

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**ANNELERİN EMZİRME YETERLİLİKLERİNİ
VE BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Dr. Kardelen Akın

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2020

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**ANNELERİN EMZİRME YETERLİLİKLERİNİ
VE BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Dr. Kardelen Akın

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. OSMAN TOLGA İNCE
İZMİR 2020

TEŞEKKÜR

Başta bu tezin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim boyunca bana her konuda yardımcı olan tez hocam Sn. Doç. Dr. Osman Tolga İNCE'ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki bilgi ve deneyimini esirgemeyen değerli hocam Anabilim Dalı Başkanımız Sn. Prof. Dr. Murat DUMAN'a,

İlminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, yanında çalışmaktan onur duyduğum tüm hocalarıma,

Zorlu asistanlık sürecini çekilir kılan, mesai arkadaşlığından çok dost olduğumuz birbirinden değerli, özverili asistan arkadaşlarıma,

Eğitimime katkıda bulunan, birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm uzmanlarıma,

Uyum içinde çalıştığımız tüm hemşire ve personellerimize,

Daima desteklerini hissettiğim, yolumu aydınlatan, bugünümü borçlu olduğum aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Kardelen AKIN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	3
TABLO LİSTESİ	6
ŞEKİL LİSTESİ	7
SİMGELER VE KISALTMALAR	8
ÖZET	10
1.GİRİŞ VE AMAÇ	14
2. GENEL BİLGİLER.....	15
2.1 TARİHÇE.....	15
2.2 MEME YAPISI VE LAKTASYON	15
2.2.1.Embriyoloji.....	15
2.2.2 Anatomi	16
2.2.3 Laktasyon Fizyolojisi	17
2.3 ANNE SÜTÜ VE İÇERİĞİ.....	19
2.3.1 Protein.....	20
2.3.2.Lipit	21
2.3.3.Karbonhidratlar.....	21
2.3.4 Mikrobeyinler	22
2.4 ANNE SÜTÜNÜN BEBEK SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ.....	26
2.5. ANNE SÜTÜNÜN ANNE SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ.....	27
2.6 DÜNYADA ANNE SÜTÜ İLE BESLENME	28
2.7 TÜRKİYE’DE ANNE SÜTÜ İLE BESLENME	29
2.8 EMZİRME EĞİTİMİ	30
2.8.1 Bebeğin Memeyi Tutuşu ve Yerleşmesi.....	31
2.8.2 Emzirmenin Süresi ve Sıklığı	31
2.8.3 Başarılı Emzirmenin Belirtileri	32

2.9 EMZİRMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	32
2.9.1 Sosyodemografik Faktörler	32
2.9.2 Annenin Sağlık Durumu ve Tutumlarına İlişkin Faktörler	33
2.9.3 Bebeğe Ait Faktörler	33
2.9.4 Psikososyal Faktörler.....	34
2.9.5 Sağlık Çalışanı ve Sağlık Kurumuna Ait Faktörler	34
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
4. BULGULAR	37
4.1 Çalışmaya Alınan Verilerin Toplanması	37
4.2 Olguların Sosyodemografik Özellikleri.....	37
4.3 Gebelikle İlgili Tanımlayıcı Bulgular.....	38
4.4 Olguların Çocuk ve Doğumla İlgili Bulguları.....	39
4.5 Bebek Beslenmesi ile İlgili Bulgular.....	40
4.6 Doğum Sonrası Anne ve Bebek Sorunları, Emzirme Problemleri ve Diğer Bulgular	43
4.7 Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeğine İlişkin Bulgular	45
4.8 Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular	47
5. TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇLAR.....	56
7. KAYNAKLAR.....	58
EKLER	70
Ek 1: Etik Kurul Onayı.....	70
Ek 2: Olgu Rapor / Veri Kayıt Formu Örneği	72

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Laktasyonun ilk 1 aylık döneminde term ve preterm süt bileşenleri.....	19
Tablo 2. Anne sütündeki ana bileşenler ve görevleri.....	25
Tablo 3. Çalışma grubunun sosyodemografik tanımlayıcı bulguları.....	38
Tablo 4. Gebelikle ilgili tanımlayıcı bulgular.....	39
Tablo 5. Çocuk ve doğumla ilgili tanımlayıcı bulgular	40
Tablo 6. Bebek beslenmesi ile ilgili tanımlayıcı bulgular	41
Tablo 7. Aylara göre beslenme şekli.....	42
Tablo 8. Doğum sonrası emzirme desteği ile ilgili bulgular.....	43
Tablo 9. Emzirme öz yeterlilik ölçeğine ilişkin faktörlerin karşılaştırılması	46
Tablo 10. Gebelikte ve/veya doğum sonrası emzirme danışmanlığı alanlar ile almayanlar arasında emzirme öz yeterlilik skorunun karşılaştırılması	47
Tablo 11. Hem gebelikte hem doğum sonrası emzirme danışmanlığı alanlar ile almayanlar arasında emzirme öz yeterlilik skorunun karşılaştırılması	47
Tablo 12. Edinburgh Depresyon Ölçeğine ilişkin faktörlerin incelenmesi	48
Tablo 13. Gebelikte ve/veya doğum sonrası emzirme danışmanlığı alanlar ile almayanlar arasında Edinburgh Postpartum Depresyon ölçeğinin karşılaştırılması	49
Tablo 14. Hem gebelikte hem doğum sonrası emzirme danışmanlığı alanlar ile almayanlar arasında Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puanı karşılaştırılması	49

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1 Memenin gelişimi	16
Şekil 2 Anne sütünün oluşumu.....	18
Şekil 3 Laktasyon fizyolojisi.....	19
Şekil 4 Dünyada bebek beslenmesi uygulamaları.....	29
Şekil 5 Yaşa göre emzirme durumu	30
Şekil 6 İyi ve kötü meme tutuşu örnekleri	31
Şekil 7 Olguların Çalışmaya Dâhil Edilme Şeması	37
Şekil 8 Doğum şekline göre emzirmeye başlama süresi	42
Şekil 9 Gebelikte ve doğum sonrası emzirme danışmanlığı	44
Şekil 10 Emzirme ile ilgili problemlerin dağılımı.....	44

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ALA: Alfa Linoleik Asit

BAT: Büyük Arterlerin Transpozisyonu

C/S: Sezaryen

DHA: Doksaheksaenoik Asit

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EGF: Epidermal Growth Factor

EPA: Eikosapentenoik Asit

EPO: Eritropoetin

GDM: Gestasyonel Diabetes Mellitus

GH: Büyüme Hormonu

GHRH: Büyüme Hormonu Salgılatıcı Hormon

GNRH: Gonadotropin Salgılatıcı Hormon

G-SCF: Granülosit Koloni Uyarıcı Faktör

HT: Hipertansiyon

IL: İnterlökin

IgD: Immunglobulin D

IgE: Immunglobulin E

IgG: Immunoglobulin G

IgM: Immunoglobulin M

IQ: Intelligence Quotient (Zeka Katsayısı)

IUGR: İntrauterin Gelişme Geriliği

İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu

LA: Linoleik Asit

LHRH: Luteinizan Hormon Salgılatıcı Hormon

MAS: Mekonyum Aspirasyon Sendromu

MÖ: Milattan Önce

NEK: Nekrotizan Enterokolit

NSVD: Normal Spontan Vajinal Doğum

SD: Standart Sapma

TGF-β: Transforming Growth Factor Beta

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TRH: Tiroit Hormon Salgılatıcı Hormon

TSH: Tiroit Salgılatıcı Hormon

TTN: Yenidoğanın Geçici Takipnesi

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuk Acil Yardım Fonu

VEGF: Vascular Endothelial Factor

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

ÖZET

Giriş ve Amaç: Anne sütü bebeğin büyüme ve gelişmesi için gerekli tüm besinleri içeren, olumlu etkileri yaşam boyu devam eden en uygun beslenme yöntemidir. İlk altı ay sadece anne sütüyle, ardından iki yaş bitimine kadar ek besinlerle emzirmeyi sürdürmek ideal beslenmenin temel koşuludur. Bu çalışmanın amacı annelerin bebeklerini anne sütü ile beslemesini ve emzirme yeterliliklerini etkileyen faktörleri belirleyerek anne sütü ile beslenmeye katkıda bulunmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Ağustos-Kasım 2019 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde takip edilen 1-6 aylık bebekleri olan toplamda 188 aileye anne ve bebeğe ait demografik özellikleri sorgulayan tanımlayıcı veri formu, Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği (kısa şekli) ve Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği formu verilip doldurmaları istenmiştir.

Bağımlı değişkenler emzirme öz yeterlilik düzeyi puanı ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (EDSDÖ) puanı olarak belirlendi. Annelerin sosyodemografik özellikleri, doğurganlık özellikleri, bebeği besleme şekli, önceki emzirme deneyimi, eğitim alma durumu, emzirmeye başlama zamanı, kaç ay emzirmeyi sürdürmeyi planladığı, ek besin verme durumu, sosyal destek alıp almadığı gibi bağımsız değişkenlerin emzirme üzerindeki rolü araştırıldı.

Bulgular: 37-42 gebelik haftası arasında doğan, bilinen konjenital hastalığı olmayan toplam 175 çocuk çalışmaya dâhil edildi. Çocukların yaş ortalaması 2,9 aydır. Annelerin %46,9'u, babaların%41,1'i üniversite ve üstü öğretim düzeyine sahiptir. Annelerin %38'i çalışmaktadır. Ailenin gelir düzeyi sorusunu ise çoğunluğu (%64,0) geliri giderine denk olarak yanıtlamıştır. Çalışmaya katılan çocukların %77,1'inin planlı, %98,3'ünün takipli gebelik sonrası doğduğu belirtildi. Tüm gebeliklerin %12,6'sında problem gözlemlendiği bildirildi. Gebeliğinde emzirme danışmanlığı alan 76 anne (%43,7) bu danışmanlıklarını sıklıkla sağlık personelinen (%84,7) aldıklarını ifade etmişlerdir. Çocukların doğum şekli %46,6 normal spontan vajinal doğum (NSVD), %53,4 sezaryendir (C/S).

Çocukların %78,3'ü doğumdan sonraki ilk bir saat içerisinde emzirilmiştir. Doğumdan sonra çocukların %18,3'üne anne sütünden önce başka besin verilmiştir. NSVD olan grupta ilk 1 saat içerisinde emzirmeye başlayanların yüzdesi %91,0 iken C/S olan grupta bu yüzde %66,7'dir. NSVD ile doğa grupta, C/S ile doğana göre ilk 1 saat içerisinde emzirme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.001$). Çalışmaya katılan çocukların

beslenme şekli incelendiğinde 0-2 aylık toplam 70 bebeğin 48'i (%68,6) sadece anne sütü ile beslenmektedir. Doğum sonrası annelerin %57,1'i emzirme danışmanlığı almıştır.

Emzirme öz yeterlilik ölçeğini dolduran 164 annenin emzirme öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması 60,5'tir. İlk çocuk olanlarda, olmayanlara göre emzirme öz yeterlilik ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p=0,002$). Emzirme öz yeterlilik puanı ile anne yaşı, gebelikte emzirme danışmanlığı alma, annenin eğitim durumu, bebekte problem olması, yardımcı kişi varlığı, anne çalışma durumu ve gebeliğin planlı olması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı.

Edinburgh Depresyon Ölçeği puanı '12 ve altı' olanlarda, '13 ve üzeri' olanlara göre emzirme öz yeterlilik puanı ölçeği istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.009$). Edinburgh Depresyon Ölçeği ile anne eğitimi, anne yaşı, bebeğin doğum sırası, baba tutumu, annede veya bebekte problem olması, yoğun bakım yatışı, gebelikte problem olması, yardımcı kişi varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Sonuç: İlk altı ay sadece anne sütü ile beslenme oranı %64,1'dir. C/S ile doğum sonrası emzirmeye başlamada gecikme, NVSD'ye göre daha fazladır. İlk sıra çocuk olmak ve Edinburgh Depresyon Ölçeği puanının yüksek olması emzirme öz yeterlilik puanının düşük olmasında etkilidir. Postpartum depresyon açısından riskli anneler taranmalı, bu annelerin takipleri yakından yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, Emzirme öz yeterliliği, Postpartum depresyon

ABSTRACT

Background and Aim: Breastmilk is the most appropriate nutrition method that contains all the nutrients necessary for the growth and development of the baby and its positive effects continue throughout life. Exclusive breastfeeding for the first six months and then maintaining breastfeeding with additional nutrients until the end of the age of two is the basic condition of ideal nutrition. We aimed to determine the factors affecting mothers' breastfeeding self efficacy and contribute breastfeeding.

Materials and Methods: A total of 188 families with 1-6 months old babies who applied to Dokuz Eylul University Faculty of Medicine between August and November 2019 were included in the study. They were asked to fill in descriptive data form, Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Short form) and Postpartum Depression Screening Scale.

Dependent variables were breastfeeding self-efficacy level score and Edinburgh Postpartum Depression Screening Scale score. The role of independent variables such as sociodemographic characteristics, fertility characteristics, the way of feeding her baby, previous breastfeeding experience, education status, time to start breastfeeding, how many months she planned to continue breastfeeding, supplementary nutritional status, whether she received social support or not to, were investigated.

Findings: A total of 175 children born between 37-42 weeks of gestation without known congenital disease were included in the study. The average age of children was 2.9 months. 46.9% of mothers and 41.1% of fathers had university or higher education level. 38% of mothers were working. The majority of the participants (64.0%) answered the question related to the income level of family as 'expense equal to income.'

It was stated that 77.1% of the mothers participating in the study had planned pregnancy and 98.3% was under doctor's control during pregnancy. It was reported that problems were observed in 12.6% of all pregnancies. 76 mothers (43.7%) who received breastfeeding counseling during pregnancy stated that they mostly (84.7%) received their counseling from medical staff. 46.6% of the mothers' last pregnancies were normal spontaneous vaginal delivery (NSVD) and 53.4% were cesarean section (C/S).

78.3% of the children were breastfed in the first hour after birth. 18.3% of children were given other nutrients before breastmilk. The percentage of those who started breastfeeding within the first hour in the group with NSVD was 91.0%, in the group with C /S was 66.7%. In the

group with NSVD, the frequency of breastfeeding in the first hour was statistically significantly higher in the group with NSVD compared to the group with C/S ($p < 0.001$).

The average score of 164 mothers who completed breastfeeding self-efficacy scale was 60.5. Breastfeeding self-efficacy scale score was statistically significantly lower in the first child compared to the other children ($p = 0.002$). No statistically significant difference was found in terms of breastfeeding self-efficacy score and maternal age, breastfeeding counseling during pregnancy, educational status of the mother, problem in the baby, presence of assistant person, maternal employment status and planned pregnancy.

In those with the Edinburgh Depression Scale score '12 and below', the breastfeeding self-efficacy score scale was higher than those with '13 and above' ($p = 0.009$). There was no statistically significant difference in comparison of Edinburgh Depression Scale in terms of maternal education, maternal age, father's attitude, problem in the mother, problem in the baby, intensive care hospitalization or problem in pregnancy.

Result: The rate of exclusive breastfeeding for the first six months was 64.0%. The delay in starting breastfeeding after C/S was higher than NSVD. Being the first child and high Edinburgh Depression Scale score was effective in low breastfeeding self-efficacy score. Mothers at risk for postpartum depression should be screened and those mothers should be followed closely.

Key words: Breast milk, Breastfeeding self-efficacy, Postpartum depression

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anne ve bebek bağının kurulmasında önemli rol oynayan anne sütü, doğumdan sonra bebeğin büyüme ve gelişmesi için gerekli tüm gereksinimlerini tek başına karşılar. Dünya Sağlık Örgütü, bebeklerin doğumdan itibaren ilk altı ay süresince su dahil hiçbir ek gıda almadan sadece anne sütü ile beslenmesini, bebekler altı aylık olduktan sonra sıvı ve katı ek gıdalara başlanmasını ve bu tamamlayıcı gıdaların yanı sıra en az iki yaşına kadar anne sütüne devam edilmesini önermektedir. İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme en uygun bebek besleme yöntemidir¹. Anne sütü vermenin, anneye, bebeğe ve topluma birçok faydası vardır². Anne sütünün bebeklerin yaşam süresini ve kalitesini arttırdığı, sağlıklı yaşamın temellerini attığı ve erişkin dönem hastalıklarını da engellediği pek çok çalışmada gösterilmiştir^{3,4}.

Gelişmekte olan ülkelerde bebeklerde ilk 6 ayda sadece anne sütü ile besleme oranı 2007-2014 yılları arasında %36-40 olduğu görülmüştür². 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre (TNSA) 6 aydan küçük çocukların %41'i sadece anne sütüyle beslenmiştir. Sadece anne sütü alan çocukların oranı yaşla birlikte hızla azalmakta, 0-1 aylık çocuklar arasında %59'dan 2-3 aylık çocuklar arasında %45'e ve 4-5 aylık çocuklar arasında %14'e düşmektedir⁵. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yapılan pek çok özendirici çalışmaya rağmen anne sütü ile beslenme süresi istenilen düzeyin altındadır. Ülkemizde emzirmeye başlama oranları yüksek ancak emzirmeyi etkili bir şekilde devam ettirme durumu yetersizdir. Çalışmalar ülkemizde anne sütü ile beslenme süresinin azaldığını ve bu durumun çocuk sağlığı açısından ciddi bir problem olduğunu göstermektedir⁵.

Tam emzirmenin yerine getirilmemesi; süt salgısında azalma, memeye ilişkin sorunlar, bebeğin memeyi reddetmesi ve emzirmenin erken sonlandırılması ile sonuçlanabilmektedir. Yapılan çalışmalarda anne sütünün verilmesi ve sürekliliğinin sağlanmasında; kişisel, demografik ve obstetrik özellikler ile emzirme eğitimi ve emzirme desteği gibi faktörlerin etkili olduğu saptanmıştır⁶.

Annelerin emzirmeye yönelik tutum ve başarıları ile ilgili epidemiyolojik çalışmaların yapılması önemlidir. Çünkü bu çalışmalarla annelerin emzirme başarı düzeylerini belirlemek, bunları etkileyen faktörlerin tanımlanması ve annelerin emzirme başarılarını arttıracak yöntemlerin (emzirme danışmanlığı hizmeti, akran desteği, ev ziyaretleri vb.) geliştirilebilmesi mümkün olacaktır. Ayrıca emzirme başarısı ve doğum sonrası depresyon için risk faktörleri belirlenebilirse, bu özelliklere sahip annelerin daha yakın takibi planlanabilecek, bu annelere erken müdahale edilebilecektir. Değişen sosyodemografik

faktörler nedeniyle annelerin emzirme başarılarını etkileyen faktörler de değişebileceğinden belirli aralıklarla bu çalışmaların tekrarı da önemlidir. Belirlenen risk faktörleri ile emzirme açısından riski bulunan annelere erken danışmanlık hizmeti verilerek bebek için zararlı olabilecek alternatif beslenme yöntemlerinin başlanması engellenebilir.

Emzirmenin başlatılması, doğru emzirmenin sürdürülmesi, devamlılığın sağlanması için kişisel farklılıklar dikkate alınmalı ve yapılacak eğitimlerin bu doğrultuda planlanması gerekmektedir. Çalışmamızda çocuk sağlığı izlemi için bir üniversite hastanesine başvuran bebeklerin annelerinin emzirme başarı düzeylerini belirlemesi ve emzirme başarılarını etkileyen faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 TARİHÇE

Bebek beslenmesi ile ilgili tutum ve uygulamaların tarihsel gelişimi incelendiğinde, geçmişten bugüne bebek beslenmesinde en önemli besinin anne sütü olduğu görülmektedir. Anne sütüyle beslenme ile ilgili ilk yazılı belgelere milatta önce (MÖ) 1550 yılında Eski Mısır'da rastlanmaktadır. Ebers Papirusu'nda bebeklere verilecek tek besinin anne sütü olduğu ve üç yaşına kadar verilmesi gerektiği yazmaktadır. Yakut Türklerinde ise analık tanrıçası Ayzit'in bebeğine can vermek için anne sütü damlattığına dair inanışlar anne sütünün kutsal kabul edildiğini göstermektedir⁷. Tıbbın ilk ansiklopedisi kabul edilebilecek papirüsteki bir reçete, laktasyon yetersizliğinin antik Mısır'da bile bir sorun olduğunu göstermektedir^{7,8}.

