whey ağırlıklı hazır mamaların içerikleri anne sütüne en yakındır ve ilk 6 ayda bu formüller tercih edilmelidir. Whey ağırlıklı mamalarda whey/kazein oranı 60/40, sodyum ve protein içeriğı düşüştür. Bu nedenle böbrekle atılması gereken solüt yükleri azdır. Bu mamaların enerji içeriğı anne sütüne yakındır. Formül mama ile beslenmede inek sütü ile beslenmeye oranla reflü, sindirim sorunları ve inek sütü alerjisi daha az oranda görülmektedir. İnek sütü alerjisi sıklığı, anne sütü ile beslenenlerde %1.4, inek sütü ile beslenenlerde %2.5-7, hidrolize formül mama ile beslenenlerde ise %1.5 dolayında bildirilmektedir (133,134).

Kazein ağırlıklı mamalarda whey/kazein oranı 20/80 ya da 40/60 olup, sodyum ve protein içeriğı de yüksektir. Solüt yükü fazla olduğ undan inek sütüne daha yakındır. İlk 6 ayda bu mamaların kullanılması önerilmez.

Bebek mamalarındaki yağ ların kaynağ ı bitkisel yağ lar veya bitkisel ve hayvansal yağı karışımlarıdır. Yağı, inek sütü bazlı formül mamalarda enerjinin %40-50'sini karışırlar.

Tüm bebek mamaları, değ i  ik oranlarda uzun zincirli çoklu doymamış yağı asitleri (LCPUFA), DHA ve AA ile desteklenmiştir. Bebek beslenmesinde esansiyel yağı asitleri olan linoleik asitten sentezlenen AA ve α -linolenik asitten sentezlenen DHA önemli yer alır. Her ikisi de nöral dokunun ana yağı asitleridir. Bu nedenle bebek mamalarına eklenen DHA ve AA görme ve bilişsel (kognitif) fonksiyonlarda iyileşme sağ lar, büyümeyi arttırır (135,136). Formül mamalara LCPUFA, AA, DHA eklenerek anne sütüne benzetilmeye çalışılmıştır. Son trimester'da anneden bebeğ e LCPUFA geçişi olur. Prematüre doğ anlar yeterli LCPUFA depolayamadan doğ arlar. Bu nedenle LCPUFA içeren mamalar, görme keskinliğ ı, bilişsel ve fiziksel gelişimde prematüreler için daha fazla önem arz eder (111).

Laktoz, anne sütündeki ve term bebekler için hazırlanan standart inek sütü bazlı mamalardaki başlıca karbonhidrattır. Daha büyük bebekler için hazırlanan mamalar ayrıca modifiye nişasta veya diğ er kompleks karbonhidratları da içerebilir. Formül mamalara yapılan oligosakkarit ilavesi, bunların inek sütüne üstünlüklerinden bir diğ eridir (137-139).

Hazır mamalarda kalori en az 60 en çok 70/kcal, protein içeriği en az 1.8 en çok 3g/100kcal, metiyonin/sistin oranı <2, tirozin/fenilalanin oranı <2, L-Karnitin içeriği 1.2 mg/100kcal olmalıdır. Bu içerik protein hidrolizatı mamalarda da hemen hemen aynı düzeylerde olmalı, soyalı mamalarda ise protein en az 2.25 en çok 3 g/100kcal olmalıdır. Tüm standart formülalar taurinle güçlendirilmiştir. Anne sütüne yakınlaştırmak için taurinin yanı sıra arjinin ve metiyonin de eklenmektedir. Bebek mamaları gluten içermemelidir (140). Avrupa Komisyonu yönergesi 2009’a göre bebek mamaları için içerik değerleri, ana besin öğelerinin en az ve en çok değerleri tanımlanmıştır (Tablo 2.8) (133).

Tablo 2. 8. 2009 Avrupa komisyonu yönergesinde bebek mamaları için tanımlanan içerik değerleri

Kaynak	En az	En çok
Kalori (kcal/dl)	60	70
Protein (g/100kcal)	1.8	3
Soya mamalarında protein (g/100kcal)	2.25	3
Taurin (mg/100kcal)	--	12
Kolin (mg/100kcal)	7	50
Yağ (g/100kcal)	4.4	6
Trans yağlar/toplam yağ	--	%3
Erüsik asit/toplam yağ	--	%1
Linoleat (mg/100kcal)	300	1200
Fosfolipitler (g/L)	--	2
İnozitol (mg/100kcal)	4	40
Karbonhidrat (g/100kcal)	9	14
Laktoz (g/100kcal)	4.5	--
Sodyum (mg/100kcal)	20	60
Demir (mg/100kcal)	0.3	1.3
İyot (µg/100kcal)	10	50
Ca/P oranı	1	2
Nükleotidler (mg/100kcal)	--	5

Soya bazlı mamalar:

Soya protein bazlı mamalar inek sütü ve laktozdan arındırılmış olup 67 kcal/dl enerji sağlarlar. Bu mamalar term bebekler için AAP ve Amerikan Gıda ve İlaç Yönetimi kılavuzlarında belirtilen vitamin, mineral ve elektrolit miktarlarını karşılarlar. L-metiyonin, L-karnitin ve taurinle desteklenmiş soya proteini içerirler. Spesifik yağların miktarı inek sütü bazlı mamalar ile benzerdir. Kullanılan yağlar soya, palmiye, ayçiçeği, olein, yalancı safran yağı ve Hindistan cevizi yağıdır. Bu mamalara DHA ve AA rutin olarak eklenmektedir. Soya bazlı mamalar laktoz içermezler. Ayrıca fitoöstrojen içeriğinden dolayı 6 aydan küçük bebeklerde kullanılmamalıdır (141).

Protein hidrolizat mamaları:

Protein hidrolizat mamaları kısmen hidrolize edilmiş (<5000 d moleküler ağırlıktaki oligopeptidleri içeren) ya da yoğun olarak hidrolize edilmiş (<3000 d moleküler ağırlıktaki peptidler içeren) şekilde olabilirler. Kısmen hidrolize edilmiş proteinler inek sütü proteinine karşı alerjik bebeklere ilk seçenek olarak verilmemelidir. Atopik bebeklerde ek besinlere geçiş döneminde koruma amaçlı başlangıç tercihi olabileceği gibi, yükleme (challenge) sırasında geçiş amaçlı da tercih edilmektedir. Yoğun olarak hidrolize edilmiş mamalar inek sütü proteinine veya soya proteinine intoleransı olan bebeklerde tercih edilir. Bu mamalar kısmen hidrolize edilmiş mamalara göre atopik hastalığı önlemede daha etkilidir

Protein hidrolizat mamalarının laktozsuz olması ve orta zincirli trigliseritleri içerebilmesi nedeni ile kistik fibroz, kısa barsak sendromu ve uzamış ishale bağlı gastrointestinal malabsorbsiyonu olan bebeklerde kullanılması yararlıdır (141).

Amino asit mamaları:

Esansiyel ve esansiyel olmayan aminoasit karışımını içeren, peptid içermeyen mamalardır. Süt proteinine alerjisi olan ve yoğun hidrolize protein mamaları ile gelişme geriliği görülen bebekler için spesifik olarak tasarlanmıştır (141).

B. TAMAMLAYICI BESLENME:

Tamamlayıcı beslenme, tek başına anne sütünün artık yetmediği dönemde besinsel gereksinimleri karşılamak için anne sütü ile birlikte anne sütü dışındaki gıdaların verilmesidir. Bebek sütleri (formulalar) tamamlayıcı besin tanımına girmemektedir (116).

Uygun tamamlayıcı beslenme:

- ❖ Zamanında başlamalı: Enerji ve besin öğeleri gereksinimlerinin, sadece anne sütünden sağlanma dönemi aşıldığında başlanmalı.
- ❖ Yeterli olmalı: Alınan ek besinler, yeterli enerji, protein ve mikro besin öğeleri sağlamalı.
- ❖ Güvenli olmalı: Hem bebeğin hem de annenin yemekten önce ellerinin yıkanması, hazırlanan gıdaların kısa sürede tüketilmesi ve tüketilmeyen kısmın güvenli olarak saklanması, temiz tabak, çatal, kaşık, bardak kullanılması ve biberon kullanmaktan kaçınılması gerekmektedir. Biberon kullanılıyorsa, temizliğine dikkat edilmeli, besinler hijyenik hazırlanmalıdır.
- ❖ Uygun şekilde verilmeli: Besinler bebeğin iştah ve doygunluk düzeyine göre verilir. Öğün sıklığına ve beslenme yöntemine de buna göre karar verilir (142,143).

Evde yapılan gıdalar, aspirasyon riskini azaltacak ve yeterli beslenmeyi sağlayacak şekilde seçilmeli ve hazırlanmalıdır. Tamamlayıcı besinlerin miktarı, kıvamı, sıklığı aylara göre arttırılacak şekilde ayarlanmalı; aspirasyon riski olan katı gıdalardan yaşamın ilk 3-4 yılı boyunca kaçınılmalıdır. Bebeklerin yemeklerine tuz ve şeker eklenmemeli; besin ve enerji yeterliliğinden emin olunmalıdır (144).

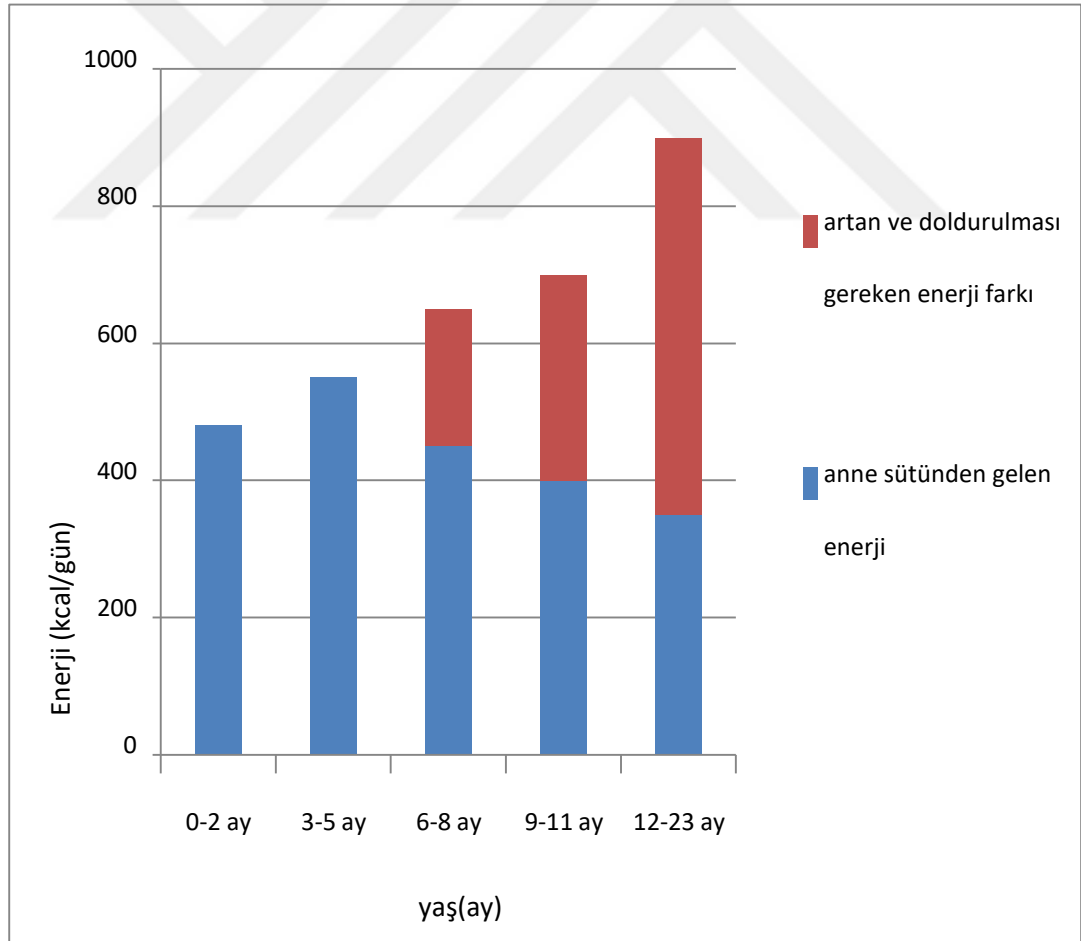
Ek gıdalara başlanırken AAP ve WHO, bazı ilkelere dikkat edilmesini önermektedir. Bu önerilere göre: yeni besinler bebek aç iken ve mümkünse öğlen öğününde denenmeli, bebek almazsa zorlanmamalı; farklı besinler en az 3 günlük aralarla denenmeli, ideal olarak 7 günlük aralar tercih edilmelidir. Bu aralar sayesinde, hem bebeğin yeni besinlere alışması için zaman tanınmış olur, hem de

istenmeyen bir reaksiyon geliştiğinde hangi yiyecekten kaynaklandığı saptanmış olur. İlk kez verilen yiyeceklerin alerjik belirtilere neden olup olmadığı kontrol edilir. Bebeğin hoşlanmadığı yiyecekler 2-3 haftalık aralarla tekrar denenmelidir (145,146).

1. Ek Besinlere Başlama Gereksinimi

Bebeğin artan enerji gereksiniminin karşılanmasında sadece anne sütünün yeterli gelmemesi, anneden sağlanmış olan çinko ve demir depolarının tükenmeye başlaması, çocuğu farklı tat ve kıvamlarda besinlere alıştırmamanın gerekmesi, çocuğun ısırma, çiğneme becerilerinin gelişmesine yardımcı olunması amacı ile 4-6. aylardan sonra tamamlayıcı beslenmeye gereksinim duyulur.

Anne sütü kabaca, ilk 6 ayda bebeğin ihtiyacının %100' ünü, 6-12 ay arasında bebeğin ihtiyacının %50' sini ve 12. aydan itibaren de %30' unu karşılamaktadır (Şekil 2.1)



Şekil 2. 1. Anne sütünden gelen ve eksik kaldığında doldurulması gereken enerjinin aylara göre dağılımı

2. Ek Besinlere Başlama Zamanı

Doğumla başlayan ve 2 yaşına kadar devam eden dönem, büyümenin çok hızlı oluşuna bağlı olarak makro ve mikro besin ihtiyacının yüksek olduğu, beyin gelişiminin %90'ının tamamlandığı ve yeme davranışının geliştiği çok kritik bir dönemdir. Tamamlayıcı besinlere uygun başlama zamanı, bir diğer deyişle tek başına anne sütünün ne kadar süre verilmesi gerektiği, tamamlayıcı beslenmenin bilimsel açıdan en çok araştırılmış yönüdür. Ek besinlere geçiş zamanını bebeğin sindirim sisteminin ve metabolik işlevlerinin gelişim derecesi ile nörolojik ve psikososyal gelişimi belirler. Amerikan pediatri akademisi, tamamlayıcı besinlerin 4. aydan önce verilmemesi gerektiğini, bebek sadece anne sütü alıyorsa, 6. aya kadar geciktirilmesini önermektedir. Benzer şekilde ESPGHAN ise tamamlayıcı beslenmenin 17. haftadan önce verilmemesi gerektiğini, ancak geciktirmenin 27. haftayı aşmamasını tavsiye etmektedir (140-142).

Ek besinlere başlama yaşı 4-6 ay civarındır. Ek besinlere 4 aydan erken başlanırsa: ishali ve alerjik hastalıklarda artma, anne sütünde azalma olması nedeni ile anne sütünden az faydalanma, aşırı beslenme, malnütrisyon, bebeklerin baş tutma ve çiğneme fonksiyonu yetersizliğine bağlı aspirasyon ve boğulma görülebilir. 6 aydan geç başlanırsa: yetersiz enerji alınması, büyüme geriliği, bağışıklıkta azalma, ishal ve diğer enfeksiyöz hastalıklarda artış, mikro besin eksiklikleri, malnütrisyon, oral motor fonksiyonlarda gecikme, gıda reddi gibi problemler gelişebilir (140).

Tek başına anne sütü, bebek D ve K vitamini ile desteklendiği takdirde, ilk 6 ay bebeğin tüm gereksinimlerini karşılamaktadır. Püre halindeki gıdayı posterior farinkse iletme ve gıdayı geri çıkarabilme refleksi gibi motor yetenekler 4-6 ay arasında kazanılır (147). Bu dönemde dik durabilen bebeklerde oral motor aktivite de gelişim göstermekte ve katı besinleri alma sırasında aspirasyon riski azalmaktadır. Dil hareketleri, daha katı ve pürüklü gıdaları çiğneme ve yutma yeteneği 8. ay civarında gelişirken, 9-12 aylarda bebek, kendi eli ile tutabileceği gıdaları kavrayabilir, iki elini kullanarak bardaktan içebilir. Pütürlü gıdalara 10. aydan önce başlanmazsa daha sonra beslenme güçlükleri ortaya çıkabilir.

3.Tamamlayıcı Beslenmede Kullanılacak Besin Miktarı

Anne sütü 6. aydan sonra tek başına besinsel gereksinimleri karşılamakta yetersiz kalmaktadır. Bebeklerin gerçek enerji ihtiyacı ile anne sütünün sağladığı enerji miktarı arasında fark vardır. Tamamlayıcı beslenmeye geç başlanırsa, enerji açığı dışında bazı mikro besinler de eksiklik gösterir. Bunların başında demir gelir. Kabaca 6. aydan sonra enerji ihtiyacı %44, protein %56 ve demir ihtiyacı %2500 oranında artmaktadır (133). Bu bilgiler ışığında anne sütü ile beslenen bebeklere 6. ayda ek besinler verilmeye başlanır; 6-12 aylık dönem beslenme açısından oldukça duyarlı bir dönemdir. Bebeğin aldığı anne sütü miktarı giderek azalır. Anne sütüne ek olarak verilecek gıdalardan gelen enerji 7-8 aylık dönemde 80-100 kcal/kg/gün, 9-12 aylık dönemde 90-100 kcal/kg/gün olmalıdır. Tamamlayıcı besinlerin 1 g'ında en az 0.8 kcal, tercihen 1-1.5 kcal enerji bulunması önerilmektedir. Yaklaşık 0.8 kcal enerji içeren tamamlayıcı gıda ile beraberinde anne sütü alan 6-8 aylık bir bebekte 2, 9-11 aylık bebekte 3 ana öğün yeterlidir; 12-24 aylık bebekte gerekirse 1-2 ara öğün eklenir. Eğer beslenme anne sütü veya formula ile desteklenemiyorsa 1 öğün daha tamamlayıcı gıda verilebilir. Ancak bu hesaplar kuramsaldır ve çocuğun yeterli ek besin aldığını gösteren en önemli parametre vücut ağırlığının istenilen düzeyde artış göstermesidir (148).

Bebeklerin ihtiyaç duyduğu makro ve mikro besin miktarları aylara göre değişkenlik göstermektedir (Tablo 2.9).

Tablo 2. 9. Bebeklerde bazı makro ve mikro besinlerin alınması gereken miktarları

	0-6 ay	7-12 ay
Enerji	0-2ay:90-120kcal/kg/gün 3-6ay:80-100kcal/kg/gün	7-8ay:80-100kcal/kg/gün 9-12ay:90-100kcal/kg/gün
Karbonhidrat	60g/gün	95g/gün
Yağ	31g/gün	20g/gün
Protein	1.5g/kg/gün	1g/kg/gün
Kalsiyum	210mg/gün	270mg/gün
Demir	0.27mg/gün	11mg/gün
Çinko	2mg/gün	3mg/gün

Ek besin olarak verilecek besinin miktarı ve öğün sayısı çocuğun yaşına göre değişiklik göstermektedir. Bebeklerde mide kapasitesi doğumda yaklaşık 30cc (2 yemek kaşığı), 6. ayda 180cc (1 çay fincanı), 1 yaşta 240cc (1 su bardağı) ve erişkinde 960cc (1 sürahi) dir. Genel olarak mide hacmi 30cc/kg olarak kabul edilmektedir (149).

Ek besinler verilirken önce püre kıvamında, daha sonra ezilmiş, ardından ufak parçalara bölünmüş biçimde verilerek bebeğin farklı yapıdaki besinleri alması sağlanmalıdır. Her ne kadar püre şeklindeki gıdaların yedirilmesi daha kolay olsa da partiküllü katı besinlerin verilmesinin 10. aydan daha geç kalması ileride de beslenme sorunlarına zemin hazırlayacaktır (142).

Anne sütü 6-12 aylık dönemde de bebeğin temel besin kaynağı olmaya devam eder. Bebek 9-10 aylık dönemde kısa da olsa diğer aile bireyleriyle sofraya oturmalı ve ev yapımı besinlere alıştırmaya başlanmalıdır. Bebek, 12. aydan itibaren aile sofrasından beslenebilir (142).

Besinlerin türü, verilme sıklığı ve miktarı bebeklerin aylarına göre değişiklik göstermektedir (Tablo 2.10) (142).

Tablo 2. 10. Aylara göre verilecek tamamlayıcı besinlerin türü, sıklığı ve miktarı

Yaş	Besinin dokusu	Besinin sıklığı	Her öğünde besinin tüketilen miktarı
6-8 ay	Yoğun muhallebilere ya da iyice ezilmiş besinlere başlanmalı, Aile yemekleri püre halinde tattırılabilir.	Günde 2-3 kez tamamlayıcı besin, Sık sık emzirme, Çocuğa bağlı olarak günde 1-2 kez ara öğün	Her beslenme 2-3 tatlı kaşığı ile başlanarak, 250 ml bardağın yarısı olacak şekilde artırılmalı.
9-11 ay	Doğranmış ya da ezilmiş besinler, bebeğin kendisinin alabileceği, kaldırabileceği besinler verilmeli.	Günde 3-4 kez tamamlayıcı besin, Sık sık emzirme, Çocuğa bağlı olarak günde 1-2 kez ara öğün.	250 ml'lik bardağın yarısı
12-23 ay	Aile besinleri doğranmış, gerekirse ezilmiş olarak verilebilir.	Günde 3-4 kez tamamlayıcı besin, Sık sık emzirme, Çocuğa bağlı olarak günde 1-2 kez ara öğün.	250 ml'lik bardağın $\frac{3}{4}$ 'ü

4.Tamamlayıcı Beslenmede Verilmesi Gereken Gıdalar

Tamamlayıcı beslenme ile ilgili bilgiler, özellikle hangi tür gıdaların tam olarak hangi aylarda verilmesi gerektiği ve bunların ileriki yaşama etkileri güvenilir ve yeterli bilimsel kaynağa dayandırılmamıştır. Şimdiye kadar önerilen gıda ve zamanlamaların çoğunluğu geleneksel uygulamalara ve gıdanın ulaşılabilirliğine dayandırılmıştır. Bu dönemde ne tür besinler verileceği kültüre, yaşanan coğrafi şartlara, ailenin sosyoekonomik-kültürel durumuna, alışkanlıklarına kadar çok değişik şartlardan etkilenir.

Tamamlayıcı beslenmeye geçiş döneminde bebeklerin mide kapasiteleri, dolayısı ile öğünde alacakları miktarlar kısıtlıdır. Az miktarda besin ile verilmek istenen enerjiye ulaşılması gerekir. Bu nedenle ek gıdalar yüksek enerjili, yüksek protein ve mikro besin içerikli olmalıdır. Ayrıca bu besinlerin kolay ulaşılabilen, ucuz ve kolay hazırlanabilen gıdalar olması başarılı bir beslenme için temeldir (150).

Kimi merkezler tatlı olmaları nedeni ile meyvelerin sebzelerden sonra verilmesini önerirken kimi merkezler meyve suyu ve meyve pürelerini ilk besin olarak önermektedir. Pek çok ülkede ilk başlanan ek gıda meyve sularıdır. Amerikan Pediatri Akademisi demir ve çinko ihtiyacını karşılamak üzere ilk olarak demir destekli tahılların ve püre haline getirilmiş etlerin başlanılmasını, emilime katkısı açısından da özellikle C vitamininden zengin meyve suyu veya pürelerin eklenmesini önermektedir. Ancak etnik ve kültürel farklılıklara karşı anlayışlı olunması gerektiğini de eklemektedir (151). Bebekler için yoğurt da ilk alabilecekleri kolay gıdalardan biridir. Bebeklerin beslenmesinde aylara göre verilebilecek ek besinler değişebilmektedir. Anne sütüne ek olarak 4-6 ay arasında meyve suyu, meyve püresi, sebze çorbası, az miktarda glutenli tahıl içeren çorba, muhallebi, yoğurt verilebilir. Bu besinlere ek olarak 6-8. aylarda etle zenginleştirilmiş sebze çorbası, haşlanmış yumurta sarısı, beyaz peynir, mercimek çorbası verilebilir. Verilen ek besinlere 9-12. aylarda tam yumurta, baklagiller, ezilmiş makarna, pilav, ekmek, reçel, pekmez, et, tavuk, balık, köfte, sebze yemekleri eklenebilir. Ancak bu aylarda ağırlıklı öğün daima anne sütü olmalıdır (151).

Tahıllar:

Tahıllar, artan enerji ihtiyacını karşılamının yanı sıra lif kaynağı olarak da önem taşır. Tüm toplumların temel besin ögesidir. Buğday, arpa, çavdar, pirinç başlıca tahıllardır. Yüksek oranda karbonhidrat (%65-70) içerirler. Tahılla beslenmede iyi bir enerji kaynağı olan karbonhidratın büyük kısmı nişastadan oluşur.

Ülkemizin temel ağırlıklı gıdası buğday olmasına karşın daha alerjen olmasına bağlı olarak bebek beslenmesinde pirinç unu her zaman buğday unundan önce başlanır. Buğday ve pirincin aminoasit içerikleri farklıdır. Buğday az miktarlarda üç farklı esansiyel aminoasit (metiyonin, lizin, treonin) içerirken pirinçte metiyonin miktarı fazla, lizin miktarı azdır. Buğdayın etle, pirincin ise baklagillerle birlikte yenmesi ile dengeli bir beslenme sağlanmış olur (148).

Tahıllar liften zengindir, mikro besin içerikleri de yeterli düzeydedir. Ancak içinde bulunan fitat, mikro besin emilimini azaltır. Tahıllar vitamin içeriği yönünden de fakirdir. Bu nedenle tek yönlü değil mutlaka diğer gıdalarla birlikte tüketilmelidir. Tahıl içeren öğünlerin süt ile hazırlanması bitkisel proteinlerdeki bazı eksikliklerinin hayvansal proteinlerle giderilmesine olanak verir. Yeterli hayvansal gıda alamayan bebeklerin tahıl ve baklagilleri her gün, tercihen aynı öğünde tüketmeleri önerilir. Çölyak hastalığının önlenmesi için glutenin erken (<4ay) veya geç (≥ 7 ay) verilmesinden kaçınılmalıdır (143).

Baklagiller:

Baklagiller (nohut, kuru fasulye, mercimek) tahıllarla birlikte tüketildiklerinde önemli bir besin kaynağı olmaktadır. Protein içeriği yüksek, kompleks karbonhidrat ve lif içeren kıymetli gıdalardır. Vitamin ve mineral içerirler. Bebek beslenmesinde mercimek çorbası kıymetli bir tamamlayıcı gıda olarak kabul edilmektedir. Ancak tahıllarda olduğu gibi baklagillerin de, fitat içeriğinden dolayı, emilimleri yeterli olmayabilir (148).

