

**0-2 Yaş Bebekleri Olan Annelerin Bebek Beslenmesi
Tutum ve Davranışlarının Bebeklerin
Antropometrik Ölçümleri Arasındaki İlişki**

Cansu Arslanbaş

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Beslenme ve
Diyetetik Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Eylül 2022
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdürü

Bu tezin Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Doç. Dr. Ceren Gezer
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Gözde Okburan
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Doç. Dr. Seray Kabaran

2. Yrd. Doç. Dr. Nazife Hürer

3. Yrd. Doç. Dr. Gözde Okburan

ÖZ

Bu çalışma Eylül 2021- Mart 2022 tarihleri arasında Adana Yüreğir ilçesi Doğankent bölgesindeki 0-2 yaş aralığında bebekleri olan annelerin bebek beslenmesi tutum ve davranışlarının, bebeklerin antropometrik ölçümleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür.

Araştırmaya 117'si kız (%44,83) 144'ü erkek (%55,17) olmak üzere toplam 261 bebek dahil edilmiştir. Doğankent Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 0-2 yaş aralığındaki bebeklerin anneleri ile görüşülerek kendileri ve bebekleri hakkında genel bilgiler toplanmıştır. Tüm bebeklerin boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve baş çevresi ölçülmüştür. Ardından bu veriler "WHO Anthro Software" aracılığı ile boya göre ağırlık, yaşa göre ağırlık, yaşa göre boy uzunluğu, yaşa göre baş çevresi, yaşa göre BKİ z skor ve persentil değerleri hesaplanmıştır. Ayrıca 6 aydan büyük bebeklerin 24 saatlik besin tüketim kaydı yüz yüze görüşme yöntemi ile alınıp "Beslenme Bilgi Sistemleri (Bebis)" programı kullanılarak enerji ve besin öğeleri alımı hesaplanmıştır. Tüm annelere, emzirmeye veya mama ile beslemeye karşı annelerin yatkınlık ve tutumunu inceleme amacı ile geliştirilen "Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (IOWA)" uygulanmıştır.

Sonuç olarak, çalışma kapsamındaki bebeklerin %51,34'ünün sadece anne sütü ile, %23,75'inin anne sütü ve tamamlayıcı besin ile, %4,98'inin anne sütü ve mama ile, %8,81'inin mama ve tamamlayıcı besin ile, %2,3'ünün sadece mama ile, %8,81'inin sadece tamamlayıcı besin ile beslendiği saptanmıştır. Bebeklerini sadece mama ve sadece tamamlayıcı besin ile besleyen annelerin IOWA puanı, bebeğini emziren annelerin IOWA puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunurken ($p<0,05$), bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin persentil ve z skor

değerlerine göre annelerinin IOWA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Katılımcı annelerin IOWA puanları ile bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin z skor değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Anahtar Kelimeler: 0-2 Yaş Bebek Beslenmesi, Anne Sütü, Antropometri, Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği, Mama, IOWA

ABSTRACT

This study was carried out between September 2021 and March 2022 in Adana Yüreğir district Doğankent region with the aim of questioning whether there is a relationship between infant feeding attitudes and behaviors of mothers who have babies between the ages of 0-2 and anthropometric measurements of babies.

A total of 261 infants, 117 of whom were girls (44.83%) and 144 (55.17%) were boys, were included in the study. General information about themselves and their babies was gathered by interviewing the mothers of babies aged 0-2 years registered in Doğankent Family Health Center. Height, body weight and head circumference of all infants were measured. Then, weight for height, weight for age, height for age, head circumference for age, BMI percentile values for age were calculated by means of "WHO Anthro Software". In addition, 24-hour food consumption records of babies older than 6 months were taken by face-to-face interview method and energy and nutritional elements were calculated using the "Beslenme Bilgi Sistemleri (Bebis)" program. The "Infant Nutrition Attitude Scale (IOWA)", which was developed to examine the predisposition and attitude of mothers towards breastfeeding or formula feeding, was administered to all mothers.

As a result, it was determined that 51.34% of the babies in the study were treated with breast milk only, 23.75% with breast milk and complementary food, 4.98% with breast milk and formula, 8.81% with formula and complementary food, 2.3% with only formula, 8.81% with only complementary food. While the IOWA score of the mothers who fed their babies only with formula and only complementary food was found to be statistically significantly lower than the IOWA score of the mothers who breastfed their babies ($p<0.05$), there was a statistically significant

difference between the IOWA scores of the mothers according to the percentile and z score values of the anthropometric measurements of the babies. no difference was found ($p>0.05$). No statistically significant correlation was found between the IOWA scores of the participating mothers and the z score values of the anthropometric measurements of the infants ($p>0.05$).