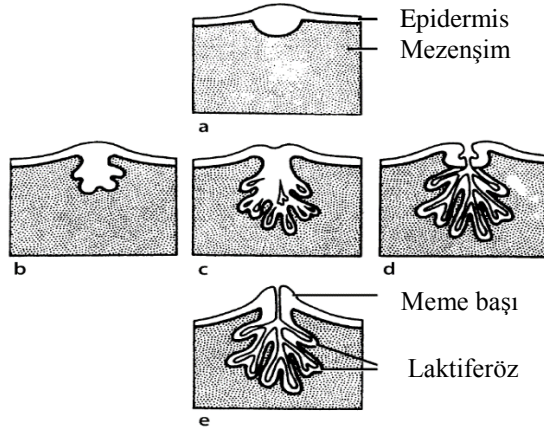
Avrupa'da sanayi devrimiyle birlikte bebeklerin anne sütü yerine hayvan sütü ile beslenmesi yaygınlaşmış ve sonuçta da mama sanayisi aşırı gelişmiştir. 1970'lerden itibaren anne sütü ile ilgili çalışmalar hız kazanmış ve hiçbir besinin anne sütünün yerini alamayacağı görülmüştür. Bu gelişmeler üzerine anne sütü ile beslenme oranları katlanarak artmıştır⁹.

2.2 MEME YAPISI VE LAKTASYON

2.2.1.Embriyoloji

Memeler derinin ektodermal kaynaklı bez dokularıdır. Erkek ve dişi memenin ortaya çıkışından ektoderm ve mezenşim sorumludur. Ektoderm kanal ve alveollerin oluşumunda rol oynarken, bağ doku ve damarların oluşumunda mezenşim yer alır. Meme bezinin gelişimi 6. gebelik haftasında başlarken, süt kanallarının proliferasyonu embriyolojik gelişim boyunca devam eder.

İnsan embriyosunda memenin şekillenme süreci 4. gebelik haftasında gelecekte meme dokusunun yer alacağı bölgede kalınlaşmış bir ektoderm alanı olarak başlar. Bu yükseltilmiş ektoderm alanı, 7-8. gebelik haftalarında altta yatan mezoderme doğru içe çöker. Embriyodaki meme dokusu böylece epidermis altında gömülü olarak yerleşir¹⁰. İçeri katlanmış olan ektoderm, mezoderm ile temas halinde meme dokusunun stromasını oluşturmak üzere konsantrik tabakalar halinde yerleşir (süt çizgisi). Ektodermal hücre kümelerinin bölünmesi ve dallanması sonucunda, gelecekte memede yer alan lob, lobul ve alveollerin oluşumu gerçekleşir. 16. gebelik haftasında ileride sekretuar alveolleri oluşturacak olan 15-25 adet epitelyal tomurcuk gelişir ve dallanır¹¹. Plasenta kaynaklı cinsiyet hormonları 28. haftada fetal dolaşıma katılarak bu epitelyal tomurcukları uyarır¹². Laktiferöz kanallar ve dalları lümendeki bu epitelyal çıkıntılardan gelişerek meme çukuru diye tanımlanan epidermal çöküntüye açılır. Bu çukur mezenkimal proliferasyon sonucunda ise meme başı ve areola oluşumunu sağlamaktadır.



Şekil 1. Memenin gelişimi¹³

Lümendeki dallanma sistemi 32. haftada biçimlenir ve doğuma ulaşıldığında fetüsün meme dokusunda 4-18 adet meme kanalı bulunmaktadır. Erkek fetüste gelişmiş olan duktus sistemi testosteron varlığında gerilemeye uğrar.

2.2.2 Anatomi

İnsan meme dokusu, meme bezlerinin yanı sıra yağ (büyüklüğü oluşturan asıl komponent) ve bağ dokusundan oluşmaktadır. Ergenlik sonrası dönemde olgun meme dokusu göğüs ön duvarında, pektoralis majör kasının üzerinde, 2. ve 6. interkostal aralıkta, yüzeysel fasyada yer almaktadır. Çapı yaklaşık 10-12 cm olup iç sınırı sternumun kenarında, dış sınırı ise orta veya ön aksiller hattadır¹⁴.

Memenin apeksindeki meme başını çevreleyen pigmentli alana “areola” denmektedir. Meme ucu ve areolanın esnekliği sayesinde emzirme sırasında meme ucu bebeğin ağzının içine yerleşecek şekilde uzayabilir¹⁵. Areolanın yüzeyinde gebelik ve emzirme döneminde hipertrofiye olarak genişleyen çok sayıdaki küçük çıkıntılar ‘Montgomery tüberkülleri’ olarak adlandırılır. Emzirme döneminde bu bezlerin salgıları, yağlı olması ve immunglobulin A (IgA) gibi antienfektif maddeleri içermesi nedeniyle meme başı ve areolayı koruyucu özellik gösterir. Montgomery tüberkülleri emzirme döneminden sonra atrofiye olur ve gebelik durumu söz konusu değilse çıplak gözle görülmez.

Meme yapısı birbirinden bağımsız olarak düzenli bir şekilde kümelenmiş, her memede 10-20 tane bulunan ve lob adı verilen yapıları içerir. Her bir lob birkaç lobülde oluşurken, her lobülün içinde de sayısı 100’e varan alveoller bulunur. Lobüller tek tek süt kanallarına açılır. Meme yapısında alveol, lobül, lob ve süt kanallarının birlikteliği ‘tubuloalveolar salgılayıcı birim’ olarak tanımlanır¹⁶. Tubuloalveolar salgılayıcı birim histolojik olarak kolumnar veya küboidal epitel, mioepitelyal hücreler ve bazal laminadan oluşur. Alveollerin sekretuar epitelyumunda üretilen süt, küçük süt kanalları ile taşınarak, meme başına açılan ana süt kanalı laktiferöz sinüslere boşalır¹⁷.

2.2.3 Laktasyon Fizyolojisi

Gebelik süresince areolanın çapı ve koyuluğu artar. Yüzeysel damarlar belirginleşir ve meme başları erektil hale gelir. Gebelik sırasında östrojen, progesteron, plasental prolaktin ve diğer büyüme faktörleri meme bezlerinin büyümesi ve olgunlaşmasını sağlar. Gebelikteki hormonal değişiklikler ile duktal ve alveoler elemanlarda proliferasyon olur. Bu değişiklikler konsepsiyonun 4. haftasında gözlenmeye başlar. Erken dönemde duktal filizlenme belirgindir. 3. aydan itibaren lobulo-alveoler çoğalma baskın hale gelir. Gebeliğin ilerlemesiyle lobül sayılarında hızlı bir artış söz konusudur. İlk trimesterde bazı alveollerin içinde kolostrum benzeri materyal vardır. İkinci trimesterde kolostrum yapımı başlar (evre I laktogenez)¹⁸. Gebelikte meme gelişiminde östrojen duktal dokuların ve alveolar yapının gelişimi, progesteron ise alveoler glandların maturasyonu için gereklidir. Mammogenezde prolaktin ve östrojen aynı yönde etkili oldukları halde östrojen prolaktinin süt salgısına olan etkisini inhibe eder. Gebelikte meme gelişiminde progesteron ve östrojene ek olarak hipofiz prolaktini ve plasental laktojenin önemli olduğu kabul edilmektedir¹⁹.

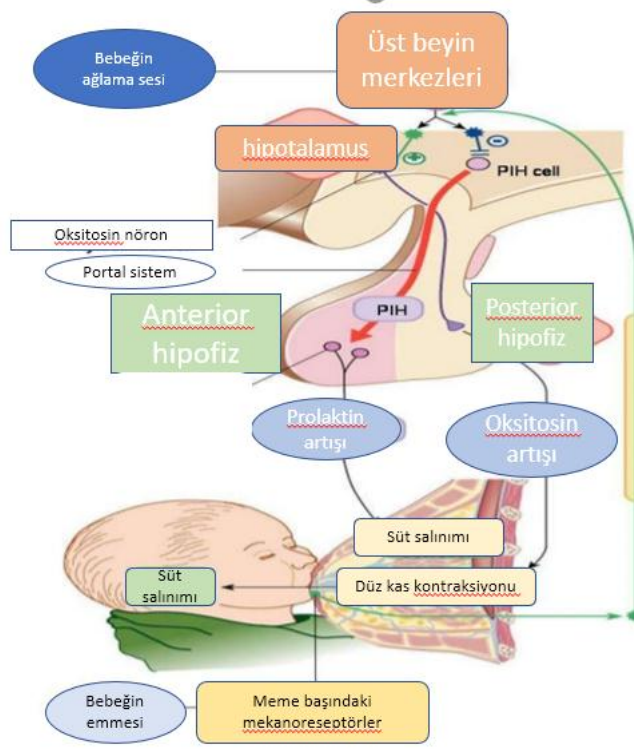


Şekil 2. Anne sütünün oluşumu

Doğumdan sonra plasentanın ayrılmasından sonra prolaktin düzeyini baskılamakta olan östrojen ve progesteron düzeyi düşer ve süt yapımı başlar (Evre II laktogenez). Süt sentezinde rol oynayan süt oluşumu ve süt salgılanması refleksleri, emzirmenin sürekliliğinde de önemli rol oynar. Emmenin başlaması ve meme başının uyarılması ile ön hipofizden salgılanan prolaktin hormonu, meme alveolar hücrelerinde süt sentezini gerçekleştirir. Arka hipofizden salgılanan oksitosin hormonu ise alveol çevresindeki miyoepitelyal hücrelerin kasılmasına yol açarak, alveol boşluğundaki sütün kanalcıklara ilerlemesini sağlar. Oksitosinin süt kanalcıklarında genişlemeye yol açmasıyla kanalcık boyunca ilerleyen süt, areola altında bulunan laktifer sinüslerde toplanır ve meme ucuna açılan kanallardan salgılanır.

Doğumu izleyen -bebeğin en aktif olduğu- ilk yarım saat içinde emzirmenin başlaması ve bebeğin isteğine bağlı olarak sık sık emzirilmesi, annenin sütüne güveni ve olumlu duygular içinde olması, bebeği ile bir arada kalması; süt oluşumu ve salgılanması reflekslerinin, dolayısıyla emzirmenin sürekliliği için çok önemlidir⁴.

Laktogenezin 2. evresinden sonra emzirme süreci galaktopoez (Evre III Laktogenez) olarak adlandırılan belirsiz döneme girer. Endokrin dönemin bitip otokrin dönemin başladığı bu sürede süt sentezinin birincil kontrol mekanizması süt boşaltımı olup memeden süt etkin bir şekilde boşaltıldığı sürece yeni süt sentezlenerek bu süreç devam eder. Prolaktin en önemli galaktopoetik hormon olup, süt yapımını ve salınımını sağlarken, oksitosin ise sütün dışarı verilmesini sağlar.



Şekil 3. Laktasyon fiziyojisi

2.3 ANNE SÜTÜ VE İÇERİĞİ

Yenidoğan ve süt çocuğu beslenmesinde ideal bir besin olan anne sütünün mükemmel içeriği çocuk sağlığına sayısız yararlar sağlar²⁰. Anne sütünün bileşimi bebeğin içinde bulunduğu dönemdeki ihtiyaçlarına göre değişiklik gösterir²¹. Anne sütünün miktarı ve besin içeriği; bebeğin doğduğu gebelik haftasına, bebeğin yaşına, gün içindeki zaman dilimine, emzirmenin başında veya sonunda olmasına göre değişir. Sütün besin içeriği bebeğin o andaki gereksinimlerine göre farklılık arz eder ve her anne bebeği için en uygun sütü üretir.

Tablo 1. Laktasyonun ilk 1 aylık döneminde term ve preterm süt bileşenleri²²

Süt bileşeni	3-5. günler		8-11. günler		15-18. günler		26-29. günler	
	Tam term	Preterm	Tam term	Preterm	Tam term	Preterm	Tam term	Preterm
Enerji (kcal/dl)	48	58	59	71	62	71	62	70
Lipit (g/dl)	1,85	3,00	2,90	4,14	3,06	4,33	3,05	4,09
Protein (g/dl)	1,87	2,10	1,70	1,86	1,52	1,71	1,29	1,41
Laktoz (g/dl)	5,14	5,04	5,98	5,55	6,00	5,63	6,51	5,97

Anne sütünün besinsel bileşenlerinin bir kısmı laktositlerde sentezlenirken, bir kısmı annenin diyeti yoluyla, bir kısmı da annenin depolarından temin edilir. Doğumdan sonra süt bileşenleri kolostrum, geçiş sütü ve olgun süt olmak üzere üç evrede değişkenlik gösterir. İçerdiği beta-karotenden dolayı sarı renkli olan kolostrum, doğumdan sonraki ilk günlerde salgılanır ve yenidoğanın gereksinimleri açısından büyük önem taşır. Kolostrumun olgun süte oranla enerji, yağ ve laktoz içeriği düşük; protein içeriği yüksektir. Ayrıca A ve E vitamini, beta-karoten, çinko ve eser elementler bakımından da zengindir. Kolostrumun olgun süte göre sodyum, klor ve magnezyum içeriği daha yüksek; potasyum ve kalsiyum oranı ise daha düşüktür. Bebeğin ilk aşısı olarak nitelendirilen kolostrumun bebeği enfeksiyonlardan koruyucu içeriği; lenfosit, makrofaj, komplemanlar, laktoferrin, laktedhrin, laktoperoksidaz, lizozim ve antikorlar ile sağlanır²³. Anne sütündeki besin öğelerinin miktarı, laktasyon süresince bireyler arasındaki biyokimyasal farklılıklara, annenin diyetin içeriğine, laktasyon dönemlerine ve emzirme zamanının uzunluğuna, ön süt/son süt olmasına, adet görmeye göre değişebildiği için anne sütünün makro ve mikro nutrientlerinin miktarları oldukça geniş bir dağılım göstermektedir.

Anne sütü, yağda ve suda çözünebilen 200'den fazla bileşik içeren kompleks bir bileşiktir. Bileşimin büyük çoğunluğunu (%85 ve daha fazla) su oluşturmaktadır. Besin öğeleri bu ortam içinde değişik şekillerde dağılmış haldedir. Emzirmenin ilk evresinde gelen süt, yani ön süt, su bakımından oldukça zengindir.

Term bir gebelik sonucu olgun süt 9-12 g/L protein, 32-36 g/L yağ ve 67-78 g/L laktoz içerir. Sütün enerji içeriği ise 65-70 kkal/dL olarak belirtilmiştir²⁴.

2.3.1 Protein

Anne sütü, antimikrobiyal ve immünomodülatör aktivitelere sahip çeşitli işlevleri yerine getiren 400'den fazla farklı protein içerir^{25,26}. Sütte bulunan proteinler kazein, whey ve müsin proteinleri olmak üzere üç gruba ayrılabilir²⁷. Anne sütü proteinlerinin %40'ını oluşturan ve başlıca beta-kazeinden oluşan kazein; ester bağlı fosfat, yüksek oranda prolin ve düşük miktarda sistin içerir. Kompleks partiküller veya kalsiyum ve fosforla miçel oluşturmuş şekilde bulunur ve bebeğe kalsiyum, fosfor ve aminoasit sağlar²⁸. Anne sütü inek sütüne göre daha az kazein içermesiyle birlikte kazein miçellerinin çapının daha küçük olması nedeniyle yenidoğanın gereksinimlerine uygunluk sağlar. Whey fraksiyonunda önemli miktarlarda bulunan proteinler α -laktalbumin, laktoferrin, serum albümin ve lizozimdir²⁶. İnek sütündeki alerjen proteinlerden olan beta-laktoglobulinin aksine anne sütünün başlıca whey proteini olan

alfa laktalbumin, laktozun sentezlenmesini sağlayan laktoz sentetaz enziminin yapısında bulunur. Laktoferrin, anne sütündeki demir bağlayıcı protein olup bakteriyostatik etkisiyle gastrointestinal enfeksiyonlara karşı koruyuculuk sağlar²⁹. Esansiyel aminoasitlerden zengin olan anne sütünde bulunan taurin ise safra asiti konjugasyonunda önemli rol oynar.

2.3.2.Lipit

Lipitler anne sütündeki en büyük enerji kaynağıdır ve anne sütünün toplam enerjisinin %40-55'ine katkıda bulunur³⁰. Bu lipitler bir emülsiyon halinde bulunur. Salgılanan lipitlerin büyük çoğunluğu, lipit fraksiyonunun %98' ine katkıda bulunan triaçilgliseritlerdir. Kalan kısım ağırlıklı olarak diaçilgliseritler, monoaçilgliseritler, serbest yağ asitleri, fosfolipitler ve kolesterolden oluşur. Bu bileşenler süt yağı lipit globüllerine paketlenir, fosfolipitler globüllerin zarının büyük kısmını ve çekirdeğinde bulunan triaçilgliserollerini oluşturur³¹. Anne sütünde bulunan yağ asitleri eikosapentenoik asit (EPA), linoleik asit (LA), alfa linoleik asit (ALA), doksaheksaenoik asit (DHA)'dan oluşur. Bu yağ asitleri, yağda eriyen vitamin ve bazı hormonların taşıyıcısı olarak görev alır ve hücre membranının yapısına katılır. Anne sütü alan bebeklerde plazma kolesterol düzeyleri, düşük kolesterol ve yüksek çoklu doymamış yağ asiti alan bebeklere oranla daha yüksektir. Yüksek kolesterol düzeyleri lipit metabolizmasının erken etkinleşmesiyle bebekleri, ileride gelişebilecek hiperlipidemi ve aterosklerozdan korur³².

2.3.3.Karbonhidratlar

İnsan sütünün ana şekeri disakkarid laktozdur. Laktoz, diğer türlere kıyasla insanlarda en yüksek konsantrasyonda bulunur ve insan beyninin yüksek enerji talebini karşılar³³. Laktoz, bağırsak bakterileri tarafından laktik aside dönüştürülerek patojen mikroorganizmaların enfeksiyon oluşturmasını engeller. Ayrıca merkezi sinir sisteminin gelişiminde rol alan galaktolipidlerin yapısına girerek beyin gangliositlerinin yapısal ve işlevsel bileşenlerini oluşturur. Anne sütünde bulunan karbonhidratların önemli bir kısmı da glikoproteinler ve nöron transaminasyonunda, bellek oluşumunda, hücreden hücreye iletişimde önemli rol oynayan oligosakkaritlerden oluşur. Ayrıca bu karbonhidratlar yenidoğanın gastrointestinal sistemini enfeksiyonlara karşı koruyan laktobacillus bifidus suşlarının gelişmesine de katkıda bulunurlar³⁴. Sindirilip emilemeyen oligosakkaritler, kolon mikroflorasında besin ögesi rolü oynar ve probiyotik özellik gösterirler. Böylece patojen mikroorganizmaların epitel hücrelerine tutunmalarını engelleyerek antienfektif etki gösterirler.

2.3.4 Mikroblesinler

Anne sütü yağda ve suda eriyen vitaminler açısından son derece zengindir. K ve D vitamini dışında, sağlıklı beslenen annenin sütündeki vitamin içeriği ilk 6 ay bebek için yeterlidir. Anne sütünde 750 mikrogram/L A vitamini retinil esterler şeklinde bulunur. Biyoyararlanımı yüksek olan A vitamini, yeterli ve dengeli beslenen annenin sütüyle ilk altı ay boyunca bebeğin gereksinimlerini karşılar. Anne sütü 40-50 IU/L D vitamini içerir. Bebeğin günlük ihtiyaı olan 400 IU/L D vitamini karşılanamadığından tüm bebeklere koruyucu dozda D vitamini önerilir. Anne sütünde büyük kısmı alfa tokoferol formunda bulunan E vitamini, bebekte kas bütünlüğünün sağlanması ve eritrositlerin hemolizden korunmasında önemli rol oynar. Hematopoetik sistem için gerekli olan K vitamini düzeyi, annenin diyetinden ve depolarından bağımsız olarak anne sütünde 2,1 mikrogram/L yoğunluğundadır ve yenidoğanın gereksinimini karşılamaya yetmez. Bu yüzden bebek doğar doğmaz 1 mg intramusküler K vitamini rutin olarak uygulanmaktadır³⁵. Anne sütü 100 mg/L C vitamini ve 80-130 mikrogram/L folat içerir ve bu miktarlar bebeğin gereksinimini karşılamaya yeterlidir. Yeterli beslenen annenin sütünde 120-150 mikrogram/L B6 vitamini bulunur ve ilk altı ay bebeğin gereksinimini karşılar. Anne sütünde 0,5-1 mikrogram/L düzeyindeki B12 vitamini, sağlıklı annelerin bebekleri için yeterlidir. Folat metabolizması ve metionin sentezinde rol alan bu vitamin, vejetaryen diyetle beslenen, pernisiyöz anemisi olan annelerin serumlarında düşük miktarda bulunmaktadır²⁴.