Yoğurt:

Fermantasyon, sıvı şeklindeki sütün raf ömrünü uzatmakta ve düşük pH oluşturarak mikroorganizmaların üremesini engellemekle birlikte hem dışı demirin emilimini kolaylaştırmaktadır. Yoğurt, peynir, kefir fermente gıdalardır. Evde

yapılmış yoğurt içerdiği probiyotikler açısından iyi bir başlangıç gıdası olarak seçilebilir. Yoğurt verilmesinin 7. aydan sonraya bırakılması alerji gelişimi açısından sorun yaratır bu nedenle 6. ayda başlanmalıdır (152,153).

Meyve ve Meyve Suları:

Meyve suyu ve daha sonra meyve pürelerine 4-6. aylarda başlanması gerekir. Meyveler kalori, mineral ve vitamin bakımından bebeği desteklerler. Bitkisel kaynaklı besinlerdeki hem dışı demirin emilimini arttırmaktadırlar. Ancak meyve suyu, iştahı azaltarak yetersiz enerji alımına ve anne sütünün kesilmesine yol açabileceğinden fazla miktarda verilmemelidir. Başlangıçta meyve tercih ediliyorsa elma, şeftali, muz, armut, avokado gibi uygun mevsim meyveleri kullanılmalıdır. Özellikle turuncu meyveler A vitamini ve folat açısından zengindir. Meyvelerin iyice yıkanmış olmasına özen gösterilmelidir. Meyvelerin cam rendeden geçirilerek kullanılması vitamin kaybını azaltır. Meyveler çocukların bağırsak alışkanlıklarını değiştirebilir. Bu nedenle çok etkilenme olmasın diye bağırsakları çalıştıran meyvelerle (armut, kayısı, erik) daha yavaş çalıştıran meyveler (muz, elma, şeftali) bir arada verilmelidir. Aşırı meyve tüketimi dış çürüklerine neden olabileceğinden, 250 ml/gün'den fazla meyve suyu tüketilmemelidir. Lif içeriği nedeni ile her zaman meyve suyu yerine meyvenin kendisi tercih edilmelidir (154).

Bebeklerin meyve suyu tüketimi ile ilgili AAP önerileri:

- ❖ Meyve suyu sadece bardakla verilmeli ve günlük 180ml'yi aşmamalıdır.
- ❖ Ana öğünün bir parçası olarak veya ara öğünde tüketilmelidir.
- ❖ Gün boyu yudumlanmamalı ve uyku öncesinde tüketilmemelidir.
- ❖ Aşırı meyve suyu tüketilmesi malnutrisyon, ishal, gaz şikayeti, distansiyon ve dış çürüklerine neden olabilir.
- ❖ Meyve suları taze olarak tüketilmeli veya pastörize edilmelidir (151).

Sebze:

Erken dönemde başlanması gereken tamamlayıcı besin grubudur. Sebze çorbaları 6-8 ay arasında bebeğin diyetine eklenmelidir. Özellikle demir içeriği yüksek sebzeler tercih edilmelidir. Çorbalar hazırlanırken eklenecek yağ, artık anne

sütü ile karşılanamayan enerji gereksiniminin karşılanmasına yardımcı olur. Bu aylarda enerji gereksiniminin % 25-30 kadarı yağlardan karşılanmalıdır. Ayrıca linoleik asit gibi bazı yağ asitleri büyüme için gereklidir ve bu nedenle diyet eklenecek yağlar bu yağ asitlerinin kaynağı olan bitkisel yağlar olmalıdır. Sebzeler vitamin, mineral, antioksidan ve lifler açısından zengindir ve bebeklerde tüketilmesi gereken A ve C vitamininden zengin diyet için en iyi kaynaktır. Özellikle koyu renkli sebzeler A vitamini ve folat açısından zengindir. Bu grubun etle birlikte tüketilmesi içeriğindeki C vitamininin demir emilimine katkıda bulunmasını sağlar (155).

Dördüncü aydan önce verilen yeşil yapraklı sebzeler methemoglobinemi oluşturabilir. Sebzeler B grubu vitaminlerden zengindir. Yeşil yapraklı sebzeler, soya fasulyesi (=et proteini), havuç, lahana ve kabak kalsiyum açısından zengin gıdalardır.

Sebzelerin fazla pişirilmemesi ve hemen tüketilmesi önerilmektedir.

Öncelikle tekli sebze çorbası ile başlanmalı daha sonra tek tek başka sebzeler ilave edilmelidir. Bebeğin böbreklerini solüt yükü çok fazla yormamak adına çorbalara tuz eklenmemelidir. Çorbalar, içine tane sebze ve kıyma eklenerek hazırlanmalıdır. Bu hem protein kalitesini yükseltir, hem de bebeği pütürlü gıdalara alıştıırır. Daha sonra çorba formu çok geciktirilmeden püre formuna çevrilmelidir (154).

Kahvaltı:

Kahvaltı tüm yaşam boyunca sağlıklı beslenmenin en temel öğünü oluşturduğundan bebek beslenmesinde de büyük önem arz eder. Bebekler 6 aylık olduktan sonra kahvaltı verilmeye başlanabilir. Ek gıdaları test eden bebeğe yumurta, beyaz peynir, pekmez, öğütölmüş ceviz, vs kahvaltı öğünü olarak verilebilir.

Yumurta; biyolojik değeri yüksek protein, esansiyel aminoasit, PUFA ve

fosfolipitlerden zengindir. Demir düzeyi de yüksektir ancak içeriğindeki fosfolipitler demiri bağladığından biyoyararlanımı düşüktür. Alerjik reaksiyon gelişebileceğinden 6. aydan önce verilmemelidir. Önce küçük bir parça olarak verilmeli (1/8 kadarı), alerjik reaksiyon gelişmiyorsa verilen miktar yavaş yavaş artırılarak 8-10 gün içinde tam yumurta sarısı verilmeye başlanmalıdır. Yumurta beyazının verilmesi için bebeğın 1 yaşını doldurması beklenmelidir. Bebekler

salmonella intoksikasyon riski nedeni ile yaşamlarının ilk yıllarında iyi pişmiş katı yumurta yemelidirler. Ancak iyi pişmiş yumurta çok pişirmek demek değildir. Ortalama 8-10 dakika pişirilmelidir. Eğer bir yumurta fazla pişmişse oluşan demir oksit nedeni ile beyazında mavi-yeşil bir renk oluşur ve besin değeri azalır. Her gün bir yumurta verilebilir ancak önerilen, haftada 2-3 yumurta sarısı verilmesidir. Özellikle yazın yumurta verilmemesi gibi halk arasında yanlış bir uygulama yapılmaktadır. Yumurta çok önemli besin değeri olan bir gıdadır ve referans protein olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle yazın da verilmelidir (154).

Pekmez, kahvaltıda tatlandırıcı görevi görür ve bebeğe demir desteği sağlar. İyice öğütülmüş ceviz verilmesi de kahvaltının demir içeriğini zenginleştirir ve nörolojik gelişime de katkıda bulunur.

Peynir 6-9. aylarda küçük miktarlarda diyeteye eklenir ve 9 aylıktan sonra miktarı artırılır. Tuzsuz peynirler seçilmeli, seçilemiyorsa tuzu azaltmak için suda bekletilerek verilmelidir.

Hayvansal gıdalar:

Hayvansal gıdalar demir, çinko, kalsiyum, B vitaminleri ve bazen A vitamininden zengin gıdalardır. Et tüketimi ile psikomotor gelişim arasında korelasyon bulunmaktadır.

Et ve et ürünleri kullanımına 7-9. aylarda başlanmalıdır. Kullanılacak etlerin aşırı yağlı olmamasına ve çift kıyılmış olmasına özen gösterilmelidir. Yağsız dana eti, tavuk göğsü ve hindi başlangıç seçeneklerindendir. Tavuk göğsünün yağ içeriği az, protein içeriği yüksektir; but ve bacaklar daha yağlıdır ve daha yüksek oranda demir içerirler (155).

Bebek için hazırlanacak olan besinlerin çok yüksek ısıda pişirilmemesine özen gösterilmelidir, zira 180 derecenin üzerindeki pişirme ısıları besinlerin içerisindeki yağ ve şeker içeriklerinin yanmasına ve kanserojen maddelerin açığa çıkmasına neden olabilmektedir.

Çocuklarda haftanın 1-2 günü et veya et ürünü olarak balık verilmelidir. Balıkların deniz ürünü ve soğuk su balıkları olmasına özen gösterilmelidir. Uskumru, deniz levreği, somon, tuna..vb omega 3 yağ asitlerinden zengin ürünlerdir (154).

Süt ve süt ürünleri:

İnek sütü yüksek protein içerir ve bu nedenle alerjiye ve ileri yaşlarda otoimmün hastalıklara zemin hazırlar, Ca/P dengesi bebeğin sindirimi için uygun değildir, linoleik asit ve nükleotidlerden fakirdir. Yağ, vitamin, kalsiyum, demir emilimi iyi değildir. İntestinal mikro kanamalara, konstipasyona neden olabilir. Renal solüt yükü fazladır. Demir eksikliği anemisine neden olabilir. Tüm bu nedenlerden dolayı ESPGHAN, APA, WHO inek sütünü 1 yaşına kadar önermemektedir ancak az miktarlarda ek besinlere eklenebileceğini bildirmişlerdir (148).

İki yaşından önce yağsız süt tüketimi önerilmemektedir. Yağlar, bebek büyümesi ve gelişimi için önemlidir. Hayvansal gıdaları düzenli tüketmeyen bebeklerde günlük 5g yağ takviyesi önerilmektedir (148).

5.Tamamlayıcı Beslenmede Erken Verilmesi Uygun Olmayan Gıdalar

Bebeklere 1 yaşından önce; bal, az pişmiş/pişmemiş/çok aşırı pişmiş yumurta verilmemelidir. Yumurta beyazı ve çilek alerji görülebileceğinden verilmemelidir.

Karaciğer gibi sakatatlar ve beyin, hayvan hastalıkları daha çok bu organlarda biriktiğinden çocuklara verilmemelidir. Küflü peynir türleri, çay ve bitki çayları, şekerli içecekler, konserve gıdalar, hazır çorbalar, hazır meyve suları, şekerli yoğurt ve peynirler, tuzlu ve biberli gıdalar da bebek beslenmesine uygun değildir. Kabuklu kuru yemişler, pişmemiş havuç, üzüm, şeker gibi yuvarlak ve sert gıdalar boğulma tehlikesinden dolayı bebeklik döneminde önerilmemektedir. Nitrit içeren sosis, salam, sucuk gibi gıdaların bebek beslenmesinde yeri yoktur.

Sonuç olarak anne sütüne 2 yaşına kadar devam edilmeli, emzirme devam ederken az miktarlarda tamamlayıcı besinlere başlanarak zamanla arttırılmalı, öğün sayısı yaşa ve anne sütü miktarına göre ayarlanmalı, besinlerin kıvamı bebeğin gereksinimine ve motor gelişimine uygun olmalı, besin çeşitliliği sağlanmalı, besinler kaliteli ve temiz olmalıdır. Her çocuğun aynı besinlere ulaşabilmesi mümkün olamayacağından, ailenin ekonomik koşulları göz önüne alınarak uygun önerilerde bulunulmalıdır (133).

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği'nde yatarak ya da ayaktan izlenen bebeklerin beslenmesi sorgulandığında; anne sütünün öneminin anlaşılamadığı, hızla formülalara geçildiği veya erken ya da yanlış besinlerle tamamlayıcı beslenmeye geçildiği ya da tamamlayıcı beslenmeye geç geçilip bebeğin yetersiz beslenmesine ve malnütrisyonuna yol açıldığı görülmüştür. Bu nedenlerle 0-24 ay arası bebeği olan annelerin anne sütü ve tamamlayıcı beslenme ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmayı amaçladık.



III. GEREÇ VE YÖNTEM

MATERYAL

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniğine 10 Şubat 2017 ile 10 Haziran 2017 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvurmuş, 0-24 ay arasında bebeği olan annelerin, anne sütü ile beslenme ve ek gıdaya geçiş dönemi ile ilgili bilgi düzeyleri değerlendirildi. Bunun için ailelerin sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumları ve tamamlayıcı beslenme ile ilgili bilgi seviyelerini içeren bir anket hazırlandı. Çalışmada 300 anneye 46 sorudan oluşan bir anket uygulandı. Çalışma süresi 4 ay olarak belirlendi.

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun 08.02.2017 tarih ve 8 sayılı izni ile çalışmaya başlanmıştır. Çalışmaya dâhil edilecek bebeklerin anneleri, çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgilendirilerek ve ankete katılım konusunda gönüllü olan anneler çalışmaya alındı.

Prospektif, kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniğine başvuran anneler ve çocukları oluşturmaktaydı. Aileler rastgele örneklem yöntemiyle seçildi. 0-24 ay arasında bebeği olan annelerin, bebeklerinin anne sütü ile beslenme ve ek gıdaya geçiş dönemi ile ilgili bilgi düzeyleri ve davranışlarını belirlemek için, literatür bilgileri taranmış ve daha önce yapılan benzer çalışmalar esas alınarak hazırlanan anket formu ile yüz yüze görüşme yapılarak bilgiler toplanmıştır. 10 Şubat 2017 ile 10 Haziran 2017 tarihleri arasında yapılan bu çalışma için Etik Kurul izni ile ailelerin gönüllü aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Hazırlanan anket, araştırma kriterlerine uyan annelere yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak gönüllü annelere uygulandı. Annelere anket soruları tek tek okunarak, gerektiğinde anlamadıkları sorularda o soru ile ilgili uygun açıklamalar yapıldı. Çalışmaya katılan her anneye çalışmanın içeriği ile ilgili bilgi verilerek çalışmanın amacı anlatıldı.

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

1. Çalışma kriterlerine uymalarına rağmen çalışmaya katılmayı kabul etmeyen anneler
2. Doğum ağırlığı 2000 gramın altında olan bebekler
3. Yenidoğan yoğun bakım servisinde yatan bebekler
4. Mental motor reterdasyon, konjenital anomali, galaktozemi, fenilketonüri gibi kronik bir hastalığı olan bebeğe sahip olan anneler çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmaya Alınma Kriterleri:

Çalışmadan dışlanma kriterlerine sahip olmayan, 0-24 ay arasında bebeği olan ve herhangi bir nedenle Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniğine başvuran anneler çalışmaya dahil edildi.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

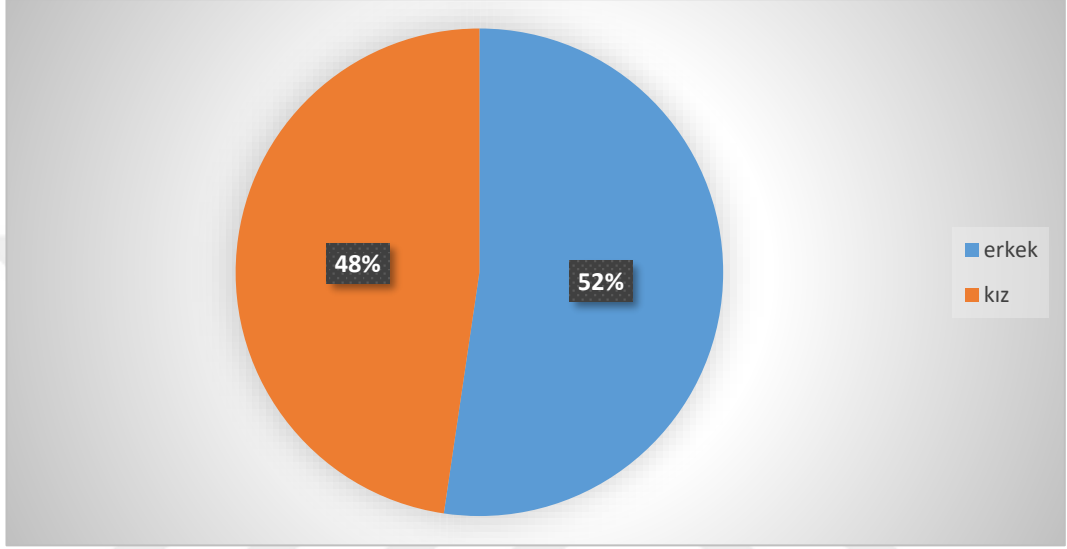
Anketten elde edilen veriler SPSS version 22.0 for Windows istatistik paket programı ve Windows 10 programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan (ortanca değer), en düşük ve en yüksek frekans değerleri kullanıldı. Analiz yapılırken parametrik test varsayım koşulları karşılandığı takdirde T örneklem testi veya tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) testi uygulanması planlandı. Parametrik test varsayım koşullarının sağlanamadığı durumlarda ise bu testlerin nonparametrik eşdeğerleri olan Mann Whitney U testi veya Kruskal Walls testi uygulanması planlandı. Grafikler ve şekiller Microsoft Office Excel 2016 programı kullanılarak yapıldı.

Sınıflandırılmış yani kategorilenmiş değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığı, varsa bu ilişkinin gücü ve yönünü değerlendirmek için ise korelasyon analizi testleri uygulanması planlandı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

IV. BULGULAR

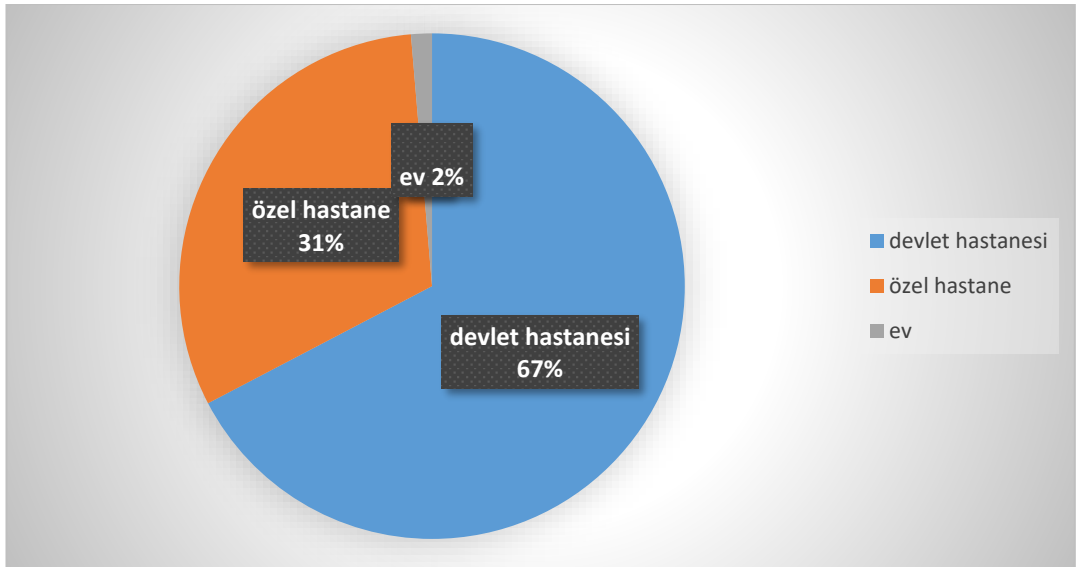
Tanımlayıcı Veriler:

Çalışmamızda 0-24 ay arası olan 300 bebek değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmamızda cinsiyet durumu değerlendirildiğinde bebeklerin %52.3'ünün (n:157) erkek bebek ve %47.7'sinin (n:143) kız bebek olduğu görüldü (Şekil 4.1).



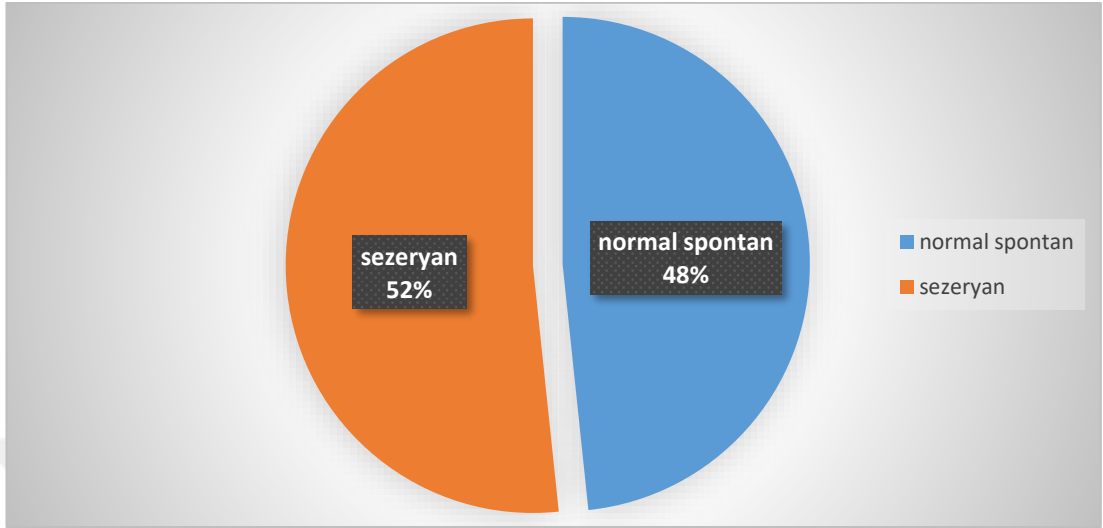
Şekil 4.1. Bebeklerin Cinsiyet Durumu

Bebeklerin doğum yeri %67 (n:202) devlet hastanesi, %31 (n:94) özel hastane ve %2 (n:4) ev idi (Şekil 4.2).



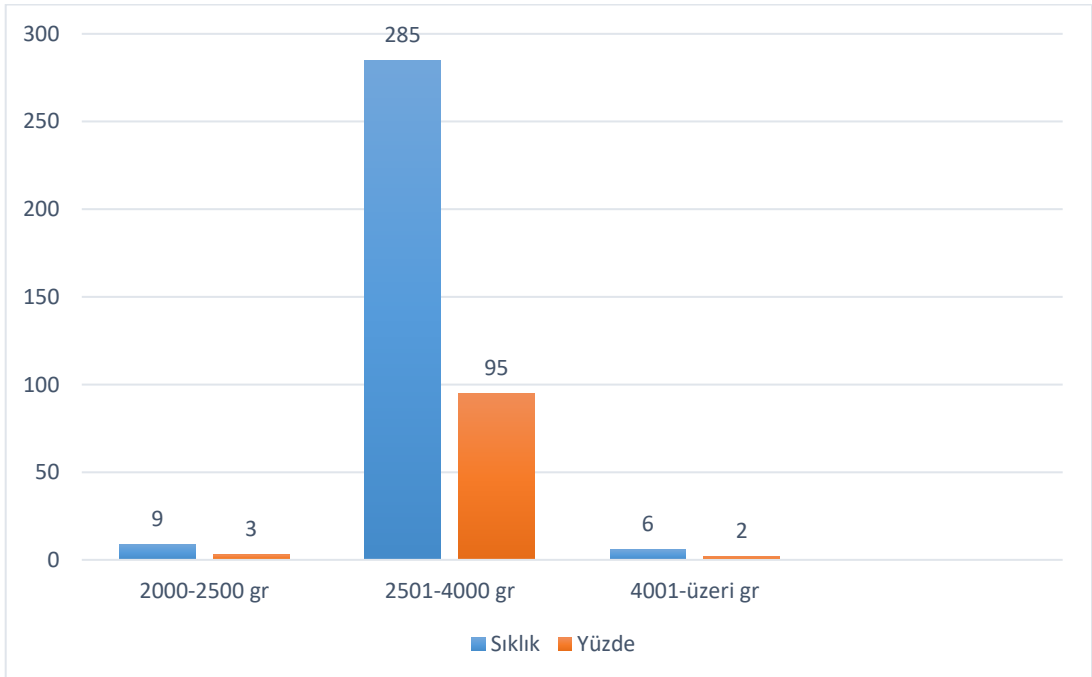
Şekil 4.2. Bebeklerin Doğum Yeri

Bebeklerin doğum şekli %48 (n:145) normal spontan doğum (NSD), %52 (n:155) sezaryen (C/S) idi (Şekil 4.3).



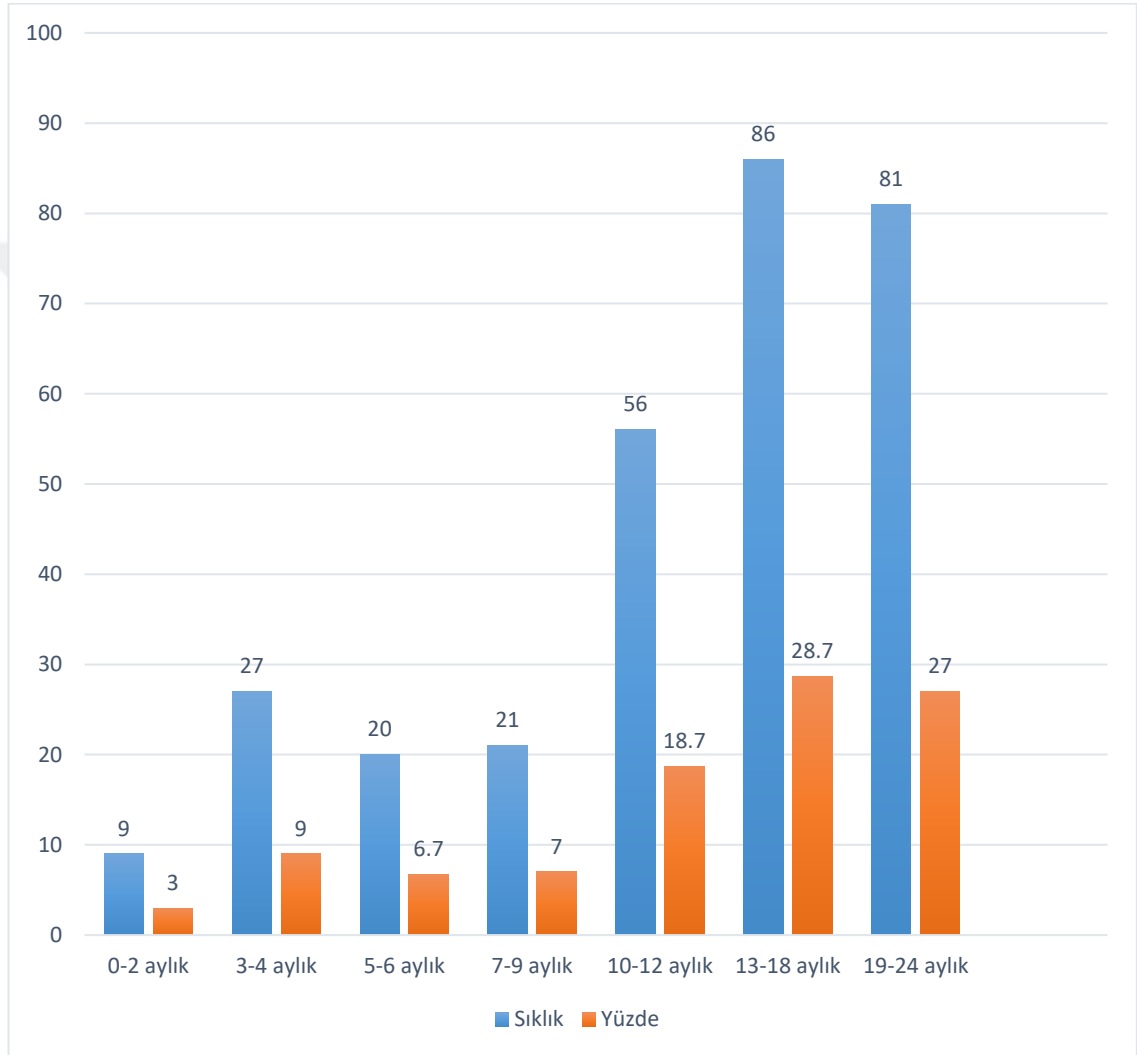
Şekil 4.3. Bebeklerin Doğum Şekli

Bebeklerin doğum kiloları incelendiğinde %3'ünün (n:9) 2000-2500 gr, %95'inin (n:285) 2500-4000 gr ve %2'sinin (n:6) ise 4001 gr ve üzeri olduğu görüldü (Şekil 4.4, Tablo 4.1).