Keywords: Anthropometry, Breast Milk, Infant Feeding, Infant Formula, Infant Nutrition Attitude Scale, IOWA

TEŞEKKÜR

Bu çalışma süresince her zaman yanımda olan, emeklerini hiçbir zaman esirgemeyen, bana değerli bilgi ve önerileri ile yol gösteren, tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Gözde Okburan'a,

Çalışmamın istatistiksel planlanması ve değerlendirilmesinde büyük katkıları olan sayın Sedat Yüce'ye,

Lisans hayatımdan itibaren birlikte yürüdüğüm, bu süreci birlikte paylaştığımız ve her zaman olduğu gibi asla yardımlarını eksik etmeyen, canım arkadaşım Mecde Çelen'e,

Stres yükümü hafifleten bana tez süresince yardımcı olan canım arkadaşlarım Beren Ergün, Ayşe İrem Tok ve Zeynep Saçıkara'ya,

Başta, ablam Uzm. Dr. Cansen Aydın ve eşi Dr. Can Aydın olmak üzere, hayatımın her anında ve her kararında beni maddi manevi destekleyen, canım annem Canan Arslanbaş ve canım babam Mustafa Arslanbaş'a

Derin ve içten duygularıyla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vii
KISALTMALAR	xi
TABLO LİSTESİ	xiii
ŞEKİL LİSTESİ	xv
1 GİRİŞ	1
1.1 Kuramsal Yaklaşım ve Kapsam	1
1.2 Amaç ve Hipotezler	4
2 GENEL BİLGİLER	5
2.1 Anne Sütünün Yararları ve Önemi	5
2.2 Dünyada ve Türkiye’de Emzirme Prevalansı	7
2.3 Emzirme Kararını Etkileyen Faktörler	9
2.4 Anne Sütü ile Beslemenin Teşvik Edilmesi ve Desteklenmesi	10
2.5 Anne Sütünün Verilmediği Durumlar	12
2.5.1 Anneye Ait Faktörler	12
2.5.2 Bebek ile ilişkili Faktörler	14
2.5.3 Çevresel Faktörler	14
2.6 Anne Sütünün İçeriği	16
2.6.1 Karbonhidrat	16
2.6.2 Protein	17
2.6.3 Yağ	17
2.6.4 Vitaminler ve Mineraller	18

2.6.5 Sıvı Miktarı.....	19
2.6.6 İmmünolojik Faktörler ve Diğer Bileşikler	19
2.7 Anne Sütü İçeriğini ve Miktarını Etkileyen Faktörler.....	20
2.8 Bebek Mamaları	22
2.9 0-2 Yaş Bebeklerin Beslenmesi	24
2.9.1 Enerji ve Besin Ögesi Gereksinimleri.....	25
2.9.2 Emzirme Dönemi	27
2.9.3 Tamamlayıcı Beslenme Dönemi.....	27
2.10 Büyümenin İzlenmesi ve Önemi	30
2.10.1 Antropometri.....	31
2.10.2 Persentil	32
2.10.3 Z-skor	33
2.11 Anne Sütü Alımının Antropometrik Ölçümlere Etkisi.....	34
3 GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1 Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem	38
3.2 Araştırma Genel Planı	39
3.2.1 Sosyo-Demografik Özellikler	39
3.2.2 Beslenme alışkanlıkları	39
3.2.3 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı.....	39
3.2.4 Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (IOWA)	40
3.2.5 Antropometrik Ölçümler	40
3.2.6 Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	41
4 BULGULAR	42
5 TARTIŞMA.....	66
5.1 Annelerin Genel ve Obstetrik Özellikleri.....	67

5.2	Bebeklerin Genel Özellikleri ve Beslenme Şekilleri.....	68
5.3	Bebeklerin Antropometrik Ölçümleri, Persentil ve Z Skor Değerlerine İlişkin Bulgular	70
5.4	Annelerin Emzirme Durumlarına İlişkin Bulgular	72
5.5	Bebeklerin Enerji ve Besin Öğeleri Alımlarının Değerlendirilmesi	74
5.6	Bebeklerin Enerji ve Besin Öğesi Alımları ile Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Z Skorları Arasındaki İlişki	75
5.7	Annelerin IOWA Puanlarına İlişkin Bulgular	76
5.8	Annelerin IOWA Puanları ile Bebeklerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Z Skorları Arasındaki İlişki	78
5.9	Çalışmanın Sınırlılıkları	79
6	SONUÇ VE ÖNERİLER	81
6.1	Sonuçlar	81
6.2	Öneriler	85
	KAYNAKLAR.....	87
	EKLER	111
	Ek 1: Kurum İzni.....	112
	Ek 2: IOWA Ölçeği Kullanım İzni	113
	Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	114
	Ek 4: Anket Formu.....	116