Anne sütü mineral içeriği yenidoğanın fizyolojik gereksinimlerine uygundur. İnek sütüne oranla mineral içeriği düşüktür ve bu sayede böbrek solüt yükü oluşturmaz. Anne sütündeki mineral içeriği çok fazla değişkenlik göstermez. Bunun nedeni, diyetle eksik alım olması durumunda bile annenin vücut depolarından minerallerin takviye edildiği dřnlmektedir²¹. Potasyum içeriği sodyum içeriğine göre yüksektir ve hücre içi sıvılarla uyumludur. Anne sütündeki demir yoğunluğu 0,2-0,4 mg/L olmasına rağmen demirin %50'ye yakını emilebildiğinden biyoyararlanımı yüksektir. Yapısındaki kalsiyum miktarı fosfordan iki kat fazla olduğu için miktar olarak inek stndekinden az olmasına rağmen kalsiyum emilimi inek sütüne göre daha fazladır. Kalsiyum/fosfor oranının yüksek olması ve magnezyum içeriği kemik mineralizasyonu için çok önemlidir. Fosfor/kalsiyum oranı yüksek olan inek sütü, bebekte geç hipokalsemi görülmesine sebep olabilir³⁶. Hüresel immünite, büyüme ve enzimler için önemli olan çinko, anne sütünde whey proteinlere bağlı olduğundan

kullanılabilirliği daha yüksektir. İnek sütünde ise kazeine bağlıdır ve emilimi düşüktür. Çinko eksikliğine bağlı akrodermatitis enteropatika anne sütü alan bebeklerde beklenmez³⁷.

Anne sütü, gastrointestinal sistem, vasküler sistem, endokrin sistemi ve sinir sistemini etkileyen çok sayıda büyüme faktörü içerir. Anne sütü ile bebeğe sağlanan büyüme faktörlerinden bazıları: epidermal büyüme faktörü, transforming büyüme faktörü, insülin, insüline benzer büyüme faktörü, sinir büyüme faktörü, meme kaynaklı büyüme faktörü (mammary derived growth factor), alfa-transferring büyüme faktörü, koloni stimüle edici faktör (colony stimulating factor), taurin, eritropoetin (EPO), etanolamin, fosfoetanolamin ve interferondur. En yüksek oranda bulunan büyüme faktörü ise epidermal büyüme faktörü (EGF) olup bağırsak epiteli başta olmak üzere epitelyal dokularda büyüme ve farklılaşmanın en etkin uyarıcılarından biridir. Kolostrumda ve prematür bebeklerin anne sütünde daha fazla oranda bulunur. Sindirim enzimlerinden etkilenmez. Bu sayede intestinal doku olgunlaşmasında emilim yüzeyini arttırmasında önemlidir³⁸⁻⁴⁰. Vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) kolostrumda daha yüksek oranda bulunur ve anjiyogenezden sorumludur^{41, 42}. İnsülin benzeri büyüme faktörü-I (insulin-like growth factor-I, IGF-I) eritropoezi uyarır ve enterositlerde oksidatif strese bağlı hasarı azaltır^{43, 44}. EPO eritropoezi uyarır⁴⁵. Taurin, etanolamin ve fosfoetanolamin büyümeyi düzenler. İnterferon ise hem büyümeyi düzenleyen hem de koruyucu bir faktördür.

Anne sütü içeriğinde maternal kaynaklı pek çok hormon bulunmaktadır. Bunların en önemlileri: gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH), luteinizan hormon salgılatıcı hormon (LHRH), tiroit salgılatıcı hormon (TRH), büyüme hormonu salgılatıcı hormon (GHRH), büyüme hormonu (GH), tiroit stimüle edici hormon (TSH), tiroksin (T4), triiyodotronin (T3), revers T3 (rT3), somatostatin, parathormon, parathormon ilişkin peptid, kalsitonin/kolsitonin inhibe edici protein, prolaktin, östrojen, progesteron ve adrenal steroidlerdir. Laktasyon dönemine göre anne sütünde bulunan hormon miktarı değişir.

Anne sütü, immun sistem matüritesi henüz tamamlanmamış olan yenidoğanı enfeksiyonlardan ve alerjik hastalıklardan koruyan eşsiz bir besin maddesidir. Yapısında pek çok antimikrobiyal, antienflamatuar ve immünomodülatör faktör içermektedir. Anne sütünde bol miktarda IgA ve daha düşük miktarlarda IgM, IgG, IgD ve IgE bulunur^{46, 47}. Bu antikorlar bağırsaktan emilerek kana geçer ve tüm mukozalara dağılarak infantı enfeksiyon ajanlarından korur. Sütteki IgA serumdakinden farklıdır. “J” zinciri ile “Sc” sekretuar komponenti birleşerek salgısal IgA’yı (SIgA) oluşturur. Böylece enzim ve pH değişikliklerine dayanıklı

hale gelir^{47, 48}. SIgA total IgA'nın %90'ıdır ve kolostrumda düzeyi 1-2gr/L iken, matür sütte 0,5 gr/L'ye düşer.

Laktoferrin 79 kD ağırlığında, 692 aminoasitten oluşan tek zincir bir glikoproteindir, demir bağlayıcı globüler iki kıvrımı vardır⁴⁹. Bakterisidal, antiviral, antiinflamatuvar ve sitokin fonksiyon modülatörü olan laktoferrinin inek sütündeki düzeyi 0,2 gr/L iken kolostrumda 0,5-1,0 gr/L'dir⁴⁷. İmmünglobulin ve diğer koruyucu proteinlerle sinerjistik olarak lokal, salgısal immün sistem içinde rol almaktadır.

Lizozim, 130 aminoasit içeren bir glikoproteindir. C-lizozim ve g-lizozim olmak üzere iki tipi vardır. İnek sütünde her iki tip bulunurken anne sütünde sadece c-lizozim vardır. Lizozim bakteri hücre duvarındaki peptidoglikanın iki bileşeni arasındaki glikosidik bağı parçalayarak bakterileri öldürür. Kolostrumda lizozim çok yüksektir, ilk bir yıl, anne sütündeki düzeyi 0,1 gr/L civarındadır. Lizozim aynı zamanda hasar gören dokuya nötrofillerin göçünü sınırlandırarak antiinflamatuvar etki göstermektedir⁵⁰.

Anne sütünde polimorfonükleer lökositler, T ve B lenfositler ve makrofajlar bulunmaktadır. Bu hücreler direkt fagositoz, interferon sekresyonu ve spesifik IgA üreterek enfeksiyondan korunmada rol oynarlar. Özellikle kolostrumda bol miktarda lökosit vardır, bunların çoğu nötrofildir.

Sitokinler hücre matürasyonu, diferansiasyonu, inflamasyon, immünite ve doku tamirinde rol oynayan düşük molekül ağırlıklı glikoproteinlerdir. Günümüzde anne sütünün çok sayıda sitokin içerdiği bilinmektedir⁵¹. Erken dönemde sütte bol miktarda sitokin vardır ve neonatal dönemdeki immatür organ sistemlerinin gelişimi açısından önemli biyoaktif komponentlerdir⁵². TGF- β anne sütünde en çok bulunan sitokindir. İnflamasyonu ve yara iyileşmesini düzenler. Anne sütünde bulunan granülosit koloni uyarıcı faktör (G-CSF) intestinal gelişim ve sepsisin tedavisinde yararlıdır. İnterlökin (IL)-4, IL-6 ve IL-13 atopik yanıt oluşumunda rol oynamaktadır.

Tablo 2. Anne sütündeki ana bileşenler ve görevleri⁵³

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

2.4 ANNE SÜTÜNÜN BEBEK SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Anne sütünün ve emzirmenin hem bebek hem de anne için başta beslenme olmak üzere, sağlık, bağışıklık, gelişimsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden çok sayıda yararları vardır. Anne sütünün, yenidoğan için en iyi beslenme şekli olduğu kanıtlanmıştır. Anne sütü, bebeklerin ve çocukların, kısa ve uzun dönemde pek çok hastalığa karşı duyarlılıklarını azaltabilecek tüm temel besin ve biyoaktif elementleri içermektedir.

Emzirmenin kısa dönemde düşük gelirli ülkelerde genel bebek mortalitesini, yüksek gelirli ülkelerde ise ani bebek ölümünü azalttığı gösterilmiştir^{2, 54}. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) anne sütüyle beslenmede artış ile bebek ölüm hızı %21 oranında azalmıştır⁵⁵.

Bebek ölüm hızları gerek dünyada gerekse Türkiye'de azalmasını sürdürse de halen bebek ölümünün en sık nedeni akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishallerdir. Filipinler'de yapılan bir çalışmada, en az ishalin sırasıyla sadece anne sütü alan bebeklerde, anne sütü ve besleyici olmayan sıvılar alan bebeklerde, anne sütü ve besleyici sıvı alan bebeklerde ve hiç anne sütü almayan bebeklerde görüldüğü gösterilmiştir⁵⁶. Bu çalışmada ilk 6 ay sadece anne sütü almanın ishali önemli derecede önleyebileceği gösterilmiştir. Büyüme ve gelişim için ek gıdalara ihtiyaç olana kadar sadece anne sütü verilmesi önerilmektedir^{56, 57}. Sadece anne sütü alan bebekler daha az enterik patojene maruz kalmaktadır. Anne sütündeki aktif hücreler ve antikolar ishale karşı koruma sağlamaktadır çünkü anne sütü bağırsak florasını düzenleyerek patojenlerin çoğalmasını engellemektedir⁵⁶. Anne sütü alanlara göre hiç almayan 0-5 aylık bebeklerde diyare insidansı 4 kat, mortalitesi 11 kat; pnömoni insidansı 2 kat, mortalitesi 15 kat artmaktadır^{58, 59}. Fernandez-Twinn ve arkadaşları anne sütünün Haemophilus influenza tip B enfeksiyonlarından 10 yıl, solunum yolu enfeksiyonlarından 7 yıl, orta kulak enfeksiyonundan 3 yıl, ishalden 2 yıl koruduğunu bildirmiştir⁶⁰.

Literatürde alerjik hastalıkların önlenmesinde anne sütünün etkinliği konusu tartışmalıdır. Bazı çalışmalar anne sütünün astım, alerjik rinit ve atopik dermatit gibi hastalıklarda koruyucu olduğunu gösterse de bazı çalışmalar bu ilişkiyi net gösterememiştir⁶¹⁻⁶³. Bir çalışmaya göre en az 4 ay sadece anne sütü alan bebeklerde ilk 2 yılda daha az atopik dermatit ve alerjik rinit gözlenmiştir. Bu çalışmada genel olarak alerjik hastalıklardan sadece anne sütü alanların en az etkilendiği ve kısmi emzirmede de anne sütünün koruyucu olduğu, bundan en çok da ailesel atopi öyküsü olanların faydalandığı gösterilmiştir⁶².

Nekrotizan Enterokolit (NEK) ile ilgili 4 randomize çalışmayı inceleyen bir meta-analize göre, preterm bebeklere anne sütü vermenin NEK riskini %58 azalttığı hesaplanmıştır⁶⁴. Başka bir çalışma sadece anne sütü ile beslenen pretermelerde NEK'in %77 daha az görüldüğünü saptamıştır⁶⁵.

Zengin aminoasit ve sistin içeriği ile anne sütü bebeğin zihinsel gelişimini hızlandırır, IQ düzeyini artırır. Anne sütü ile beslenen çocukların okul başarısının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Brezilya'da prospektif 30 yıl takip yapılan bir çalışmada, zekâ, eğitim alma süresi ve 30 yaşındaki gelir üzerine anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır⁵⁴. Birleşik Krallık Milenyum Kohort çalışmasında, önceki benzer çalışmalarda olduğu gibi, en az 4 ay emzirilen çocukların davranışsal gelişiminin daha sağlıklı olduğu gösterilmiştir⁶⁶.

Anne sütü alan çocukların %13 daha az obez olduğu gösterilmiştir⁶⁷⁻⁶⁹. Obezite için bu koruyucu etki yaş ilerledikçe azalmaktadır⁶⁹. Kardeşleri inceleyen çalışmalarda da anne sütü almanın obeziteye karşı koruyucu olduğu gösterilmiştir. Anne sütünün obeziteye karşı koruyucu etkisinin, yenidoğan hipotalamusundaki nöroendokrin hücrelerin etkilenmesi ile sağlandığı öne sürülmektedir⁷⁰. Amerikan Pediatri Akademisi çocukları obeziteden korunmak için doktorlara anneleri emzirmeye teşvik etmesini önermektedir⁷¹. Anne sütü ile beslenenlerde sistolik kan basıncı daha düşük saptanmış olup, diyastolik kan basıncı için benzer ilişki bulunamamıştır⁶⁹. Anne sütü kolesterol fosfolipit içeriği ile enzim sistemlerinin erken dönemde aktive olmasını sağlar ve böylelikle bebeği ileride gelişebilecek hiperlipidemi ve ateroskleroza karşı korur. Ayrıca diğer beslenme şekillerine göre sistolik kan basıncı daha düşük kalmakta ve hipertansiyon oluşma riski azalmaktadır. Anne sütü alan bebeklerde metabolik sendrom komplikasyonlarının daha az olduğu bilinmektedir. Kan şekeri ve insülin düzeyleri, anne sütü alan bebeklerde hazır mama ile beslenenlere oranla daha düşüktür.

Anne sütündeki immünomodülatör faktörlerin bebeği ileri yaşta görülebilecek inflamatuvar barsak hastalıkları, insüline bağlı diyabet (tip 1 diyabet), çölyak, lenfoma, lösemi, multipl skleroz ve kronik karaciğer hastalığı gibi hastalıklardan koruduğu düşünülmektedir.

2.5. ANNE SÜTÜNÜN ANNE SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Bebeğin anne sütü ile beslenmesinin anne sağlığı üzerinde birçok olumlu etkileri bulunmaktadır. Doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirmenin başlatılması anne ile bebek arasında bağlanmayı güçlendirmekte, arka hipofizden oksitosin salınması sonucu annede uterus involusyonunu hızlandırıp postpartum kanama riskini düşürmektedir⁷². Laktasyon süresi boyunca östrojen maruziyeti düşüklüğü neticesinde annede endometrium, over ve

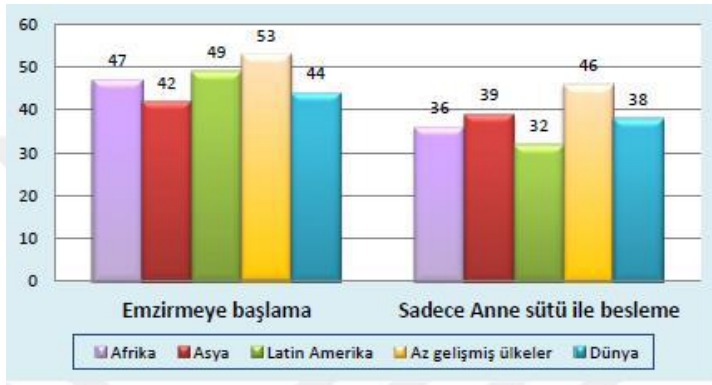
meme kanserleri riski önemli oranda düşmektedir⁷³. Laktasyonel amenore demir kaybını azaltıp anemiyi engellerken hipotalamus-hipofiz-over aksın inhibe olması ile annelerde doğal doğum kontrolü sağlanmaktadır. Bununla birlikte emziren annede yağ kitlesi kaybı ile gebelik öncesi ağırlık ve ölçülere dönmek kolaylaşabilmektedir⁷⁴. Emzirilen her yılın, annelerin tip 2 diyabete yakalanma riskini %15 azaltacağını da belirten çalışmalar mevcuttur⁷⁵. Bununla birlikte annede psikolojik rahatlık ve özgüven sağlayan santral sinir sistemi mediatör salınımları, anksiyete, depresyon ve stresi azaltırken, laktasyon hormonlarının gevşetici tesiri uyku kalitesini artırır. Avustralya'da 7223 anne-bebek çiftinin 15 yıl izlendiği bir çalışmada anne sütünün anneden kaynaklanan çocuk istismarı ve ihmaline karşı koruyucu etkisi araştırılmıştır. Çocukların anne sütü alma süresi ve anneden kaynaklanan istismarın sorgulandığı bu çalışmada, anne sütünü alma süresi azaldıkça anne kaynaklı istismarın göreceli risk oranının arttığı bildirilmiştir⁷⁶. Toplam emzirme süresi ile romatoid artrit, hipertansiyon, hiperlipidemi, kardiyovasküler hastalık gelişim riski arasındaki ters ilişkiyi gösteren yayınlar da mevcuttur.

2.6 DÜNYADA ANNE SÜTÜ İLE BESLENME

Özellikle bebekler için en önemli besin kaynağı olduğu bilinen anne sütünün önemi tüm dünya ülkelerinde savunulmakta ve anne sütünün özendirilmesi için birçok çalışma yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün en üst karar alma organı 2012 yılında anne, bebek ve çocuk beslenmesi için 2025 yılına dek geliştirilmek üzere altı hedeften oluşan bir eylem planı hazırlamıştır. Bu hedeflerden biri ilk altı ayda sadece anne sütü ile besleme oranının %55'e ulaştırılmasıdır⁷⁷.

2014 yılı Uluslararası Gıda Politikaları Araştırma Enstitüsü aracılığıyla oluşturulan Dünya Beslenme Raporu'ndaki verilere göre dünya genelinde sadece anne sütüyle beslenen altı aydan küçük bebeklerin oranı %41 olarak görülmektedir. Bu oranların Asya'da %45 (Batı Asya'da %36, Güneydoğu Asya'da %36), Latin Amerika ve Karayipler'de %36, Afrika'da %36 (Doğu Afrika'da %52, Güney Afrika'da %49, Orta Afrika'da %29, Batı Afrika'da %22), olduğu bildirilmektedir⁷⁸. Birleşmiş Milletler Çocuk Acil Yardım Fonu (UNICEF) tarafından hazırlanan 2015 yılı Dünya Çocuklarının Durumu Raporu'na bakılırsa doğum sonrası ilk saatte emzirmeye başlama oranları dünyada %44 seviyesinde olup, Asya'da %42, Latin Amerika'da %49, Afrika'da %47, az gelişmiş ülkelerde ise %53'tür. Sadece anne sütüyle beslenme düzeylerinin dünya genelinde %38 (Asya'da %39, Afrika'da %36, Latin Amerika'da %32, az gelişmiş ülkelerde %46) ile daha düşük olduğu bildirilmiştir⁷⁸.

Yapılan bir çalışmada, iyi emzirme olanakları sağlanamadığında 5 yaşından küçük çocuklarda %11.6 (yaklaşık olarak 804.000 çocuk sayısına eş değer) oranında ölüm riski artışı olduğu belirtilmiştir⁷⁹. Emzirmeye başlama ve anne sütüyle beslenmeyi sürdürme oranı tüm dünyada değişiklik gösterir. Bu farklılık sağlık politikaları, toplumsal ve kültürel ilkeler, destek ve uygun bakım sağlanabilme olanaklarından büyük çapta etkilenmektedir. Küresel ölçüde emzirme oranlarında bir gelişme görülse de tek başına anne sütü ile besleme düzeyi henüz arzu edilen seviyede değildir⁸⁰.