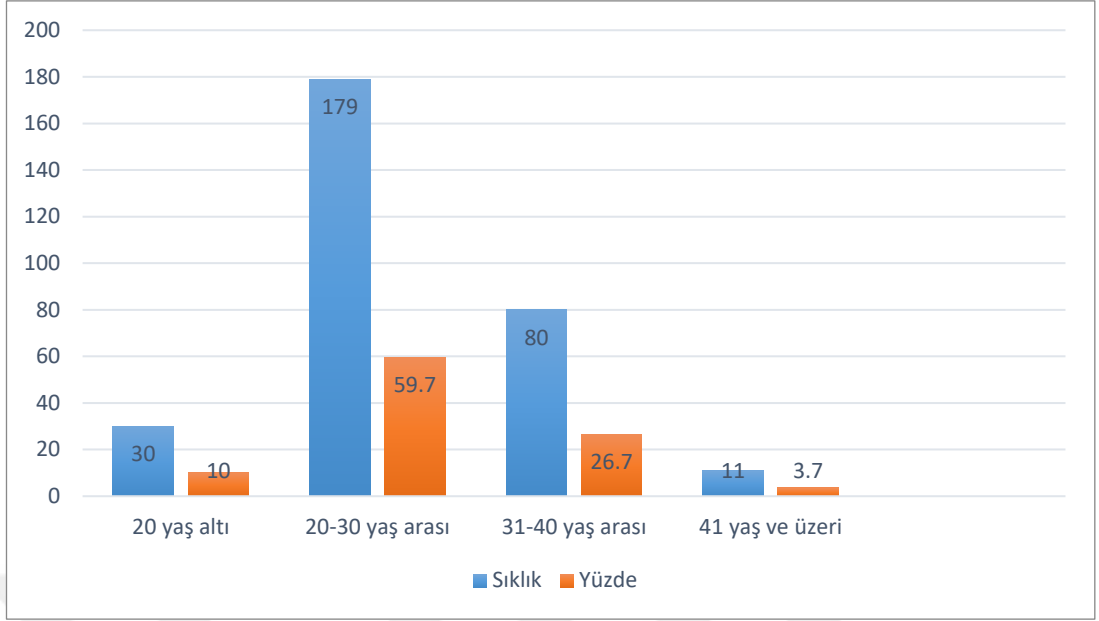
Şekil 4.4. Bebeklerin Doğum Kilosu

Çalışmamıza dahil olan annelerin bebeklerinin %3'ü (n:9) 0-2 aylık, %9'u (n:27) 3-4 aylık, %6.7'si (n:20) 5-6 aylık, %7'si (n:21) 7-9 aylık, %18.7'si (n:56) 10-12 aylık, %28.7'si (n:86) 13-18 aylık ve %27'si (n:81) 19-24 aylık idi. Bebeklerin yaş ortalaması $13,64 \pm 6,31$ aydı. Bebeklerin en küçüğü 1 aylık ve en büyüğü ise 24 aylıktı (Şekil 4.5, Tablo 4.1).



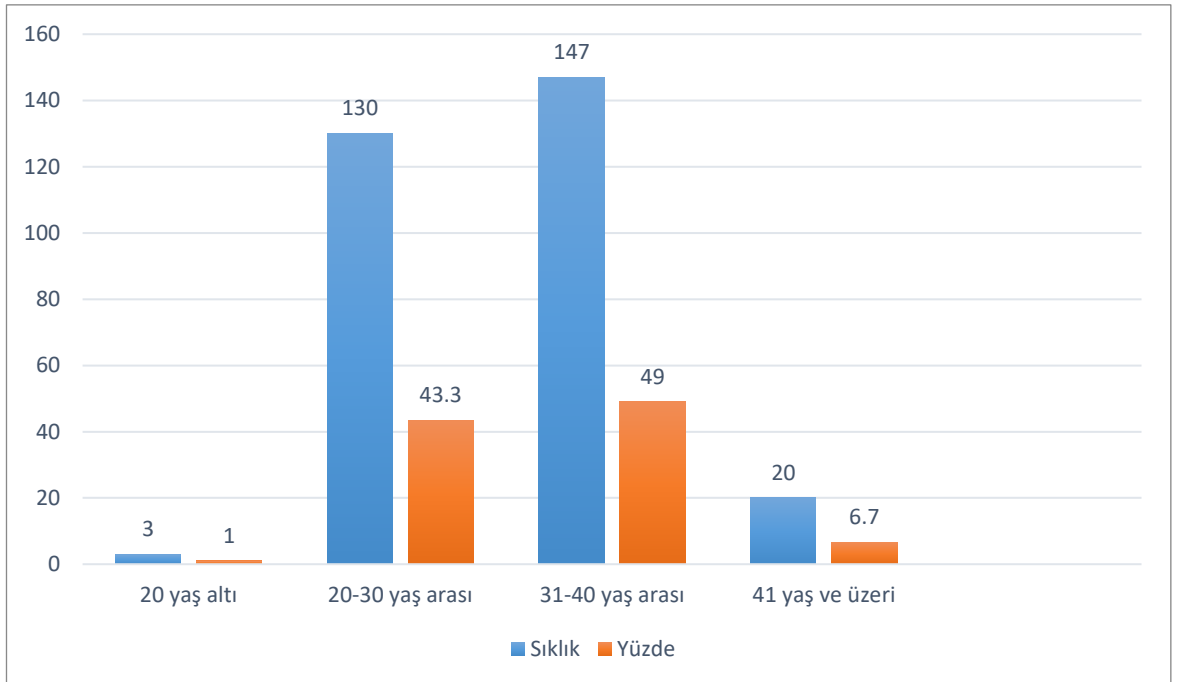
Şekil 4.5. Bebeklerin Aylara Göre Dağılım Sıklığı ve Yüzde Değerleri

Annelerin yaşları 16 ile 43 arasında değişirken, yaş ortalamaları $27,86 \pm 5,65$ olarak tespit edildi. Anneleri yaş gruplarına göre incelediğimizde ise %10'u (n:30) 20 yaş altında, %59,7'si (n:179) 20-30 yaş arasında, %26.7'si (n:80) 31-40 yaş arasında ve %3.7'si (n:11) 41 yaş ve üzerindeydi (Şekil 4.6, Tablo 4.1).



Şekil 4.6. Anne Yaşının Gruplara Göre Dağılım Sıklığı ve Yüzde Değerleri

Babaların yaşları 19 ile 48 arasında değişirken, yaş ortalamaları $30,86 \pm 5,51$ olarak bulundu. Babaları yaş gruplarına göre incelediğimizde ise %1'i (n:3) 20 yaş altında, %43.3'ü (n:130) 20-30 yaş arasında, %49'u (n:147) 31-40 yaş arasında ve %6.7'si (n:20) 41 yaş ve üzerindeydi (Şekil 4.7, Tablo 4.1).



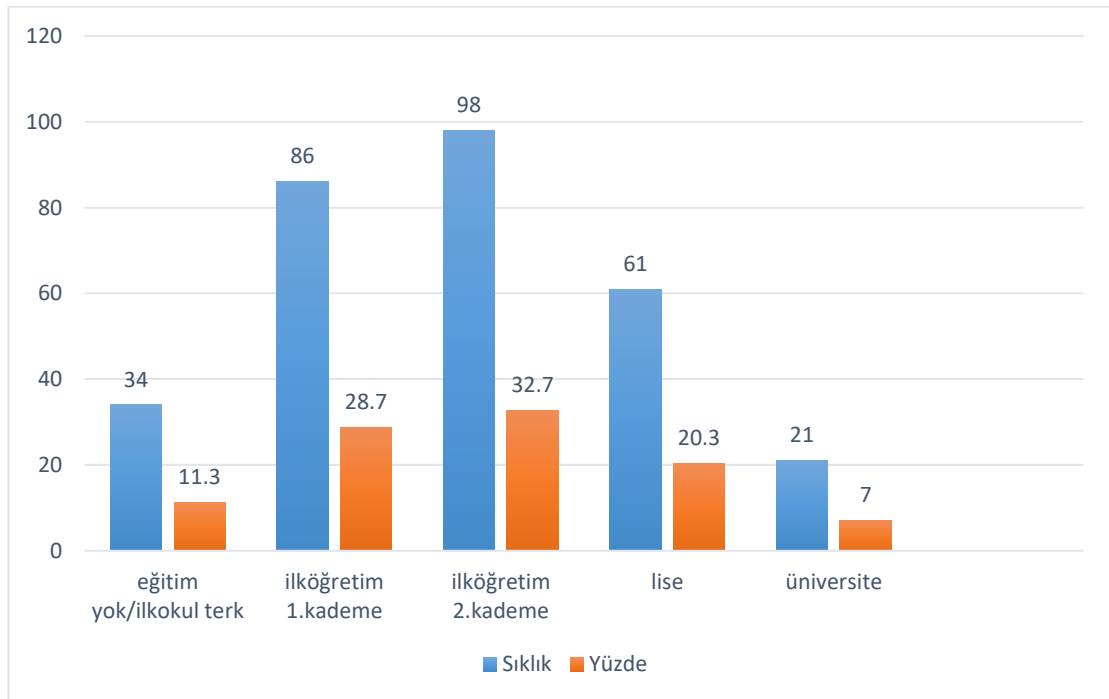
Şekil 4.7. Baba Yaşının Gruplara Göre Dağılım Sıklığı ve Yüzde Değerleri

Çalışma popülasyonumuzun temel tanımlayıcı özelliklerinin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1 Çalışma Grubuna Ait Tanımlayıcı Özellikler

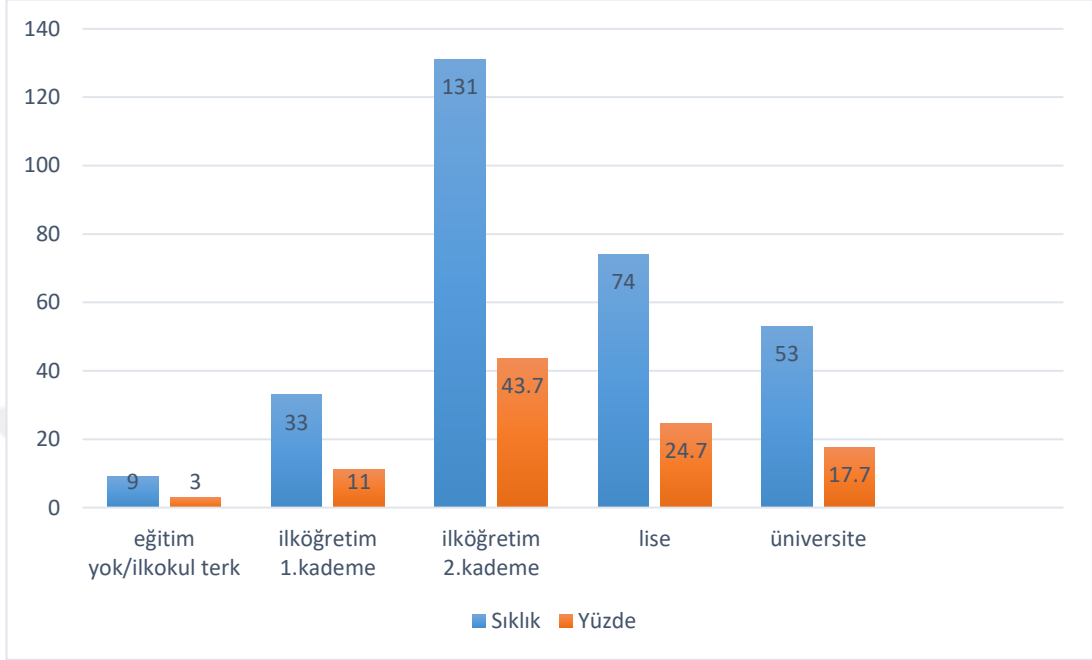
	N	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maximum
Bebeğin yaşı	300	13,64	6,31	1,00	24,00
Bebeğin doğum kilosu	300	3233,62	570,18	2300	4200
Annenin yaşı	300	27,86	5,65	16	43
Babanın yaşı	300	30,86	5,51	19,00	48,00
Çocuk sayısı	300	2,39	1,06	1,00	8,00

Annelerin öğrenim durumlarına bakıldığında %11.3’ünün eğitiminin olmadığı veya ilkokulu bitiremeden terk ettikleri, %28.7’sinin ilkokulu, %32.7’sinin ortaokulu, %20.3’ünün liseyi ve sadece %7’sinin üniversiteyi bitirdiği tespit edildi (Şekil 4.8).



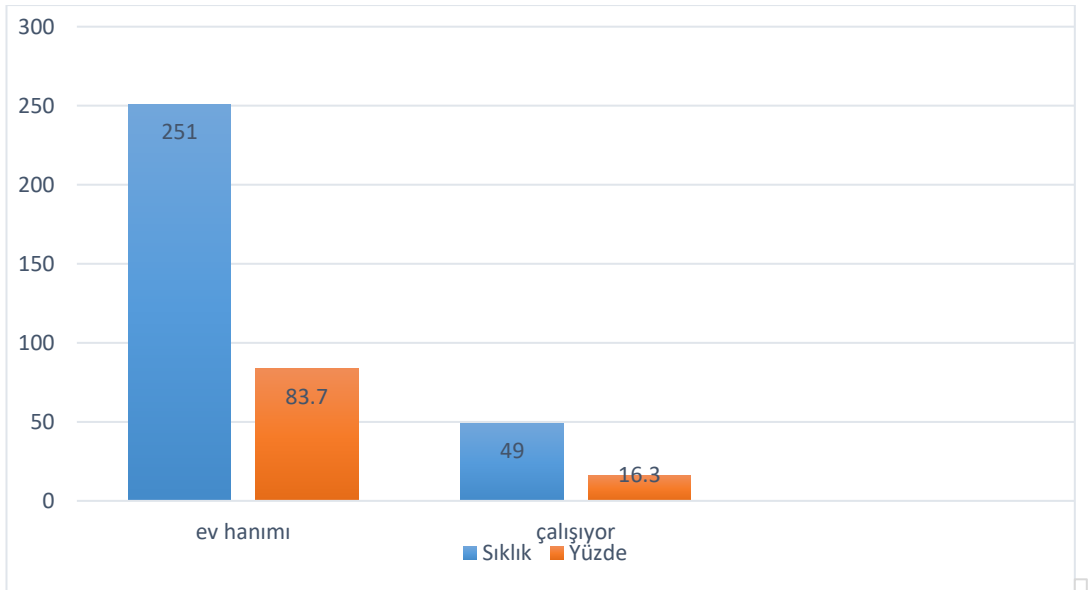
Şekil 4.8. Annelerin Öğrenim Durumu

Babaların öğrenim durumlarına bakıldığında ise %3'ünün eğitiminin olmadığı veya ilkokulu bitiremeden terk ettiği, %11'i ilkokul, %43.7'si ortaokul, %24.7'si lise ve %17.7'si üniversite mezunuydu (Şekil 4.9).



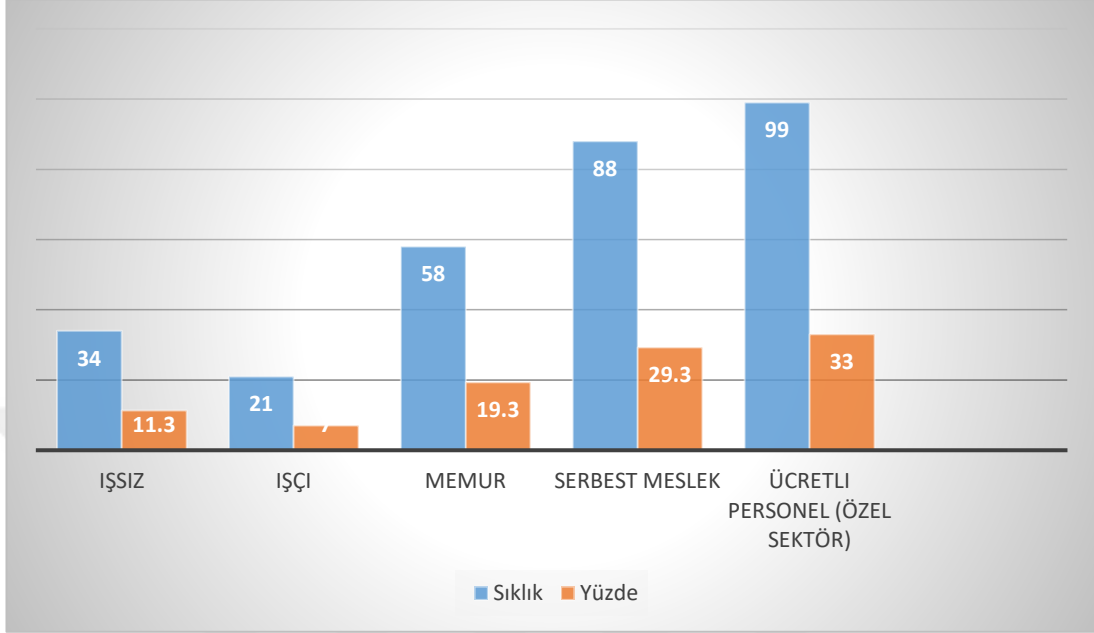
Şekil 4.9. Babaların Öğrenim Durumu

Annelerin çalışma durumu incelendiğinde %83.7'sinin ev hanımı olduğu ve sadece %16.3'ünün bir işte çalıştığı görüldü (Şekil 4.10).



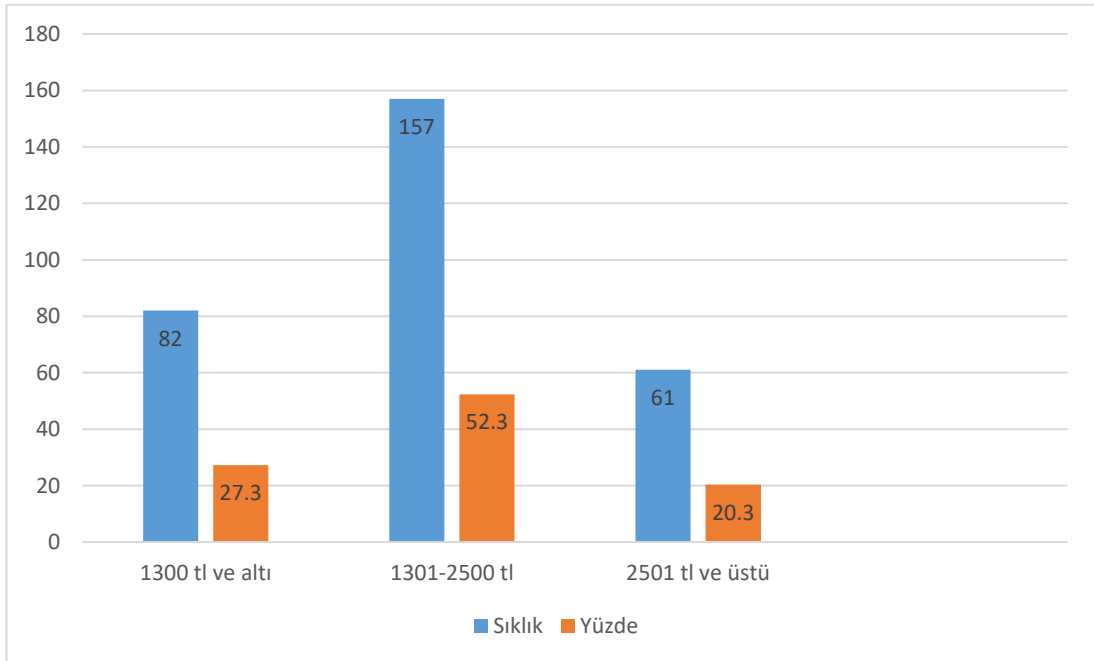
Şekil 4.10. Annelerin Çalışma Durumu

Babaların %11.3'ünün işsiz, %7'sinin işçi, %19.3'ünün memur, %29.3'ünün serbest meslek ve %33'ünün özel sektörde ücretli personel olarak çalıştığı görüldü (Şekil 4.11).



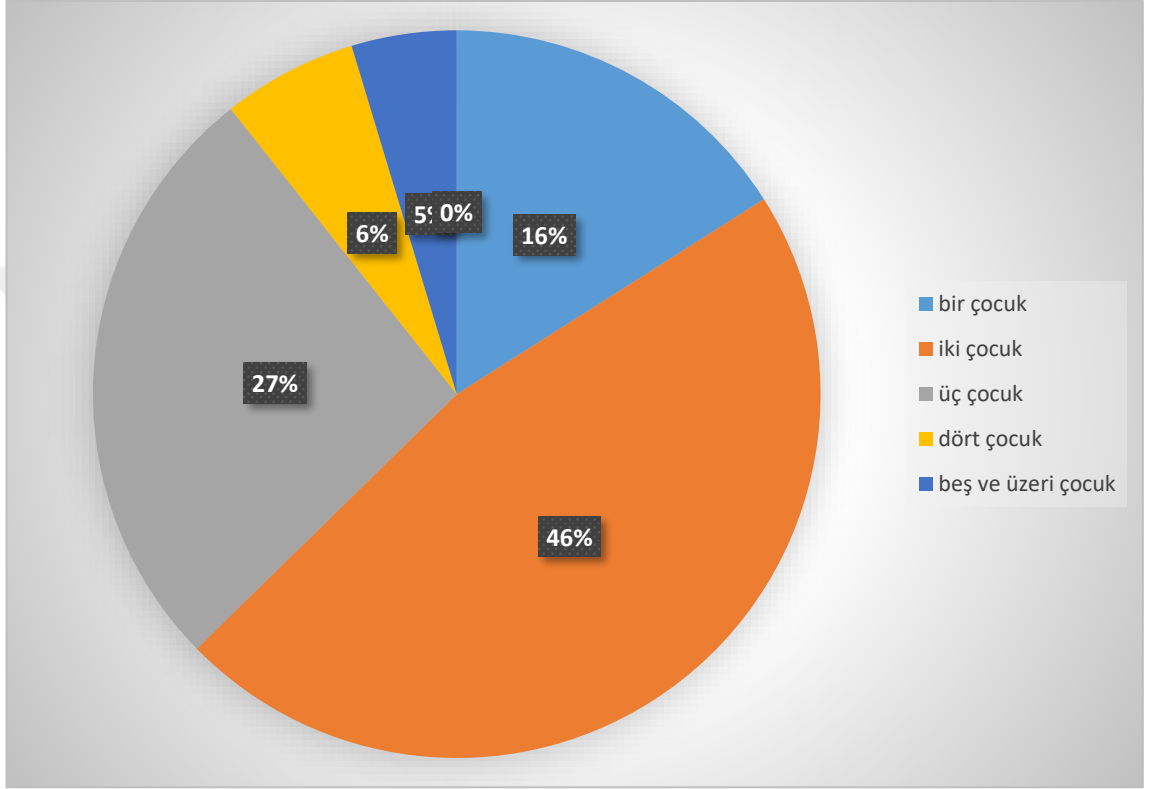
Şekil 4.11. Babaların Çalışma Durumu

Ailenin gelir düzeyi %27.3 (n:82)'ünün 1300 TL altında, %52.3 (n:157)'ünün 1301-2500 TL arasında, %20.3 (n:61)'ünün 2500 ve üzerinde idi (Şekil 4.12).



Şekil 4.12. Ailelerin Aylık Gelir Düzeyi

Annelerin yaşıyan çocuk sayısı ortalaması 2.39 ± 1.06 (min:1-max:8) idi. Ailelerin %16'sı (n:48) tek çocuk, %46.7'si (n:140) iki çocuk, %26.7'si (n:80) üç çocuk, %6'sı (n:18) dört çocuk ve %4.7'si (n:14) beş ve üzeri çocuk sahibiydi (Şekil 4.13).



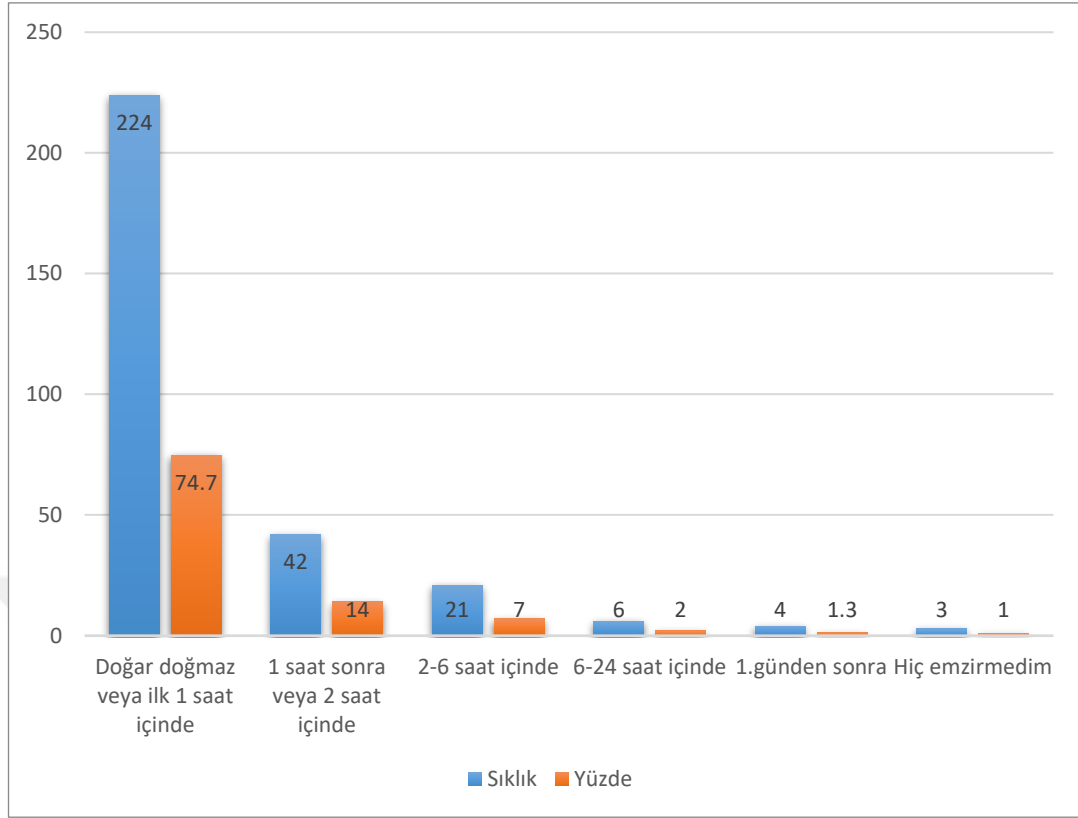
Şekil 4.13. Ailelerin Çocuk Sayısına Göre Dağılım Yüzdeleri

Evde birlikte yaşanan aile büyüğü varlığının oranı %27 (n:81) idi.

Gebeliği boyunca takip edilen anne oranı %68 (n:204) idi.