KISALTMALAR

AA	Araşidonik Asit
AAP	American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)
Bebis	Beslenme Bilgi Sistemleri
BLB	Baby-led Weaning (Bebek Liderliğinde Beslenme)
BKİ	Beden Kütle İndeksi
CHO	Karbonhidrat
Cm	Santimetre
COVID-19	Koronavirüs Hastalığı 2019
DHA	Dokosaheksaenoik Asit
FAO	Food and Agriculture Organization (Gıda ve Tarım Örgütü)
GDM	Gestasyonel Diabetes Mellitus
IFS	Infant Feeding Survey (Bebek Beslenmesi Araştırması)
INFOSAN	International Food Safety Authorities Network (Uluslararası Gıda Güvenliği Otoriteleri Ağı)
IOWA	Infant Feeding Attitude Scale (Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği)
IQ	Intelligence Quotient (Zeka Katsayısı)
Kkal	Kilo Kalori
Kg	Kilogram
N-3	Alfa-linolenik Asit/Omega 3
N-6	Linoleik asit/Omega 6
MSUD	Akçaağaç şurubu hastalığı
PAHO	Pan American Health Organization (Pan Amerikan Sağlık Örgütü)

PUFA	Polyunsaturated Fatty Acids (Tekli Doymamış Yağ Asidi)
PKU	Fenilketonüri
SD	Standart Sapma
SPSS	Statistical Package For The Social Sciences
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNEP	United Nations Environment Programme (Birleşmiş Milletler Çevre Programı)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
Z skoru	Standart Sapma Skoru

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: Anne sütü metabolitlerinin biyolojik fonksiyonları.....	20
Tablo 2.2: Anne sütü üretimini artıran ve azaltan faktörler	21
Tablo 2.3: Anne sütüyle beslenen 6-12 ay bebekler için tamamlayıcı beslenme sıklığı, özelliği ve miktarı.....	28
Tablo 2.4. Persentile göre değerlendirme	33
Tablo 2.5. Z-skora göre değerlendirme.....	33
Tablo 4.1: Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	42
Tablo 4.2: Annenin obstetrik özelliklerine göre dağılımı	44
Tablo 4.3: Bebeklerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	45
Tablo 4.4: Yaşlarına göre bebeklerin şu anki beslenme	45
Tablo 4.5: Bebeklerin cinsiyetine göre antropometrik ölçümleri.....	46
Tablo 4.6: Bebeklerin cinsiyetine göre antropometrik ölçümlerine ilişkin persentil değerlerinin dağılımı.....	48
Tablo 4.7: Bebeklerin cinsiyetine göre antropometrik ölçümlerine ilişkin Z skoru değerleri.....	50
Tablo 4.8: Bebeklerin cinsiyetine göre antropometrik ölçümlerine ilişkin Z skoru değerlerinin dağılımı.....	51
Tablo 4.9: Annelerin emzirme durumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı	53
Tablo 4.10: Bebeklerin günlük enerji, makro ve mikro besin öğeleri alım miktarları	55
Tablo 4.11: Bebeklerin enerji, makro ve mikro besin öğeleri alım miktarları ile antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorları arasındaki korelasyonlar	57
Tablo 4.12: Annelerin IOWA puanları	59

Tablo 4.13: Annelerin bazı özelliklerine göre IOWA puanlarının karşılaştırılması ..	60
Tablo 4.14. Annelerin IOWA puanlarının sınıflandırmasına göre dağılımı	61
Tablo 4.15. Bebeklerin IOWA sınıflarına göre antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorlarının karşılaştırılması	62
Tablo 4.16: Bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin persentil değerlerine göre annelerin IOWA puanlarının karşılaştırılması	63
Tablo 4.17: Bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorlarına göre annelerin IOWA puanlarının karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.18: Bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorları ile annelerin IOWA puanlarının arasındaki korelasyonlar	65

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 2.1: UNICEF 2005 ve 2018 yıllarında 0-5 aylık sadece anne sütüyle beslenme oranındaki değişim..... 8
- Şekil 2.2: Türkiye’de yıllara göre 6 aydan küçük bebeklerde anne sütü ile besleme oranları. 9
- Şekil 2.3: 2 yaşına kadar olan bebeklerin enerji gereksinimi ve anne sütünden gelen enerjinin enerji gereksinimi ve anne sütünden gelen enerji25