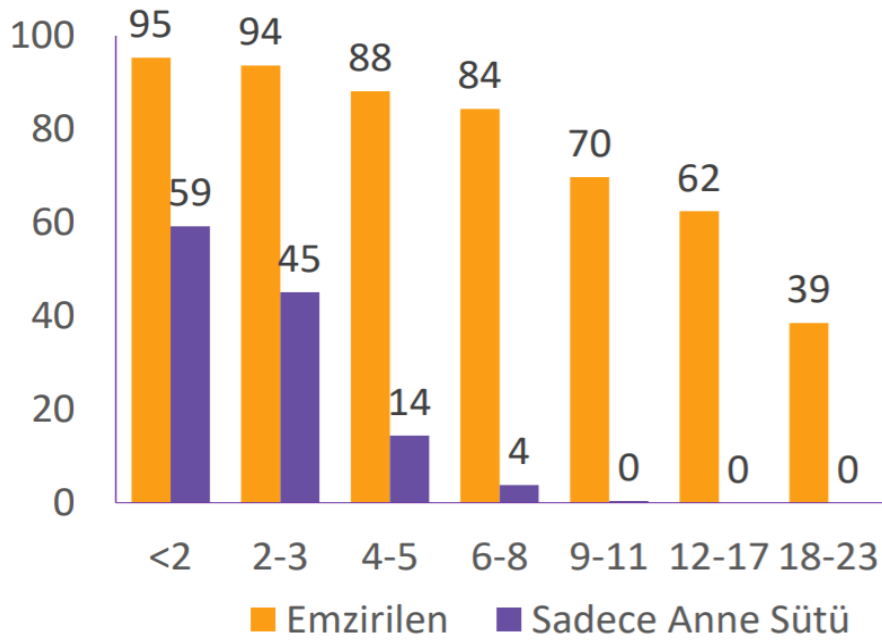


Şekil 4. Dünyada bebek beslenmesi uygulamaları⁸¹

2.7 TÜRKİYE'DE ANNE SÜTÜ İLE BESLENME

Ülkemizde emzirme yaygın olmasına rağmen bebeği emzirmeye geç başlama, ilk emzirmeden önce şekerli su gibi besinler verme, ek besinlere erken ya da çok geç başlama gibi hatalı uygulamalar kaliteli bir emzirme programını ve emzirmenin olumlu etkilerinin görülmesini engellemektedir^{82, 83}.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2018 yılı verilerine göre araştırmadan önceki 2 yılda doğan çocukların %98'i emzirilmiştir. Bu oran yıllar içerisinde küçük farklılıklar gösterse de (1998'de %95, 2003'te %96 ve 2008'de %96) oldukça yüksektir. Doğumdan sonraki ilk saat içinde emzirme 2018 yılında %73 olarak saptanmıştır. Bu sayı yıllar içerisinde (2013'te %50, 1998'de %52, 2003'te %53 ve 2008'de %39) hafif dalgalanmalar göstermektedir. Önerildiği gibi ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme oranı 2018 yılında yalnızca %41 olup 2013 verilerine göre bir miktar (%30) artmıştır. Sadece anne sütü alma süresi 2018 yılında ortalama 3,1 aydır. Ortalama emzirme süresi 2018 yılında 16,7 aydır. Bu sayı 2013 yılında 16,4 ay, 2008 yılında 16 ay ve 2003 yılında 14,9 ay ile benzerlik göstermektedir.



Şekil 5. Yaşa göre emzirme durumu⁵

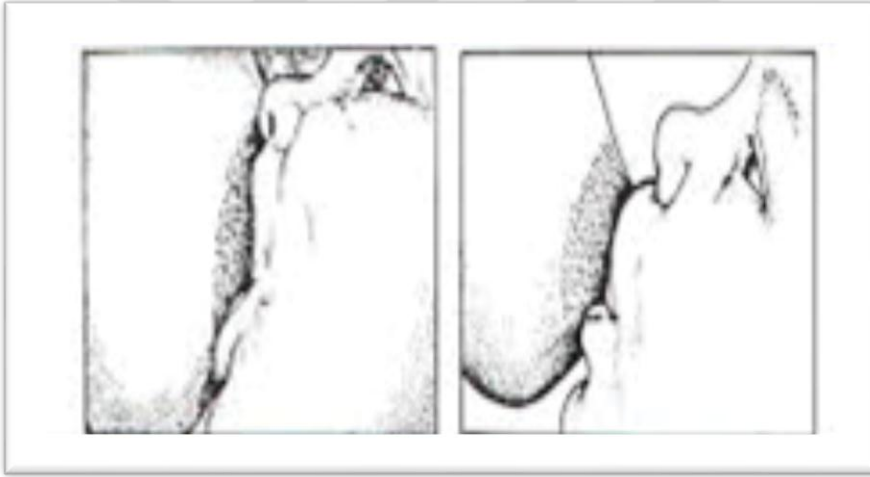
2.8 EMZİRME EĞİTİMİ

Tüm emziren annelerin emzirmeye başlamasına ve devam etmesine yardımcı olacak şekilde kapsamlı bir rehberlik hizmeti verilmesine ihtiyaç vardır. Emzirme eğitiminin doğum öncesi dönemde vermeye başlanması besleme problemlerinin azalmasına yardımcı olur⁸⁴. Annelere sık karşılaşılan emzirme problemleri ile baş etme ve önleme danışmanlığı hastaneden çıkmadan verilebilir⁸⁵. Emzirme süresinin uzatılması için annenin konu ile ilgili bilgilerinin artırılması, annenin emzirmeyle ilgili güveninin artırılması için de laktasyon problemlerinin çözümüne ihtiyaç vardır⁸⁶. Emziren annelere uygun danışmanlık ve eğitim verilmesi emzirme süresinin artışına, emzirmenin yaygınlaşmasına ve emzirme hedeflerine ulaşmaya katkıda bulunur⁸⁷⁻⁹⁰. Emzirme konusunda özel olarak yetişmiş sağlık çalışanlarının doğum sonrası desteği gereklidir⁹⁰. Bununla birlikte ABD’de yapılan bir araştırmada doktorların daha fazla eğitime ihtiyaç duydukları temel alanlardan birisinin de emzirme problemlerinin çözümü olduğu bulunmuştur⁸⁸. Emzirme problemlerinin çözümünde ve emzirme danışmanlığında ilk basamak emzirme fizyolojisi ve tekniğini iyi anlamaktır.

2.8.1 Bebeğin Memeyi Tutuşu ve Yerleşmesi

Anne bebeğini oturarak ya da yatarak emzirmek isteyebilir. Annenin kendini rahat hissettiği pozisyonda emzirmesi en uygun olanıdır⁹¹. Hangi pozisyonda olursa olsun bebeğin memeyi tutuşunda dikkat edilmesi gereken temel noktalar şunlardır: bebeğin başı ve gövdesi düz bir hatta olmalı, yüzü memeye bakmalı ve burnu tam meme ucunun karşısında olmalı, vücudu anneninkine yakın olmalı, yeni doğmuşsa popodan desteklenmelidir. Bebeğin memeye yerleştirilmesinden önce meme ucuyla bebeğin dudaklarına dokunulmalı, bebeğin ağzını genişçe açması beklenmeli, bebeğin alt dudağı meme ucunun altına gelecek şekilde memeye tutulmalıdır⁹².

Memeye iyi yerleşme belirtileri şunlardır: areolanın bebeğin alt çenesine yakın olan kısmı üste kıyasla bebeğin ağzına daha fazla girmiş olmalı, bebeğin yanakları dolgun olmalı, ritmik bir şekilde yavaş yavaş emmeli, yutkunma sesleri duyulmalıdır^{3,92}.



Şekil 6. İyi ve kötü meme tutuşu örnekleri

Memeye iyi yerleşmeme sonucunda meme başında ağrı ve çatlak, sütün tam boşalamaması sonucunda memede gerginlik, bebeğin yeterince süt alamaması sonucunda ise bebeğin doymaması, memeyi reddetmesi ve kilo almaması ile karşılaşmaktadır.

2.8.2 Emzirmenin Süresi ve Sıklığı

Bebeğin emzirmenin başlangıcında gelen ön süttten ve emzirmenin sonlarına doğru gelen yağdan zengin son süttten yararlanması için emzirme süresi en az 10 dakika olmalıdır. Annelerde süt salgılanma refleksinin yerleşmesinin gecikmesi nedeni ile bebeğin emzirme süresi değişebilir. O nedenle emzirmenin sonlandırılmasında bebeğin isteğı dikkate

alınmalıdır. Ancak bu sürenin 30 dakikanın üzerine çıkması meme sorunları risklerini arttırabilir. Emzirme süresinin kısa tutulması ise yağ içeriği yüksek son süttten yararlanamayan bebekte yetersiz tartı alımına, memenin yeterince boşalmamasına bağlı olarak meme sorunlarına ve yetersiz süt yapımına neden olabilmektedir.

Emzirme sıklığı saatlere göre değil bebeğin isteğine göre ayarlanmalıdır. Bebeğin ağlaması emzirme için geç bir bulgudur. Bebeğin emme hareketleri yapması, elini ağzına götürmesi, kol ve bacaklarını girmesi emmeye hazır olduğunun göstergesidir. İlk günlerde emzirme sayısının günde sekizin altına inmemesi süt yapımı için önemlidir.

2.8.3 Başarılı Emzirmenin Belirtileri

Bebek etkili emziriliyorsa bebeğin sütü yutması dışarıdan duyulabilir veya görülebilir. Emzirme sonunda bebek memeyi kendiliğinden bırakır. Memelerin emzirme sonrası yumuşak olması bebeğin etkili şekilde emzirilerek memeyi boşalttığını gösterir. Bebeğin yetersiz tartı alımı ve yetersiz idrar yapması, yetersiz anne sütü aldığıının güvenilir belirtileridir. Bebek bir günde 6 ile 8 kez arasında idrar yapıyorsa, doğumdan sonra ikinci haftada doğum kilosuna ulaşmışsa ve yaşamının ilk altı ayında ayda minimum 500 gram, haftada 150-200 gram kilo almışsa yeterli anne sütü alıyor demektir³.

Bebek etkin şekilde emzirilemezse yutkunma sesi olmaz, şapırtı duyulur, sık emer ancak tatmin olmaz, huzursuzdur ve uyku süresi kısalmıştır. Bebek emerken anne ağrı duyarsa memeye iyi yerleşememe durumu söz konusu olabilir, bu yüzden bebeğin pozisyonunu kontrol etmelidir⁹³.

2.9 EMZİRMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Anne sütüyle beslenmeyi etkileyen faktörler: sosyodemografik faktörler, annenin sağlık durumu ve tutumlarına ilişkin faktörler, bebeğe ait faktörler, psikososyal faktörler, sağlık kurumu ve sağlık çalışanına ilişkin faktörler olarak sıralanabilir.

2.9.1 Sosyodemografik Faktörler

Annenin bebeğini emzirmesi, annenin kişisel özellikleri içinde yaşadığı toplum ve yakın çevresinin tutumu ile değişkenlik gösterebilmektedir. Bu farklılıkların emzirmeyi nasıl etkilediğine yönelik birçok araştırma mevcuttur. Emzirmeye başlama ve anne sütü ile beslenme süresini etkileyen temel sosyodemografik faktörler: yaş, gelir durumu, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, aile tipi, doğum sayısı ve annenin çalışma durumudur⁹⁴⁻⁹⁶. Annenin yaşı, eğitim seviyesi ve gelir durumu yükseldikçe emzirmeye erken başlama ve emzirme süresinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Şehirde yaşayan, hastanede doğum yapan

annelerde ilk bir saat içinde emzirme oranı daha yüksektir. Yine kentte yaşayan ve çekirdek aile yapısına sahip ailelerde anne sütü alma süresi daha yüksek olarak gösterilmektedir^{1, 97-100}. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki annenin yoğun işlerde çalışması ve doğum sonrası işe erken dönmesi emzirme sıklığı ve süresini kısaltmakta, aynı zamanda ek gıdalara erken başlamayı hızlandırabilmektedir. Bununla birlikte multipar annelerde, primipar annelere göre emzirme süresinin daha uzun olduğu gösterilmiştir^{98, 100}.

2.9.2 Annenin Sağlık Durumu ve Tutumlarına İlişkin Faktörler

Annenin normal doğum yapması, multipar olması, sağlıklı meme yapısı ve daha önce başarılı bir emzirme deneyimine sahip olması emzirmeye erken başlamayı ve ilk altı ayda sadece anne sütü ile besleme süresini olumlu etkilemektedir. Gebelik sürecinde sağlık sorunları yaşama, kısa doğum aralıkları, sigara içimi, ilaç kullanımı ve özellikle C/S doğum yapma ise olumsuz yönde etki oluşturmaktadır^{82, 94, 101, 102}. Doğumu hastanede veya sağlık çalışanı tarafından yaptırılmayan ve doğumdan sonra bakım hizmeti ile emzirme eğitimi almayan annelerde özellikle emzirmeye başlama ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır¹⁰³. Gebelik dönemindeyken emzirme kararı veren, emzirme tekniklerini doğru uygulayan, kronik hastalık öyküsü ve meme ile ilgili sağlık sorunlar yaşamayan annelerde emzirme süresi artmaktadır¹⁰⁴. Psikolojik bileşenli biyolojik faktörlerden olan yetersiz süt üretimi ve doğumdan sonra ağırlı emzirme nedeniyle biberon kullanma emzirmeyi erken bırakmada en yaygın sebepler arasındadır¹⁰⁵. Annelerin sütünün yetersiz olduğunu belirtme durumu yapılan çalışmalarda %50'den fazla olmasına rağmen gerçekte fizyolojik olarak sadece %5'inde yetersiz süt üretimi olduğu saptanmıştır⁹⁵. Bunların yanında günlük yaşam yoğunluğu ve kadın üzerindeki sosyal sorumlulukların oluşturduğu baskı, anne sütü ile besleme süresini olumsuz yönde etkilemektedir¹⁰¹. Tüm bunlar postpartum depresyonu tetikleyerek anne ve çocuğun sağlığını ciddi şekilde olumsuz etkileyebilmektedir.

2.9.3 Bebeğe Ait Faktörler

Yenidoğanda sağlık sorununun olması, erken doğum, düşük doğum ağırlığı gibi sebepler erken dönemde emzirmeye başlamayı engelleyebilmektedir. Prematüre bebeklerin hipoglisemi riski, ağız motor becerilerinin düşük olması ve özellikle C/S doğumlarda laktogenezin gecikmesi anneleri emzik, biberon ve formül mama kullanımına yöneltmekte, bu da uzun dönem anne sütüyle beslenme süresini olumsuz etkileyebilmektedir^{82, 98}. Bu sorunlarla karşı karşıya kalma ihtimalini azaltmak için, doğum sonrası anne ile bebeği aynı

odada tutma, bebeği sık besleme ve gözlem sayısını arttırmanın faydası yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır.

2.9.4 Psikososyal Faktörler

Emzirmeye başlama ve anne sütüyle beslenmeyi sürdürmenin sadece fizyolojik olmadığı, duygusal ve sosyal etkenlerin de rol oynadığı gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda annenin öz yeterlilik algısı, psikolojik durumu, emzirmeye bakışı ve çevresinin desteğinin önemi vurgulanmıştır^{106, 107}. Babanın emzirmeye teşviki başta olmak üzere, doğum sonrası hane büyüklerinin emzirme ile ilgili sorunlarda çözüm üretmesi ve desteklemesi, annede yüksek öz yeterlilik algısını arttırarak anne sütüyle beslenme süresini uzatmada olumlu etkiye sahiptir⁹⁶. Aksi durumlar annede yeterli süt üretmediği ve bebeği beslemekte yeterli olamadığı düşüncesini ön plana çıkararak anneyi mama kullanımına yönlendirebilir⁹⁵. Ayrıca halka açık alanlarda emzirme davranışının yadırganması da emzirmeyi zorlaştırarak olumsuz etkileyebilmektedir. Annenin gebelik ve doğum sonrasında değişen vücut yapısı ve kilo artışı, depresyon, anksiyete, stres gibi kendini kötü hissettiren duygulara sebep olarak emzirme davranışından kaındırmaya neden olabilir. Erken dönemde emzirme ve anne sütüyle beslenme süresini uzatmak için eş, aile ve yakın evre tarafından destekleyici tutumlar sergilenmesi önerilmektedir⁹⁵.

2.9.5 Sağlık alışanı ve Sağlık Kurumuna Ait Faktörler

Devlet kurumuna ait bir hastanede doğum yapmak, doğum öncesi ve sonrasında yeterli bakım almak ve bir sağlık çalışanı tarafından emzirme eğitimi alarak emzirmeye erken dönemde başlamak ilk altı ayda sadece anne sütü kullanımı ve toplam anne sütü alma süresinin uzun olmasını olumlu etkilemektedir⁹⁹. Bu şekilde annenin doğum öncesi psikolojik olarak emzirmeye istekli hale gelmesi, doğum sonrasında kısa sürede ten temasının sağlanabilmesi, emzirme sorunlarına erken çözüm bulunması ve gereksiz mama, emzik ve biberon kullanımının engellenmesi mümkün olmaktadır. C/S doğum, erken dönemde eğitim ve yeterli bakım almadan taburcu olma, ilk bir saatte emzirmenin başlatılamamasınınsa anne sütüyle beslenme süresini olumsuz yönde etkilediği savunulmaktadır⁹⁸.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu kesitsel çalışmaya 01 Ağustos 2019- 30 Kasım 2019 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi Çocuk Sağlığı İzlem Kliniği (Sosyal Pediatri Ünitesi)'nde takip edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 1-6 aylık bebekleri olan 188 aile katılmıştır. 18 yaşından büyük, okuma yazma bilen, Türkçe konuşabilen, sağlıklı doğum yapan (37–42 haftalık, bilinen konjenital hastalığı, emme ve yutma problemi olmayan bebekler), emziren ve emzirmeye engel bir kronik hastalığı olmayan anneler çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anne ve bebeğe ait demografik özellikleri sorgulayan tanımlayıcı veri formu, Emzirme Öz yeterlilik Ölçeği (kısa şekli) ve Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği annelerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur.

Tanımlayıcı veri formunda bebeğe ait bilgiler (cinsiyet, boy, kilo ve doğum ağırlığı), annelerin bazı sosyodemografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, meslek, ekonomik durumu, çalışma durumu), doğurganlık özellikleri (çocuk sayısı, doğum şekli, gebeliğin planlanma durumu) ve bebeğini besleme şekli, önceki emzirme deneyimi, eğitim alma durumu, emzirmeye başlama zamanı, kaç ay emzirmeyi sürdürmeyi planladığı, ek besin verme durumu ile sosyal destek alıp almadığı toplam 33 soru ile sorgulanmıştır (ek 1).

Emzirme öz yeterlilik ölçeği, annelerin emzirme öz yeterlilik düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen, ilk formu 33 maddelik olan bir ölçektir¹⁰⁸. 2003 yılında Dennis tarafından bazı maddeleri çıkarılarak 14 maddelik yeni Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği (kısa şekli) oluşturulmuştur¹⁰⁹. Toplam 14 maddeden oluşan bu ölçek beşli Likert tipte olup, hiç emin değilim (1 puan) ve her zaman eminim (5 puan) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 14, en yüksek puan 70'tir. Emzirme öz-yeterlilik ölçeğinin bir kesme noktası yoktur, yüksek puan daha yüksek emzirme öz yeterliliği anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Aluş-Tokat ve Okumuş¹¹⁰ tarafından yapılmıştır. Türkçe güvenilirlik geçerlilik çalışması yapılan ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0,86 bulunmuş, ölçeğin Türk kültürü için uygun olduğu saptanmıştır¹¹⁰. Ölçeğin ortalama uygulanma süresi 5-7 dakika arasında değişmektedir.

Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilen Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzey ve şiddet

değişimini ölçmek için kullanılmaktadır¹¹¹. EDSÖ 10 maddeden oluşan, dörtlü Likert biçiminde kendini değerlendirme ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Değerlendirmede 1, 2 ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 13 puan olarak hesaplanmış olup ölçek puanı 13 ve üzeri olan anneler postpartum depresyon açısından riskli kabul edilmiştir. EDSÖ'nün Türkçe uyarlaması Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır¹¹¹. Ölçeğin geçerlilik-güvenirlilik analizinde Cronbach's alfa değeri 0,79 olarak bulunmuştur¹¹².

Bağımlı Değişkenler

Anne emzirme öz yeterlilik düzeyi puanı

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği puanı

Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, anne-babanın eğitim düzeyi, ailenin gelir durumu, annenin çalışma durumu, gebeliğin istenmesi, gebelik sırasında problem yaşanması, gebelik sırasında emzirme danışmanlığı, bebeğin cinsiyeti, yaşı, sırası, doğum şekilleri, doğum ağırlığı, doğum haftası, izlemde ölçülen vücut ağırlığı ve boy takibi, önceki çocukların emzirilme süreleri, çalışmaya katılan çocuk için planlanan emzirme süresi, ilk emzirilme saati, ilk emzirilmeden önce verilen besin, doğum sonrası anne ve çocukta problem, yoğun bakım ihtiyacı, şu anki beslenme şekli, emzirme sıklığı ve süresi, doğum sonrası emzirme danışmanlığı, babanın emzirmeye karşı olan tutumu, annenin sosyal desteği, annenin kullandığı ilaç ve sigara.