Doğum sonrası ilk günlerde anne sütü ile beslenme, emzirme ve ek gıdalara geçiş hakkında sağlık personelinin bilgi alanların oranı ise %75.3 (n:226) idi.

Bebegini doğar doğmaz veya ilk bir saat içinde emzirenler %74.7 (n:224), 1 saat sonra veya 2 saate kadar emzirenler %14 (n:42), 2-6 saat içinde emzirenler %7 (n:21), 6-24 saat içinde emzirenler %2 (n:6), 1. Günden sonra emzirenler %1.3 (n:4) ve hiç emzirmeyenler ise %1 (n:3) olarak tespit edildi (Şekil 4.14).

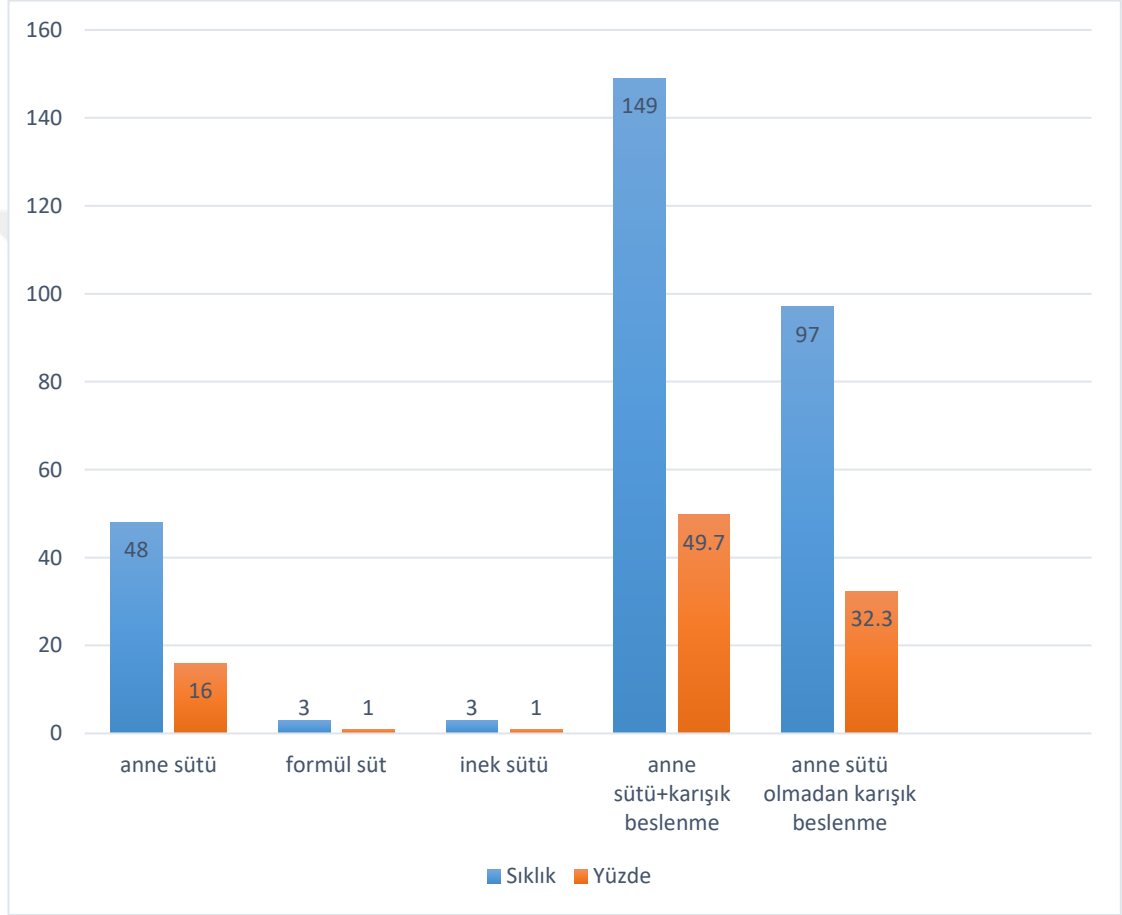


Şekil 4.14. Annelerin Bebeklerine İlk Gelen Sütü (Kolostorum) Verme Zamanı

Ağız sütünü (ilk gelen süt=kolostrum) duyanların oranı %87.3 (n:262) idi. Annelere ağız sütünün bebeklere verilir verimeyeceği sorgulandığında ise %81,7 (n:245) evet verilir, %5 (n:15) hayır verilmez, %13.3 (n:40) ise bilmiyorum dedi. Sizce bebekler yeni doğdukları dönemde ne kadar sıklıkla emzirilmeli sorusuna annelerin %85'i (n:255) bebek her ağladığında, %7.7'si (n:23) bebek her uyandığında, %7.3'ü (n:22) bebek uyandırılıp sık sık bebek her istediğinde şeklinde cevap vermiştir.

Sadece anne sütü ile beslemek sizce ne anlama geliyor sorusu annelerin %94,7'si (n:284) sırf anne sütü ile beslemek derken, %5.3'ü ise anne sütü ve su ile beslemek olarak yanıt verdi. Sizce anne sütü ile beslenmeye bebeğin sağlığı açısından ne kadar süre devam edilmelidir sorusuna annelerin %2,7'si (n:8) 6 ay, %12.3'ü (n:37) 12 ay, %11,7'si (n:35) 18 ay, %58,3'ü (n:175) 24 ay, %4'ü (n:12) 12 aydan fazla, %11'i (n:3) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi.

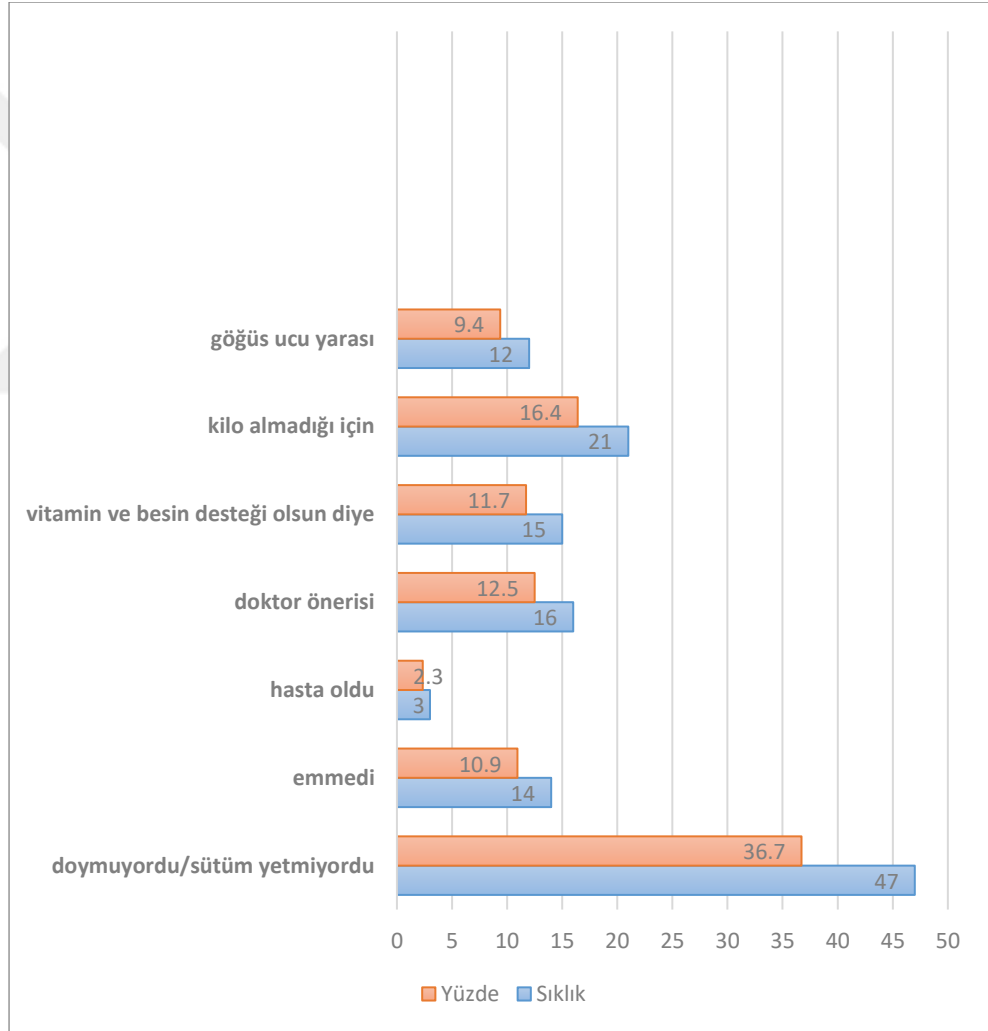
Çalışmaya dahil olan annelere, bebeğinizi şu an ne ile besliyorsunuz diye sorduğumuzda; annelerin bebekleri %16 (n:48) oranında sadece anne sütü, %1 (n:3) oranında sadece mama, %1 (n:3) oranında sadece inek sütü, %49.7 (n:149) oranında anne sütü+karışık beslenme ve %32,3 (n:97) oranında ise anne sütü olmadan karışık beslenme ile besleniyordu (Şekil 4.15).



Şekil 4.15. Bebeklerin Beslenme Durumları

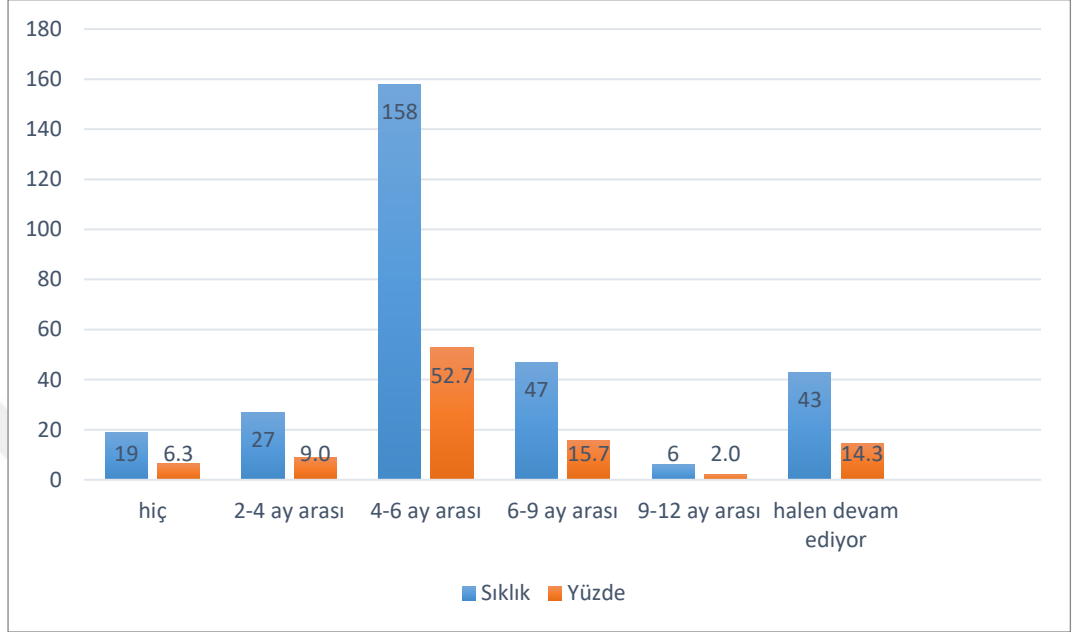
“Bebeğinize ilk 6 boyunca hiç su verdiniz mi?” sorusuna annelerin %42’si (n:126) evet, %58’i (n:174) hayır demiştir. Cevabı evet olan 126 anneye, ilk 6 ayda birkez bile olsa bebeğine neden su verme ihtiyacı hissettiği soruldu ve alınan cevaplar şöyleydi. %50,8 (n:64) susadığını düşündüm, %39,7 (n:50) ek gıda kullandığım için, %9.5 (n:12) ilk 6 ay bebeğime su vermeye gerek olmadığını sadece anne sütünün yeterli olduğunu bilmiyordum şeklindeydi.

Bebeğine ilk 6 ay boyunca bir kez bile olsa mama (formül süt) verenlerin oranı %42.7 (n:128) idi. Cevabı evet olan 128 anneye bunun nedeni sorulduğunda %36.7'si (n:47) bebeğim doymuyordu/sütüm yetmiyordu, %10,9'u (n:14) bebek emmedi, %2,3'ü (n:3) bebek hasta oldu, %12,5'u (n:16) doktor önerisi ile, %11.7'si (n:15) vitamin ve besin desteği olsun diye, %16.4'ü (n:21) kilo alamadığı için, %9.4'ü (n:12) göğüs ucu yarası nedeniyle şeklinde cevap verdi. Bu 128 bebek incelendiğinde annelerin bu bebeklere formül süt kullanma nedenleri aşağıdaki şekilde görülmektedir (Şekil 4.16).



Şekil 4.16. Bebeğine Formül Süt Kullanan Annelerin Bunu Kullanma Nedenleri

Annelere, bebeğin sadece anne sütü ile (yani su ve ek gıda vermeden) beslendiği süre sorulduğunda %6.3 (n:19) hiç, %9 (n:27) 2-4 ay arası, %52.7 (n:158) 4-6 ay arası, %15.7 (n:47) 6-9 ay arası, %2 (n:6) 9-12 ay arası şeklinde cevaplarken, %14.3'ü (n:43) ise halen anne sütüne devam ettiğini söyledi (Şekil 4.17).



Şekil 4.17. Bebeğin Sadece Anne Sütü ile Beslendiği Süre

Ankete katılan annelerin %31'i (n:93) bebeğinize 1 yaşından önce hiç inek sütü verdiniz mi sorusuna evet olarak cevap verirken, %69'u (n:207) hayır olarak cevap verdi. Evet olarak cevap veren 93 anneye bunun nedeni sorulduğunda ise, %11.8'i (n:11) ucuz olduğu için, %49.5'i (n:46) ek besin olsun diye, %35.5'i (n:33) bebek doymuyor veya sütüm yetersizdi diye ve %3.2'si (n:3) ise diğer nedenlerden dolayı diye cevap vermiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Bebeklerine İnek Sütü Veren Annelerin İnek Sütü Verme Nedenleri

Annelerin inek sütü verme nedenleri	Sıklık	Yüzde
Ucuz	11	11,8
Ek besin olsun diye	46	49,5
Bebek doymuyordu/sütüm yetersizdi	33	35,5
Diğer	3	3,2
Toplam	93	100,0

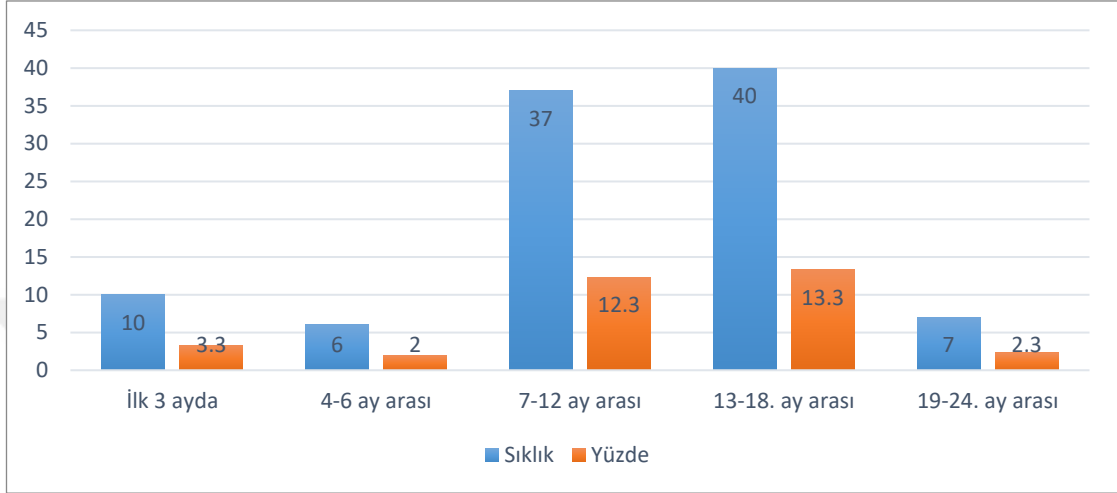
Anneler, anne sütünün ve inek sütünün ishal ve alerji yapıp yapmayacağı soruldu. Alınan cevaplar şu şekilde idi. Anneler %39 (n:117) evet inek sütü ishal yapar, %58,7 (n:176) hayır inek sütü ishal yapmaz ve %2,3 (n:7) oranında ise bilmiyorum şeklinde cevap vermiştir. İnek sütünün alerji yapıp yapmadığı sorulduğunda ise annelerin %49,3'ü (n:148) evet derken, %47,3'ü (n:142) hayır ve %3,3'ü (n:10) bilmiyorum demiştir. Anne sütünün ishal yapıp yapmayacağı sorulduğunda %20,3'ü (n:61) evet, %78,7'si (n:236) hayır ve %1'i (n:3) bilmiyorum dedi. Anne sütünün alerji yapıp yapmadığı sorusuna ise %28 (n:84) anne evet, %70,7 (212) anne hayır ve %1,3 anne ise bilmiyorum şeklinde cevap verdi. İshalli bebeğe anne sütü verilebilir mi sorusuna ise %87,2 (n:262) evet, %2 (n:6) hayır ve %10,7 (n:32) bilmiyorum şeklinde cevap vermiştir.

Annelerin %66,7'si (n:200) bebeğinizi hala emziriyor musunuz? Sorusuna evet şeklinde yanıt verirken, %33,3'ü (n:100) ise bebeğini şu anda emzirmedeğini söyledi. Bebeğini emzirmeye devam eden 200 anneye bebeğini ne kadar süre emzirmeye devam edeceği sorulduğunda %22'si (n:44) emmeyi bırakana kadar, %43,5'i (n:87) 24. aya kadar, %15'i (n:30) 18. aya kadar, %5,5'i (n:11) 12. aya kadar, %2,5'i (n:5) 6. aya kadar, %11,5'i (n:23) sütüm yettiği kadar dedi (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Bebeğini Emzirmeye Devam Eden 200 Annenin Tahmini Emzirmeye Devam Edeceği Süre

	Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde
emmeyi bırakana kadar	44	14,7	22,0
24. aya kadar	87	29,0	43,5
18. aya kadar	30	10,0	15,0
12. aya kadar	11	3,7	5,5
6. aya kadar	5	1,7	2,5
sütüm yettiği kadar	23	7,7	11,5
Total	200	66,7	100,0
24. soruya hayır diyenler	100	33,3	
GENEL TOPLAM	300	100,0	

Anket yapıldığı sırada bebeğini emzirmeyi bırakmış olan 100 annenin emzirmeyi ortalama hangi ay aralığında bıraktığına bakacak olursak; %3.3'ü (n:10) ilk 3 ayda, %2'si (n:6) 4-6 ay arasında, %12.3'ü (n:37) 7-12 ay arasında, %13.3'ü (n:40) 13-18 ay arasında, %2.3'ü (n:7) 19-24 ay arasında bebeklerini emzirmeyi bırakmıştır (Şekil 4.18).



Şekil 4.18. Bebeğini Anket Yapıldığı Sırada Emzirmeyen Annelerin, Emzirmeyi Ne Zaman Bıraktıkları

Emzirmeyi bırakan 100 annenin emzirmeyi bırakma nedeni %23 (n:23) sütüm gelmedi/yetersizdi, %14 (n:14) çalışıyorum, %32 (n:32) çocuk emmek istemedi, %3 (n:3) hamile kaldım, %9 (n:9) göğüs ucu sorunu ve %19 (n:19) çocuk hastalandı şeklindeydi (Tablo 4.4).

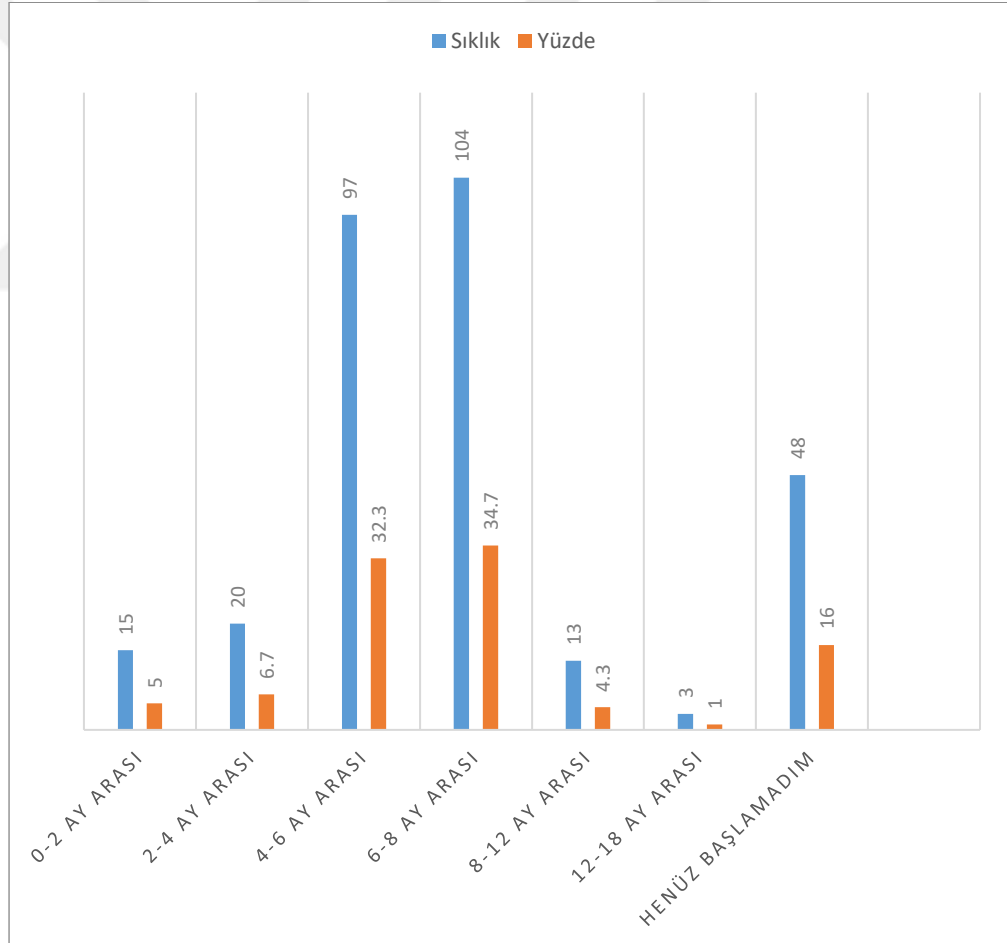
Tablo 4.4. Annelerin bebeğini emzirmeyi bırakma nedenleri

	Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde
Sütüm gelmedi/yetersizdi	23	7,7	23,0
Çalışıyorum	14	4,7	14,0
Çocuk istemedi	32	10,7	32,0
Hamile kaldım	3	1,0	3,0
Hastalandım	9	3,0	9,0
Çocuk hastalandı	19	6,3	19,0
Total	100	33,3	100,0
Hala emzirmeye devam eden anneler	200	66,7	
GENEL TOPLAM	300	100,0	

Emzirmeyi bırakan bu 100 anneye, çocuklarına emzirmeyi bıraktırmak için ne gibi yöntemler kullandıkları sorulduğunda %6'sı (n:6) acı sürmek, %11 (n:11) salça sürmek, %10 (n:10) bant yapıştırmak, %73'ü (n:73) ise kendiliğinden bıraktı şeklinde cevap verdi.

“Bebeğinizi hiç biberonla emzirdiniz mi?” sorusuna annelerin %31,3'ü (n:94) evet, %68.7'si (n:206) hayır dedi.

Annelerin bebeklerine ek gıdaya başlama zamanları soruldu. Annelerin %5'inin (n:15) ek gıdaya 0-2 ay arasında, %6.7'sinin (n:20) 2-4 ay arasında, %32.3'ünün (n:97) 4-6 ay arasında, %34.7'sinin (n:104) 6-8 ay arasında, %4.3'ünün (n:13) 8-12 ay arasında, %1'inin (n:3) 12-18 ay arasında ve %16'sının (n:48) henüz ek gıdaya başlamadıkları tespit edildi (Şekil 4.19).



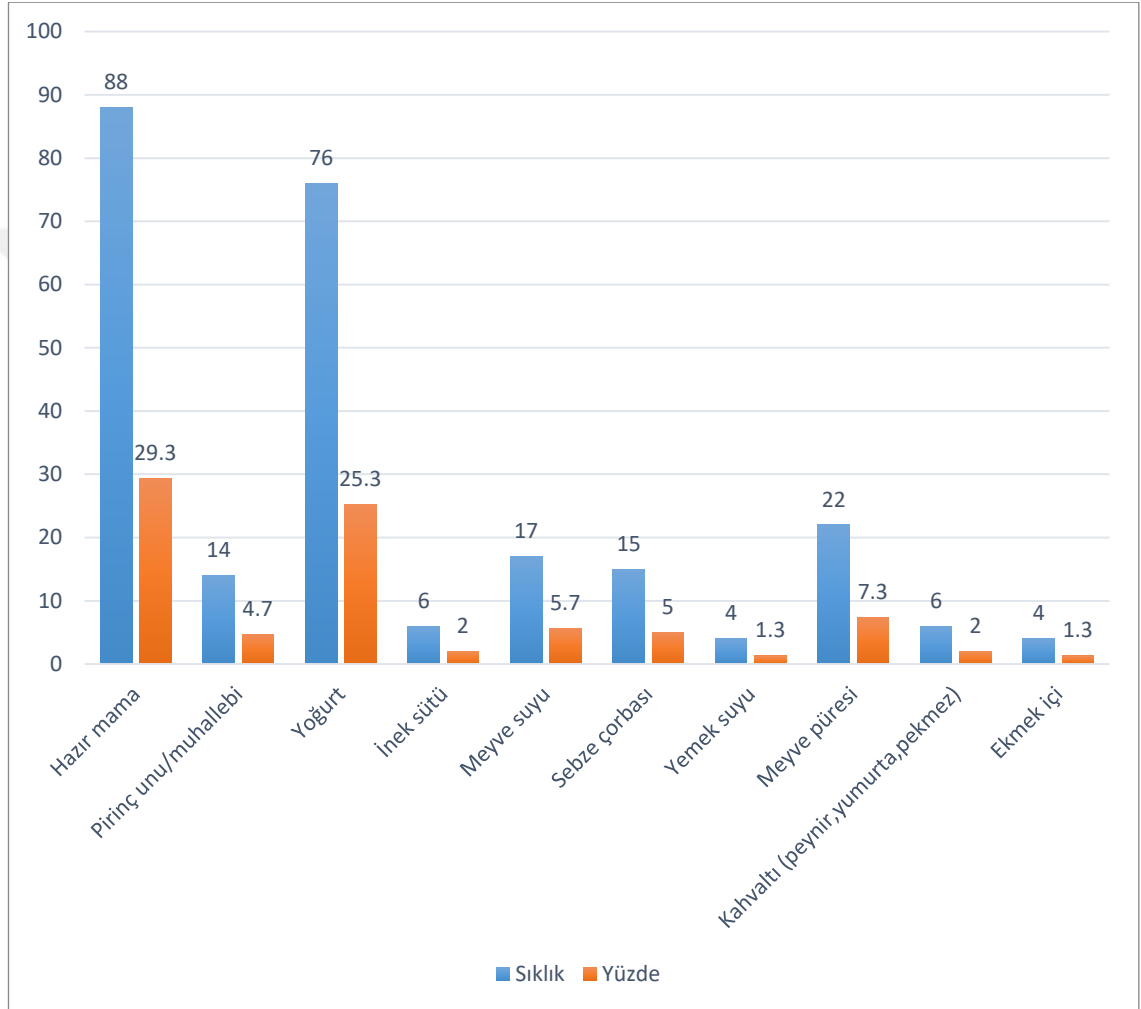
Şekil 4.19. Annelerin Bebeklere Ek Gıda Başlama Zamanları

Anket uyguladığımız 300 anneden %84'ü (n:252) anket uyguladığımız esnada bebeğine ek gıda başlamış durumdaydı. Bu annelere bebeğine neden ek gıda başladığı sorgulandı ve alınan cevaplar şu şekildeydi. Ek gıdaya başlamış olan 252 annenin %19.8'i (n:50) sütüm yetmediği/bebek doymadığı için, %45.6'sı (n:115) zamanı geldiği için, %2.4'ü (n:6) işe dönmek için, %9.1'i (n:23) bebek emmek istemediği için, %6.7'si (n:17) bebeğin ek gıdaya ihtiyacı olduğu için, %2.4'ü (n:6) bebeği hasta olduğu için, %6'sı (n:15) bebeği kilo alamadığı için, %4.4'ü (n:11) doktor önerisi ile ve %3.6'sı ise göğüs ucu yarası nedeniyle bebeğine ek gıda başladığını bildirdi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Bebeğine Ek Gıda Başlamış Olan Annelerin, Ek Gıdaya Başlama Nedenleri

	Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde
Sütüm yetmiyordu/doymuyordu	50	16,7	19,8
Zamanı geldiği için	115	38,3	45,6
İşe dönmek için	6	2,0	2,4
Bebek emmek istemedi	23	7,7	9,1
İhtiyacı olduğu için	17	5,7	6,7
Hasta oldu	6	2,0	2,4
Kilo alamadığı için	15	5,0	6,0
Doktor önerisi	11	3,7	4,4
Göğüs ucu yarası	9	3,0	3,6
Ek gıdaya başlayanlar	252	84,0	100,0
Ek gıdaya henüz başlamayanlar	48	16,0	
GENEL TOPLAM	300	100,0	

Annelerin bebeklerine başladığı ek gıdalar sıklık sırasına göre sırasıyla %29,3 (n:88) hazır mama, %25.3 (n:76) yoğurt, %7.3 (n:22) meyve püresi, %5.7 (n:17) meyve suyu, %5 (n:15) sebze çorbası, %4.7 (n:14) pirinç unu/muhallebi, %2 (n:6) inek sütü, %2 (n:6) kahvaltı (peynir, yumurta, pekmez), %1.3 (n:4) yemek suyu ve %1.3 (n:4) ekmek içi olarak tespit edildi (Şekil 4.20).