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Kuramsal Yaklaşım ve Kapsam

Yetersiz beslenme, yoksulluk, sık ve kronik enfeksiyonlar gibi sorunlar nedeniyle, düşük gelirli ülkeler başta olmak üzere tüm dünya genelinde 250 milyondan fazla çocuğun gelişim potansiyellerine ulaşamadığı tahmin edilmektedir. (Gladstone vd., 2018). Bu durum beslenmenin hem gebelikte hem de çocuğun ilk yıllarında hayati derecede önemli olduğunu göstermektedir. Bu kritik dönemlerde yetersiz beslenme, çocukluk ve yetişkinlik döneminde çocukların sağlığına ve/veya gelişimlerine zarar verebilmektedir (Schanzenbach & Thorn, 2020). Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2002 yılındaki ortak raporunda, dünyadaki tahmini 150 milyon çocuğun yetersiz beslendiğini bildirmiştir (United Nations Environment Programme vd., 2002)

Özellikle yaşamın ilk iki yılında hızlı büyüme ve gelişme görüldüğünden bu dönem oldukça hassastır (Gürel vd., 2019). 0-2 yaş beyin gelişimi, görme ve işitme için dil ve duyu yollarının kazanılması ve daha yüksek bilişsel işlevlerin gelişimi için de kritik bir dönemdir (M. M. Black vd., 2017). Ayrıca büyüme geriliğinin en çok yetersiz beslenmeden kaynaklandığı bilinmektedir. Bu nedenle de büyümenin takip edilmesi oldukça önemlidir. İlk 2 yaşta en az 2-3 ayda bir, sonraki yaşlarda 6-12 ayda bir büyüme izleminin yapılması önerilmektedir. Bu izlemlerde; boy uzunluğu, vücut ağırlığı, baş çevresi ölçülüp kaydedilmeli ve daha sonra referans

büyüme eğrileri ile karşılaştırılıp değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmeye göre de gerektiği takdirde uygun müdahaleye derhal başlanmalıdır (Bulut Celik vd., 2014).

Günümüz bilgi birikimine göre bebek beslenmesinde en doğru yol emzirme olarak kabul edilmektedir. UNICEF, çocuğun doğru gelişimi için en uygun besin olarak anne sütünü önermektedir (UNICEF, 2009). Bu doğal beslenme, hem anne hem de çocuk için birçok önemli sağlık yararları sağlamakta ve anne-çocuk arasında duygusal bağların oluşumunu desteklemektedir. Ayrıca ekonomik ve pratiktir (Jankowska vd., 2019). Anne sütü bebek için gerekli antikorları içerir ve anne sütüyle beslenen bebekler, mama ile beslenen bebeklere göre daha güçlü bir bağışıklık sistemine sahip olma eğilimindedirler (Tampubolon vd., 2021). Ancak tüm bu faydalara rağmen emzirme oranı dünya genelinde hala yeterli değildir. WHO, 2025 yılına kadar dünya genelinde ilk 6 ay emzirme oranının %50 olmasını hedeflerken; dünyada bu oran %38 iken Türkiye’de %41’lerdedir (Barutçu vd., 2020; Organization, 2014). Bu nedenle sağlık çalışanlarının emzirmeyi teşvik etmesi ve emzirmenin devamlılığı ile ilgili değiştirilebilir risk faktörleri hakkında daha fazla bilgi edinmesine ihtiyaç vardır (Sayres & Visentin, 2018).

Çin’de yapılan bir çalışmada emzirme oranının neden hala düşük olduğu, annelerin mama ile besleme seçiminin nedeni araştırılmıştır. 50 anne ve 33 hastane personeli ile grup görüşmesi yapılmış, kadınların büyük çoğunluğu (n=37, %74) tarafından mamayı tercih etme nedeni olarak “yetersiz anne sütü” algısı saptanmıştır. Aynı çalışmada, annelerin ya da diğer aile bireylerinin, bebek beslenmesi konusundaki yanlış anlamaları, emzirmeye olan güveni daha da azalttığı gözlemlenmiştir. Yetersiz emzirme olanakları ve çalışan annelerin sınırlı esnekliği, mama ile beslemeye geçmesinin diğer yaygın nedenleri olarak bulunmuştur (K. Zhang vd., 2015).