Elde edilen verilerin girişi ve değerlendirilmesi için SPSS 24.0 (SPSS Inc.; Chicago, IL, ABD) istatistiksel paket programı kullanılmıştır. Verilerin dağılımı grafik analizlere ek olarak Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Ölçümsel değişkenlerde normal dağılıma uygun olanlar için ortalama±standart sapma (SD), normal dağılıma uygun olmayanlar için medyan (minimum-maksimum) ile kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) olarak verilmiştir. Nitel değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında ki-kare ve Fisher exact test, normal dağılan sayısal verilerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

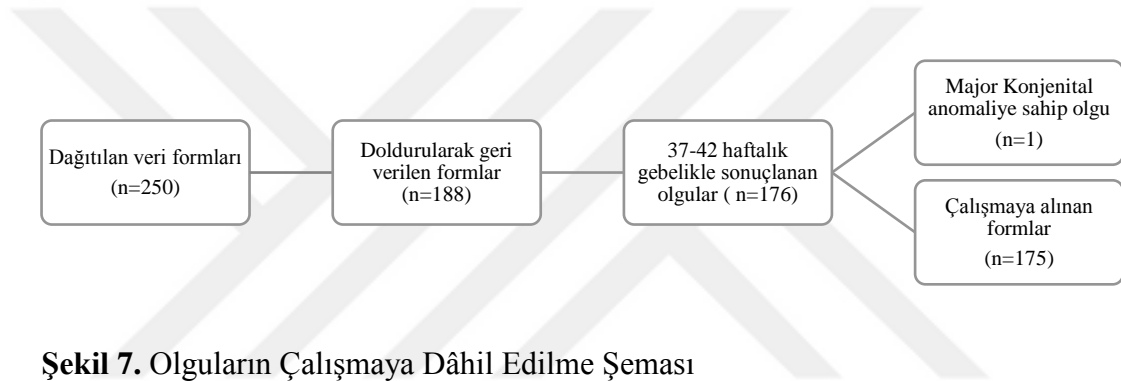
Araştırmanın hastanede yürütülebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır (Ek 2).

Araştırma örneklemine alınan annelere çalışmanın amacı açıklanarak araştırmaya katılmaları konusunda onamları alınmış, bilgileri gizli tutulmuştur.

4. BULGULAR

4.1 Çalışmaya Alınan Verilerin Toplanması

Ağustos 2019 – Kasım 2019 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine başvuran 1-6 ay arası çocuğu olan 188 anne ile anket dolduruldu. 12 olgu gebelik haftası 37 haftanın altında olması, 1 olgunun aort koarktasyonu saptanması nedeni ile toplam 13 olgu çalışmadan çıkartıldı (Şekil 7).



Şekil 7. Olguların Çalışmaya Dâhil Edilme Şeması

4.2 Olguların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya dâhil edilen çocukların yaş ortalaması 2,9 aydır. Anne yaşı ortalaması 30,2 yıl ve baba yaşı ortalaması 34,1 yıl olarak tespit edildi. Annelerin %46,9'u babaların %41,1'i üniversite ve üstü öğretim düzeyine sahipti (Tablo 3). Annelerin %38,3'ü gelir getiren bir işte çalışmaktaydı. Çalışan annelerin %50'si özel, %50'si devlet kurumunda çalıştığını belirtti. Ailenin gelir düzeyi sorgulandığında çalışmaya katılan ailelerin çoğunluğu (%64,0) gelirini giderine denk olarak yanıtladı (Tablo 3).

Tablo 3. Çalışma grubunun sosyodemografik tanımlayıcı bulguları

<i>Sayısal değişkenlere ait bulgular</i>					
	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart sapma
Çocuk yaş (ay)	175	1	6	2,96	1,38
Anne yaş (yıl)*	171	19	44	30,23	5,39
Baba yaş (yıl)*	171	23	64	34,13	6,59
<i>Kategorik değişkenlere ait bulgular</i>					
		N	%		
Anne eğitim durumu (n=175)	Okuryazar değil	1	0,6		
	Okuryazar	1	0,6		
	İlköğretim 5	16	9,1		
	İlköğretim 8	26	14,9		
	Lise	49	28,0		
	Üniversite ve üstü	82	46,9		
Baba eğitim durumu (n=175)	Okuryazar değil	1	0,6		
	Okuryazar	1	0,6		
	İlköğretim 5	14	8,0		
	İlköğretim 8	26	14,9		
	Lise	61	34,9		
	Üniversite ve üstü	72	41,1		
Anne çalışma durumu (n=174)	Evet	67	38,3		
	Hayır	107	61,1		
Annenin çalıştığı kurum (n=63)	Özel	33	50,7		
	Devlet	30	49,3		
Gelir düzeyi (n=174)	Geliri giderinden az	47	26,9		
	Geliri giderine denk	112	64,0		
	Geliri giderinden fazla	15	8,6		

*Dört anne ve baba yaşlarını bildirmemiştir.

4.3 Gebelikle İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmaya katılan bebeklerin ortalama gebelik haftası 38,9 hafta bulundu. Gönüllülerin %77,1'inin planlı, %98,3'ünün takipli gebelik sonrası doğduğu görüldü. Annelerin %12,6'sı gebelik döneminde bir problem yaşadığını bildirdi (Tablo 4). Gebelikte anneler tarafından bildirilen problemler gestasyonel diyabet (GDM) (2 anne), plesenta previa (2 anne), bulantı (1

anne), düşük riski (1 anne), hipertansiyon (1 anne), intrauterin gelişim geriliği (IUGR) (1 anne), bebeğin kalbinde parlaklık (1 anne), kolestaz (1 anne), hipotiroididir (1 anne).

Yetmiş altı anne (%43,7) gebeliğinde emzirme danışmanlığı aldığını bildirdi. Gebelikte emzirme danışmanlığı aldığını belirten anneler danışmanlıklarını sıklıkla sağlık personelinde (%84,7) aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Gebelikle ilgili tanımlayıcı bulgular

Gebelik haftası (n=175)	Ort±SD (Min-Max)	38,9±1,2 (37-42)	
		N	%
Gebeliğin planlı olup olmaması (n=175)	Evet	135	77,1
	Hayır	40	22,9
Gebeliğin takipli olup olmaması (n=175)	Evet	172	98,3
	Hayır	3	1,7
Gebelikte problem olup olmaması (n=174*)	Evet	22	12,6
	Hayır	152	86,9
Gebelikte emzirme danışmanlığı (n=174*)	Evet	76	43,7
	Hayır	98	56,3
Emzirme danışmanlığını kimden aldığı (n=72**)	Sağlık personeli	61	84,7
	Gebelik kursu	5	6,9
	Dergi kitap internet	3	4,2
	Aile büyükleri, arkadaş, komşu	1	1,4
	Dergi, kitap, internet + aile büyükleri, arkadaş, komşu	1	1,4
	Sağlık personeli + dergi, kitap, internet	1	1,4

*Bir anne bu soruya yanıt vermemiştir.

**Gebelikte emzirme danışmanlığı aldığını belirten dört anne bu soruya yanıt vermemiştir.

4.4 Olguların Çocuk ve Doğumla İlgili Bulguları

Çalışma grubundaki çocukların çoğunluğu ailenin sahip olduğu ilk ya da ikinci çocuktur (%56,6 birinci, %32,6'sı ikinci). Annelere ne kadar süreyle anne sütü (AS) vermeyi planladıkları sorulduğunda alınan en sık cevap %45,9 oranla 'en az iki yıl' olmuştur (Tablo

5). Diğer seçeneği işaretleyen 2 annenin biri ne kadar süre anne sütü vermek istediğini bilmediğini, diğeri ise sağlık sebebiyle sadece bir ay anne sütü vermek istediğini belirtmiştir. Annelerin doğumlarının %46,6'sı NSVD, %53,4'ü C/S ile gerçekleşmiş, alınan anestezi şekli ise neredeyse tamamına yakını (%93,4) epidural olarak ifade edilmiştir. Bebeklerin cinsiyeti %56,0 erkek, %44,0 kız olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Çocuk ve doğumla ilgili tanımlayıcı bulgular

		N	%
Kaçınıcı çocuk olduğu (n=175)	Birinci	99	56,6
	İkinci	57	32,6
	Üçüncü	13	7,4
	Dördüncü	5	2,9
	Altıncı	1	0,6
Anne sütü vermeyi planladığı süre (n=172)	En az iki yıl	79	45,9
	Bebek istediği kadar	50	29,1
	En az 12 ay	16	9,3
	En az altı ay	13	7,6
	En az 18 ay	12	7,0
	Diğer	2	1,2
Doğum şekli (n=174)	NSVD	81	46,6
	C/S	93	53,4
Anestezi şekli (n=61)	Epidural	57	93,4
	Genel	4	6,6
Bebegin cinsiyeti (n=175)	Erkek	98	56,0
	Kız	77	44,0
Doğum ağırlığı (gr) Ort±sd (min-max)	3281,38±431,44 (2185-4500)		
İlk muayene ağırlığı Ort±sd (min-max)	3500±1273,89 (3500-9625)		

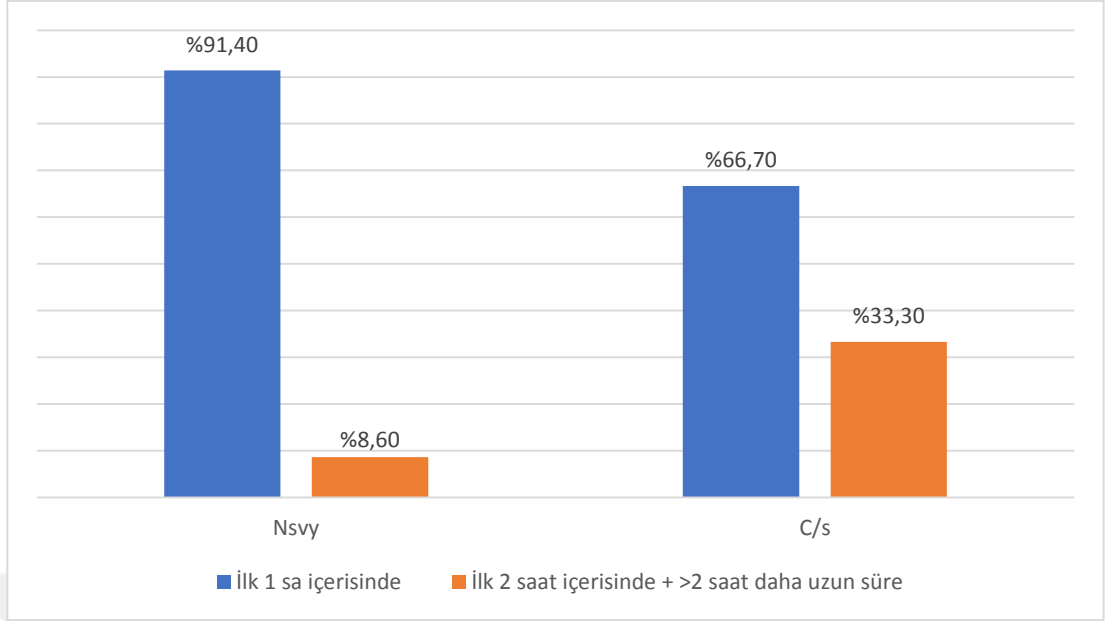
4.5 Bebek Beslenmesi ile İlgili Bulgular

Bebeklerin %78,3'ünün doğumdan sonraki ilk saat içinde emzirildiği bildirildi. Bununla birlikte %18,3'üne anne sütünden önce başka besin verildiği bildirildi. Verilen bu besinler en sık mama (n=25), şekerli su (n=4), zembem suyu (n=1), diğer (n=2) olarak belirtilmiştir. Bebeğin şu anki beslenmesi sorgulandığında %64,0'ünün sadece anne sütü aldığı, ikinci sıklıkta (%24,6) anne sütü yanında mama aldığı bulundu. Anne sütü dışında

başka gıda verenlerin nedenleri incelendiğinde annelerin verdiği en sık yanıtlar ‘sütüm yetmiyor’ (%51,7) ve ‘bebek emmek istemiyor’ (%17,2) olmuştur. Annelerin bebeklerini besleme sıklıkları %43,1’i her ağladığında, %35,6’sı iki saatte bir olarak bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. Bebek beslenmesi ile ilgili tanımlayıcı bulgular

		N	%
Doğum sonrası ilk emzirdiği zaman (n=175)	Bir saat içinde	137	78,3
	>2 saat	21	12,0
	İki saat içinde	17	9,7
Anne sütünden önce bebeğe başka bir besin (n=175)	Hayır	143	81,7
	Evet	32	18,3
Şu an bebeğin beslenmesi (n=175)	Sadece anne sütü	112	64,0
	As+mama	43	24,6
	As+su	10	5,7
	Mama	6	3,4
	As+tamamlayıcı	4	2,3
Anne sütü dışı başka verenlerin verme nedenleri (n= 58)	Süt yetmiyor	30	51,7
	Bebek emmek istemiyor	10	17,2
	Diğer	8	13,8
	Bebek kilo almıyor	5	8,6
	Memede sorun	1	1,7
	İşe başlamak gerekti	1	1,7
	Memede sorun + bebek kilo almıyor	1	1,7
	Süt yetmiyor + bebek kilo almıyor	1	1,7
	Süt yetmiyor + bebek emmek istemiyor	1	1,7
Bebeği besleme sıklığı	Her ağladığında	75	43,1
	İki saatte bir	62	35,6
	Diğer	20	11,5
	Saat başı	17	9,8



Şekil 8. Doğum şekline göre emzirmeye başlama süresi

NSVD ile doğum yapan grupta ilk 1 saat içerisinde emzirmeye başlayanların yüzdesi %91,4 iken; C/S ile doğum yapan grupta bu yüzde %66,7'dir (Şekil 8). NSVD olan grupta, C/S olan gruba göre ilk 1 saat içerisinde emzirme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.001$).

Çalışmaya katılan çocukların beslenme şekli incelendiğinde; 0-2 aylık toplam 70 bebeğin 48'i (%68,6), 3 aylık toplam 36 bebeğin 21'i (%58,3), 4 aylık toplam 35 bebeğin 21'i (%60,0), 5 aylık toplam 29 bebeğin 19'u (%65,5) sadece anne sütü ile beslenmektedir (Tablo 7).

Tablo 7. Aylara göre beslenme şekli

Bebek yaşı	Sadece anne sütü, N (%)	AS + Su, N (%)	AS + Mama, N (%)	Mama, N (%)	Toplam
0-2 ay	48 (%68,6)	4 (%5,7)	16 (%22,9)	2 (%2,9)	70
3 ay	21 (%58,3)	2 (%5,6)	12 (%33,3)	1 (%2,8)	36
4 ay	21 (%60,0)	3 (%8,6)	9 (%25,7)	2 (%5,7)	35
5 ay	19 (%65,5)	1 (%3,4)	6 (%20,7)	1 (%3,4)	29
Toplam	109 (%64,1)	10 (%5,9)	43(%25,3)	6 (%3,5)	170

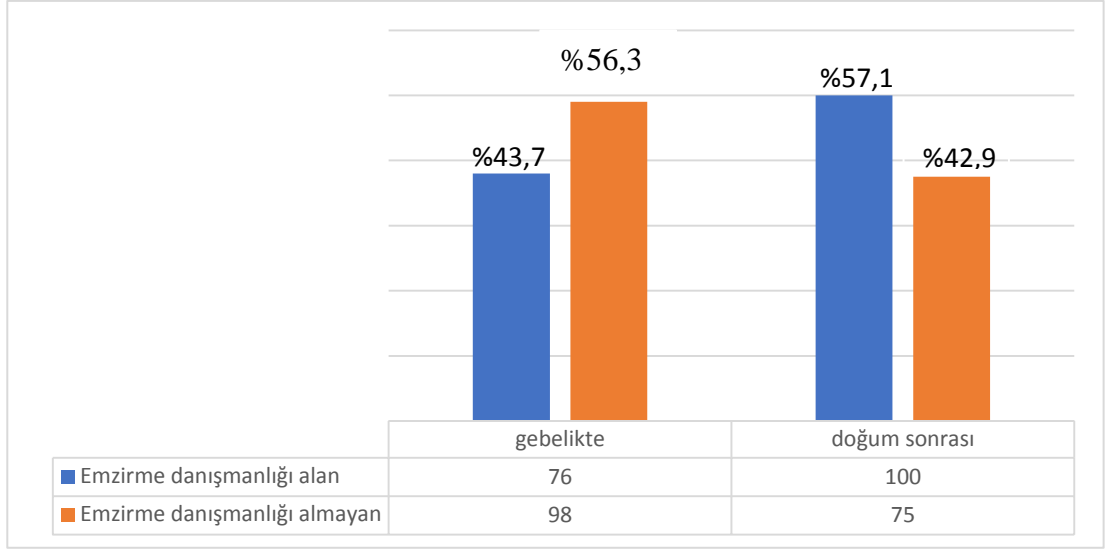
4.6 Doğum Sonrası Anne ve Bebek Sorunları, Emzirme Problemleri ve Diğer Bulgular

Doğum sonrasında annelerin %4,6'sında, bebeklerin %21,1'inde problem geliştiği bildirildi. Problem gelişen annelerin nedenleri sorgulandığında aşırı kanama (n=1), enfeksiyon (n=1), hematoma (n=1), baş ağrısı (n=1) olarak belirtildi. Problem gelişen bebeklerin nedenleri sorgulandığında sarılık (n=16), kilo kaybı (n=4), hipoglisemi (n=2), kırık (n=2), idrar yolu enfeksiyonu (İYE) (n=1), mekonyum aspirasyon sendromu (MAS) (n=1), omfalit (n=1), yenidoğanın geçici takipnesi (TTN) (n=1) olarak belirtildi.

Annelerin %57,1'i doğum sonrası emzirme danışmanlığı aldığını ve bu annelerin %94,9'u eğitimi sağlık personelinde aldığını bildirdi. Babaların tutumu sorgulandığında annelerin %97,1'i destek olduklarını ifade etti. Yardımcı kişi bulunma sıklığı %68,0 olarak yanıtlanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Doğum sonrası emzirme desteği ile ilgili bulgular

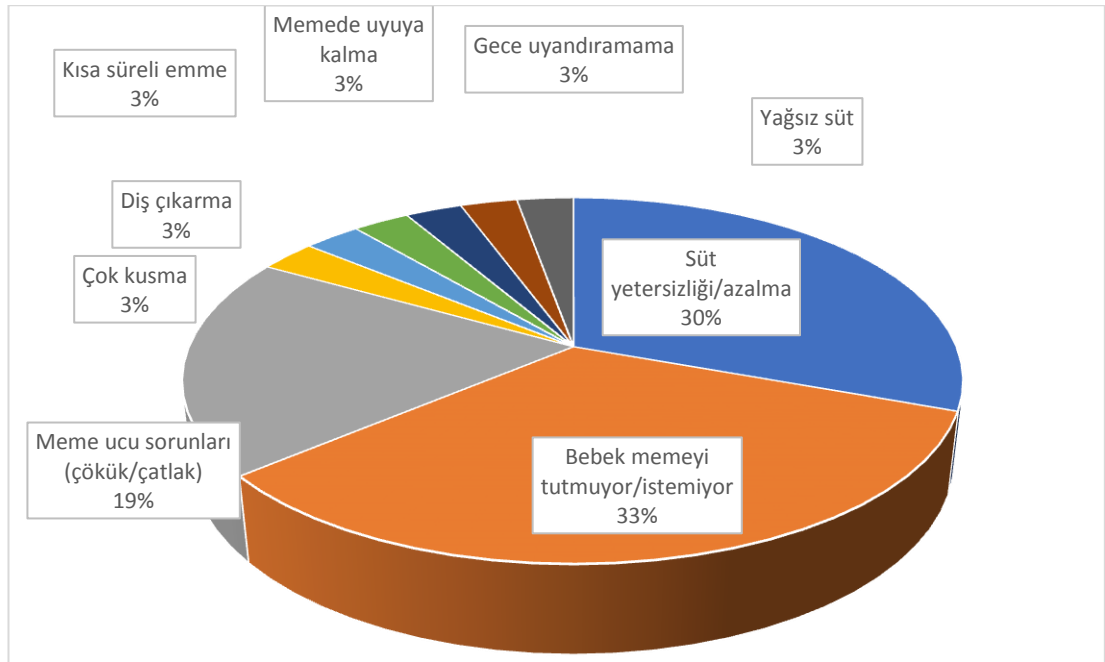
		N	%
Doğum sonrası emzirme danışmanlığı	Var	100	57,1
	Yok	75	42,9
Emzirme danışmanlığı kaynağı (n=99)	Sağlık personeli	94	94,9
	Aile büyükleri, arkadaş, komşu	1	1,0
	Gebelik kursu	3	3,0
	Diğer	1	1,0
Babanın tutumu	Destek	170	97,1
	Köstek	5	2,9
Yardımcı kişi varlığı	Hayır	56	32,0
	Evet	119	68,0



Şekil 9. Gebelikte ve doğum sonrası emzirme danışmanlığı

Annelerin %12,0'ı (n=21) sigara kullanmakta, %12,0'ında (n=21) kronik hastalık bulunmaktadır.