Şekil 4.20. Bebeğine Ek Gıda Başlayan Annelerin İlk Olarak Ne Verdikleri

Ek gıdaya başlamış olan 252 anneye, ek gıdaya başladıktan sonra bebeklerinde dışkılama farklılığı oldu mu? diye sorulan soruya %4.4'ü (n:11) ishal oldu, %47.6'sı (n:120) kabızlık oldu, %48 (n:121) değişiklik görülmedi şeklinde yanıt verdi.

Annenin eğitim durumu ile diğer bazı özellikler çapraz tablolar oluşturularak ki kare testi ile istatistiksel olarak p değerinin anlamlılık değeri 0,05 kabul edilerek karşılaştırıldı. Alınan sonuçlar şu şekildeydi.

Annelerin eğitim düzeyi arttıkça emzirmeyi düşündükleri sürede artmakla beraber bu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Annelerin eğitim düzeyi arttıkça 1 yaşından önce inek sütü verme sıklığı azalmakta olup bu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Annelerin eğitim durumu ile bebeğini biberonla besleme sıklığı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Annelerin eğitim düzeyi arttıkça bebeğine ilk 6 ayda su verip vermeme durumu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Annelerin eğitim durumu yükseldikçe eğitim durumu düşük annelere kıyasla ilk 6 ayda bebeklerine daha az sıklıkla su verdikleri görüldü.

Annelerin eğitim düzeyi arttıkça bebeklerine ilk 6 ayda mama verme durumu artmakta olup bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Annelerin eğitim düzeyi arttıkça ek gıdaya daha geç sürede başladıkları görülmüş olup bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Aynı zamanda annelerin eğitim düzeyi arttıkça, eğitim düzeyi düşük olan annelere göre oran olarak ek gıdaya daha doğru zamanda başladıkları görülmüştür.

Annelerin doğumdan sonra bebeklerini ilk 1 saat içinde emzirip emzirmedikleri incelendiğinde şu sonuçlara ulaşıldı.

Bebeğini ilk 1 saatte emziren anneler ile annelerin eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe ilk 1 saat içinde bebeğini emziren anne sayısı da artmaktadır.

Bebeğini ilk 1 saatte emziren anneler ile multipar ve nullipar anneler karşılaştırıldığında multipar annelerin sıklık olarak fazlalığı diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p>0.05$).

Bebeğini ilk 1 saatte emziren anneler ile anne yaşı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p>0.05$). 30 yaşın altındaki anneler 30 yaş ve üzeri annelere göre bebeklerini ilk 1 saatte sıklık olarak daha fazla emzirmekteydi.

Bebeğini ilk 1 saatte emziren anneler ile doğum sonrası anne sütü ile beslenme, emzirme ve ek gıdalara geçiş hakkında sağlık personelinden bilgi alan annelerle diğer anneler kıyaslandığında, bilgi alan annelerin oran olarak diğer annelere göre bebeklerini ilk 1 saatte emzirme sıklığı fazla bulunmasına rağmen bu oran istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p<0.05$). (Bilgi alıp bebeğini ilk 1 saatte emziren anneler %77, bilgi almayan ama bebeğini ilk 1 saatte emziren annelerin oranı %70,4 olarak bulundu.)

Bebeğini ilk 1 saatte emziren anneler ile bebeklerin cinsiyeti, doğum şekli, ailenin gelir düzeyi, evde yaşayan bir aile büyüğünün olması, annenin düzenli gebelik takibi olup olmadığı, annenin çalışma durumu istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Annelerin aylara göre anne sütüne devamı incelendiğinde 0-6 aylık bebeklerde bu oran %94,6, 7-12 aylık bebeklerde %93,5, 13-18 aylık bebeklerde %61,6 ve 19-24 aylık bebeklerde ise %24,3 olarak bulundu. Bu oran eğitim düzeyi ile ilişkili olarak artmakta olup okur yazar olamayan ve ilkökul terk olan anneler ile diğer anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), ilkökul ve ortaokul mezunu olan anneler ile lise ve üniversite mezunu olan annelerde istatistik olarak anlamlılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Bebeklerin sadece anne sütü ile beslendiği (formül süt ve su dahil herhangi bir ek besin alınmadan) süre istatistiksel olarak karşılaştırmalı tablolar düzenlenerek ki-kare testi ile değerlendirildiğinde ise alınan sonuçlar şu şekilde idi.

Annelerin bebeğini sadece anne sütü ile beslediği süre ile anne yaşı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Anne yaşı arttıkça bebeğini sadece anne sütü ile besleme oranı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmaktaydı.

Ailelerin gelir düzeyi arttıkça annelerin bebeğini sadece anne sütü ile besledikleri süre artmakta olup bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Ailelerin çocuk sayısı arttıkça annelerin bebeğini sadece anne sütü ile besledikleri süre artmakta olup bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Evde aile büyüğü olan annelerin, bebeğini sadece anne sütü ile besledikleri süre artmakta olup bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Annelerin bebeğini biberonla beslediği süre ile annelerin bebeğini sadece anne sütü ile besleme süresi istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Annelerin bebeğini biberonla besleme sıklığı arttıkça, annelerin bebeğini sadece anne sütü ile beslediği süre anlamlı olarak azalmaktadır.

Doğum şekli, cinsiyet, annenin çalışma durumu, gebeliği boyunca düzenli takip edilip edilmediği durumu, sağlık personelinin doğum sonrasında anne sütü ile beslenme, emzirme ve ek gıdalara geçiş hakkında bilgi alıp almama durumu ile annelerin bebeğini sadece anne sütü ile beslediği süre istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p>0.05$).

Annelerin ek gıdaya başlama zamanı ile diğer bazı özellikler çapraz tablolar oluşturularak ki kare testi ile istatistiksel olarak değerlendirildi. Anket yapıldığı esnada ek gıdaya başlamış olan 252 anne için eğitim düzeyi ile ek gıdaya doğru bir besinle başlama sıklığı açısından karşılaştırılma yapıldı.

Annelerin eğitim düzeyi arttıkça ek gıdaya başladıkları doğru besin tercihinin diğer annelere göre daha yüksek sıklıkta olduğu gözlemlendi ve bu sıklık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Annenin ek gıdaya başlama zamanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ev hanımı anneler, çalışan annelere göre ek gıdaya başlama sıklığı açısından değerlendirildiğinde daha sık olarak ek gıdaya başlamıştır. Ayrıca ek gıdaya vaktinde başlama oranı ev hanımlarında, çalışanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Ek gıdaya geçiş zamanı ile anne yaşı arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Anne yaşı arttıkça ek gıdaya başlama zamanı da daha erken olmaktadır.

Ek gıdaya başlama zamanı ile anne ve babaların eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı veriler elde edilmiştir ($p<0.05$). Anne ve babanın eğitim

düzeyi yükseldikçe ek gıdaya başlama zamanında süre olarak artış göstermektedir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek grupta bulunan anne ve babalar diğer gruptakilere göre oran olarak daha yüksek bir sıklıkta ve doğru zamanda ek besine başlamaktadırlar.

Ek gıdaya başlama zamanı ile çocuk sayısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuk sayısı arttıkça ek gıdaya başlama zamanı gecikmektedir.

Ailelerin gelir düzeyi arttıkça ek gıdaya başlama zamanının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha doğru bir zamanda başladığı görüldü. ($p<0.05$).

Evde aile büyüğü olanlar ile ek gıdaya başlama zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Evde aile büyüğü olanlar ek gıdaya daha önce başlamıştır.

Düzenli olarak gebelik takibi olanlar ile olmayanlar arasında ek gıdaya geçiş zamanı arasındaki ilişki incelendiğinde bu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Düzenli takip edilen grup edilmeyen gruba göre ek gıdaya daha geç başlamıştır. Ayrıca düzenli takip edilen gebe grubu, düzenli olarak takibe gitmeyen gruba göre ek gıdaya daha doğru zamanda başlamıştır.

Doğum sonrası ilk günlerde anne sütü ile beslenme, emzirme ve ek gıdalara geçiş hakkında sağlık personelinin bilgi annelerin, ek gıdaya başlama zamanı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu grup diğer gruba göre ek gıdaya daha geç başlamış olup, ek gıdaya doğru zamanda başlama sıklığı olarakta diğer gruba göre daha doğru zamanda ek gıdaya başlamıştır.

Bebeğini doğar doğmaz veya erken süre içinde emzirenler ile daha geç sürede emzirenler arasında, ek gıdaya başlama zamanı açısından istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bebeğini doğduktan kısa bir süre sonra emzirenlerin ek gıdaya diğerlerine göre daha geç olarak ve doğru zamanda başladıkları görülmüştür.

Bebeğini biberonla besleyenler ile ek gıdaya geçiş zamanı arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bebeğini biberon ile besleyenler, beslemeyenlere göre ek gıdaya daha kısa zamanda başlamıştır.

Ek gıdaya geçiş zamanı ile bebeğin doğum şekli ve cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Ankete katılan 300 annenin %42.7' si (n:128) ilk 6 ay boyunca bebeğine bir kez bile olsa mama (formül süt) vermiştir. Bu anneler ile diğer özelliklerden bazıları çapraz tablolar oluşturularak ki kare testi ile istatistiksel olarak değerlendirildi ve şu sonuçlara ulaşıldı.

İlk 6 ay içinde mama başlama oranı incelendiğinde çalışan anneler ile çalışmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışan anneler ile çalışmayan anneler karşılaştırıldığında çalışan annelerin ilk 6 ay içinde daha az sıklıkla bebeklerine mama başlamadığı görüldü. 6 aydan sonra mama başlama oranlarına bakıldığında ise bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Bebeğine ilk 6 ay içinde bir kez bile olsa mama veren anneler ile ailelerin çocuk sayıları istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Ailenin çocuk sayısı arttıkça ilk 6 ayda mama verilme sıklığının anlamlı derecede azaldığı görüldü.

Bebeğini doğar doğmaz veya ilk 2 saat içinde emzirenler ile emzirmeyenlerin ilk 6 ayda mama verilme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Bebeğini doğduktan kısa bir süre içinde emzirenlerin diğerlerine göre ilk 6 ayda bebeklerine mama verme sıklığı daha az bulunmuştur.

Bebeğine ilk 6 ay içinde bir kez bile olsa mama veren anneler ile bebeğini biberonla besleme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bebeğini biberonla besleyenlerin daha fazla oranda bebeklerine mama verdikleri görüldü.

Bebeğine ilk 6 ay içinde bir kez bile olsa mama veren anneler ile bebeğin cinsiyeti, annenin doğum şekli, çalışma durumu, yaşı, öğrenim düzeyi, ailenin gelir düzeyi, evde bir aile büyüğünün varlığı, annenin gebeliği boyunca düzenli olarak takip edilip edilmemesi, annenin ek gıdaya geçiş ve anne sütü ile emzirme ve beslenme konusunda sağlık personelinin bilgi alıp almadığı arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilemedi ($p>0.05$).

V. TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF, AAP, ESPGHAN bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesini önermektedir. Her anne bebeği için en uygun besin değerlerine sahip sütü üretir (149). Anne sütü, 15. günde başlanan D vitamini ve doğumda kas içine yapılan K vitamini takviyesi ile birlikte, ilk 6 ayda bebeğin tüm gereksinimlerini tek başına karşılayabilmektedir (108). Altıncı aydan sonra ek besinlere başlansa bile bebeğin temel besin ögesi yine anne sütüdür. Anne sütü bebeğe olduğu kadar anneye de faydalar sağlamaktadır (156,157). Anne sütü alan bebeklerde, almayanlara göre büyümede duraklama, malnutrisyon, bebek ölümleri daha az sıklıkta görülmektedir (158).

Beslenme, yaşamın her döneminde önemlidir; ancak büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu bebeklik döneminde daha fazla önem kazanmaktadır. Doğumdan 2 yaşın sonuna kadar olan bu dönem, büyüme gelişmenin en hızlı olduğu yaşama sağlıklı başlangıç için en önemli dönemdir. Bu sebeple süt çocuğunun beslenmesi ile ilgili alışkanlıkların bu dönemde kazandırılması ve annelerin bilinçlendirilmesi çok önemlidir.

Tamamlayıcı besinler; geçiş besinleri ve aile yemekleri olmak üzere iki gruptur. Geçiş besinleri, süt çocukları için özel hazırlanmış besinlerdir; aile yemekleri ise ailenin diğer fertlerinin tükettiği sofraya yemekleridir. Tamamlayıcı beslenme için en uygun dönem 6-24 aylar arasındır, bu dönemde emzirmenin de sürdürülmesi çocuk sağlığı açısından oldukça önemlidir. Altıncı aydan sonra başlanan geçiş besinleri; anne sütü ile beslenmeden, aile yemekleri ile beslenmeye geçişte köprü görevi görür. Geçiş besinleri süt çocuğunun değişik tat, lezzet, kıvamda besinlere alışmasını sağlarken, aynı zamanda yeme işlevi için gerekli olan nöromüsküler işbirliğinin gelişimine yardımcı olur. Uygun zamanda başlatılan ve kurallara uygun şekilde sürdürülen tamamlayıcı beslenme, bebeğin bir yaş civarında aile sofrasındaki yiyecekleri tüketebilecek olgunluğa ulaşmasını sağlar (145,146).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğumların oranı, 2002 yılında %75 iken, 2012 yılında %97'ye yükselmiştir (159). Sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğum oranı TNSA-2008'de %90 iken, TNSA-2013 sonuçlarına göre ülke genelinde %97 olarak bulunmuştur. Kentsel alanlarda sağlık

kuruluşunda gerçekleşen doğumlar (%99), kırsal alanlara kıyasla daha yaygındır ki kırsal alandaki doğumların %7'si evde gerçekleşmektedir (160). Sivri'nin (161) çalışma grubunun doğum yerlerine bakılırsa %99.1 hastanede %0.9 evde gerçekleşmiştir. Bizim çalışmamızda da %98 sağlık kuruluşunda, %2 oranında evde doğum olduğu görülmektedir. Sağlık kuruluşunda doğum oranları Türkiye ortalamasında görülmektedir. Bu durum, bölgede birbirine yakın çok sayıda sağlık kuruluşu olmasına ve Aile Hekimlerinin gebe takibini iyi yapmalarına bağlanabilir.

Sezaryen ile doğum TNSA 2013'e göre Türkiye'de oldukça yaygındır. Son 5 yılda meydana gelen tüm doğumların % 48'i sezaryen ile yapılmıştır. Sezaryen doğumlar, TNSA-2008'e (%37) göre büyük ölçüde yükselmiştir. Sezaryen ile doğum yapma olasılığı annenin yaşıyla birlikte artarken çocuğun doğum sırasıyla azalmaktadır. Kentlerde yaşayan kadınlar (% 52) arasında kırsal bölgelere (%36) göre sezaryen daha yaygındır. Sezaryen ile yapılan doğumlar, Doğu bölgesi (%32) hariç tüm bölgelerde yüzde 50 ve üzeridir. Sezaryen ile doğum hızı, eğitim ve refah düzeyiyle birlikte artmaktadır (160). Sivri'nin çalışmasında (161) %58,6 normal spontan doğum, %41,4 sezaryen ile doğum gerçekleştirilmiştir. Bizim çalışmamızda bebeklerin doğum şekli %52 sezaryen, %48 normal spontan doğum ile sonuçlanmıştır. Çalışma grubunda sezaryenle doğum oranı Türkiye kentsel bölge oranlarına benzer saptanmıştır.

Sadece anne sütü verme oranı WHO verilerine göre, 4. ay için %39(60), 6. ay için %34,8 olarak bildirmiştir (121). Amerika'da 2007'de yapılan bir çalışmada sadece anne sütü verme oranı 3. ay için %33,5, 6. ay için %13,8 olarak saptanmıştır (162). Amerika Sağlıklı Bireyler 2020 çalışması kapsamında sadece anne sütü verme oranı 3. ay için %44,3, 6. ay için ise 23,7 olarak hedeflenmiştir (163). Emzirme oranlarının yüksek olduğu Norveç'te de birinci ayda tek başına anne sütü verme yüzdesi %90 iken, dördüncü ayda %44 ve altıncı ayda ise %7 düzeyine inmektedir (164). Buna karşın ortalama emzirme süresinin oniki ayı geçtiği Bangladeş'de ise annelerin %84.0'ü birinci ayda bebeklerini tek başına anne sütü ile beslerken bu oran beşinci ayda %20'ye düşmektedir (165). Hindistan'da ilk dört ay içerisinde emzirme prevalansı %85 iken, tek başına anne sütü verme sıklığı birinci ayda %42, dördüncü ayda %20, altıncı ayda ise %10'dur (166). Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması 2010'a göre tek başına anne sütü ile beslenme süresi ortalama 5,3 aydır (167). Altı ay

sadece anne sütü verme oranı 2008 yılında %41,6 iken, TNSA 2013 yılı verilerine göre bu oranın %30 olduğu görülmüştür (160). Yine 2013 verilerine göre 2-3 aylık bebeklerde yalnız anne sütü ile beslenme %35 iken, 4-5 aylık bebeklerde %9,5, 6-7 aylık bebeklerde %4,7'dir (160). Ülkemizde ortalama olarak yalnız anne sütü ile beslenme süresi 3,2 ay, toplam anne sütü ile beslenme süresi 16,7 ay olarak tespit edilmiştir. Bülbül L.G ve arkadaşlarının (168) yaptığı çalışmada yalnız anne sütü alma süresi ortalama 4,3 ay, toplam anne sütü alma süresi 16,4 ay ve ilk 6 ay yalnız anne sütü alma oranı %37,5 idi. Duran'ın çalışmasında (169) annelerin %59,6'sı 6 aydan az anne sütü vermektedir. Sadece anne sütü alma ortalaması 4,5 ay, annelerin toplam emzirme süresinin 12 ay olduğu saptanmıştır. Ülkemizin farklı illerinde yapılmış çalışmalarda 4 ay sadece anne sütü verme oranının %33,0-%63,0 (170-174), 6 ay sadece anne sütü verme oranının %8,7-%65,0 (163,172-177) arasında değiştiği görülmüştür. İzmir ilinde geniş kapsamlı bir çalışmada yalnızca anne sütü alma süresi 4,3 ay, toplam anne sütü alma süresi ise 8,5 ay olarak bildirilmiştir (173). Telatar ve arkadaşlarının (178) çalışmasında sadece anne sütü ile besleme süresi 4.6 ay olarak tespit edilmiştir. Potur ve ark.'nın (179) çalışmasında, 1992 yılında Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'ne herhangi bir sebeple başvuran 3 aylık bebeklerin %15'inin sadece anne sütüyle beslendiği saptanmıştır. Karavuş ve ark.'nın (180) çalışmasında 0-3 aylık çocukların %87'sinin, 4-6 aylıkların %74,2'sinin, 7-9 aylıkların %43,4'ünün ve 10-12 aylıkların %44,8'inin anne sütü almaya devam ettikleri saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise bebeklerin sadece anne sütü ile (yani su ve ek gıda vermeden) beslendiği süre %6.3 (n:19) hiç, %9 (n:27) 2-4 ay arası, %52.7 (n:158) 4-6 ay arası, %15.7 (n:47) 6-9 ay arası, %2 (n:6) 9-12 ay arası iken, %14.3'ü (n:43) halen anne sütüne devam etmekte idi (Sadece anne sütü alma süresi ortalaması 5 ay olarak bulundu). Anne sütüne devam etme oranı (toplam anne sütü alma oranı) 0-6 aylık bebeklerde %94.6, 7-12 aylık bebeklerde %93.5, 10-12 aylık bebeklerde %91.1 olarak, 13-18 aylık bebeklerde %61.6 ve 19-24 aylık bebeklerde ise %24.3 olarak bulundu (Toplam anne sütü alma süresinin ortalaması ise 11.7 ay olarak bulundu). Annelere tahmini olarak ne kadar süre ile bebeklerini emzirmek istedikleri sorulduğunda ise ortalama 18.3 ay emzirmeyi planladıkları görülmüştü. Sonuç olarak; 0-24 ay arası bebeği olan

annelerin bebeklerini emzirmeye başlama yüzdesi yüksek ancak emzirmeyi devam ettirme ve uygun zamanda ek gıdaya başlama yüzdesi düşük olarak bulunmuştur.

Amerika’da yapılan bir çalışmada (181) 12 aylık bebeklerde anne sütüne devam etme oranı %24,0 olarak bulunmuştur. Bertini ve arkadaşlarının (182) İtalya’da yapılan çalışmalarında 9 ve 12 ay emzirmeye devam etme oranları sırasıyla %26,4, %17 olarak bulunmuştur. Hong Kong’da yapılmış bir çalışmada annelerin %12,5’inin 12. ayda hala anne sütü verdiği saptanmıştır (183). Emzirmeye devam etme oranı TNSA 2013 yılı verilerine göre 8-9, 10-11, 12-15 aylık bebeklerde sırasıyla %72,1, %67,0 ve %68,2 olarak bildirilmiştir (160). Sağlam çocuk polikliniklerinde yapılan çalışmalarda bebeklere 12 ay anne sütü verme oranları %62,5 ve %79,7 olarak bildirilmiştir (174,184). Kutlu ve Marakoğlu’nun (177) çalışmasında bu oranın %38,9 bulunmuştur. Briefel ve arkadaşlarının (185) çalışmasında, ortalama emzirme süresi 5,5 ay olarak saptanmıştır. Ülkemizde yapılmış bazı çalışmalarda (173,175-177) ortalama emzirme süresinin 8,5-11,0 ay arasında değişmekte olduğu, buna karşın Tunçel ve arkadaşlarının (170) çalışma sonucunun daha düşük (4,8 ay) olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise anne sütüne devam etme oranı 0-6 aylık bebeklerde %94,6, 7-12 aylık bebeklerde %93,5, 13-18 aylık bebeklerde %61,6 ve 19-24 aylık bebeklerde ise %24,3 olarak bulundu. Bizim çalışmamızda annelere tahmini olarak ne kadar süre ile bebeklerini emzirmek istedikleri sorulduğunda ortalama 18,3 ay emzirmeyi planladıkları görüldü. 1991 yılında, Sağlık Bakanlığı tarafından annelere, bebeklerini anne sütü ile beslemeye özendirmek ve emzirme konusunda doğru bilgi ve alışkanlıkları kazandırmak amacıyla, doğum hizmeti veren hastanelerde “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı” başlatılmış ve program 2001 yılında birinci basamak sağlık kuruluşlarını da kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Bu sayede anne sütü ile beslenmeye daha erken başlandığı ve anne sütünün daha uzun süre verildiği belirlenmiştir (186). Arslan (187) ve Turan (188)’in çalışmalarında erken dönemde sağlık profesyonelleri tarafından ailelere yönelik yapılan eğitimlerin anne sütü ile besleme uygulamalarını iyileştirdiği bildirilmiştir. Bu çalışmadaki emzirmeye devam etme oranlarının yüksek oluşu yüz güldürücüydü. Bu yükseklik; bebeklerin, bebek dostu bir hastanede doğmasına, deneyimli bir ekip tarafından izlenmesine, bu süreçte annelerin anne sütüne ilişkin sürekli ve etkili eğitim almasına bağlandı.

Tunçel ve arkadaşlarının (170) çalışmasında annelerin %37.6'sının son gebelikleri sırasında ve doğum sonrası dönemde emzirme ile ilgili bilgi almadıkları gösterilmiştir. Koç ve arkadaşlarının (189) Ankara'da gebelerin emzirmeyle ilgili tutumlarını ve emzirme davranışlarını etkileyen faktörler üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise gebelerin %60.1'inin şimdiki gebeliklerinde anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim almadıkları gösterilmiştir. Dinçtürk'ün yaptığı çalışmada ise bir çocuğu olan annelerden anne sütü ve emzirme konusunda eğitim almayanların oranı %67.3 iken bu oran birden fazla çocuğu olan annelerde %64.0'dür (190). Eker ve Yurdakul'un bebek dostu hastanesinde yaptıkları çalışmada ise %68.5'inin postpartum dönemde emzirme konusunda bilgi aldığı saptanmıştır (191). Bizim çalışmamızda doğum sonrası ilk günlerde anne sütü ile beslenme, emzirme ve ek gıdalara geçiş hakkında sağlık personelinin bilgi annelerin, ek gıdaya başlama zamanı istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştı ($p<0.05$). Bilgi alan grup diğer gruba göre ek gıdaya daha geç başlamış olup, ek gıdaya doğru zamanda başlama sıklığı olarakta diğer gruba göre daha doğru zamanda ek gıdaya başlamıştı. Annelerin %75.3 (n:226) doğum sonrası ilk günlerde anne sütü ile beslenme, emzirme ve ek gıdaya geçiş hakkında sağlık personelinin bilgi aldığı görülmüştü.