Emzirmenin teşvik edilmesi ve desteklenmesi küresel bir önceliktir. Emzirmenin ishal ve diğer bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan düşük bebek morbiditesi ve mortalitesi dahil olmak üzere, önemli sağlık, sosyal ve ekonomik açıdan faydaları olduğu bilinmektedir (World Health Organization, 2020). Uzmanlar, yaklaşık 6 aylığa kadar olan bebekleri, su dahil başka hiçbir besin verilmeden yalnızca anne sütüyle beslenmenin ideal bir yöntem olduğu konusunda ve ilk 6 aydan sonra emzirmeye devam edilmesi, ancak uygun besin kaynakları ile tamamlanması gerektiği konusunda hemfikirdir (Morrow vd., 1999). Önerilere rağmen, birçok aile, bebeklerine 4 aylıktan önce bile tamamlayıcı besinler vermektedir (Kuo vd., 2011). Ancak 4 aydan önce tamamlayıcı besinlerin verilmesi aşırı ağırlık ve obezite riskini artırabileceği bilinmektedir (Huh vd., 2011; Sun vd., 2016). Altı aylık olan bebeklerin çoğu, diğer besinlerin tüketimi için gelişimsel olarak hazırlanır. Bu dönem genellikle bebeklerin büyüme ve fizyolojik gelişim için besinsel ihtiyaçlarının artmasıyla karakterize edildiğinden ve tek başına anne sütü bu ihtiyaçları karşılamada yetersiz olduğundan tamamlayıcı beslenmeye ihtiyaç duyulmaktadır (Arikpo vd., 2018). Ayrıca tamamlayıcı beslenme dönemi, sadece çocuk için büyük bir hızlı değişimi içermekle kalmayıp, aynı zamanda çocukluk ve ergenlik döneminde besin tercihlerinin, yeme davranışlarının ve vücut ağırlığının gelişimi ile de ilişkili olduğu için bebeğin hayatında dönüm noktası niteliğinde bir süreçtir (D'Auria vd., 2018).

Sonuç olarak insanın sağlıklı bir yaşam sürebilmesi için en önemli ve kritik dönemlerden olan hayatın ilk birkaç yılında psikolojik ve biyolojik gereksinimler karşılanmalıdır ve anne sütü bu dönemde vazgeçilmez bir besindir (Gümüştakım vd., 2017). Annelerin bebek beslenmesi tutum ve davranışları, bebeklerin büyüme ve gelişmesini değerlendirmede kullanılan antropometrik ölçümleri ile arasındaki

ilişkiyi değerlendirmeye yönelik çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut çalışmayla eksikliğin giderilmesi amaçlanmıştır.

1.2 Amaç ve Hipotezler

Bu araştırma, 0-2 yaş aralığında bebekleri olan annelerin bebek beslenmesi tutum ve davranışlarının bebeklerinin boy uzunluğu, vücut ağırlığı, baş çevresi dahil olmak üzere antropometrik ölçümlerle arasındaki ilişkisini değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür.

H₀ Hipotezi: 0-2 yaş aralığında bebekleri olan annelerin bebek beslenmesi tutum ve davranışlarının antropometrik ölçümleri ile arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H₁ Hipotezi: 0-2 yaş aralığında bebekleri olan annelerin bebek beslenmesi tutum ve davranışlarının antropometrik ölçümleri ile arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Anne Sütünün Yararları ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ilk 6 ay emzirme, 6. ay sonunda uygun tamamlayıcı besinlerle birlikte 2 yaşına kadar emzirmenin devam etmesini önermektedir (World Health Organization, 2003).

Bebeklikte doğru beslenme, bir bebeğin optimal fiziksel ve ruhsal gelişimi ve iyi sağlık durumu için büyük bir öneme sahiptir. Bebekleri anne sütü ile beslemenin kısa ve uzun vadeli faydaları hakkında artan bilgiye rağmen, ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenen bebeklerin yüzdesi hala çok düşüktür (Trojanowska vd., 2017). Bu nedenle anne adaylarına ve ailelerine emzirmenin yararları konusunda doğum öncesi eğitim önerilir. Ayrıca annelere hastanedeyken emzirme desteği verilmeli ve taburcu olduktan sonra emzirme sorunlarıyla başa çıkabilmeleri için profesyonel yardım almaları sağlanmalıdır. Çalışan anneler için, işverenlerin, çalışma koşulları ve ortamlarını emzirmeye daha uygun hale getirmesi gerekmektedir (K. Zhang vd., 2015).

Emzirmenin hem anne hem de bebek için birçok faydaları vardır (Laskowska & Książyk, 2011). Emzirmenin faydaları arasında bebeğin hayatta kalma şansını artırmasının yanı sıra anneleri meme ve rahim kanseri türlerine karşı koruyucu bir faktör olduğu bilinmektedir (Gürel vd., 2019).

Anne sütü sadece kısa vadede büyüme ve gelişimsel sonuçları ile değil, çocukluk döneminde olumlu etkilerini göstererek de ön plana çıkmaktadır.