Emzirme ile ilgili problemler sorgulandığından en sık bebeğin meme tutmasıyla ilgili sorunlar (%33,3), ikinci sıklıkta süt yetersizliği&azalma (%30,6), üçüncü sıklıkta ise meme ucu sorunları (%19,4) olduğu görülmüştür. Diğer yanıtlar Şekil 10'da sunulmuştur (Şekil 10).



Şekil 10. Emzirme ile ilgili problemlerin dağılımı

4.7 Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeğine İlişkin Bulgular

Emzirme öz yeterlilik ölçeğini dolduran 164 anneden en düşük puanı alan 28, en yüksek puanı alan ise 70 puan almıştır. Katılan annelerin emzirme öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması 60,5'tir.

İlk çocuğu olanlarda emzirme öz yeterlilik ölçeği ortalaması 52,8, diğer sıra çocuklarda emzirme öz yeterlilik ölçeği ortalaması 62,8'dir. İlk çocuk olanlarda diğerlerine göre emzirme öz yeterlilik ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p=0,002$).

Edinburgh Depresyon Ölçeği puanı '12 ve altı' olanlarda, '13 ve üzeri' olanlara göre emzirme öz yeterlilik puanı ölçeği istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (sırasıyla 61,40 ve 57,06, $p=0.009$) (Tablo 9).

Emzirme öz yeterlilik puanına etki eden diğer faktörler incelendiğinde anne yaşı, gebelikte emzirme danışmanlığı alma, annenin eğitim durumu, bebekte problem olması, yardımcı kişi varlığı, anne çalışma durumu ve gebeliğin planlı olması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Emzirme öz yeterlilik ölçeğine ilişkin faktörlerin karşılaştırılması

		N	Emzirme öz yeterlilik ölçeği		p
			Ortalama	Standart sapma	
Anne yaş	30 yaş ve üzeri	84	59,97	8,98	0,499
	29 yaş ve altı	76	60,90	8,34	
Bebek sırası	İlk bebek	95	58,85	9,11	0,002
	Diğerleri	69	62,85	7,40	
Gebelikte emzirme danışmanlık	Evet	73	61,76	8,19	0,121
	Hayır	90	59,65	8,90	
Annenin eğitim durumu	Üniversite ve üzeri	79	59,29	8,40	0,075
	Lise ve altı	85	61,69	8,75	
Annede problem	Var	8	55,00**	20,00***	0,082*
	Yok	156	63,00**	11,00***	
Bebekte problem	Var	36	59,72	9,90	0,524
	Yok	128	60,76	8,28	
Baba tutumu	Destek	160	63,00**	11,00***	0,154*
	Köstek	4	53,00**	30,07***	
Yardımcı kişi varlığı	Hayır	51	60,64	8,88	0,913
	Evet	113	60,48	8,57	
Edinburgh Depresyon Ölçeği	13 puan ve üzeri	33	57,06	9,87	0,009
	12 puan ve altı	131	61,41	8,11	
Anne çalışma durumu	Evet	63	60,26	7,81	0,756
	Hayır	101	60,70	9,15	
Gebeliğin planlı olması	Evet	128	60,93	8,87	0,264
	Hayır	36	59,11	7,73	

Bağımsız gruplarda t testi

**Mann Whitney U testi*

***Ortanca*

****Çeyrekler arası aralık*

Gebelikte ve doğum sonrası süreçte herhangi bir zamanda emzirme danışmanlığı alanlar ile almayanlar arasında emzirme öz yeterlilik skoru ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 10).

Tablo 10. Gebelikte ve/veya doğum sonrası emzirme danışmanlığı alanlar ile almayanlar arasında emzirme öz yeterlilik skorunun karşılaştırılması

	N	Ortalama	Standart sapma	p
Gebelikte ve/veya doğum sonrası emzirme danışmanlığı almış	105	61,0952	8,59061	0,271
Gebelikte ve/veya doğum sonrası emzirme danışmanlığı almamış	59	59,5424	8,72832	

Gebelik sırasında ve sonrasında emzirme danışmanlığı alanlar ile almayanlar arasında emzirme öz yeterlilik skoru ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 11).

Tablo 11. Gebelik sırasında ve doğum sonrasında emzirme danışmanlığı alanlar ile almayanlar arasında emzirme öz yeterlilik skorunun karşılaştırılması

	N	Ortalama	Standart sapma	p
Hem gebelikte hem doğum sonrası danışmanlık alanlar	62	61,4839	8,38958	0,275
Hem gebelikte hem doğum sonrası danışmanlık almayanlar	102	59,9608	8,78897	

4.8 Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan annelerin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalaması 8,3 olarak hesaplandı. En yüksek puanı alan anne 26, en düşük puanı alan anne ise 0 puan almıştır. Otuz sekiz anne (%21,3) ölçekten 13 ve üzeri puan almış olup riskli grupta yer almaktadır.

Edinburgh Depresyon Ölçeğinin anne eğitimi, anne yaşı, bebek sırası, baba tutumu, annede problem, bebekte problem, yoğun bakım yatışı, gebelikte problem, yardımcı kişi varlığı açısından karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 12).

İstatistiksel olarak anlamlı saptanmasa da anne eğitimi yüksek olanlarda, anne yaşı düşük olanlarda, bebek sırası ilk olmayanlarda, annede problem olanlarda, yoğun bakıma yatışı olanlarda, gebelikte problemi olanlarda ve yardımcı kişi bulunmayanlarda Edinburgh

Depresyon Ölçeği puanı 13 ve üzeri olma (yani riskli grupta bulunma) sıklığı daha fazladır (Tablo 12).

Tablo 12. Edinburgh Depresyon Ölçeğine ilişkin faktörlerin incelenmesi

		Edinburgh ölçeği		p
		13 puan ve üzeri, N (%)	12 puan ve altı, N (%)	
Anne eğitimi	Üniversite ve üzeri	18 (%22,0)	64 (%78,0)	0,943
	Lise ve altı	20 (%21,5)	73 (%78,5)	
Anne yaşı	30ve üzeri	19 (%20,7)	73 (%79,3)	0,736
	29 ve altı	18 (%22,8)	61 (%77,2)	
Bebek sırası	İlk bebek	21 (%21,2)	78 (%78,8)	0,854
	Diğerleri	17 (%22,4)	59 (%77,6)	
Baba tutumu	Destek	38 (%22,4)	132 (%77,6)	0,587*
	Köstek	0 (%0,0)	5 (%100,0)	
Annede problem	Var	2 (%25,0)	6 (%75,0)	0,685*
	Yok	36 (%21,6)	131 (%78,4)	
Bebekte problem	Var	8 (%21,6)	29 (%78,4)	0,988
	Yok	30 (%21,7)	108 (%78,3)	
YBÜ yatış	Var	6 (%22,2)	21 (%77,8)	0,945
	Yok	32 (%21,6)	116 (%78,4)	
Gebelik problemi	Evet	7 (%31,8)	15 (%68,2)	0,269*
	Hayır	31 (%20,4)	121 (%79,6)	
Yardımcı kişi	Hayır	17 (%30,4)	39 (%69,6)	0,057
	Evet	21 (%17,6)	98 (%82,4)	

Ki-kare test

**Fisher's exact test*

Gebelikte ve doğum sonrası süreçte herhangi bir zamanda emzirme danışmanlığı alanlar ile almayanlar arasında Edinburgh Depresyon Ölçeği puanı açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 13).

Tablo 13. Gebelikte ve/veya doğum sonrası emzirme danışmanlığı alanlar ile almayanlar arasında Edinburgh Postpartum Depresyon ölçeğinin karşılaştırılması

		13 puan ve üzeri	12 puan ve altı	p
Gebelikte ve/veya doğum sonrası emzirme danışmanlığı almış	Sayı	21	90	0,316
	Satır yüzdesi	% 18,9	% 81,1	
Gebelikte ve/veya doğum sonrası emzirme danışmanlığı almamış	Sayı	16	47	
	Satır yüzdesi	% 25,4	% 74,6	

Hem gebelik hem de sonrasında emzirme danışmanlığı alanlar ile almayanlar arasında Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 14).

Tablo 14. Hem gebelikte hem doğum sonrası emzirme danışmanlığı alanlar ile almayanlar arasında Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puanı karşılaştırılması

		13 puan ve üzeri	12 puan ve altı	p
Hem gebelikte hem doğum sonrası danışmanlık alanlar	Sayı	14	51	0,606
	Satır yüzdesi	% 21,5	% 78,5	
Almayanlar	Sayı	16	47	
	Satır yüzdesi	% 25,4	% 76,4	

5. TARTIŞMA

Anne sütü, yenidoğanın büyümesi ve gelişmesi için ihtiyacı olan besinleri içinde barındıran, bebeğin ihtiyaçlarına göre miktar ve nitelik olarak sürekli değişim halinde olan, her zaman taze, temiz ve kullanıma hazır en ideal besindir. Annenin ve bebeğin bazı özellikleri, sağlık uzmanlarının önerileri ve ailenin sosyal ortamındaki diğer bireylerin önerileri dâhil birçok faktör bebeğin beslenme biçimini etkileyebilir. Annenin bebeğini emzirme davranışı ayrıca ailenin sosyodemografik özelliklerinden ve çocukla ilgili çeşitli etkenlerden etkilenir¹¹³.

Çalışmamızda annelerin yaş ortalaması 30,2 yıldır. Bu yaş ortalaması emzirme dönemine ait yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir^{114, 115}. Çalışmaya katılan

annelerin %46,9'u, babaların %41,1'i üniversite ve üstü öğretim düzeyine sahipti. Ebeveynlerin eğitim düzeylerinin toplum ortalamasının üzerinde olmasının nedeni olarak çalışmamızın 3. basamak sağlık kuruluşunda yapılmış olması ile kliniğimizi genellikle uzun süreli takip için gelen ailelerin tercih etmesinin etkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan annelerin %43,7'si gebelik sürecinde emzirme danışmanlığı aldığını bildirmişti. Bu annelerin çoğu (%84,7) danışmanlık hizmetini bir sağlık personelinden almıştı. Doğum sonrası döneme bakıldığında ise annelerin %57,1'i emzirme danışmanlığı aldığını bildirdi. Bunların da %94,9'unun sağlık personelinden alındığını görüldü. Benzer şekilde 3. basamak sağlık kuruluşunda yapılan bir başka çalışmada, katılan annelerin %23,8'i gebelik takibi sırasında, %65,3'ü ise doğum sonrasında emzirme danışmanlığı almıştır¹¹⁶. 2017 yılında merkezimizde yapılan bir başka çalışmada emzirme danışmanlığı alma oranı gebelik sırasında %18,7, doğum sonrası ise %72,5 olarak bulunmuştur¹⁰⁷. Her iki çalışma ile kıyaslandığında araştırmamızda danışmanlık oranları daha yüksektir. Bu fark yıllar içinde emzirme danışmanlığının yaygınlaşması ve danışmanlık eğitimi farkındalığının artması olarak yorumlanabilir. Çalışmadaki ebeveynlerin eğitim düzeyinin yüksek olması da danışmanlık alma yüzdelerini arttıran bir faktör olarak düşünülmüştür.

TNSA 2018 raporuna göre araştırma tarihinden önceki son 5 yıl içinde gerçekleşen doğumların veya halen süren gebeliklerin %75,0'i planlı gebelik olup, çalışmamızdaki planlı gebelik oranı olan %77,1 ile uyumluluk göstermektedir.

Emzirmeye bebeğin en aktif olduğu doğumdan sonraki ilk saat içinde başlanması süt oluşumu ve salgılanması reflekslerinin devamlılığı için çok önemlidir^{4, 117}. TNSA 2018 verileri emzirmenin Türkiye'de oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Türkiye genelinde ilk saat içinde emzirmeye başlama oranı %71,0 iken bölgelere göre emzirmenin erken başlatılması kuzey bölgesinde %65,0, batı bölgesinde %76,0'ya kadar çıkmaktadır⁵. Çalışmamızda çocukların %78,3'ü doğumdan son ilk saat içerisinde emzirilmiş olup yer aldığı batı bölgesi verileri ile benzerlik göstermektedir. Doğum şekli ile emzirmeye başlama zamanı arasındaki ilişki incelendiğinde NSVD grubunda ilk 1 saat içinde emzirmeye başlayanların yüzdesi %91,4 iken, C/S doğum grubunda bu oran %66,7'dir. NSVD grubunda C/S grubuna göre ilk saat içinde emzirme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p < 0.001$). Bu bulgu doğum sonrası ilk saat içinde emzirmenin doğum şekline göre etkilendiği ve C/S ile doğum yapan annelerde laktasyonun gecikebildiği bildirilen diğer çalışmalarla

uyumluluk göstermektedir¹¹⁸⁻¹²¹. Betran ve arkadaşları tarafından yapılan küresel, bölgesel ve ulusal tahminlerin elde edildiği çalışmada, dünyada yaklaşık her beş kadından birinin C/S ile doğum yaptığını göstermektedir. Yapılan çalışmada bazı ülkeler oldukça dikkat çekici artışlar göstermiştir. Son 24 yıl içinde, Mısır, Türkiye, Dominik Cumhuriyeti, Gürcistan ve Çin’de C/S doğum sıklıklarında %30’un üzerinde artış görülmüştür¹²². Türkiye’de tüm doğumların %51,5’i C/S ile gerçekleşmektedir⁵. Tüm bu veriler ve çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular göz önüne alınırsa yüksek C/S ile doğum oranlarının emzirmenin erken başlangıcı ve sürdürülebilirliği ile ilgili risk oluşturduğu düşünülmüştür. C/S ile doğum oranı artışının emzirme üzerine olan etkilerinin araştırılması için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Emzirme öncesi besleme tavsiye edilen bir beslenme yöntemi değildir. Bebeklere anne sütü dışında başka besinler başlandığı takdirde ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmeyi olumsuz etkilediğini bildiren çalışmalar vardır^{118, 123}. Emzirme öncesi başka besin verme oranı çalışmamızda %18,3 bulunmuş olup Türkiye genelinde bu oran %41,7 olarak bildirilmiştir⁵. Bu fark çalışma grubunun yüksek eğitim düzeyi, emzirme eğitimi alma durumu, bebek dostu hastane politikaları ile ilişkilendirilebilir.

Yaşamın ilk altı ayında yalnızca anne sütü ile beslenmenin çocuk sağlığı üstüne olumlu etkileri birçok kaynakta gösterilmiştir^{4, 77}. İlk altı ayda yeterli emzirilen bir bebek için diğer yiyeceklere genellikle ihtiyaç yoktur^{124, 125}. Dünyada ve ülkemizde sadece anne sütü ile beslenme oranı halen istenilenin altındadır¹²⁶. Ülkemizde 6 aydan küçük çocukların %40,7’si sadece anne sütü ile beslenmektedir⁵. Yalnızca anne sütü ile beslenme oranı çalışmamızda %64,1 saptanmış olup, bu verinin yüksek elde edilmesinde çalışmaya katılan çocukların ortalama yaşının (2,9 ay) küçük olmasının etkisi olduğunu düşünmekteyiz. TNSA 2018 raporunda sadece anne sütü ile beslenme oranları yaşla azalmakta, 0-1 aylık bebeklerde %59,2’den, 2-3 aylık bebeklerde %45,1’e, 4-5 aylık bebekler arasında %14,4’e düşmektedir⁵. Çalışmamızda 0-2 aylık bebeklerde sadece anne sütü ile beslenme %68,6, 3 aylık bebeklerde %58,3, 4 aylık bebeklerde %60,0 beş aylık bebeklerde %65,5’tir. Çalışmamızda sadece anne sütü ile beslenme verileri TNSA verilerinin aksine yaş ile birlikte ciddi bir azalma göstermemektedir. Bu da bölgemiz için olumlu bir bulgudur. Ancak çalışmamıza kısıtlı sayıda bebek almamızın bu sonuca ulaşmamızda etkisi olabilir. Bu konuda daha çok katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmalara ihtiyaç vardır.

Emzirme ile ilgili problemler sorgulandığında bebeğin memeyi tutmak istememesi (%33,3) ve süt yetersizliği/sütte azalma (%30,6) başta gelen nedenler olup meme başı problemleri bunları izlemektedir. Walker ve arkadaşlarının emzirme problemleri ile ilgili yaptığı çalışmada emzirmeye ilişkin anneden kaynaklanan sorunların başında meme ile ilgili sorunlar gelmektedir¹²⁷. Yine bir başka çalışmada hem tek hem de çok doğum yapmış annelerin en fazla yaşadıkları sorunun (%37,5) yetersiz süt salgılanması düşüncesi olduğu bulunmuştur¹²⁸. Yapılan pek çok klinik çalışmada annelerin emzirmeyi bırakmasında yetersiz süt salgılanması düşüncesinin önemli rol oynadığı gösterilmiştir^{128,129}. Her ne kadar anneler sütlerinin az geldiğini düşünse de fizyolojik olarak yetersiz süt salınımı nadir bir durumdur^{3, 129, 130}. Annelerin yetersiz süt salgılanması düşünceleri varlığında emzirme tekniğinin doğruluğu, bebek ve anneden kaynaklanan diğer problemler bir uzman tarafından değerlendirilmelidir. Yetersiz süt salgılanmasının en objektif bulgusu bebek kilo alımının geri kalmasıdır. Her ne kadar sonuçlarımızda bildirmemiş olsak da çalışmaya alınan bebeklerde yetersiz kilo alımı gözlemlenmedi.

Cindy-Lee Denis tarafından geliştirilen emzirme öz yeterlilik kuramı annenin emzirip emziremeyeceği, bunun için ne kadar çaba göstereceği, emzirmeye ait düşünceleri ve duygusal olarak emzirme sürecinde karşılaşılabilecek problemlerle baş edebilme kapasitesini göstermektedir¹⁰⁸. Yapılan çeşitli çalışmalar göstermektedir ki annenin öz yeterlilik algısı emzirmeyi etkileyen güçlü bir faktördür¹³¹⁻¹³⁴. Aluş ve arkadaşlarının İzmir ili içinde, ay farkı gözetmeksizin, 220 emziren anne ile yaptığı çalışmada emzirme öz yeterlilik puanı ortalaması 59,4 bulunmuştur¹³². 2017 yılında merkezimizde 1-6 ay arasında bebeğe sahip 91 anne ile yapılan benzer çalışmada ise emzirme öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması 57,1 bulunmuştur. Çalışmamızdaki emzirme öz yeterlilik puan ortalaması 60,5 ile diğer sonuçlarla paraleldir. Emzirme öz yeterlilik algısı ile ilgili postpartum belirli zaman aralıklarındaki öz yeterlilik puanlarını kıyaslayarak annenin öz yeterliliğinin zamanla arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur^{132, 135}. Çalışmamızda ardışık öz yeterlilik ölçeği değerlendirilmemiştir. Bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Annenin emzirme öz yeterliliğine etki eden faktörler incelendiğinde, annenin önceki emzirme deneyimi, başkalarından gördüğü örnekler, çevre desteği ve psikolojik durumu başta gelmektedir. Annenin emzirmeye yönelik önceki deneyimleri şu andaki emzirme başarısı için harcanan çabayı ve sonucu etkileyecektir^{136, 137}. Brandão ve arkadaşları parite ve emzirme deneyimi ile emzirme öz yeterliliği arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Yapılan çalışmalarda

emzirme deneyimi olmayan primipar annelerin multipar annelere göre emzirmeye daha geç başladığı ve daha kısa emzirdiği saptanmıştır¹³⁸. Bunu destekler şekilde çalışmamızda ilk kez emziren anneler ile geçmiş tecrübesi olan anneler arasında öz-yeterlilik ölçeği puanı açısından anlamlı fark saptanmıştır.