TNSA 2003 verilerine göre ise emzirilen çocukların sadece %54.0'ü, doğumdan sonraki bir saat içinde emzirilmeye başlanmıştır ve %16.0'sı doğumdan sonraki ilk 24 saatte hiç emzirilmemiştir. TNSA 2008 ve TNSA 2013 verilerine göre %50'si doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmeye başlanmıştır. Doğu Anadolu bölgesi içinse ilk bir saat içerisinde emzirilme oranı %41.0 ve ilk 24 saat içerisinde emzirilmeme oranı %25.0'dir (192). Tunçel ve arkadaşlarının Sivas'da 0-24 aylık bebeklerde yaptığı çalışmada ise bir süre emzirilen %93.8 bebeğin, %68.5'inin doğumdan sonraki bir saat içinde emzirildiği saptanmıştır (170). Emzirmeye erken başlanması hem anne hem de bebek için yararlıdır. Ancak TNSA 2003'den elde edilen tüm çocukların emzirilmeye başlama zamanı ile ilgili bilgiler, ülkemizde anne sütü ile beslenmeye başlamanın oldukça geç olduğunu göstermektedir. Ünsal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılan annelerin %71.8'inin bebeklerini doğumdan sonra ilk bir saat içerisinde emzirdikleri ve bu emzirmeye başlama zamanının ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmeye olumlu etkisinin belirgin olduğu görülmüştür (193). Yıldız ve arkadaşlarının çalışmasında

annelerin %76.0'sı doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bebeklerini emzirmeye başlamıştır (194). Açık ve arkadaşlarının 0-24 aylık çocuklarda yaptığı çalışmada çalışmaya alınan bebeklerin yarısı (%51.3) ilk bir saat içinde emzirilmiştir (195). Bizim çalışmamızda bebeğini doğar doğmaz veya ilk bir saat içinde emzirenler %74.7 (n:224) bulunmuştu. Postpartum dönemde bebeğin emme refleksinin uyarılması, laktasyon ve involüsyon sürecinin başlaması için bebeğin ilk 30 dakika içinde emzirilmesi gerekmektedir. Bizim bulduğumuz oran TNSA 2003,2008 ve 2013 verilerlerinden daha yüksektir. Bu durum Ünsal ve arkadaşları ile Yıldız ve arkadaşlarının bulduğu oranlara benzer şekildedir. Bu durum da bebeklerin, bebek dostu bir hastanede doğmasına, deneyimli bir ekip tarafından izlenmesine, bu süreçte annelerin anne sütüne ilişkin sürekli ve etkili eğitim almasına bağlandı.

Açık ve arkadaşlarının Elazığ'da yaptığı çalışmada okur-yazar olmayan ve okur yazar annelerin %41.4'ü, ilkokul mezunlarının %47.7'si, ortaokul mezunlarının %56.7'si, lise mezunlarının %68.7'si ve üniversite mezunlarının %63.6'sı ilk bir saat içinde emzirdiklerini belirtmişlerdir (195). TNSA 2003 verilerine göre okur yazar olmayan ya da okur yazar olup da herhangi bir okul bitirmemiş olan kadınların %39.1'i, ilkokul mezunlarının %59.2'si, ortaokul mezunlarının %57.1'i ve lise veya üzeri eğitim alanların %60.8'i bebeklerini ilk bir saat içinde emzirdiklerini belirtmişlerdir (192). Bizim çalışmamızda annelerin eğitim durumuna göre ilk bir saat içinde emzirilme oranları incelendiğinde; okur-yazar olmayan veya ilkokul terk olan annelerin %76.5'i, ilkokul mezunlarının %76.7'si, ortaokul mezunlarının %81.6'sı, lise mezunlarının %63.9'u ve üniversite mezunlarının %61.9'u bebeklerini ilk bir saat içinde emzirdiklerini belirtmişlerdir. Çalışmalarda elde edilen bulgulara göre annenin eğitim düzeyi arttıkça bebeklerini ilk bir saat içinde emzirme oranları da artmaktadır. Bu bulgular bizim çalışmamızla şu şekilde uyumludur. Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi arttıkça ve okur yazar olmayan ve ilkokul mezunu olmayanlarla ilkokul ve ortaokul mezunları arasında ilk bir saat emzirme sıklığı açısından diğer çalışmalarla benzer durum söz konusudur. Ancak lise ve üniversite mezunlarında bu oranın ortaokul ve ilkokul mezunlarına göre daha düşük bulunmasını asıl nedeni ise eğitim düzeyi yüksek olan annelerin sezeryan sıklığının daha fazla olması ile açıklanabilir. Sezaryen ile doğum annenin emzirmesine engel olmamakla birlikte sezaryen olan anneler iki temel sorunla karşılaşmaktadırlar. Bu

sorunlar, annenin ağrısının olması ve bebeğin emzirilmesi için kucakta tutulmasının zor olmasıdır. Bu nedenle annenin bu dönemler içerisinde emzirme ile ilgili olarak desteklenmesinin anneye ve bebeğe bir takım yararlar sağlayabileceği düşünülebilir.

Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda da sezaryenle doğum yapan annelerin doğumdan sonra kendine gelmesi ve dinlendirilmesi amacıyla emzirilmenin geciktirildiği, bu bebeklere prelakteal dönemde anne sütü dışında gıdalar başlandığı ve bunların sonucunda da sezaryenle doğum yapanların bebeklerine ilk altı ay ek besin vermeye daha eğilimli oldukları görülmüştür. Bu nedenle, sezaryen doğum oranlarının oldukça yüksek olduğu ülkemizde, (bizim çalışmamızda da bu oran %52 ile yüksek olarak bulunmuştur) sezaryenin anne ve bebek için olası diğer olumsuz etkileri yanında anne sütü ile beslenmeyi etkilemesi açısından da değerlendirilip, endikasyonlarının daha uygun konulması; sezaryenle doğum yapan annelerin de erken emzirmeye başlatılması yönündeki çabaların artırılması gerekir (196-198).

TNSA 2003 verilerine göre erkek çocukların %53.7'si, kız çocukların ise %54.2'si ilk bir saat içinde emzirilmiştir (192). TNSA 2013 verilerine göre ise erkek çocukların %50.1'i, kız çocukların ise %49.7'si ilk bir saat içinde emzirilmiştir. Açık ve arkadaşlarının Elazığ il merkezinde yapmış oldukları bir çalışmaya göre erkek çocukların %47.9'u, kız çocukların ise %53.1'i ilk bir saat içinde emzirilmişlerdir (195). Eker ve Yurdakul'un bebek dostu hastanesinde yaptıkları çalışmada erkek bebeklerin %64.8'i, kız bebeklerin ise %76.3'ü ilk bir saat içinde emzirilmişlerdir (191). Bizim çalışmamızda cinsiyete göre emzirme saati incelendiğinde ise erkek çocukların %77.1'i, kız çocukların ise %72'si ilk bir saat içinde emzirilmiştir.

Bizim çalışmamızda çocuk sayısı fazla olan anneler, tek çocuğu olan annelerle kıyaslandığında emzirme yüzdesi primipar annelere göre daha yüksek saptanmıştır. Yapılmış bazı çalışmalar çalışmamızla benzer şekilde primipar annelerin emzirme süresini daha düşük bulmuştur (164,199,200). Önder'in tez çalışmasında primipar annelerde ilk dört ayda ek gıdaya başlama istatistiksel olarak belirgin derecede fazla iken, çocuk sayısı fazla olan anneler ilk dört ay içinde daha fazla tek başına anne sütü kullanma eğiliminde olduğu bulunmuştur (201). Ünsal ve arkadaşlarının çalışmasında ise primipar olan annelerin multipar olan annelerle

kıyaslandığında emzirme yüzdeleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (193). Bu bize çocuk sayısı fazla olan annelerin anne sütü ve emzirme konusunda daha deneyimli ve eğitilmiş olduklarını düşündürmektedir.

Bizim çalışmamızda annenin çalışma durumunun ilk altı ay sadece anne sütü verilmesine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmazken ($p>0.05$), Önder ve arkadaşları (201) yaptığı çalışmada annenin çalışması ile ilk dört ay tek başına anne sütü verme arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Buna karşın Kurugöl ve arkadaşları İzmir’de yapmış oldukları çalışmada annenin çalışıp çalışmaması ile sadece anne sütü verilmesi yönünde ilişki bulamamıştır (202). Çalışan anne ile çalışmayan anne arasındaki ilk altı ay sadece anne sütü verme yüzdelerinin yakınlığının son yıllarda arttırılan doğum izni, ücretsiz izin hakları gibi sosyal haklarının iyileştirilmesi sonucunda annenin ilk altı ay bebekleri ile birlikteliklerinin daha uzun süre olmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Yapılan çalışmalarda annelerin işe dönüş zamanının anne sütü ile beslenme süresini belirlemede anahtar rol oynadığı görülmüştür. Bu nedenledir ki anne sütü ile beslenmeyi pozitif etkilemek için sosyokültürel desteğin yanında çalışma politikaları geliştirilerek annenin çalışırken de bebeğini emzirebilmesine olanak sağlanmalıdır (203,204).

Bebek beslenmesinde esas olan ilk 6 ay sadece anne sütü vermek olsa da bazı durumlarda bunu sağlamak ya da sürdürmek pek mümkün olmamaktadır. Bebeğin yeterli düzeyde kilo almaması ya da gaita çıkışının az olması, beslenme aralarında huzursuzluğunun, ağlamasının olması anne sütünün yetmediğini işaret eden durumlardır. Bunun gibi anne sütünün yetmemesi, anne sütünün hiç gelmemesi ya da anne sütünün verilmesine engel durumların olması halinde bebeklere anne sütüne ek ya da yalnız başına formül mamalar verilmektedir. Formül mamalar anne sütüne yaklaşmak için uzun yıllardır değişime uğramaktadır. Günümüzde en çok araştırma konusu olan bebek formula ekleri LCPUFA, prebiyotik-probiyotik-sinbiyotikler, nükleotidler ve büyüme faktörleri gibi biyoaktif komponentlerdir (142).

Türkiye’de emzirmenin yaygın olduğu ve tüm çocukların %97’sinin bir süre emzirilmiş olduğu bilinmektedir (205,206). Ancak esas endişe yaratan aşama, annelerin ne zaman mamaya başlanması gerektiği konusundaki kararlarıdır. Bebek

beslenmesinde uygun olmayan erken dönemde anne sütüne ek formül mamaların başlanması, anne sütü verme sıklığını ve süresini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (206,207). Turan ve arkadaşlarının (188) yaptıkları çalışmada, annelerin anne sütüne ek formül mamaya başlamasındaki en etkili faktörün “yetersiz anne sütü” düşüncesi olduğu bildirilmiştir. Bülbül ve ark.’nın (208) çalışmasında yaşamın ilk 5 ayında formül mama başlanma oranı %26 olarak saptanmıştır. Formül mama başlama nedenlerinde %36,6 ile ilk sırayı anne sütü yetersizliği düşüncesi, %21,2 ile ikinci sırayı annenin işe başlaması almaktadır. Bebeklere formül mama başlama %50 oranında annelerin fikri olduğu saptanmıştır. %36,5 oranı ile ikinci sırayı sağlık çalışanları almaktadır. Bebeklere mama verilme oranlarına bakılırsa TNSA 2013 verilerine göre 0-1 aylık emzirilen bebeklerin % 23’ü hazır mama ile beslenirken, bu oran 4-9 aylık bebeklerde % 30’un üstüne çıkmaktadır. Hazır mama alınma oranı 9. aydan sonra hızla düşmektedir. Aynı yıl TNSA raporunda ülkemizde emzirmenin yaygın olmasına karşın, sadece anne sütü ile besleme alışkanlığının istenilen düzeyde olmadığı, 6 ayın içindeki bebeklerin yalnızca %30’unun sadece anne sütü ile beslendiği bildirilmektedir (160). Bebek maması ve diğer sıvılara erken başlamanın yaygın olduğu ve biberon ile beslemenin tercih edildiği vurgulanırken, TNSA 2003 verilerine göre emzirme oranının arttığı, mama başlama oranının azaldığı söylenerek bu konuda uygulanan politikaların başarılı olduğu ancak bu çalışmalara gelecekte de devam edilmesi gerektiği bildirilmektedir (160,205). Bizim çalışmamızdaki bebeklerin %14.2’sine erken dönemde formül mama başlanmış olup bunların %8,9’u anne sütüne ek olarak başlanmıştır. Formül mamaya başlayan bu %14,2 bebeğin mamaya başlama nedeni olarak Bülbül ve ark.’nın (208) çalışmasına benzer şekilde en sık anne sütü yetersizliği düşüncesi olduğu görüldü.

İnek sütüne 12 aydan önce başlanması, böbrek solüt yükünü arttırmakta ve gastrointestinal sistemden mikroskopik kan kayıpları oluşturmaktadır. Ayrıca demir eksikliği anemisi, kronik konstipasyon ve anal fissur gelişimine katkıda bulunmakta ve diyabet gelişim riskini arttırmaktadır. Zorunlu olmadıkça 6 aydan küçük bebeklere inek sütü önerilmemelidir (209,210). Brezilya’da 4-12 aylık bebeklerde yapılan bir çalışmaya göre bebeklerin büyük çoğunluğunun inek sütü almakta olduğu görülmüştür (211). Briefel ve arkadaşlarının (185) yaptığı çalışmada 9-11 aylık bebeklerin %22’sine inek sütü verildiği, 2002’den 2008’e kadar olan süreçte azalarak

%17 olduğu belirtilmiştir. Amerika’da yapılan bebek beslenme uygulamalarını içeren diğer bir çalışmada ise 12 aylık bebeklerin %81’inin inek sütü aldığı saptanmıştır (212). Bertini ve arkadaşlarının (182) çalışmasında, 9 aylık bebeklerin %51,3’ünü inek sütü ile beslendiği belirtilmiştir. Bu çalışmada çalışmaya alınan 300 anneden 93’ü (%31) bebeğine 1 yaşından önce inek sütü vermiştir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde inek sütü ile beslenme oranı yüksek çıkmıştır. Bu yükseklik çalışmamızdaki inek sütünü erken başlayan ailelerin ekonomik düzeylerinin düşük oluşuna bağlanabilir.

Dünya Sağlık Örgütü, tamamlayıcı besinlerle beslenme dönemini, anne sütü ile birlikte diğer katı ve sıvı besin maddelerinin sağlandığı dönem olarak tanımlamaktadır. Uygun tamamlayıcı beslenme zamanında başlanmalı, yeterli olmalı, güvenli olmalı, uygun şekilde verilmelidir (213,214). Amerikan Pediatri Akademisi’nin önerilerine göre, tamamlayıcı besinlere 4-6 aylar arasında başlanmalı, sadece anne sütü alma süresi en az 4, tercihen 6 ay olmalıdır. Her bebek için yarar-zarar analizi yapılmalıdır (152). Dünya Sağlık Örgütü, anne sütünün ilk 6 ay tek başına verilmesini ve anne sütüne devam ederken 6. ay geldiğinde buna ek olarak tamamlayıcı besin eklenmesini uygun görmektedir (213). Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Komitesine göre tamamlayıcı besinlere 17. haftadan önce ve 26. haftadan sonra başlanmamalıdır (137,148). Buna karşın ülkemiz (170,215-217) dahil, gelişmiş (218-222) ve gelişmekte (222-225) olan birçok ülkede yapılan çalışmalarda, önerilerin aksine tamamlayıcı besinlere erken başlandığı belirlenmiştir. Erdöl ve ark.’nın (226) Trabzon’da yaptıkları çalışmada genellikle 3-4 ay civarında ek gıdaya başlandığı bildirilmiştir. Bebekler TNSA-2013’te %12 oranında 6. aydan önce ek gıda alırken, bu oran TNSA-2008’de %8’dir (160). Fewtrell ve ark.’nın (227) yaptığı bir çalışmada İtalya’da % 34 4. ayda, Almanya’da %16 3. Ayda, İngiltere’de % 51 4. ayda ek gıdaya başlandığı görülmüştür. Arslan (187), Şaşmaz (176) ve Tunçel (170)’in çalışmalarında sırasıyla ortalama 5,5 ay, 5,6 ay ve 2,0 ay olarak saptanmıştır. Telatar ve arkadaşlarının (178) çalışmasında ek gıdaya geçiş zamanı 5,37 ay olarak tespit edilmiştir. Annenin erken ek gıdaya başlamasının en önemli nedenleri annenin sütünün yetmediğini düşünmesi, annenin yanlış bilgilendirilmesi, bebeğin büyüme izleminin yapılmamasıdır (228). Bizim çalışmamıza katılan annelerin ek gıdaya başlama zamanı ortalama olarak 5.8 ay

olarak bulundu. Bizim çalışmamızda bulunan ek gıdaya başlangıç ay ortalamasının, diğer tüm çalışmalardan daha geç olduğu dikkat çekmektedir. Bu gecikme, çalışma grubunun büyük oranda düşük sosyoekonomik düzeyde olmasından dolayı anne sütünü daha ulaşılabilir ve ucuz bularak uzun süre devam etmek istemelerine de bağlanabilir. Ayrıca bu durum daha öncede belirtildiği gibi bebeklerin, bebek dostu bir hastanede doğmasına, deneyimli bir ekip tarafından izlenmesine, bu süreçte annelerin anne sütüne ilişkin sürekli ve etkili eğitim almasına bağlanabilir.

Aile büyüklerinin ve yakınlarının ek gıdaya başlama konusundaki önerileri, çoğu zaman bebeğin kilo alımını değerlendirmeden gereksiz yere erken başlanarak bebeğin anne sütünden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olan annelerin ve babanın da anne sütünün yeterliliği konusunda bilgilendirilmiş olmasının sadece anne sütüyle beslenen süreyi uzattığını, ek gıdalara başlamaya neden olan sosyal baskıyı aşmada çevrenin de bu yönden cesaretlendirilmesi gerektiğini gösteren çalışmalar vardır. Carmichael ve arkadaşları (229) tarafından yapılan bir çalışmada işe ya da okula erken dönmenin, 20 yaşından daha genç olmanın ve yöresel alışkanlıkların ek gıda başlamayı etkileyen durumlar olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da ailelerin %27 oranında aile büyükleri ile birlikte yaşadığı göz önünde bulundurulursa annelerin, büyüklerin etkisi altında kalabileceğini söylemek mümkündür. Kültürel ve sosyal nedenler, ekonomik durum, anne ve bebeğe ilişkin özellikler beslenme uygulamalarının ülkeden ülkeye değişkenlik göstermesine neden olmaktadır (148). Arslan ve arkadaşlarının (187) çalışmasına göre ilk başlanan tamamlayıcı besinler sırasıyla meyve suyu (%21,6), yoğurt (%18,9), sebze çorbası (%9,9), inek sütü (%7,2) ve bisküvi (%6,3) olarak bulunmuştur. Tunçel ve arkadaşlarının (170) çalışmasında ilk başlanan tamamlayıcı besin, unlu sütlü formula (%11,5) ve inek sütü (%9,3) olarak belirlenmiştir. Sivri'nin (161) çalışmasında ek gıdaya geçiş besini % 34,1 yoğurt, %35 çorba ve yemek suları olarak bulunmuştur. Yücecan ve ark.'nın (230) çalışmasında ilk verilen ek besini %21,9 oranında meyve suyu, %19,7 oranında hazır mamalar, %17,7 inek sütü, %13,4 muhallebi, %9,5 oranında yoğurt oluşturmuştur. Çalışkan ve Bayat'ın (231) yaptığı araştırmada annelerin %33,4'ünün ek gıdalara başladığında bebe bisküvisi, çorba suları, yemek suları; %32,8'inin formül mama verdiği /vermeyi düşündüğü

saptanmıştır. Aynı çalışmada yaklaşık yarısının (%49,5) komşu ve çevreden edindikleri bilgiler nedeniyle bebe bisküvisi, çorba suları, yemek suları verdiği/vermeyi düşündüğü, %81,9'unun doktor önerisiyle formül mama verdiği/vermeyi düşündüğü saptanmıştır. Friel ve ark (221) çalışmalarında bebeklere ilk tamamlayıcı besin olarak en çok tahıllı bebek mamalarının verildiği saptanmıştır. Bizim çalışmamızda bebeğe ilk sırada verilen ek gıda oranı, sıklık sırasıyla: %29,3 (n:88) hazır mama, %25.3 (n:76) yoğurt, %7.3 (n:22) meyve püresi, %5.7 (n:17) meyve suyu, %5 (n:15) sebze çorbası, %4.7 (n:14) pirinç unu/muhallebi, %2 (n:6) inek sütü, %2 (n:6) kahvaltı (peynir, yumurta, pekmez), %1.3 (n:4) yemek suyu ve %1.3 (n:4) ekmek içi olarak tespit edildi.

Annenin yaşı ile tamamlayıcı besinlere uygun zamanda ve doğru besinle başlama arasında çalışmalarda ilişki bulunmuştur (222,225,232). Beş Avrupa ülkesinde yapılmış çalışmada, genç annelerin tamamlayıcı besinlere erken dönemde ve sıklıkla yanlış seçenекle başladığı saptanmıştır (219). Bizim çalışmamızda ise ilginç bir şekilde bunun tam tersine anne yaşı arttıkça ek gıdaya başlama zamanının da daha erken olduğu görüldü. Ayrıca anne yaşı 30'un altında olan annelerin 30 yaş ve üzeri annelere göre ek besine daha doğru zamanda başlamasına ek olarak ek besin tercihlerinde daha doğru olduğu tespit edilmiştir. Yaş gruplarına göre annelerin eğitim düzeyleri kapsamlı olarak incelendiğinde 30 yaşın altında olanların eğitim düzeyinin diğer annelere göre oldukça yüksek olduğu görüldü. Bu durumun nedeni buna bağlı olabilir. Bizim çalışmamızda ek gıdaya başlama zamanı ile anne ve babaların eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı veriler elde edilmişti ($p<0.05$).

Anne ve baba eğitim düzeyinin tamamlayıcı besinlere uygun zamanda ve doğru besinle başlamayı etkileyen bir faktör olduğu çalışmalarda belirlenmiştir (222,223). Avrupa ülkelerinde yapılan bir çalışmada, anne eğitim düzeyinin düşük olmasının annelerin erken dönemde ve yanlış besinle tamamlayıcı besinlere başlamalarına neden olduğu saptanmıştır (219). Scott ve arkadaşlarının (218) çalışmasında, erken dönemde tamamlayıcı besinlere başlama oranının 12 yıldan az eğitim almış olan annelerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda bunu destekler biçimdedir.

Uygun zamanda ve doğru besinle tamamlayıcı besinlere başlanmasını, bebeğin ilk çocuk olmasının pozitif yönde etkilediği (225) görülmüştür. Bizim çalışmamızda ek gıdaya geçişte ilk tercih seçeneklerinde ve ek gıdaya geçiş süresinde annelerin çocuk sayı ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0.05$). Çalışmamızda çocuk sayısı arttıkça ek gıdaya başlama zamanı gecikmektedir. Çocuk sayısının birden fazla olması annenin ilk bebeğini büyütürken kazandığı tecrübelerini sonraki bebekleri için uyguladığını düşündürdü.

Sonuç olarak sağlık personelinin bazı alışkanlık haline gelmiş rutinlerini değiştirmek her zaman kolay değildir ve zaman ister. Bu nedenle eğer tek başına anne sütü verme oranlarını arttırmak istiyorsak yapmamız gereken tek şey doğurganlık çağındaki tüm kadınlara anne sütü ile beslenme konusunda eğitim vermek için her türlü fırsatı değerlendirmektir. Sadece anne ve anne adaylarına değil onların ailelerine de her fırsatta gerekli eğitimi vermeli ve verdiğimiz bu eğitimin davranış değişikliğine yol açıp açmadığının da yakın birer takipçisi olmalıyız. Ailelerin ek besinlere hangi besinle, ne zaman, ne miktarda, nasıl geçecekleri konusunda daha fazla bilinçlendirilmesi için doktor ve yardımcı sağlık personeli tarafından gerekli bilgilendirmelerin yapılması sağlanmalıdır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ebelerin rolü oldukça fazladır. Sadece çalıştıkları sağlık kuruluşlarına başvuran bireylere hizmet vermemektedirler, ev ziyaretleri yoluyla da hizmet verdikleri tüm bireylere ulaşmak durumundadırlar. Günlük çalışmalarının bir parçası olarak yürüttükleri ev ziyareti hizmetlerinde özellikle emzikli kadınların ziyaretine öncelik verilmesi ve bu ziyaretlerde emzirmenin desteklenmesi ilimizde tek başına anne sütü ile beslenme oranlarını arttıracaktır.

Bebek ve küçük çocuk beslenmesi için küresel strateji (DSÖ; 2003) tıp fakültelerini, halk sağlığı okullarını, sağlık alanında çalışanların eğitimlerini yapan tüm kuruluşları aşağıdakilerin yapılması konusunda sorumlu tutar;

- Bütün sağlık çalışanlarının emzirme fizyolojisi, sadece anne sütüyle beslenme, tamamlayıcı besinlerle birlikte emzirme, emzirmenin sürdürülmesi, zor durumlarda emzirme, anne sütü muadilleri ile beslenen bebeklerin besin

gereksinimlerinin karşılanması ve uluslararası mama kodlar ve anne sütü muadilleri ile ilgili yasalar konusunda temel eğitimleri almalarının sağlanması

- Neonatal, pediyatrik, üreme sağlığı ve toplum sağlığı hizmetlerinde optimal infant ve küçük çocuk beslenmesinin desteklenmesini nasıl yapacakları konusunda bütün sağlık çalışanlarını eğitilmesi
- Bebek Dostu Hastane girişimlerinin başlatılması ve yaygınlaştırılması
- Anne sütü muadillerinin pazarlanması ile ilgili uluslararası yasanın yüklediği sorumlulukların takibi
- Toplumda destek gruplarının oluşturulması ve annelerin buralara yönlendirilmesi konusunda teşvik edilmesi.

Bütün bu sorumluluk taşıyıcılar arasında özellikle hem anne hem de bebeklerle çok sık temas halinde olan Aile Hekimlerinin rolü ön plana çıkmaktadır. Aile Hekimlerinin aldıkları eğitim gereği karşılaştıkları bireylerin ve rahatsızlıkların çeşitliliği dikkate alındığında tek başına anne sütü ile beslenmenin desteklenmesi konusunda sadece annelere değil aynı zamanda onların yakın sosyal ve aile çevresine de gerekli eğitimleri vermesi ve desteklemesi tek başına anne sütü ile beslenme başarısını arttıracaktır.

VI. SONUÇ

1. Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniğine 10 Şubat 2017 ile 10 Haziran 2017 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvurmuş (yatarak ya da ayaktan izlenen), 0-24 ay arasında bebeği olan 300 anne çalışmaya dahil edildi.

2. Çalışmamızda bebeklerin yaş ortalaması $13,64 \pm 6,31$ aydı. Bebeklerin %52.3'ü erkek iken, ve %47.7'si kızdı.

3. Doğum sonrası ilk günlerde anne sütü ile beslenme, emzirme ve ek gıdalara geçiş hakkında sağlık personelinin bilgi alanların oranı ise %75.3 (n:226) idi.

4. Annelere tahmini olarak ne kadar süre ile bebeklerini emzirmek istedikleri sorulduğunda ortalama 18.3 ay emzirmeyi planladıkları görüldü.