Emzirmenin çocukların bilişsel gelişimine etkisini inceleyen bir araştırma sonucunda; emzirmenin erken çocukluk döneminde daha yüksek okuma ve matematik puanları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Huang vd., 2014). Gelişmiş ülkelerde emzirmenin rapor edilen yararları arasında, anne sütü ile beslenen çocuklar ve yetişkinler arasında mama ile beslenenlere kıyasla IQ (Zeka Katsayısı) testleri ve diğer bilişsel gelişim ölçümlerinde daha yüksek sonuçlar yer almaktadır (Anderson vd., 1999; Lucas vd., 1992). Emzirmenin gözlemlenen bilişsel faydalarının anne sütünün belirli bileşenlerinden mi kaynaklandığı yoksa emzirmenin doğasında bulunan fiziksel ve sosyal etkileşimlerle mi ilgili olduğu belirsizliğini korumaktadır (Kramer vd., 2008). Emzirme, yüksek gelirli ülkelerdeki ölümlere karşı da koruma sağlayabilmektedir. Altı çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analizde, emzirmenin ani bebek ölümlerinde %36 azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Victora vd., 2016).

Bebeklerin beslenme şeklinin hem anne hem de bebeklerin sağlığı üzerine kısa, orta ve uzun vadede önemli sonuçları vardır. Birleşik Krallık'ta her 5 senede bir yayınlanan IFS (Bebek Beslenmesi Araştırması) 2010'a göre, emzirilmeyen bebeklerin hasta olma olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada, anne sütü almayan bebeklerde nekrotizan gelişme olasılığının daha yüksek olduğu da belirtilmektedir (McAndrew vd., t.y.). Dünyanın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinde yapılan araştırmalar, anne sütüyle beslenmenin bakteriyel menenjit dahil olmak üzere çok çeşitli bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığını ve/veya şiddetini azalttığına dair güçlü kanıtlar sunmaktadır (Cochi vd., 1986; Istre vd., 1985). Bu hastalıklar başlıca; ishal, solunum yolu enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu olarak sayılabilir (Dewey vd., 1995; Lopez-Alarcon vd., 1997; Pisacane vd., 1992). Kesin mekanizmalar henüz net olmasa da, anne sütü alımının

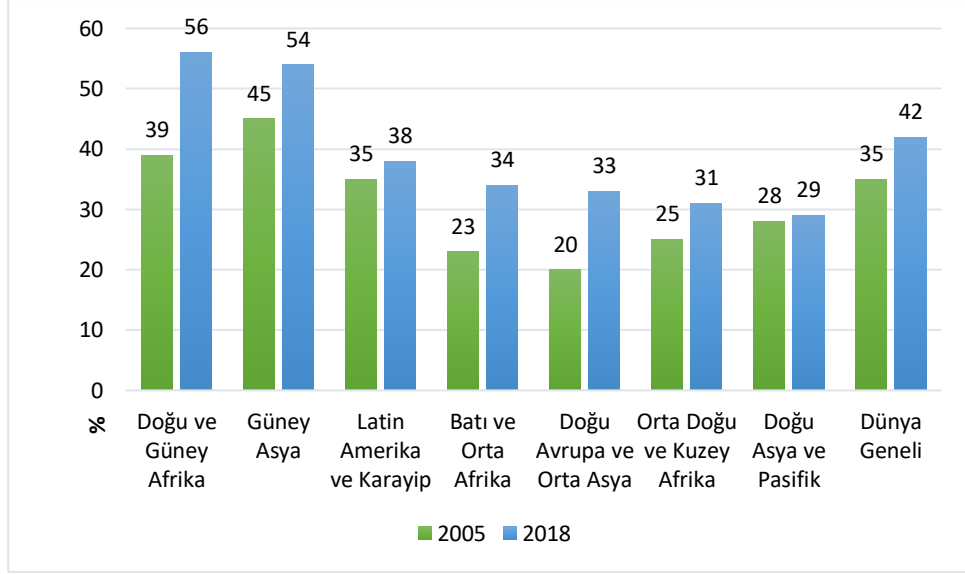
daha sonraki yaşamda obezite ve buna bağlı komorbidite insidansı üzerindeki önleyici olduğunu desteklemektedir. Uzun süreli anne sütü tüketiminin bebeklere faydası aynı zamanda sağlıklı sindirim sistemi gelişimi ile de ilişkilidir (Jayasinghe vd., 2021).