Literatürde gebelik ve sonrasında emzirme danışmanlığı almanın öz-yeterlilik üzerine anlamlı etkileri olduğunu gösteren güçlü çalışmalar olmasına karşın çalışmamızda bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır^{131, 132, 139}. İstatistiksel anlamlı bulunmasa da herhangi bir zamanda emzirme eğitimi almış annelerin öz yeterlilik skoru ile hiç emzirme eğitimi almamış annelerin öz yeterlilik skoru karşılaştırıldığında emzirme eğitimi almış grubun ortalaması yüksek saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında alınan emzirme danışmanlığının doğum öncesi veya sonrası olmasının ve annenin öz yeterliliğinin doğum sonrası kaçınıcı haftada değerlendirildiğinin sonuçları farklı etkilediği görülmektedir. Aluş ve arkadaşlarının antenatal emzirme eğitimi alan ve almayan annelerin postpartum 4. ve 8. haftada emzirme öz yeterliliklerini değerlendirdiği bir çalışmada, postpartum 8. haftada gruplar arasında fark emzirme öz yeterlilikleri açısından anlamlı olsa da kontrol grubunun da 4. haftaya göre, 8. haftada daha yüksek emzirme öz yeterlilik puanına sahip olduğu görülmüştür¹³². Bu sonuçlardan hareketle çalışmamızda, annelerin postpartum 1-6 ay arasında geniş aralıkta olması emzirme öz yeterliliklerinin sonuçlarını etkileyebilmektedir. Çalışmamıza katılan grup danışmanlık alma şekli, zamanı ve öz yeterliliği tanımlama zamanı açısından çeşitli bir grup olup daha geniş gruplarda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anne ve bebekte oluşan problemler ile anne emzirme öz yeterlilik puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bununla birlikte hasta bebeğe sahip olan annelerde emzirmenin etkin sürdürülmesinin etkilendiğini bildiren çalışmalar vardır¹³⁹ Ancak bizim çalışmamızda preterm doğan bebekler, bilinen konjenital hastalığa sahip bebekler çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bu durumun sonuçları etkileyebileceğini düşünmekteyiz.

Postpartum depresyon kadınların önemli bir kısmını etkileyen sağlık sorunudur. Kadınların yaklaşık %13'ü ilk doğumdan sonraki 12 hafta içinde depresyona girmektedir¹⁴⁰. Depresif annelerin bebeklerine karşı olması gereken hassasiyeti gösteremedikleri belirtilmektedir¹⁴¹. Ayrıca annenin ruh sağlığının kötü olması; bebeğin iyi beslenememesi ve fiziksel sağlığın kötü olması ile sonuçlanabilmektedir¹⁴². Farklı bir bakış açısı ile son zamanlarda yapılan bazı çalışmalarda emzirmemenin doğum sonrası depresyon riskini arttırdığı gösterilmiştir^{143, 144}. Dennis ve arkadaşlarının 594 katılımcı ile gerçekleştirdikleri

çalışmada Edinburgh Depresyon Ölçeğinden 12 ve üzeri alan annelerin postpartum 4. ve 8. haftada değerlendirilen emzirme öz yeterlilik puanları düşük bulunmuştur¹⁴⁵. Brezilya’da 89 anne ile yapılan bir başka çalışmada emzirme öz yeterlilik ölçeği puanı ile iki farklı depresyon ölçeği puanı arasında negatif korelasyon bulunmuştur¹⁴⁶. Zubaran ve Foresti’nin yaptığı çalışmada doğum sonu depresyon yaşayan annelerin emzirme öz yeterlilik düzeylerinin de düşük olduğu belirlenmiştir¹⁴⁶. Araştırmamızda benzer şekilde postpartum depresyon açısından riskli kabul edilen annelerin emzirme öz yeterlilik puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Postpartum depresyonun annelerin emzirmeye başlamasını ve emzirmenin devamlılığını etkileyen bir faktör olduğunu düşünmekteyiz.

Postpartum depresyona etki eden faktörler açısından literatür incelendiğinde, anne eğitim durumu, anne yaşı, parite ile ilişkisi, annenin sosyal desteği, gebelik ve sonrasında annede ve bebekte yaşanan sorunlar tartışılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre zayıf aile içi ilişkilere sâhip, yeterli aile ve eş desteği olmayan kadınlarda doğum sonrası depresyon riski artmaktadır^{147, 148}. Çalışmamızda baba tutumu destek olanlar ile olmayanlar arasında depresyon ölçeği puanı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamıza göre baba tutumu destek olanların postpartum depresyon açısından riskli grupta olma olasılığı fazladır (Tablo 12). Ancak çalışmamızda baba tutumu destek olmayan beş baba vardır. Beklenenin aksine elde ettiğimiz bu sonuç katılımcı sayısının az oluşu ile ilişkilendirilebilir.

Yapılan bazı çalışmalarda gebelik sayısı arttıkça postpartum depresyon sıklığının arttığı gösterilmiştir^{149, 150}. Çalışmamızda bebek sırası ile depresyon arasında istatistiksel anlamlı ilişki olmasa da ilk sıra olmayan çocuklarda depresyon sıklığının arttığı görülmektedir. Bir başka çalışmada ise parite ve depresyon arasında ilişki bulunmamıştır¹⁵¹.

Sünter ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların ebeveynliğe daha iyi uyum sağladıkları ve eğitim düzeyi yüksek olan eşlerin daha destekleyici oldukları belirtilmiştir¹⁵². Nur ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da düşük eğitim düzeyinin postpartum depresyon riskini arttırdığı bildirilmiştir¹⁴⁸. Bununla birlikte bazı çalışmalarda annelerin depresyon düzeyi ile eğitim düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır^{153, 154}. Araştırmamızda anne eğitim düzeyi ve postpartum ölçek puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Anne eğitim düzeyi arttıkça postpartum depresyon açısından riskli grupta olma olasılığı fazla gibi gözükse de eğitim durumu açısından nispeten yüksek çalışma grubu ile bu sonuca varmanın doğru olmadığını düşünmekteyiz. Bu konuda yorum yapabilmek için

toplumun genel eğitim düzeyi ile benzer dağılıma sahip geniş katılımcı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anne yaşı ve postpartum depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında değişik sonuçlar mevcuttur. Etiyopya’da yapılan bir çalışmada 15-24 yaş aralığındaki annelerin, 30 yaşındaki annelere kıyasla postpartum depresyon açısından daha riskli olduğu bildirilmiştir¹⁵⁵. Çoğunlukla adölesan ve bekâr anne olmanın bu yaş grubundaki depresyonu etkileyebildiği yorumu yapılmıştır. Nijerya’da yapılan çalışmada ise anne yaşının depresyon görülme sıklığını etkilemediği bulunmuştur¹⁵⁶. Kanada’da 2008 yılında yapılan araştırmada ise 40-44 yaş aralığındaki anneler 30-35 yaş aralığındaki annelere göre postpartum depresyon açısından daha risklidir¹⁵⁷. Çalışmamızda anne yaşı ile postpartum depresyon ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır ancak anne yaşı gençleştikçe postpartum depresyon puanının arttığı görülmüştür. Anne yaşı ve postpartum depresyon ölçeği arasındaki ilişkiyi tanımlamak için değişik etnik kökenlerden, adölesan, orta ve ileri anne yaşlarını içeren katılımcı sayısı fazla çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı çalışmaya katılan anne ve bebek sayısının azlığıdır. Daha net veriler için çok sayıda katılımcıdan oluşan örneklem grubuna ihtiyaç vardır. Ayrıca çalışmanın 3. basamak bir eğitim hastanesinde yapılmış olması annelerin eğitim düzeylerinin yüksek olmasına ve homojen dağılmamasına neden olarak çalışma için bir diğer kısıtlılığa neden olmuştur. Emzirme başarısı ve süresi ile diğer faktörler arasındaki nedensellik ilişkisini ortaya koymak için annelerin ve çocukların tekrarlayan izlem bilgilerine ihtiyaç vardır. Ancak çalışmamızın 3. basamak sağlık kuruluşunda yapılmış olması nedeniyle ileri tetkik için yönlendirilmiş olan bir kısım hastaların tekrarlayan verilerine ulaşamamıştır. Bu çalışmanın daha çok sayıda annede, birden fazla hastanenin sosyal pediatri kliniklerinde ve ardışık izlem verileri ile tekrarlanması sonuçların geçerliliğini arttıracaktır.

Sonuç olarak çalışmamızda, annelerin öz yeterlilik düzeyleri yeterli görülmesine karşın postpartum depresyon açısından riskli anne sayısı az değildir. Sadece anne sütü ile beslenme ve ilk saat içinde emzirmeye başlama konusunda gelişmelere ihtiyaç vardır. İlk kez çocuk sahibi olan, C/S ile doğum yapan ve postpartum depresyon yaşayan anneler emzirmeye başlama ve sürdürme açısından risklidir. Bu risklerin azaltılması için C/S endikasyonlarının gözden geçirilmesi önemlidir. Postpartum depresyon açısından riskli annelerin belirlenmesinde sağlık çalışanlarının (doktor, ebe ve hemşire) rolü büyüktür. Riskli belirlenen

annelerin yakın takip ve tekrarlayan danışmanlığa ihtiyaçları vardır. Emzirme danışmanlığı hizmeti ana çocuk sağlığı için bir rutin haline getirilmelidir.

6. SONUÇLAR

- 1) Bu çalışmada Ağustos 2019-Kasım 2019 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi Çocuk Sağlığı izlem kliniği 'nde takip edilen 1-6 aylık bebekleri olan toplamda 188 annenin, emzirme öz yeterlilik ölçeği, postpartum depresyon ölçeği ve sosyodemografik özellikleri incelenmiştir.
- 2) Çalışmaya dâhil edilen 175 bebeğin %56'sı erkek, %44'ü kız, yaş ortalamaları 2,9 ay, doğum ağırlıkları ortalaması 3281 gram, gebelik haftası ortalaması 38,9 haftadır. Çocukların %56,6'sı ailenin sahip olduğu birinci, %32,6'sı ailenin ikinci çocuğudur.
- 3) Anne yaşı ortalaması 30,2 yıl ve baba yaşı ortalaması 34,1 yıldır. Annelerin %46,9 u babaların%41,1 i üniversite ve üstü öğretim düzeyine sahiptir. Annelerin %38,3'ü çalışmaktadır. Ailenin gelir düzeyi ise çoğunluğu %64,0 ile geliri giderine denk olarak belirtti.
- 4) Çalışmaya katılan çocukların %77,1'i planlı gebeliktir. Gebeliklerin %98,3'ü takiplidir. Bebeklerin %12,6'sında gebelik döneminde problem gözlemlendiği bildirilmiştir.
- 5) Çocukların %46,6'sı NSVD, %53,4'ü C/S ile dünyaya gelmiştir. Doğum sonrasında annelerin %4,6'sında, bebeklerin %21,1'inde problem geliştiği bildirildi.
- 6) Çocukların %78,3' ü doğumdan son ilk bir saat içerisinde emzirilmiştir. Doğumdan sonra %18,3'üne anne sütünden önce başka besin verildiği bildirildi. Sadece anne sütü ile beslenme oranı %64,0'dır.
- 7) NSVD olan grupta, C/S olan gruba göre ilk 1 saat içerisinde emzirme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.001$).
- 8) Gebeliğinde emzirme danışmanlığı alma oranı %43,7'dir. Doğum sonrası ise annelerin %57,1'i emzirme danışmanlığı almıştır. Gebelikte emzirme danışmanlığı aldığını belirten annelerin %84,7'si, doğum sonrası danışma alan annelerin %94,9'u eğitimi sağlık personelinden aldığını bildirdi. Toplamda 62 anne hem doğum öncesi hem doğum sonrası emzirme danışmanlığı almıştır.

- 9) Emzirme öz yeterlilik ölçeğini dolduran 164 anneden en düşük puanı alan 28, en yüksek puanı alan anne ise 70 puan almıştır. Katılan annelerin emzirme öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması 60,5'dir.
- 10) İlk çocuk olanlarda emzirme öz yeterlilik ölçeği ortalaması 52,8; diğer sıra çocuklarda emzirme öz yeterlilik ölçeği ortalaması 62,8'dir. İlk çocuk olanlarda diğer sıra çocuk olanlara göre emzirme öz yeterlilik ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p=0,002$).
- 11) Edinburgh Depresyon Ölçeği puanı '12 ve altı' olanlarda, '13 ve üzeri' olanlara göre emzirme öz yeterlilik puanı ölçeği istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (sırasıyla 61,40, 57,06, $p=0.009$).
- 12) Emzirme öz yeterlilik puanına ile anne yaşı, gebelikte emzirme danışmanlığı alma, annenin eğitim durumu, bebekte problem olması, yardımcı kişi varlığı, anne çalışma durumu ve gebeliğin planlı olması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.
- 13) Edinburgh Depresyon Ölçeğinin anne eğitimi, anne yaşı, bebek sırası, baba tutumu, annede problem, bebekte problem, yoğun bakım yatışı, gebelikte problem, yardımcı kişi varlığı açısından karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptanmamıştır.

7. KAYNAKLAR

1. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012: CD003517.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, ve ark. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 2016; 387: 475-90.
3. Gür E. Anne sütü ile beslenme. *Türk Ped Arş*, 2007; 42: 11-15.
4. Breastfeeding and the use of human milk. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. *Pediatrics*, 1997; 100: 1035-9.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019),“2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2019.
6. Samlı G KB, Ünalın, PC, Samlı B, Sarper N, Gökalp AS. Annelerin Emzirme ve Süt Çocuğu Beslenmesi Konusundaki Bilgi, İnanış ve Uygulamaları. *Marmara Medical Journal*, 2006; 10: 13-18.
7. Von klein ch. the medical features of the papyrus ebers. *Journal of the American Medical Association*, 1905; XLV: 1928-35.
8. Stevens EE, Patrick TE, Pickler R. A history of infant feeding. *J Perinat Educ*, 2009; 18: 32-9.
9. Yurdakök M. Doğa ve İnsan Tarihinde Anne Sütü. 1996.
10. Macias H, Hinck L. Mammary gland development. *Wiley Interdiscip Rev Dev Biol*, 2012; 1: 533-57.
11. Skandalakis J. (2009) Embryology and Anatomy of the Breast. In: Shiffman M. (eds) *Breast Augmentation*. Springer, Berlin, Heidelberg.
12. Russo J, Russo IH. Development of the human breast. *Maturitas*, 2004; 49: 2-15.
13. Baird RN. Anatomical complications in general surgery. John E. Skandalakis, Stephen W. Gray and Joseph S. Rowe Jr. 285×220 mm. Pp. 337 + x. Illustrated. 1983. Maidenhead: McGraw-Hill. £43.95. 1984; 71: 171-71.
14. MP. O. Breast development and anatomy. In Harris JR, Lippman ME, and Morrow M (eds). *Diseases of the Breast*. Philadelphia: Lippincott-Raven. Breast, 1996: 1-14.
15. EE. J. Fertilization, pregnancy and lactation. In: Boron WF, Boulpaep EL (eds). *Medical Physiology* (2th ed). Philadelphia: Elsevier Saunders. 2012: 1170-92.

16. McManaman JL, Neville MC. Mammary physiology and milk secretion. *Adv Drug Deliv Rev*, 2003; 55: 629-41.
17. Ramsay DT, Kent JC, Hartmann RA, ve ark. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *J Anat*, 2005; 206: 525-34.
18. John E HD. Pregnancy and lactation. In: John E, Hall D, Guyton AC. *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology* (12th ed). Philadelphia: Elsevier Saunders. 2011: 1003-17.
19. Chen DC, Nommsen-Rivers L, Dewey KG, ve ark. Stress during labor and delivery and early lactation performance. *Am J Clin Nutr*, 1998; 68: 335-44.
20. Oddy WH. The impact of breastmilk on infant and child health. *Breastfeed Rev*, 2002; 10: 5-18.
21. T. C. Coskun T. Anne sütü ile beslenme. Tunçbilek E. (editör). *Çocuk sağlığı temel bilgiler*. 3. baskı, Ankara. . 1995.
22. Anderson GH. Human milk feeding. *Pediatr Clin North Am*, 1985; 32: 335-53.
23. G. S. Samur G. Anne sütü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 1. Baskı, Ankara Klasmat Matbaacılık. 2008: 19.
24. Topçu S BS. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı izlemi. İstanbul: 2017.
25. Molinari CE, Casadio YS, Hartmann BT, ve ark. Proteome mapping of human skim milk proteins in term and preterm milk. *J Proteome Res*, 2012; 11: 1696-714.
26. Lonnerdal B. Human milk proteins: key components for the biological activity of human milk. *Adv Exp Med Biol*, 2004; 554: 11-25.
27. Lonnerdal B. Nutritional and physiologic significance of human milk proteins. *Am J Clin Nutr*, 2003; 77: 1537S-43S.
28. Ballard O, Morrow AL. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatr Clin North Am*, 2013; 60: 49-74.
29. Andreas NJ, Kampmann B, Mehring Le-Doare K. Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early Hum Dev*, 2015; 91: 629-35.
30. Koletzko B, Rodriguez-Palmero M, Demmelmair H, ve ark. Physiological aspects of human milk lipids. *Early Hum Dev*, 2001; 65 Suppl: S3-S18.
31. Lopez C, Menard O. Human milk fat globules: polar lipid composition and in situ structural investigations revealing the heterogeneous distribution of proteins and the lateral segregation of sphingomyelin in the biological membrane. *Colloids Surf B Biointerfaces*, 2011; 83: 29-41.

32. Elenberg Y, Shaoul R. The role of infant nutrition in the prevention of future disease. *Front Pediatr*, 2014; 2: 73.
33. Nommsen LA, Lovelady CA, Heinig MJ, ve ark. Determinants of energy, protein, lipid, and lactose concentrations in human milk during the first 12 mo of lactation: the DARLING Study. *Am J Clin Nutr*, 1991; 53: 457-65.
34. Ward RE, Ninonuevo M, Mills DA, ve ark. In vitro fermentation of breast milk oligosaccharides by *Bifidobacterium infantis* and *Lactobacillus gasseri*. *Appl Environ Microbiol*, 2006; 72: 4497-9.
35. Greer FR. Do breastfed infants need supplemental vitamins? *Pediatr Clin North Am*, 2001; 48: 415-23.
36. Neyzi O, Ertuğrul T. *Pediatric. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul*. 2004;1:183–198.
37. Anatolitou O. Human milk benefits and breastfeeding. . *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 2012; 1: 11-18.
38. Dvorak B, Fituch CC, Williams CS, ve ark. Increased epidermal growth factor levels in human milk of mothers with extremely premature infants. *Pediatr Res*, 2003; 54: 15-9.
39. Dvorak B, Fituch CC, Williams CS, ve ark. Concentrations of epidermal growth factor and transforming growth factor-alpha in preterm milk. *Adv Exp Med Biol*, 2004; 554: 407-9.
40. Chang CJ, Chao JC. Effect of human milk and epidermal growth factor on growth of human intestinal Caco-2 cells. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2002; 34: 394-401.
41. Sanderson IR. Vascular Endothelial Growth Factor in Human Milk. 2003; 4: e125-e27.
42. Loui A, Eilers E, Strauss E, ve ark. Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) and soluble VEGF receptor 1 (sFlt-1) levels in early and mature human milk from mothers of preterm versus term infants. *J Hum Lact*, 2012; 28: 522-8.
43. Elmlinger MW, Hochhaus F, Loui A, ve ark. Insulin-like growth factors and binding proteins in early milk from mothers of preterm and term infants. *Horm Res*, 2007; 68: 124-31.
44. Kling PJ, Taing KM, Dvorak B, ve ark. Insulin-like growth factor-I stimulates erythropoiesis when administered enterally. *Growth Factors*, 2006; 24: 218-23.
45. Shiou SR, Yu Y, Chen S, ve ark. Erythropoietin protects intestinal epithelial barrier function and lowers the incidence of experimental neonatal necrotizing enterocolitis. *J Biol Chem*, 2011; 286: 12123-32.
46. Chandra RK. Immunological aspects of human milk. *Nutr Rev*, 1978; 36: 265-72.