5. Bebeğini doğar doğmaz veya ilk bir saat içinde emzirenler %74.7 idi.

6. Annelerin %93.7'si bebeğine ilk besin olarak anne sütünü vermisti.

7. Bebeklerin sadece anne sütü ile beslendiği süre ortalaması ise 5 ay olarak bulundu.

8. Bebeklerin %6.3'ü (n:19) hiç, %9'u (n:27) 2-4 ay, %52.7'si (n:158) 4-6 ay, %15.7'si (n:47) 6-9 ay, %2'si (n:6) 9-12 ay sadece anne sütü ile beslenmiştir. %14.3'ü (n:43) ise anket çalışması yapıldığı esnada hala emzirmeye devam etmekte idi.

9. Anne sütüne devam etme oranı 0-6 aylık bebeklerde %94.6, 7-12 aylık bebeklerde %93.5, 13-18 aylık bebeklerde %61.6 ve 19-24 aylık bebeklerde ise %24.3 olarak bulundu.

10. Anket yapıldığı sırada bebeğini emzirmeyi bırakmış olan 100 annenin bebeğini ortalama emzirme süreleri (ek gıda olmadan veya ek gıda ile birlikte toplam anne sütü alma süresi) 11.7 ay olarak bulundu.

11. İlk 6 ayda sadece anne sütü ile beslenme oranının, mama ile ve karışık beslenmeye oranla daha yüksek olduğu görüldü. Çalışmadaki ek gıdaya başlama zamanı ortalama 5,8.ay ile WHO önerilerine uygun olduğu görüldü.

12. Annelerin %5'inin (n:15) ek gıdaya 0-2 ay arasında, %6.7'sinin (n:20) 2-4 ay arasında, %32.3'ünün (n:97) 4-6 ay arasında, %34.7'sinin (n:104) 6-8 ay arasında, %4.3'ünün (n:13) 8-12 ay arasında, %1'inin (n:3) 12-18 ay arasında ve %16'sının (n:48) henüz ek gıdaya başlamadıkları tespit edildi.

13. Bebeğine ilk 6 ay boyunca bir kez bile olsa mama (formül süt) verenlerin oranı %42.7 (n:128), su verenlerin oranı ise %42 (n:126) idi.

14. Annelerin %31'i (n:93) bebeğine 1 yaşından önce inek sütü vermişti.

15. Annelerin %31.3'ü (n:94) bebeğini biberonla beslemişti.

16. Annelerin bebeklerine başladığı ek gıdalar sıklık sırasına göre sırasıyla %29,3 (n:88) hazır mama, %25.3 (n:76) yoğurt, %7.3 (n:22) meyve püresi, %5.7 (n:17) meyve suyu, %5 (n:15) sebze çorbası, %4.7 (n:14) pirinç unu/muhallebi, %2 (n:6) inek sütü, %2 (n:6) kahvaltı (peynir, yumurta, pekmez), %1.3 (n:4) yemek suyu ve %1.3 (n:4) ekmek içi olarak tespit edildi.

17. Annelerin eğitim düzeyi ile; emzirmeyi düşündükleri süre, 1 yaşından önce inek sütü verme sıklığı, ilk 6 ay içinde mama ve su verme durumu, ek gıdaya doğru başlama zamanı ve doğru ek gıda tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

18. Bebeğini ilk 1 saat içinde emziren anneler ile; çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak pozitif, anne yaşı arasında ise istatistiksel olarak negatif anlamlı bir ilişki saptandı.

19. Bebeğini ilk 1 saatte emziren anneler ile bebeklerin cinsiyeti, doğum şekli, ailenin gelir düzeyi, evde yaşayan bir aile büyüğünün olması, annenin düzenli gebelik takibi olup olmadığı, annenin çalışma durumu istatistiksel olarak anlamsız bulundu.

20. Annelerin bebeğini sadece anne sütü ile besledikleri süre ile; ailenin gelir düzeyi, çocuk sayısı, evde aile büyüğünün olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

21. Annelerin bebeğini sadece anne sütü ile beslediği süre ile anne yaşı arasında istatistiksel olarak negatif anlamlı ilişki bulundu.

22. Annelerin bebeğini sadece anne sütü ile besledikleri süre ile; Doğum şekli, cinsiyet, annenin çalışma durumu, gebeliği boyunca düzenli takip edilip

edilmediği durumu, sağlık personelinden doğum sonrasında anne sũtũ ile beslenme, emzirme ve ek gıdalara geçiş hakkında bilgi alıp almama durumu istatistiksel olarak anlamsız bulundu.

23. Annelerin ek gıdaya başlama zamanı ile; eğitim dũzeyi, ocuk sayısı, gelir dũzeyi, dũzenli gebelik takibinin olması, evde aile bũyũđũnũn olması, doğum sonrası anne sũtũ ile beslenme, emzirme ve ek gıdalara geçiş hakkında sağlık personelinden bilgi alması ve bebeğini doğduktan sonra ilk 1 saat içinde emzirenler arasında istatistiksel olarak pozitif olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

24. Annelerin ek gıdaya başlama zamanı ile anne yaşı arasında negatif istatistiksel anlamlı ilişki bulundu.

25. Ek gıdaya geçiş zamanı ile bebeğin doğum şekli ve cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır.

26. Bebeğini biberonla besleyenlerin daha fazla oranda bebeklerine mama verdikleri gũrũldũ.

27. Bebeğini doğduktan kısa bir sũre içinde emzirenlerin diğerlerine gũre ilk 6 ayda bebeklerine mama verme sıklığı daha az bulunmuştur.

28. Ek gıdaya geçişte ilk olarak tercih edilecek olan gıdada yanlış bilgi sahibi annelerin eğitim dũzeyi, ocuk sayısı ve gelir dũzeyi anlamlı olarak dũřũktũ.

VII. KAYNAKLAR

- 1.Samur G. Anne Sütü. 1. Baskı, Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008: 7-8.
2. American Academy of Pediatrics. Work group on breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997; 100: 1035-1039.
3. Akın L, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006: 328-418.
4. Hancıoğlu A, Alyanak İY. Bebek ve çocuk ölümlülüğü. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2004:109-118.
5. Turkey Demographic and Health Survey 1998, Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara.Turkey and Macro International Inc. Maryland, USA 1999; 123139.
- 6.WHO, UNICEF Ortak Raporu. Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi ve Desteklenmesi. Ankara: Türk Matbaacılık, 1998.
7. Hanson LA. Protective effects of breastfeeding against urinary tract infection. Acta Paediatrica 2004; 93:154-156.
8. Amerikan Academy of Pediatrics.Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012; 129:827-41.
9. Gür E. Anne sütü ile beslenme. Türk Pediatri Arşivi 2007; 42: 11-15.
10. WHO/UNICEF. Breastfeeding Counseling: A Training Course. WHO/CDR/93.4, Geneva, World Health Organization 1993.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. Breastfeeding: maternal and infant aspects. ACOG Educational Bulletin 258, American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington DC, 2000.
12. World Health Organization 2010. Nutrition Landscape Information System, A component of the landscape analysis on countries readiness to accelerate action in nutrition (cited 2017 May 8). Available from:http://www.who.int/nutrition/nlis_interpretationguide_isbn9789241599955/en/
13. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Kasım 2014) Ankara, Türkiye. Beslenme Durumu ve Çocuk Sağlığı. S148,150,161. (Erişim Tarihi: 03.05.2017)
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
14. www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf (cited 2017 May 3)
15. Claud EC, Walker WA. Hypothesis: inappropriate colonization of the premature intestine can cause neonatal necrotizing enterocolitis. FASEB J 2001 Jun; 15:1398-403.

16. Steinwender G, Schimpl G, Sixl B, Wenzl HH. Gut-derived bone infection in the neonatal rat. *Pediatr Res* 2001; 50(6):767.
17. Lucas A, Bloom SR, Aynsley-Green A. Gut hormones and 'minimal enteral feeding'. *Acta Paediatr Scand* 1986; 75:719-23.
18. Rodriguez-Palmero M, Koletzko B, Kunz C, Jensen R. Nutritional and biochemical properties of human milk: II. Lipids, micronutrients, and bioactive factors. *Clin Perinatol* 1999; 26:307-33.
19. Sheard NF, Walker WA. The role of breast milk in the development of the gastrointestinal tract. *Nutr Rev* 1988; 46:1-8.
20. Dvorak B, Halpern MD, Holubec H, et al. Epidermal growth factor reduces the development of necrotizing enterocolitis in a neonatal rat model. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2002; 282:156-164.
21. Clark JA, Lane RH, MacLennan NK, Holubec H, Dvorakova K, Halpern MD et al. Epidermal growth factor reduces the development of necrotizing enterocolitis. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2005; 288(4):755-62.
22. Berseth CL, Michener SR, Nordyke CK, Go VL. Postpartum changes in pattern of gastrointestinal regulatory peptides in human milk. *Am J Clin Nutr* 1990; 51:985-90.
23. Garofalo R, Chheda S, Mei F, et al. Interleukin-10 in human milk. *Pediatr Res* 1995; 37:444-9.
24. Fituch CC, Palkowetz KH, Goldman AS, Schanler RJ. Concentrations of IL-10 in preterm human milk and in milk from mothers of infants with necrotizing enterocolitis. *Acta Paediatr* 2004; 93:1496-1500.
25. Caplan MS, Jilling T. The role of polyunsaturated fatty acid supplementation in intestinal inflammation and neonatal necrotizing enterocolitis. *Lipids* 2001; 36:1053.
26. Caplan MS, Lickerman M, Adler L, et al. The role of recombinant platelet-activating factor acetylhydrolase in a neonatal rat model of necrotizing enterocolitis. *Pediatr Res* 1997; 42:779-83.
27. Beattie LM, Weaver LT. Mothers, babies and friendly bacteria. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2011; 96:160-3.
28. Lönnerdal B. Biochemistry and physiological function of human milk proteins. *Am J Clin Nutr* 1985; 42:1299-1317.
29. Hanson LA, Ahlstedt S, Andersson B, Carlsson B, Fällström SP, Mellander L, et al. Protective factors in milk and the development of the immune system. *Pediatrics* 1985; 75:172-6.
30. Goldman AS, Chheda S, Keeney SE, et al. Immunologic protection of the premature newborn by human milk. *Semin Perinatol* 1994; 18:495-501.
31. Goldman AS, Smith CW. Host resistance factors in human milk. *J Pediatr* 1973; 82:1082-90.

32. Manzoni P, Meyer M, Stolfi I, Rinaldi M, Cattani S, Pugni L, et al. Bovine lactoferrin supplementation for prevention of late-onset sepsis in very low-birth-weight neonates: a randomized trial. *JAMA* 2009; 302:1421-28.
33. Kleinman RE, Walker WA. The enteromammary immune system: an important new concept in breast milk host defense. *Dig Dis Sci* 1979; 24:876-82.
34. Fishaut M, Murphy D, Neifert M, McIntosh K, Ogra PL. Bronchomammary axis in the immune response to respiratory syncytial virus. *J Pediatr*. 1981;99:186-91.
35. Isaacs CE, Kashyap S, Heird WC, Thormar H. Antiviral and antibacterial lipids in human milk and infant formula feeds. *Arch Dis Child* 1990; 65:861-64.
36. Hamosh M. Bioactive factors in human milk. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48:69-86.
37. Boehm G, Lidestri M, Casetta P, Jelinek J, Negretti F, Stahl B, et al. Supplementation of a bovine milk formula with an oligosaccharide mixture increases counts of faecal bifidobacteria in preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002; 86:178-81.
38. Kunz C, Rudloff S. Biological functions of oligosaccharides in human milk. *Acta Paediatr* 1993; 82:903-12.
39. Hanson LA, Adlerberth I, Carlsson B, Castrignano SB, Dahlgren U, Jalil F, et al. Host defense of the neonate and the intestinal flora. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1989; 351:122-5.
40. Coppa GV, Gabrielli O, Giorgi P, Catassi C, Montanari MP, Varaldo PE, et al. Preliminary study of breastfeeding and bacterial adhesion to uroepithelial cells. *Lancet* 1990; 335:569-71.
41. Coppa GV, Zampini L, Galeazzi T, Facinelli B, Ferrante L, Capretti R, et al. Human milk oligosaccharides inhibit the adhesion to Caco-2 cells of diarrheal pathogens: *Escherichia coli*, *Vibrio cholerae*, and *Salmonella typhi*. *Pediatr Res* 2006; 59:377-82.
42. Glass RI, Stoll BJ. The protective effect of human milk against diarrhea. A review of studies from Bangladesh. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1989; 351:131-6.
43. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W, et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990; 86:874-82.
44. Duijts L, Jaddoe VW, Hofman A, Moll HA. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics* 2010; 126:18-25.
45. Oddy WH, Sly PD, Klerk NH, Landau LI, Kendall GE, Holt PG, et al. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch Dis Child* 2003; 88:224-28.
46. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr* 1995; 126:696-702.

47. Ladomenou F, Moschandreas J, Kafatos A, Tselentis Y, Galanakis E. Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: a prospective study. *Arch Dis Child* 2010; 95:1004-8.
48. Ajetunmobi OM, Whyte B, Chalmers J, Tappin DM, Wolfson L, Fleming M, et al. Breastfeeding is associated with reduced childhood hospitalization: evidence from a Scottish Birth Cohort (1997-2009). *J Pediatr* 2015; 166:620-5.
49. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics* 2004; 113:435.
50. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Aug 15;(8):CD003517.
51. Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CD. Protective effect of breast feeding against infection. *BMJ* 1990; 300:11-6.
52. Kovar MG, Serdula MK, Marks JS, Fraser DW. Review of the epidemiologic evidence for an association between infant feeding and infant health. *Pediatrics* 1984; 74:615-38.
53. Frank AL, Taber LH, Glezen WP, Kasel GL, Wells CR, Paredes A. Breast-feeding and respiratory virus infection. *Pediatrics* 1982; 70:239-45.
54. Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ, et al. Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *Group Health Medical Associates. BMJ* 1989; 299:946-9.
55. Blaymore Bier JA, Oliver T, Ferguson A, Vohr BR. Human milk reduces outpatient upper respiratory symptoms in premature infants during their first year of life. *J Perinatol* 2002; 22:354-59.
56. Chantry CJ, Howard CR, Auinger P. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics* 2006; 117:425-32.
57. Gorlanova O, Thalmann S, Proietti E, Stern G, Latzin P, Kühni C, et al. Effects of Breastfeeding on Respiratory Symptoms in Infancy. *J Pediatr* 2016; 174:111-17.
58. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104:85-95.
59. Boone KM, Geraghty SR, Keim SA. Feeding at the Breast and Expressed Milk Feeding: Associations with Otitis Media and Diarrhea in Infants. *J Pediatr* 2016; 174:118-25.
60. Pisacane A, Graziano L, Mazzarella G, Scarpellino B, Zona G. Breast-feeding and urinary tract infection. *J Pediatr* 1992; 120:87-9.
61. Goldblum RM, Schanler RJ, Garza C, Goldman AS. Human milk feeding enhances the urinary excretion of immunologic factors in low birth weight infants. *Pediatr Res* 1989; 25:184-8.

62. Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics* 1993; 91:867-72.
63. Paricio Talayero JM, Lizán-García M, Otero Puime A, Benlloch Muncharaz MJ, Beseler Soto B, Sánchez-Palomares M, et al. Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life. *Pediatrics* 2006; 118:92-9.
64. Burke V, Beilin LJ, Simmer K, Oddy WH, Blake KV, Doherty D, et al. Breastfeeding and overweight: longitudinal analysis in an Australian birth cohort. *J Pediatr* 2005; 147:56-61.
65. Kwan ML, Buffler PA, Abrams B, Kiley VA. Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public Health Rep* 2004; 119:521-35.
66. UK Childhood Cancer Study Investigators. Breastfeeding and childhood cancer. *Br J Cancer* 2001; 85:1685-94.
67. Davis MK, Savitz DA, Graubard BI. Infant feeding and childhood cancer. *Lancet* 1988; 2:365-68.
68. Owen CG, Whincup PH, Odoki K, Gilg JA, Cook DG. Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review. *Pediatrics* 2002; 110:597-608.
69. Kramer MS. Does breast feeding help protect against atopic disease? Biology, methodology, and a golden jubilee of controversy. *J Pediatr* 1988; 112:181-90.
70. Saarinen UM, Kajosaari M, Backman A, Siimes MA. Prolonged breast-feeding as prophylaxis for atopic disease. *Lancet* 1979; 2:163-66.
71. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet J, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285:413-20.
72. Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J Pediatr* 2001; 139:261-6.
73. Koletzko S, Sherman P, Corey M, Griffiths A, Smith C. Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. *BMJ* 1989; 298:1617-8.
74. Casazza K, Fontaine KR, Astrup A, Birch LL, Brown AW, Bohan Brown MM, et al. Myths, presumptions, and facts about obesity. *N Engl J Med* 2013; 368:446-54.
75. Yamakawa M, Yorifuji T, Inoue S, Kato T, Doi H. Breastfeeding and obesity among schoolchildren: a nationwide longitudinal survey in Japan. *JAMA Pediatr* 2013; 167:919-25.
76. Kramer MS, Matush L, Vanilovich I, Platt R, Bogdanovich N, Sevkovskaya Z, et al. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child height, weight, adiposity, and blood pressure at age 6.5 y: evidence from a large randomized trial. *Am J Clin Nutr* 2007; 86:1717-21.

77. Martin RM, Patel R, Kramer MS, Vilchuck K, Bogdanovich N, Sergeichick N, et al. Effects of promoting longer-term and exclusive breastfeeding on adiposity and insulin-like growth factor-I at age 11.5 years: a randomized trial. *JAMA* 2013; 309:1005-12.
78. Korpela K, Salonen A, Virta LJ, Kekkonen RA, de Vos WM. Association of Early-Life Antibiotic Use and Protective Effects of Breastfeeding: Role of the Intestinal Microbiota. *JAMA Pediatr* 2016; 170:750-57.
79. Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review. *JAMA Pediatr* 2015; 169:e151025.
80. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104:30-7.
81. Singhal A, Cole TJ, Fewtrell M, Lucas A. Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents born preterm: follow-up of a prospective randomised study. *Lancet* 2004; 363:1571-78.
82. Owen CG, Whincup PH, Kaye SJ, Martin RM, Davey Smith G, Cook DG, et al. Does initial breastfeeding lead to lower blood cholesterol in adult life? A quantitative review of the evidence. *Am J Clin Nutr* 2008; 88:305-14.
83. Parikh NI, Hwang SJ, Ingelsson E, Benjamin EJ, Fox CS, Vasan RS, et al. Breastfeeding in infancy and adult cardiovascular disease risk factors. *Am J Med* 2009; 122:656-63.
84. Kuklina EV. Breastfeeding and cardiometabolic profile in childhood: how infant feeding, preterm birth, socioeconomic status, and obesity may fit into the puzzle. *Circulation* 2014; 129:281-84.
85. Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Victora CG. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104:54-61.
86. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr* 2006; 84:1043-54.
87. Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* 2002; 287:2365-71.
88. Bernard JY, De Agostini M, Forhan A, Alfaiate T, Bonet M, Champion V, et al. Breastfeeding duration and cognitive development at 2 and 3 years of age in the EDEN mother-child cohort. *J Pediatr* 2013; 163:36-42.
89. Belfort MB, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Guthrie LB, Bellinger DC, Taveras EM, et al. Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: Effects of breastfeeding duration and exclusivity. *JAMA Pediatr* 2013; 167:836-44.

90. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et al. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:578-84.
91. Quigley MA, Hockley C, Carson C, Kelly Y, Renfrew MJ, Sacker A. Breastfeeding is associated with improved child cognitive development: a population-based cohort study. *J Pediatr* 2012; 160:25-32.
92. Der G, Batty GD, Deary IJ. Effect of breast feeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *BMJ* 2006; 333:945-50.
93. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992; 339:261-4.
94. Carlson SE, Werkman SH, Rhodes PG, Tolley EA. Visual-acuity development in healthy preterm infants: effect of marine-oil supplementation. *Am J Clin Nutr* 1993; 58:35-42.
95. Friel JK, Martin SM, Langdon M, Herzberg GR, Buettner GR. Milk from mothers of both premature and full-term infants provides better antioxidant protection than does infant formula. *Pediatr Res* 2002; 51:612-18.
96. Jacobson JL, Jacobson SW, Muckle G, Kaplan-Estrin M, Ayotte P, Dewailly E. Beneficial effects of a polyunsaturated fatty acid on infant development: evidence from the inuit of arctic Quebec. *J Pediatr* 2008; 152:356-64.
97. Amin SB, Merle KS, Orlando MS, Dalzell LE, Guillet R. Brainstem maturation in premature infants as a function of enteral feeding type. *Pediatrics* 2000; 106:318-22.
98. Heikkilä K, Sacker A, Kelly Y, Renfrew MJ, Quigley MA. Breast feeding and child behaviour in the Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child* 2011; 96:635-42.
99. Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 326:13-17.
100. Carter CS, Altemus M. Integrative functions of lactational hormones in social behavior and stress management. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 807:164-74.
101. Cao Y, Rao SD, Phillips TM, Umbach DM, Bernbaum JC. Are breast-fed infants more resilient? Feeding method and cortisol in infants. *J Pediatr* 2009; 154:452-54.
102. Katkı Pediatri Dergisi, Anne Sütü Özel Sayısı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1991, 12:5-6.
103. Koksall O. Anne sütünün bebek beslemesindeki önemi ve süresi. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, 1980;1(4):5-6.
104. Behrman RE, Vaughan VC. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 13th edition W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1987:33-45.
105. Nelson WE(ed). *Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders Co.1996; pp.141-184.

106. Protecting, promoting and supporting Breast-Feeding. The special role of maternity services. World Health Organization Geneva 1989:98-107.
107. Baysal A. Beslenme. Hatiboğlu Yayınları, Ankara: 2002: 441-446.
108. Köksal G. Gökmen H. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi, Hatiboğlu Yayınları, Ankara: 2000; 1:474-498
109. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü ve Macro International INC. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, 1994:77-116.
110. Amerikan Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. 2012: 129:827-41
111. Reynolds A. Breastfeeding and brain development. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:159-71.
112. Gökçay G, Garibağaoğlu M. Sağlıklı çocuğun beslenmesi. Neyzi O, Ertuğrul T (Editörler). *Pediatrici*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002. s.183-203.
113. Kumar D, Goel NK, Mittal PC, Misra P. Influence of infant feeding practices on nutritional status of underfive children. *Indian J Pediatr* 2006;73:417-421.
114. South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL (Çeviri: A. Kut, İ. Tokalak, M.G. Eminsoy). *Current aile hekimliği tanı ve tedavi*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007:33-40.
115. Emel G. Anne Sütü İle Beslenme, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı, *Türk Ped. Arş* 2007; 42 Özel Sayı 11-15
116. WHO Evidence on the long term effects of breastfeeding:systematic reviews and meta analyses. Geneva:WHO 2007.
117. Yalçın S. Emzirme tekniği. *Katkı Pediatrici Dergisi* 2003;2; 247-252.
118. Neyzi O. *Pediatrici*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2002; 1: 183-186.
119. Doğan N, Kavaklı A, Gökçay G. İstanbul’da bazı sağlık kurumlarında anne sütünün özendirilmesi, yaygınlaştırılması ve desteklenmesi. *Çocuk Dergisi* 2002; 2 (2): 69-74.
120. Neyzi O. *Pediatrici* (3. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2002
121. World Health Organization. Infant and young child feding; model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva, World Health Organization; 2009
122. Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi ve Desteklenmesi: Doğum Hizmetlerinin Özel Rolü. WHO/UNICEF Ortak Bildirisi. WHO 1211 Geneva 27 Switzerland, 1989.
123. De Carvalho. Breastfeeding. In *Maternal and Child health activities at the local level*; Chapter 11; page 247-263
124. WHO; Evidence for the Ten Steps to Succesful Breastfeeding. Geneva, 1998

125. WHO; infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes; Geneva 2003
126. Moore ER., Anderson GC., Bergman N.; Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519.DOI:10.1002/14651858.CD003519.pub2.)
127. Trajanovska M., Burns S., Johnston L.; A retrospective study of breastfeeding outcomes in an Australian neonatal intensive care unit. Journal of Neonatal Nursing 2007; 13: 150–54.
128. İbn-i Sina El-Kanun Fi't-Tıb, Birinci Kitap; Çeviren Prof. Dr. Esin Kahya; Ankara 1995; Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Atatürk Kültür Merkezi, Sayı: 103, Külliyatlar Dizisi, Sayı:5, sayfa:229-242
129. Yurdakök M. Bizanslılarda Pediatri.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 93-99
130. Galler JR, Harrison RH, Biggs MA, Ramsey F, Forde V. Bed-sharing, breastfeeding and maternal moods in Barbados. Infant Behavior & Development 2006; 29: 526-34.
131. Fırat S; Sağlık Personeli ve Öğretmen Kadınların Anne sütü ve Emzirme Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları; Yüksek Lisans Tezi; Kayseri 1997
132. Neyzi O. Pediatri. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010, 1: 211-213
133. Yüce A. Türk Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği. Bebeklikten Ergenliğe Beslenme. Mart 2011;47,57-68
134. Lindberg T. Infantile colic and small intestinal function: a nutritional problem? Acta Paediatrica 1999; 88:58-60.
135. Özen H. Uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinin (LCPUFA) bebek beslenmesindeki ve gelişimindeki önemi. Klinik Tıp Pediatri 2012; Çocuklarda Beslenme Sayısı (Özel Ek):3-10.
136. Koletzko B, Baker S, Cleghorn G. Global standart for the composition of infant formula: Recommendations of an ESPGHAN coordinated international expert group. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005;41:584-599
137. Breastfeeding and alternatives. In: Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and Nutrition of Young Infants and Children, Guidelines for the WHO European Region, with Emphasis on the Former Soviet Countries, WHO Regional Publications, European series, 2000;87:127-167.
138. Raiha NC, Fazzolari-Nesci A, Cajozzo C, Puccio G, Monestier A, Moro G, et al. Whey predominant, whey modified infant formula with 126 protein/energy ratio of 1.8 g/100 kcal: adequate and safe for term infants from birth to four months. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2002; 35: 275-281.
139. Moro GE, Stahl B, Fanaro S, Jelinek J, Boehm G, Coppa GV. Dietary prebiotic oligosaccharides are detectable in the faeces of formula-fed infants. Acta Paediatr Suppl. 2005; 94: 27-30.

140. Gaull GE. Taurine in pediatric nutrition: review and update. *Pediatrics*. 1989; 83:433-42.
141. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Soy protein-based formulas: recommendations for use in infant feeding. *Pediatrics*. 1998 ;101:148-53.
142. Dewey KG. Nutrition, growth, and complementary feeding of breastfed infant. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 87-104.
143. WHO. Complementary feeding: family foods for breastfed children. Geneva: World Health Organization, WHO 2000.
144. Coşkun T. *Pediyatrik Beslenme el kitabı*, Nobel Tıp Kitabevi. 2014;118-132.
145. WHO. Feeding and nutrition of infants and young children: Guidelines for the WHO European Series, No.87, WHO 2003.
146. WHO. Complementary feeding: Report of the global consultation. Geneva 10-13 December 2001.
147. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;46:99-110
148. WHO. Guiding principles for feeding nonbreastfed children 6-24 months of age. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2005:142
149. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):827-841.
150. UK Department of Health. Introducing your baby to solid food. In *birth to Five*, 2009.
151. American Academy of Pediatrics, *Pediatric Nutrition Handbook*, sixth edition, USA; 2009.
152. Symon B, Bammann M. Feeding in the first year of life- emerging benefits of introducing complementary solids from 4 months. *Aust J Clin Physiol* 2012;41:226-229.
153. Prescott SL, Smith P, Tang M, Palmer DJ, Sinn J, Huntley SJ, et al. The importance of early complementary feeding in the development of oral tolerance: concerns and controversies. *Pediatr Allergy Immunol* 2008;19:375-380.
154. Gökmen Özel H. Yaşamın ilk iki yılında beslenme. *Hacettepe üniversitesi, Clinic Pediyatri*, Haziran 2014;13-20.
155. Tokatlı A. Ek besinlere geçiş 'weaning' döneminde beslenme . *Katkı Pediyatri dergisi* 1996; 17: 64-72.
156. Selimoğlu AM, Celiloğlu C. Anne sütü ile beslenmenin ileri yaşama etkileri. *Türk Ped. Arşivi* 2010;45:309-314.