Anne sütü bebeğe özgüdür ve anne sütü dışındaki tüm besin ve mamalar anne sütünden belirgin şekilde farklıdır, bu da anne sütünü bebek beslenmesi için üstün ve benzersiz kılmaktadır. Sadece anne sütü, büyüme, sağlık, gelişme ve diğer tüm kısa ve uzun vadeli sonuçlar açısından tüm alternatif beslenme yöntemlerinin karşılaştırılması gereken referans veya normatif modeldir. Ek olarak, anne sütüyle beslenen prematüre bebeklerle yapılan çalışmalarda, mamayla beslenen prematüre bebeklere kıyasla daha iyi gelişim sonuçları elde edilmiştir (Gartner vd., 2005).

2.2 Dünyada ve Türkiye’de Emzirme Prevalansı

Emzirme, tüm çocukların hayatta kalmasını, sağlığını ve gelişimini iyileştirir. Ev ve ülke ekonomisine katkıda bulunur (Rollins vd., 2016). Düşük ve orta gelirli ülkelerde 6 aylıktan küçük bebeklerin sadece %37’si sadece anne sütü ile beslenmektedir. Birkaç istisna dışında, yüksek gelirli ülkelerde emzirme süresi, düşük gelirli ülkelere göre daha kısadır. Emzirme oranının artmasının, 5 yaşından küçük çocuklarda yıllık 823.000 ölümü ve meme kanserinden yılda 20.000 ölümü önleyebileceği ön görülmektedir (Victoria vd., 2016).

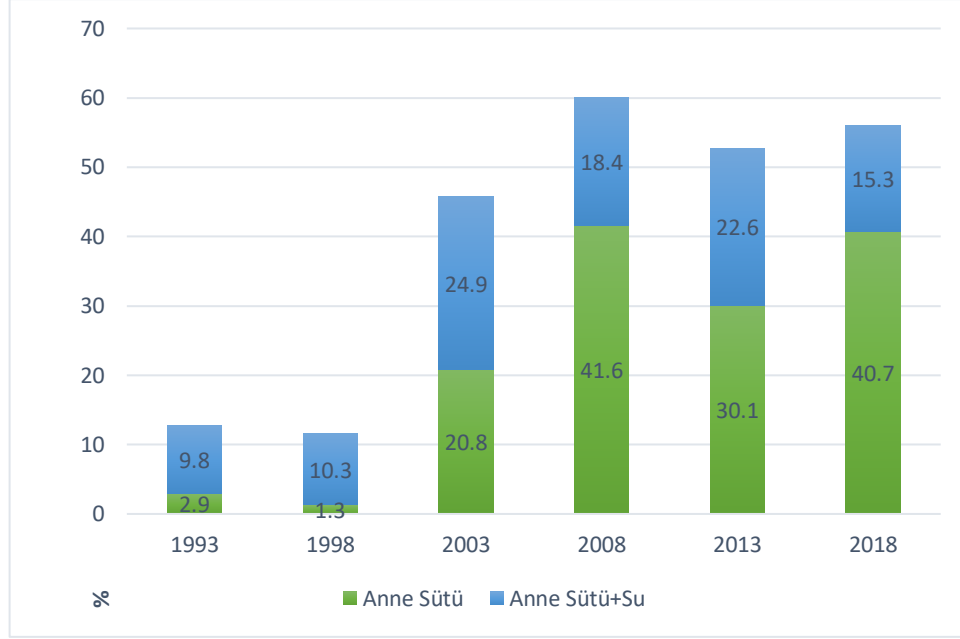
Anne sütünün bilinen birçok faydasına rağmen dünyada anne sütü tercihinde hala hedeflenen düzeye erişilememiştir. Bunun potansiyel nedenlerinin; anne sütü muadillerinin teşviki, emzirmeye karşı sosyal ve kültürel tabular, birçok kadının çocuk bakımı ile çalışmayı dengelemek için verdiği mücadele ve emzirme için destek eksikliği olabileceği düşünülmektedir (Keeley vd., 2019).



Şekil 2.1: UNICEF 2005 ve 2018 yıllarında 0-5 aylık sadece anne sütüyle beslenme oranındaki değişim.

WHO, 2025 yılına kadar 6 aylıktan küçük bebeklerin sadece anne sütü ile beslenme oranının %50 olmasını hedeflerken Şekil 2.2.1’de görüldüğü üzere Güney Asya, Doğu ve Güney Afrika haricinde diğer bölgeler bu hedefin hala gerisindedir. Ancak dünya genelinde önceki yıllara göre ilerleme kaydedilmiş olması iyiye işarettir (Keeley vd., 2019; Organization, 2014).

TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) verilerine göre son 10 yılda emzirme oranını %10 artmış olsa da hala hedeflenen düzeye ulaşamamıştır (Çınarlı vd., 2017).