47. Haskell MJ, Brown KH. Maternal vitamin A nutriture and the vitamin A content of human milk. *J Mammary Gland Biol Neoplasia*, 1999; 4: 243-57.
48. Nuhoglu A. Yenidoğan ve süt çocuklarında beslenme, Trabzon, 1989.
49. Hamosh M. Protective function of proteins and lipids in human milk. *Biol Neonate*, 1998; 74: 163-76.
50. Kanyshkova TG, Babina SE, Semenov DV, ve ark. Multiple enzymic activities of human milk lactoferrin. *Eur J Biochem*, 2003; 270: 3353-61.
51. Goldman AS, Chheda S, Garofalo R, ve ark. Cytokines in human milk: properties and potential effects upon the mammary gland and the neonate. *J Mammary Gland Biol Neoplasia*, 1996; 1: 251-8.
52. Oddy WH, Halonen M, Martinez FD, ve ark. TGF-beta in human milk is associated with wheeze in infancy. *J Allergy Clin Immunol*, 2003; 112: 723-8.
53. Riordan J, Countryman BA. Basics of breastfeeding. Part iii: the biological specificity of breast milk. *JOGN Nurs*, 1980; 9: 273-7.
54. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, ve ark. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*, 2015; 3: e199-205.
55. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics*, 1997; 100: 214-9.
56. Popkin BM, Adair L, Akin JS, ve ark. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*, 1990; 86: 874-82.
57. 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.
58. Dachew BA, Biftu BB. Breastfeeding practice and associated factors among female nurses and midwives at North Gondar Zone, Northwest Ethiopia: a cross-sectional institution based study. *Int Breastfeed J*, 2014; 9: 11.
59. Horta BL BR, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analyses (Report). Geneva: World Health Organization. 2007.
60. Fernandez-Twinn DS, Ozanne SE. Mechanisms by which poor early growth programs type-2 diabetes, obesity and the metabolic syndrome. *Physiol Behav*, 2006; 88: 234-43.

61. Oddy WH, Holt PG, Sly PD, ve ark. Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. *BMJ*, 1999; 319: 815-9.
62. Kull I, Wickman M, Lilja G, ve ark. Breast feeding and allergic diseases in infants-a prospective birth cohort study. *Arch Dis Child*, 2002; 87: 478-81.
63. Saarinen UM, Kajosaari M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet*, 1995; 346: 1065-9.
64. Ip S, Chung M, Raman G, ve ark. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*, 2007: 1-186.
65. Sullivan S, Schanler RJ, Kim JH, ve ark. An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *J Pediatr*, 2010; 156: 562-7 e1.
66. Heikkila K, Sacker A, Kelly Y, ve ark. Breast feeding and child behaviour in the Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child*, 2011; 96: 635-42.
67. Armstrong J, Reilly JJ, Child Health Information T. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet*, 2002; 359: 2003-4.
68. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, ve ark. Breast-feeding and childhood obesity--a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2004; 28: 1247-56.
69. 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.
70. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, ve ark. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 2005; 162: 397-403.
71. Krebs NF, Jacobson MS, American Academy of Pediatrics Committee on N. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*, 2003; 112: 424-30.
72. Khan J, Vesel L, Bahl R, ve ark. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: effects on neonatal mortality and morbidity--a systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J*, 2015; 19: 468-79.
73. Luan NN, Wu QJ, Gong TT, ve ark. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. *Am J Clin Nutr*, 2013; 98: 1020-31.
74. Kepekçi M YN, Devicioğlu E, Eren T, Gökçay G. Emzirme Danışmanlığı Birimine Başvuran Annelerin ve Bebeklerin İncelenmesi. *Çocuk Dergisi*, 2012, 12 (4)164-168

75. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, ve ark. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA*, 2005; 294: 2601-10.
76. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, ve ark. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics*, 2009; 123: 483-93.
77. WHO/UNICEF. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief (WHO/NMH/NHD/14.7). Geneva: World Health Organization; 2014.
78. OECD Family database www.oecd.org/els/social/family/database OECD - Social Policy Division - Directorate of Employment, Labour and Social Affairs.
79. Roberts TJ, Carnahan E, Gakidou E. Can breastfeeding promote child health equity? A comprehensive analysis of breastfeeding patterns across the developing world and what we can learn from them. *BMC Medicine*, 2013; 11: 254.
80. Cai X, Wardlaw T, Brown DW. Global trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J*, 2012; 7: 12.
81. UNICEF. The state of the world's children 2015: Reimagine the Future: Innovation for Every Child (<http://sowc2015.unicef.org/>)
82. Orun E, Yalcin SS, Madendag Y, ve ark. Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital. *Turk J Pediatr*, 2010; 52: 10-6.
83. İnanç BB. 15-49 yaş arası annelerin anne sütü ile ilgili uygulamaları ve etki eden faktörler. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2013;17:51-5.
84. Jones E, Spencer SA. The physiology of lactation. *Paediatrics and Child Health*, 2007; 17: 244-48.
85. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, ve ark. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*, 2006; 117: e646-55.
86. Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. *Pediatrics*, 2001; 107: 543-8.
87. Gibson-Davis, C. M., & Brooks-Gunn, J. (2006). Breastfeeding and Verbal Ability of 3-Year-Olds in a Multicity Sample. *Pediatrics*, 118, 1444-1451.
88. Ingram J. Multiprofessional training for breastfeeding management in primary care in the UK. *Int Breastfeed J*, 2006; 1: 9.
89. Hillenbrand KM, Larsen PG. Effect of an educational intervention about breastfeeding on the knowledge, confidence, and behaviors of pediatric resident physicians. *Pediatrics*, 2002; 110: e59.

90. Tappin D, Britten J, Broadfoot M, ve ark. The effect of health visitors on breastfeeding in Glasgow. *International Breastfeeding Journal*, 2006; 1: 11.
91. Kartal B, Kaplan B, Buldu A, Ateş CS, Ekinci E. Doğum sonu dönemdeki kadınların emzirme özellikleri ve bunu etkileyen meme sorunları. *İzm Üniv Tıp Derg* 2015; 1: 1-10.
92. Lande B, Andersen LF, Baerug A, ve ark. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr*, 2003; 92: 152-61.
93. Emzirme rehberi. Gazi Hastanesi . Gazi Üniversitesi Sağlık ve Araştırma Uygulama merkezi.
94. Dashti M, Scott JA, Edwards CA, ve ark. Predictors of breastfeeding duration among women in Kuwait: results of a prospective cohort study. *Nutrients*, 2014; 6: 711-28.
95. de Jager E, Broadbent J, Fuller-Tyszkiewicz M, ve ark. The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. *Midwifery*, 2014; 30: 657-66.
96. Glassman ME, McKearney K, Saslaw M, ve ark. Impact of breastfeeding self-efficacy and sociocultural factors on early breastfeeding in an urban, predominantly Dominican community. *Breastfeed Med*, 2014; 9: 301-7.
97. Kaya D, Pirinçi E. 0-24 Aylık çocuğu olan annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009;8(6):479-84.
98. Bbaale E. Determinants of early initiation, exclusiveness, and duration of breastfeeding in Uganda. *J Health Popul Nutr*, 2014; 32: 249-60.
99. Tanrıku PÇ, Ersoy N, Ersoy G. 6-24 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin Emzirmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin, Emzirme Sürelerinin ve Bunları Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2012; 40(2):120-127.
100. Alp H. Çocuklarda Anne Sütü ile Beslenme Süresi ve ilişkili Faktörler. *Güncel Pediatri*.
101. Radwan H. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices of Emirati Mothers in the United Arab Emirates. *BMC Public Health*, 2013; 13: 171.
102. Ladomenou F, Kafatos A, Galanakis E. Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 2007; 96: 1441-4.

103. Victor R, Baines SK, Agho KE, ve ark. Determinants of breastfeeding indicators among children less than 24 months of age in Tanzania: a secondary analysis of the 2010 Tanzania Demographic and Health Survey. *BMJ Open*, 2013; 3.
104. Inoue M, Binns CW, Otsuka K, ve ark. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: A review. *Int Breastfeed J*, 2012; 7: 15.
105. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth*, 2010; 23: 135-45.
106. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2009; 38: 259-68.
107. İnce T, Aktaş G, Aktepe N, ve ark. The evaluation of the factors affecting mothers' breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success. 2017; 7: 183-90.
108. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*, 1999; 22: 399-409.
109. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2003; 32: 734-44.
110. Alus Tokat M, Okumus H, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale-Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*, 2010; 26: 101-8.
111. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 1987; 150: 782-6.
112. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara: 1997. p.51-2.
113. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Wojdan-Godek E. Factors affecting exclusive breastfeeding in Poland: cross-sectional survey of population-based samples. *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, 2005; 50: 52-59.
114. Küçüköğlü S AA, Ateşyan S. . Annelerin Bebeklerine Anne Sütü Verme Eğilimleri İle Emzirme Öz Yeterliliklerinin Karşılaştırılması. *Balikesir Saglik Bil Derg*, 2015; 4.
115. Topal S UYH, Erkorkmaz Ü, Çınar N, Altınkaynak S. . The determination of infant feeding attitudes among Turkish mothers using the Iowa Infant Feeding Attitude Scale Kap Attitude, 2017; 67.

116. İnce T KM, Yalçın SS, Yurdakök K. . İnce T, Kondolot M, Yalçın SS, Yurdakök K. . Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2010; 53: 189-97.
117. (ed) RJ. Breastfeeding 2001. The Pediatric Clinics of North America 2001, 2001; 48: 1-262.
118. Ünsal H AF, 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.
119. Riordan JWK. Perinatal ant intrapartum care. . Breastfeeding and human lactation, 2010: 236-39.
120. Haggkvist AP, Brantsaeter AL, Grjibovski AM, ve ark. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. Public Health Nutr, 2010; 13: 2076-86.
121. Çetin F GG, Karaoğlu L, Üstün Y. Turgut Özal Tıp Merkezi'nde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 12: 247-52.
122. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, ve ark. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatr Perinat Epidemiol, 2007; 21: 98-113.
123. Dallar Y EP, Şıklar Z. . Annelerin bebek beslenmesi konusuna ilişkin bilgi, tutum ve davranışları. . Ege Pediatri Bülteni 2002; 9: 175-80.
124. Ashraf RN, Jalil F, Aperia A, ve ark. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. Acta Paediatr, 1993; 82: 1007-11.
125. Heinig MJ, Nommsen LA, Peerson JM, ve ark. Intake and growth of breast-fed and formula-fed infants in relation to the timing of introduction of complementary foods: the DARLING study. 1993; 82: 999-1006.
126. Fund. WHO/UNICEF. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital, 2009: 58.
127. Walker M. Conquering Common Breast-feeding Problems. 2008; 22: 267-74.
128. Jain S, Parmar VR, Singla M, ve ark. Problems of breast feeding from birth till discharge--experience in a medical college in Chandigarh. Indian J Public Health, 2009; 53: 264.
129. Powers NG. Slow weight gain and low milk supply in the breastfeeding dyad. Clin Perinatol, 1999; 26: 399-430.

130. Akkuzu G, Taşkin L. Impacts of breast-care techniques on prevention of possible postpartum nipple problems. *Professional care of mother and child*, 2000; 10: 38-41.
131. İnce T, Aktaş G, Aktepe N, ve ark. The evaluation of the factors affecting mothers' breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success. 2017; 7: 183-90.
132. Yenal K, Aluş Tokat M, Durgun Ozan Y, ve ark. The Relation Between Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Successes of Mothers. 2013; 10: 14-19.
133. O'Campo P, Faden RR, Gielen AC, ve ark. Prenatal Factors Associated with Breastfeeding Duration: Recommendations for Prenatal Interventions. 1992; 19: 195-201.
134. Blyth R, Creedy DK, Dennis C-L, ve ark. Effect of Maternal Confidence on Breastfeeding Duration: An Application of Breastfeeding Self-Efficacy Theory. 2002; 29: 278-84.
135. Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, ve ark. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2006; 35: 616-24.
136. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, ve ark. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016.
137. Self-Efficacy. İçinde: *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1-3.
138. Brandão S, Mendonça D, Dias CC, ve ark. The breastfeeding self-efficacy scale-short form: Psychometric characteristics in Portuguese pregnant women. *Midwifery*, 2018; 66: 49-55.
139. Campbell SH. Breastfeeding self-efficacy: The effects of a breastfeeding promotion nursing intervention. *Dissertations and Master's Theses* 1996.
140. Gaynes BN GN, Meltzer-Brody S, et al. . Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes: Summary. *AHRQ Evidence Report Summaries*, 2005: 119.
141. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, ve ark. The Impact of Postnatal Depression and Associated Adversity on Early Mother-Infant Interactions and Later Infant Outcome. 1996; 67: 2512-26.
142. Rahman A, Harrington R, Bunn J. Can maternal depression increase infant risk of illness and growth impairment in developing countries? *Child Care Health Dev*, 2002; 28: 51-6.

143. Kirpinar I, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *J Clin Nurs*, 2010; 19: 422-31.
144. Babacan Gümüş A KG, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *Yeni Symposium Journal* 2012; 50: 145-54.
145. Dennis C-L, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? 2007; 96: 590-94.
146. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2013; 4: 9-15.
147. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, ve ark. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *Int J Epidemiol*, 2002; 31: 1201-7.
148. Nur N ÇS, Bakır DA, Demirel Y Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004; 26: 55-59.
149. Yağmur Y, Ulukoca N. Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. *International Journal of Public Health*, 2010; 55: 543-49.
150. Ege E, Timur S, Zincir H, ve ark. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. 2008; 34: 585-93.
151. Cheng D, Schwarz EB, Douglas E, ve ark. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*, 2009; 79: 194-8.
152. Sünter AT GH, Canbaz S, Dündar C Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2006; 3: 26-31.
153. Taşdemir S KS, Bahar A Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006; 1: 105-18.
154. Altınay CS AÇ, Göka E Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 2002; 10: 11-18.
155. Kerie S, Menberu M, Niguse W. Prevalence and associated factors of postpartum depression in Southwest, Ethiopia, 2017: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*, 2018; 11: 623.
156. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005; 193: 1522-25.

157. Muraca GM, Joseph KS. The association between maternal age and depression. *J Obstet Gynaecol Can*, 2014; 36: 803-10.



EKLER

Ek1: Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Osman Tolga İnce

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4750-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/> MÜNFERİT ARAŞTIRMA <input type="checkbox"/> ÖÇM <input type="checkbox"/> YÜKSEKLİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Annelerin Emzirme Yeterlilikleri ve Başarısını Etkileyen Faktörler
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Osman Tolga İnce Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/12-01	Tarih:08.05.2019
	Doç.Dr. Osman Tolga İnce 'nin sorumlusu olduğu "Annelerin Emzirme Yeterlilikleri ve Başarısını Etkileyen Faktörler" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Serkan YENER (Başkan Yardımcısı)	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Ek 2: Olgu Rapor / Veri Kayıt Formu Örneği**ANNELERİN EMZİRME DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER****(DEÜ Tıp Fakültesi SOSYAL PEDIATRİ BİLİM DALI)**

1	Anne & Çocuk Adı soyadı:	Yaş:
2	Anne yaşı: Anne Eğitim Durumu:	1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlköğretim 5 4. İlköğretim 8 5. Lise 6. Üniversite ve üstü
3	Baba yaşı: Baba Eğitim Durumu:	1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlköğretim 5 4. İlköğretim 8 5. Lise 6. Üniversite ve üstü
4	Anne çalışma durumu	1. Evet a. <u>Özel sektör</u> b. <u>Devlet kurumu</u> 2. Hayır
5	Aile gelir düzeyi	1. Geliri giderinden az 2. Geliri giderine denk 3. Geliri giderinden fazla
6	Planlı bir gebelik mi?	(1) Evet (2) Hayır
7	Gebelik takibi yapıldı mı?	(1) Evet (2) Hayır
8	Gebelik süresince bir problem yaşandı mı?	(1) Evet (2) Hayır
9	Gebelik süresinde <u>emzirme</u> danışmanlığı aldınız mı?	(1) Evet (2) Hayır
10	Evitse kimden?	(a) Sağlık personeli (Ebe / Hemşire / Doktor) (b) Dergi / Kitap / İnternet (c) Aile büyükleri / arkadaş /komşu (d) Gebelik kursları (e) Diğer.....
11	Bebeğiniz kaçınıcı çocuğunuz? Bebek yaşı (ay):	
12	Varsa önceki çocuklarınıza kaç ay anne sütü verdiniz?	1. çocuk:..... 2. çocuk:..... 3. çocuk:..... 4. ve diğer çocuk:.....

13	Kaç ay anne sütü vermeyi planladınız?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anne sütü vermeyi düşünmüyorum 2. En az 6 ay 3. En az 12 ay 4. En az 18 ay 5. En az 2 yıl 6. Bebeğim istediği kadar 7. Diğer:..... 		
14	Çocuğunuz kaç haftalık doğdu?			
15	Doğum şekli?	(1) NSVY (2) C/S C/S ise anestezi? <u>Epidural/dural</u> <u>Genel.</u>		
16	Doğum ağırlığı (gr)?gr	Cinsiyeti?	Erkek / Kadın
17	İlk muayene ağırlığıgr		
18	Doğum sonrası ilk kez ne zaman emzirdiniz?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 saat içinde 2. 2 saat içinde 3. >2 saat 		
19	Doğum sonrasında <u>anne sütünden önce</u> bebeğe başka bir besin verildi mi?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hayır 2. Evet <ol style="list-style-type: none"> a. Mama b. Şekerli su c. Zemzem d. Diğer:..... 		
20	Doğum sonrası sizde bir problem oldu mu?	1. Evet:..... 2. Hayır		
21	Doğum sonrası bebekte bir problem oldu mu?	1. Evet:..... 2. Hayır		
22	Bebeğiniz yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yattı mı? (Evetse kaç gün)	1. Evet:..... 2. Hayır		
23	Şu an bebeğinizi nasıl besliyorsunuz?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sadece anne sütü 2. Anne sütü ve su 3. Anne sütü ve mama 4. Sadece mama 5. Anne sütü ve tamamlayıcı beslenme 6. Diğer:..... 		
24	Anne sütü dışında başka gıda veriyorsanız nedenini belirtiniz?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sütüm yetmiyor 2. Bebek beni emmek istemiyor 3. Mememde sorunlar çıktı (çatlak, apse ...) 		

		4. İşe başlamam gerekti 5. Bebeğim kilo almadı 6. Diğer
25	Bebeğinizi ne sıklıkta besliyorsunuz?	1. Her ağladığında 2. 1 saatte bir 3. 2 saatte bir 4. Diğer.....
26	Bebeğiniz bir memede kaç dakika durur?	
27	Doğum sonrasında emzirme danışmanlığı aldınız mı?	(1) Evet (2) Hayır
28	Evetse kimden?	(a)Sağlık personeli (Ebe / Hemşire / Doktor) (b) Dergi / Kitap / İnternet (c) Aile büyükleri / arkadaş /komşu (d) Gebelik kursları (e) Diğer.....
29	Babanın emzirmeye karşı tutumu nedir?	1. Emzirmeye destek oldu 2. Emzirmeye destek olmadı
30	Siz çocuğunuzla ilgilenirken ev işlerinde size destek olan, yardım eden kimse var mı?	1. Hayır 2. Evet (Baba, Büyükanneler, Diğer.....)
31	Sigara içiyor musunuz?	1. Evet 2. Hayır
32	İlaç kullanmanızı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?	1. Evet 2. Hayır
33	Emzirme ile ilgili problem nedir?	

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1) *Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.*

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek okadar değil
- Artık kesinlikle okadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) *Geleceğe hevesle bakıyorum.*

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3) *Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.*

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

4) *Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.*

- Hayır, hiç bir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5) *İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.*

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Hayır, çok sık değil

Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

6) *Her şey giderek sırtıma yükleniyor.*

Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum

Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum

Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum

Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7) *Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.*

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

8) *Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.*

Evet, çoğu zaman

Evet, oldukça sık

Çok sık değil

Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

9) *Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.*

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

Son 7 gündür

10) *Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.*

- Evet, oldukça sık
- Bazen
- Hemen hemen hiç
- Asla

Değerlendirme: Ölçek bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin değerlendirilmesinde tüm sorular 0-3 arasında puanlandırılır ve ölçekte alınabilecek en yüksek puan 30'dur. Ölçekteki sorulardan 1., 2. ve 4. sorular 0-1-2-3 biçiminde puanlanırken; 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. sorular ise 3-2-1-0 biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 13 olarak hesaplanmıştır.

Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ)

Emzirmek ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her

1. Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numara yı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1= Hiç emin değilim
2= Çok emin değilim
3= Bazen eminim
4=

Eminim 5=Çok eminim

2. Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim.	1	2	3	4	5
3. Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
4. Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	1	2	3	4	5
6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim.	1	2	3	4	5
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim.	1	2	3	4	5
9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum	1	2	3	4	5
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.	1	2	3	4	5
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.	1	2	3	4	5
12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim	1	2	3	4	5
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5