157. Özkan S, Bakap C, Maral I ve ark. Bebek ölüm nedenleri üzerine bir araştırma Gazi Tıp Dergisi. 2005;48:226-233.
158. American Academy of Pediatrics Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005;115:496-506.
159. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle çocuk. 2013;13488:159.
(Erişim Tarihi:22.05.2017) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16054>
160. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Kasım 2014) Ankara, Türkiye. Beslenme Durumu ve Çocuk Sağlığı. S148,150,161.
(Erişim Tarihi:23.05.2017) http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
161. Sivri B.B. 0-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Katı Gıdaya Geçiş Süreci ve Emzirmeye İlişkin Bilgi ve Uygulamaları Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Ocak 2014; 5:1:59-64
162. James DC, Lessen R. Position of the American Dietetic Association: promoting and supporting breastfeeding J Am Diet Assoc. 2009;109 (11):1926-42
163. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding report card-United States, 2014
Available from:<http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2014breastfeedingreportcard.pdf>
164. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierod MB, et al. Infant feeding practices and associated factors in first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. Acta Paediatr 2003; 92:152-161.
165. Das DK, Taluder MQ, Selle GE. Infant feeding practices in rural Bangladesh. Indian J Paediatr 1992; 59: 573-577.
166. Gupta A, Sobti J, Rohde JE. Infant feeding practices among patients of pediatricians and general practitioners. Indian J Paediatr 1992; 59: 193-196.
167. Türkiye beslenme sağlık araştırması 2010; Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu, sağlık araştırmaları genel müdürlüğü yayın no: SB-SAG-2014/02, TC Sağlık Bakanlığı yayın no:931, ISBN: 978-975-590-483-2
168. Bülbül LG, Baysal S, Gökçay G, Hayriye EV, Bülbül A. Altı aylık süt çocuklarında yalnız anne sütü ile beslenme süresi ile kan hemogloblin düzeyi ve eritrosit 2indeksleri ilişkisi. Türk Pediatri Arşivi 2008;43:119-26.
169. Duran S. Ebe ve Hemşirelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebeklerini Anne Sütü İle Besleme Davranışlarına Etkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Uzmanlık Tezi, Edirne 2008.

170. Tunçel EK, Dündar C, Canbaz S, Pekşen Y. Bir Üniversite hastanesine başvuran 0-24 aylık çocukların anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;10(1):1-6.
171. Telatar B, Vitrinel A, Akın Y, Cömert S. Hastanemiz sağlam çocuk polikliniğinden izlenen bebeklerde anne sütü ile beslenme durumu. Bakırköy Tıp Dergisi. 2008;4:144-147.
172. Kaya D, Pirinççi E. 0-24 aylık çocuğu olan annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi ve uygulamaları. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(6):479-484.
173. Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2005;48:226-33.
174. Gökçay G, Furman A, Neyzi O. Updated growth curves for Turkish children aged 15 days to 60 months. Child Care Health Dev. 2008; 34:454-63.
175. Gün İ, Yılmaz M, Şahin H, İnanç N, Aykut M, Günay O ve ark. Kayseri Melikgazi eğitim ve araştırma bölgesinde 0-36 aylık çocuklarda anne sütü alma. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2009; (52): 176-82.
176. Şaşmaz T, Tanır F, Demirhindi H. Adana Doğankent Beldesi'nde 0-3 yaş arasındaki çocukların anne sütü alma durumunun araştırılması. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2001;30(3): 29-34.
177. Marakoğlu K, Kutlu R. Evaluation of initiating, continuing and weaning time of breastfeeding. Marmara Medical Journal. 2006;19(3):121-26.
178. Telatar B, Vitrinel A, Akın Y, Cömert S. Hastanemiz sağlam çocuk polikliniğinden izlenen bebeklerde anne sütü ile beslenme durumu. Bakırköy Tıp Dergisi 2008; 4 (4):144-47.
179. Potur AH, Kalmaz N. An investigation into feeding errors of 0-4-month-old infants. J Trop Pediatr 1995; 41:120-2.
180. Karavuş M, Gençel H, Beşik C, Çoban U, Güteryüz M. Ümraniye ilçesinde 0-12 aylık çocuk beslenmesinde annelerin bilgi, tutum ve davranışları. Beslenme ve Diyet Dergisi 1995; 24:31-39.
181. Fein SB, Grummer-Strawn LM, Raju TN. Infant feeding and care practices in the United States: results from the Infant Feeding Practices Study II. Pediatrics. 2008;122(2):25-27
182. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: a prospective study. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2003;37(4):447-52.
183. Tarrant M, Fong DY, Wu KM, Lee IL, Wong EM, Sham A, et al. Breastfeeding and weaning practices among Hong Kong mothers: a prospective study. BMC Pregnancy Childbirth. 2010;29:10:27.
184. Can E. Küçükemre B, Poyrazoğlu Ş, Gökçay G, Baysal S. Bir çocuk sağlığı polikliniğinde izlenen bebeklerin ve ailelerinin özellikleri. Çocuk Dergisi. 2008;8(2):96-101.

185. Briefel RR, Reidy K, Karwe V, Jankowski L, Hendricks KM. Feeding infants and toddlers study: Improvements needed in meeting infant feeding recommendations. J Am Diet Assoc. 2004;104(1):31-37.
186. Özkaya E, Sazak S, Güzelçiçek A, Samancı N. Farklı beslenme modellerinin hayatın ilk 12 ayındaki fiziksel büyüme üzerine etkileri. Dicle Tıp Dergisi. 2010;37(4):339-45.
187. Arslan N, Akbaş A, Kameri M, Korkmaz Ö, Polat B, Aydın A. Sağlıklı süt çocuklarında beslenme tipleri ve annelerin bebek beslenmesi uygulamaları: anket çalışması. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; (21)1:1-5.
188. Turan M, Coşkun A, Gökçay G. Doğum sonrası erken dönemde, doğru teknik ile emzirmenin tek başına anne sütü ile beslenme süresine etkisi. İst. Tıp. Fak. Mecmuası. 2000;63(3):286-92.
189. Koç I, Tezcan S. Gebelerin Emzirmeye İlişkin Tutumları ve Emzirme Tutumunu Etkileyen Bazı Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 12: 1-13.
190. Dinçtürk C. Bir Ve Birden Fazla Çocuğu Olan Annelerin Anne Sütü Ve Emzirme Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, 2006.
191. Eker A, Yurdakul M. Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006; 15 (9): 158-163.
192. Yiğit EK, Tezcan S. Bebeklerin beslenme alışkanlıkları, çocukların ve annelerin beslenme durumu. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2004: 141-155.
193. Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48 (3): 226-233.
194. Yıldız A, Baran E, Akdur R, Ocaktan E, Kanyılmaz O. Bir sağlık ocağı bölgesinde 0-11 aylık bebekleri olan annelerin emzirme durumları ve etkileyen faktörler. 11. Halk Sağlığı Kongresi, 2007.
195. Açık Y, Dinç E, Benli S, Tokdemir M. Elazığ ilinde yaşayan 0-2 yaş grubu çocuğu olan kadınların bebek beslenmesi ve anne sütü konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi 1999; 2: 53-62.
- D63. Özcebe H, Bertan M, Doğan BG. Anne sütü ile beslenme ve Ankara'da bebek dostu hastaneleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1991; 34: 305-316.
196. Snawky S, Abalkhail BA. Maternal factors associated with the duration of breastfeeding in Jeddah Saudi Arabia. Pediatr Perinat Epidemiol 2003; 17: 91-96.
197. Dallar Y, Er P, Şıklar Z. Annelerin bebek beslenmesi konusuna ilişkin bilgi, tutum ve davranışları. Ege Pediatri Bülteni 2002; 9: 175-180.

198. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierod MB, et al. Infant feeding practices and associated factors in first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Pediatr* 2003; 92: 152-161.
199. Extrom A, Widstrom AM, Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. Department Health Sciences, University of Skoude, Sweeden. *J Hum Lact* 2003; 19: 172-178.
200. Ryan AS, Wenjun Z, Acosta A. Breastfeeding continues to increase into the new millenium. *Pediatrics* 2002; 110: 1103-1109.
201. Önder K. Elazığ'da Anne Sütü Epidemiyolojisi Ve İlk Dört Ayda Yalnız Anne Sütü Alınımını Etkileyen Etmenler. Uzmanlık Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, 1996.
202. Kurugöl Z, Kusin N, Yenigün A, Özgür T. İzmir'de anne sütü epidemiyolojisi. *İstanbul Çocuk Klinik Dergisi* 1994; 29: 30-36.
203. Galtry J. The impact on breastfeeding of labour market policy and practices in İreland Sweden and the USA. *Soc Sci Med* 2003; 57: 167-177.
204. Lakati A, Binns C, Stevenson M. Breastfeeding and the working mother in Nairobi. *Public Health Nutr* 2002; 5: 715-718.
205. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Ekim 2004) Ankara, Türkiye. 141-148. (Erişim Tarihi:05.06.2017)
- <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf>
206. Cope MB, Allison DB. Critical review of the World Health Organization's (WHO) 2007 report on 'evidence of the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analysis' with respect to obesity. *Obes Rev* 2008;9:594-605.
207. Moore ER, Bianchi M, Stephans GL. A community hospital based breastfeeding counseling service. *Pediatr Nurs* 1991;17:383-61.
208. Bülbül L.G. Özcan A.G. Hatipoğlu S.S. Sağlam Çocuk Polikliniği'nden İzlenen İki Yaş ve Üzerindeki Çocuklarda Anne Sütü ile Beslenmeye Etki Eden Faktörler. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*,2012;46:3:101-107
209. Wijndaele K., Lakshmann R., Landsbaugh JR, Ong KK, Ogilvie D. Determinans of early weaning an use of unmodified cow's milk in infants: A sistematik review. *Journal of Amerikan Dietetic Association* 2009;109:2017-2028.
210. Gür E. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme Sempozyum Dizisi No: 41 • Kasım 2004; s. 147-155.

211. Ong KK, Loos RJ. Rapid infancy weight gain and subsequent obesity: systematic reviews and hopeful suggestions. *Acta Paediatr.* 2006;95(8):904- 908.
212. Grummer-Strawn LM, Scanlon KS, Fein SB. Infant feeding and feeding transitions during the first year of life. *Pediatrics.* 2008; 122(2):36-42.
213. WHO Report of the Global Consultation, Summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. World Health Organization, 2002.
214. World Health Organization, Feeding the non-breastfed child 6-24 months of age. Meeting Report, Geneva 2-10 March 2004.
215. Satman İ, Alagöl F, Ömer B. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması- II (TURDEP II).
(Erişim Tarihi:10.06.2017)
http://istanbul.turkistanbul.edu.tr/wpcontent/uploads/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf
216. Şanlıer N, Aytekin F. 0-3 yaş grubunda çocuğu bulunan annelerin beslenme ve ishal konusunda bilgi ve davranışlarının incelenmesi GÜ, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004;24(3)81-100.
217. Ünal PC, Akgün T, Boler İ, Çiftçi S, Akman M. Bebek dostu olan bir ana çocuk sağlığı merkezinden hizmet alan anneler neden bebeklerine erken ek gıda vermeye başlıyor? *Türk Ped Arş.* 2008;43:59-64.
218. Scott JA, Oddy WH, Binns CW, Graham KI. Predictors of the early introduction of solid foods in infants: results of a cohort study. *BMC Pediatr.* 2009;22(9):60.
219. Schiess S, Grote V, Scaglioni S, Luque V, Martin F. European childhood obesity project. Introduction of complementary feeding in 5 european countries. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010; 50(1):92-98.
220. Paul IM, Bartok CJ, Downs DS, Stifter CA, Ventura AK, Birch LL. Opportunities for the primary prevention of obesity during infancy. *Adv Pediatr.* 2009;56:107-33.
221. Friel JK, Isaak AC, Hanning RM, Miller A. Complementary food consumption of Canadian infants. *The Open Nutrition Journal.* 2009;3:11-16.
222. Fein SB, Labiner-Wolfe J, Scanlon KS, Grummer-Strawn LM. Selected complementary feeding practices and their association with maternal education. *Pediatrics.* 2008;122:91-97.
223. Aggarwal A, Verma S, Faridi M. Complementary feeding – reasons for inappropriateness in timing, quantity and consistency. *Indian J Pediatr* 2008; 75(1):49-53.
224. Sethi V, Kashyap S, Seth V. Effect of Nutrition education of mothers on infant feeding practices. *Indian J Pediatr.* 2003;70(6):463-466.

225. Hendricks K, Briefel R, Novak T, Ziegler P. Maternal and child characteristics associated with infant and toddler feeding practices. *J Am Diet Assoc.* 2006;106(1):135-148.
226. Erdöl H, Karagözel G, Demirbağ C, Mocan H. Trabzon yöresinde anne sütü verme alışkanlığının eğitim durumu ile ilişkisi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi* 1996;13:13-18.
227. Fewtrell MS, Lucas A, Morgan JB. Factors associated with weaning in full term and preterm infants. *Arch Dis Child* 2003; 88:296–301.
228. Özmert E, Yurdakök K. Çocuk ve erişkin sağlığında önemli bir dönem: ek besinlere geçiş (weaning). *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 1995; 4: 384-388.
229. Yılmaz G, Gurakan B, Akgun S, Özbek N. Factors influencing breastfeeding for working mothers. *Turk J Pediatr* 2002; 44: 30-34.
230. Yücecan S, Pekcan G, Tayfur M, Kayakırılmaz K, Rakıcıoğlu N, Mercanlıgil S ve ark. İstanbul, Muğla, Tokat ve Yozgat illerindeki ebelerin beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin ve eğitim programının etkinliğinin belirlenmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 1994; 23: 247-254.
231. Çalışkan Z, Bayat M. Annelerin bebek bakımı uygulamaları ve etkileyen faktörler: bir Kapadokya örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 14: (2): 23-30.
232. Liaquat P, Rizvi Abbas Mazhar, Qayyum, Ahmed H. Maternal education and complementary feeding. *Pakistan Journal of Nutrition.* 2006 ; 5(6):563-568.

VIII. EKLER

**EK 1: GAZİOSMANPAŞA TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİNE BAŞVURAN 0-24 AYLIK BEBEĞİ OLAN ANNELERİN,
ANNE SÜTÜ İLE BESLENME VE EK GIDALARA GEÇİŞ DÖNEMİ İLE
İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI ANKETİ**

1.BEBEĞİN YAŞI(AY)?

1)0-2 AY 2)3-4 AY 3)5-6 AY 4)7-9 AY 5)10-12 AY 6)13-18 AY 7)19-24 AY

2. CİNSİYET?

1)ERKEK 2)KIZ

3.DOĞUM YERİ?

1)DEVLET HASTANESİ 2)ÖZEL HASTANE 3)EV

4.DOĞUM ŞEKLİ?

1).NORMAL SPONTAN DOĞUM 2)SEZARYAN

5.DOĞUM KİLOSU?

1)2000-2500 GR 2)2501-4000 GR 3)4001-ÜZERİ GR

6.ANNE YAŞI?

1)20 YAŞ ALTI 2)20-30 YAŞ 3)31-40 YAŞ 4)41 YAŞ VE ÜZERİ

7.BABA YAŞI?

1)20 YAŞ ALTI 2)20-30 YAŞ 3)31-40 YAŞ 4)41 YAŞ VE ÜZERİ

8.ANNENİN EĞİTİM DÜZEYİ?

1)EĞİTİM YOK-İLKOKUL TERK 2)İLKÖĞRETİM 1.KADEME 3)İLKÖĞRETİM 2.
KADEME 4)LİSE 5) ÜNİVERSİTE

9.BABANIN EĞİTİM DÜZEYİ?

1)EĞİTİM YOK-İLKOKUL TERK 2)İLKÖĞRETİM 1.KADEME 3)İLKÖĞRETİM 2.
KADEME 4)LİSE 5)YÜKSEKÖĞRETİM-ÜNİVERSİTE

10.ANNENİN ÇALIŞMA DURUMU?

1)EV HANIMI 2)ÇALIŞIYOR

11.BABANIN MESLEĞİ?

1) İŞSİZ 2)İŞÇİ 3)MEMUR 4)SERBEST 5)ÜCRETLİ PERSONEL

12.AİLENİN GELİR DÜZEYİ?

1)1.300 TL VE ALTI 2).1301-2500 3).2501 TL VE ÜSTÜ

13.ÇOCUK SAYISI?

1)BİR ÇOCUK 2)İKİ ÇOCUK 3)ÜÇ ÇOCUK 4) DÖRT ÇOCUK 5)BEŞ VE ÜZERİ

14.EVDE BERABER YAŞADIĞINIZ BİR AİLE BÜYÜĞÜ VAR MI?

1) EVET 2) HAYIR

15.GEBELİĞİNİZ SIRASINDA HERHANGİ BİR SAĞLIK KURULUŞU TARAFINDAN DÜZENLİ ARALIKLARLA TAKİP EDİLDİNİZ Mİ?

1)EVET 2)HAYIR

16.DOĞUM SONRASI İLK GÜNLERDE ANNE SÜTÜ İLE BESLENME ,EMZİRME VE EK GIDALARA GEÇİŞ HAKKINDA SAĞLIK PERSONELİNDEN BİLGİ ALDINIZ MI?

1)EVET 2)HAYIR

17.BEBEĞİNİZİ DOĞUMDAN SONRA İLK DEFA NE ZAMAN EMZİRDİNİZ? (KOLOSTORUM VERİLME ZAMANI?)

1)DOĞAR DOĞMAZ HEMEN VEYA İLK BİR SAAT İÇİNDE 2)1 SAAT SONRA VEYA 2 SAAT İÇİNDE 3)2 -6 SAAT SONRA 4)6-24 SAAT SONRA 5)1.GÜNDEN SONRA 5)HİÇ EMZİRMEDİM

18.SİZCE BEBEKLER YENİ DOĞDUKLARI DÖNEMDE NE KADAR SIKLIKLA EMZİRİLMELİDİR?

1)BEBEK HER AĞLADIĞINDA 2)BEBEK UYANDIĞINDA 3)ANNENİN İSTEĞİNE GÖRE 4)UYANDIRILIP SIK SIK BEBEK HER İSTEDİĞİNDE

19.AĞIZ SÜTÜNÜ(İLK GELEN SÜT=KOLOSTRUM) DUYMUŞ MUYDUNUZ?

1)EVET 2)HAYIR

20. SİZCE İLK GELEN SÜT BEBEĞE VERİLMELİ Mİ YOKSA VERİLMEMELİ Mİ?

1)EVET 2)HAYIR 3)BİLMİYORUM

21. CEBABINIZ HAYIR İSE İLK SÜT BEBEKLERE NEDEN VERİLMEZ?

1)MİKROPLU,PİS OLDUĞU İÇİN 2)SARILIK YAPAR 3)BİLMİYORUM

22.SADECE ANNE SÜTÜ İLE BESLEMEK SİZCE NE ANLAMA GELİYOR?

1) SIRF ANNE SÜTÜ İLE BESLEMEK 2)ANNE SÜTÜ VE SU İLE BESLEMEK 3) ANNE SÜTÜ,SU VE DİĞER BESİNLERLE BESLEMEK

23.SİZCE ANNE SÜTÜ İLE BESLENMEYE BEBEĞİN SAĞLIĞI AÇISINDAN NE KADAR SÜRE DEVAM EDİLMELİDİR?

1)6 AY 2)12 AY 3)18 AY 4)24 AY 5)24 AYDAN FAZLA 6)BİLMİYORUM

24. BEBEĞİNİZİ HALA EMZİRİYOR MUSUNUZ?

1)EVET 2)HAYIR

25. CEVABINIZ EVET İSE NE KADAR EMZİRMEYİ DÜŞÜNÜYORSUNUZ?

1)EMMEYİ BIRAKANA KADAR 2)24. AYA KADAR 3)18. AYA KADAR 4)12. AYA KADAR 5)6.AYA KADAR 6)SÜTÜM YETTİĞİ KADAR 7)DİĞER

26.CEVABINIZ HAYIR İSE NE ZAMAN EMZİRMEYİ BIRAKTINIZ?

1)0-3 AY 2)4-6 AY 3)7-12 AY 4)13-18 AY 5 19-24 AY 6)24 AYDAN SONRA

27.CEVABINIZ HAYIR İSE BEBEĞİNİZİ EMZİRMEYİ NEDEN BIRAKTINIZ?

1)SÜTÜM GELMEDİ/SÜTÜM YETERSİZ 2)MEME UCU/GÖĞÜS SORUNU 3)ÇALIŞIYORUM 4)ÇOCUK İSTEMEDİ 5)HAMİLE KALDIM 6)İLAÇ KULLANDIM 7) ÇOCUK HASTA OLDU 8)BEBEĞİN DİĞER GIDALARI ALMA YAŞI GELDİ 9)DİĞER

28. CEVABINIZ HAYIR İSE BEBEĞİNİZE EMZİRMEYİ BIRAKMAK İÇİN NE GİBİ YÖNTEMLER KULLANDINIZ?

1)ACI SÜRMEK 2)SALÇA SÜRMEK 3)BANT YAPIŞTIRMAK 4)KENDİLİĞİNDEN BIRAKTI 5)DİĞER

29. ANNE SÜTÜ İSHAL YAPAR MI?

1)EVET 2)HAYIR 3)BİLMİYORUM

30.ANNE SÜTÜ ALLERJİ YAPAR MI?

1)EVET 2)HAYIR 3)BİLMİYORUM

31. İNEK SÜTÜ İSHAL YAPAR MI?

1)EVET 2)HAYIR 3)BİLMİYORUM

32. İNEK SÜTÜ ALLERJİ YAPAR MI?

1)EVET 2)HAYIR 3)BİLMİYORUM

33.İSHALLİ BEBEĞE ANNE SÜTÜ VERİLMELİ Mİ YOKSA VERİLMEMELİ Mİ?

1)EVET 2)HAYIR 3)BİLMİYORUM

34.BEBEĞİNİZE 1 YAŞINDAN ÖNCE HİÇ İNEK SÜTÜ VERDİNİZ Mİ? 1)EVET

2)HAYIR

35. CEVABINIZ EVET İSE İNEK SÜTÜ VERMENİZİN YA DA TERCİH ETMENİZİN NEDENİ NEYDİ?

1)UCUZ 2)EK BESİN OLSUN DİYE 3)DAHA BESLEYİCİ 4)BEBEK DOYMUYORDU (SÜTÜM YETMİYORDU) 5)BİLMİYORUM 6)DİĞER

36. BEBEĞİNİZİ HİÇ BİBERONLA BESLEDİNİZ Mİ?

1)EVET 2)HAYIR

37.BEBEĞİN SADECE ANNE SÜTÜ İLE (YANI SU VE EK GIDA VERMEDEN) BESLENDİĞİ SÜRE?

1)HİÇ 2)0-2 AY 3)2-4 AY 4)4-6 AY 5)6-9 AY 6)9-12 AY 7)12-18 AY 8)18-24 AY
9)HALEN DEVAM EDİYOR

38..BEBEĞİNİZİ ŞU ANDA NE İLE BESLİYORSUNUZ?

1) ANNE SÜTÜ 2)SU 3)FORMÜL SÜT 4)İNEK SÜTÜ 5)ANNE SÜTÜ+KARIŞIK BESLENME 6)ANNE SÜTÜ OLMADAN KARIŞIK BESLENME

39.İLK 6 AY BOYUNCA HİÇ SU VERDİNİZ Mİ?

1)EVET 2)HAYIR

40.CEVABINIZ EVET İSE NEDEN VERDİNİZ?

1.SUSADIĞINI DÜŞÜNDÜM 2.EK GIDA KULLANDIĞIM İÇİN 3.İLK 6 AY SU VERMEYE GEREK OLMADIĞINI BİLMİYORDUM

41.BEBEĞİNİZE İLK 6 AY HİÇ MAMA (FORMÜL SÜT) KULLANDINIZ MI?

1)EVET 2)HAYIR

42.CEVABINIZ EVET İSE KULLANMA NEDENİNİZ NEYDİ?

1)SÜTÜM YETMEDİ(BEBEK DOYMUYORDU) 2)EMMEDİ 3)HASTA OLDU
4)DOKTOR ÖNERİSİ 5)KİLO ALMADIĞI İÇİN 6)VİTAMİN VE BESİN DESTEĞİ
OLSUN DİYE 7)GÖĞÜS UCU YARASI 8)DİĞER

43. EK GIDAYA NE ZAMAN BAŞLADINIZ?

1)0-2 AY 2)2-4 AY 3)4-6AY 4)6 -8 AY 5)8-12 AY 6)12-18 AY 7)18-24 AY 8)HENÜZ
BAŞLAMADIM

44.EK GIDAYA BAŞLAMA NEDENİ?

1)SÜTÜM YETMİYORDU(BEBEK DOYMUYORDU) 2)ZAMANI GELDİĞİ İÇİN
3)İŞE DÖNMEK İÇİN 4)BEBEK EMMEDİ 5)İHTİYACI OLUĞU İÇİN 6)SAĞLIK
SORUNLARI OLDU(BEBEK HASTA OLDU) 7)BEBEK KİLO ALAMADI 8)DOKTOR
ÖNERİSİ 9)GÖĞÜS UCU YARASI 10)DİĞER

45.BEBEĞİNİZE EK GIDA OLARAK İLK NE VERDİNİZ?

1)HAZIR MAMA 2)BEBE BİSKÜVİSİ 3)PİRİNÇ UNU / MUHALLEBİ 4)YOĞURT
5)İNEK SÜTÜ 6)MEYVE SUYU 7)SEBZE ÇORBASI 8)YEMEK SUYU 9)MEYVE
PÜRESİ 10)KAHVALTI(PEYNİR,YUMURTA,PEKMEZ) 11)PİLAV 12)EKMEK İÇİ
13)DİĞER 14)HENÜZ BAŞLAMADIM

46.EK GIDAYA BAŞLAYINCA DIŞKILAMA FARKLİLİĞİ?

1.İSHAL 2.KABIZLIK 3.DEĞİŞİKLİK GÖRÜLMEDİ.

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

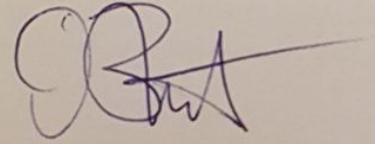
Sayı: 8

Tarih: 08.02.2017

Konu: Onay yazısı

Sayın Seda Geylani Güleç,

“Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesine Başvuran 0-24 Ay Arası Çocukların Annelerinin, Anne Sütü ile Beslenme ve Ek Gıdalara Geçiş Dönemi ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları” isimli çalışmanızın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.



Doç. Dr. Okcan BASAT
Etik Kurul Başkanı