Şekil 2.2: Türkiye’de yıllara göre 6 aydan küçük bebeklerde anne sütü ile besleme oranları.

Ülkemizde 6 aydan küçük bebeklerden sadece anne sütü alanların oranı da Şekil 2.2’de görüldüğü üzere oldukça dikkat çekicidir. 2008 yılında bu oran %41,6 iken; 5 yıl içinde %30.1’e düşmüş; 2018 yılında ise tekrardan yükselerek %40,7 olmuştur (Prof. Dr. G. Gökçay & Beyazova, 2020).

2.3 Emzirme Kararını Etkileyen Faktörler

Anne sütü ile besleme kararını annelerin yaşı, evli olma durumu, sigara içme durumu gibi faktörlerin yanı sıra çevresinin kültürü, bilgisi ve inanışları da etkilemektedir. Özellikle ülkemizde aile büyüklerinin kararlarının, sağlık kuruluşlarında dağıtılan broşürlerin ve sağlık personellerinin verdiği bilgilerin etkili olduğu saptanmıştır. Anne başta olmak üzere ailenin eğitimi, çocukların beslenmesinde ve gelişiminde önemli faktörlerden biridir (Kızıltepe, 2011).

İyi bir eğitim ile ebeveynler özellikle çocuklara nasıl bakılacağı, çocuk sağlığının nasıl korunacağı ve çocukların eğitimi ile ilgili tüm bilgilere sahip

olmalıdırlar (Faculty of Nursing and Midwifery, Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya vd., 2020).

Son yıllarda, hem emzirmeye karar vermede hem de emziren anneyi desteklemede babaların rolüne de oldukça dikkat edilmektedir. Bu süreçte bir babanın rolünün eşinin kararını onaylamak ve pratik ve duygusal destek sağlamak olmalıdır (Datta vd., 2012).

2.4 Anne Sütü ile Beslemenin Teşvik Edilmesi ve Desteklenmesi

Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), yaklaşık 6 ay boyunca sadece anne sütü ile beslenmeyi, ardından tamamlayıcı besinler ile birlikte emzirmeye devam edilmesini ve anne ve bebeğin karşılıklı olarak istediği şekilde 1 yıl veya daha uzun süre emzirmeye devam edilmesini tavsiye etmektedir. Emzirmeye tıbbi kontrendikasyonlar nadirdir (Eidelman & Schanler, 2012). Bu kontrendikasyonlar anneye ait, bebek ile ilişkili ve çevresel faktörler olarak sınıflanabilir (Dinçer, 2019).

Son yüzyılda sanayileşme ve kentleşmeye bağlı olarak artan çevre kirliliği gıda güvenliğini de olumsuz etkilemiştir. Ancak doktor tavsiyesi, bebeğin fiziksel ve zihinsel gelişimi, annenin çalışma durumu ve daha birçok faktöre bağlı olarak aileler bebekleri için bazı seçimler yapmak zorundadırlar. Bu seçeneklerden biri de son yıllarda pazar payı giderek artan ve böylece beslenmedeki payını artıran bebek mamalarıdır (Başaran, 2022). Bebek mamalarının çoğu inek sütünden veya soya fasulyesinden yapılır. (Tampubolon vd., 2021).

Emzirmenin, ebeveyn seçimi veya tıbbi ihtiyaç nedeniyle gerçekleşmediği durumda, bebek mamalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Piyasada giderek artan bebek maması çeşitleriyle, hangi mamanın hangi bebeğe uygun olduğunu anlamaya çalışmak giderek daha karmaşık hale gelmektedir. Bebeklerin fiziksel ve zihinsel gelişimi için gerekli besinlerle zenginleştirilmiş, reflü ve laktoz intoleransı gibi özel

durumlar için geliştirilmiş yüzlerce bebek mamasını piyasada bulmak mümkündür (Traves, 2019).

Mama yerine anne sütü ile beslemeyi teşvik etmek için birçok ülke çeşitli politikalar izlemektedir. 1981 yılında “Anne Sütü Yerine Kullanılan Ürünlerin Pazarlanmasıyla İlgili Uluslararası Yasa (Mama Kodu)” Dünya Sağlık Asemblisi’ne katılım sağlamış ülkeler tarafından uygulanmaktadır. Bu yasa tüm bebeklerin yeterli ve güvenli bir şekilde beslenmesini desteklemesinin yanı sıra biberon ve emzik gibi ürünlerin pazarlanmasıyla ilgili olduğu gösterilmiştir (Prof. Dr. G. Gökçay & Beyazova, 2020).

Mayıs 2010’da gerçekleşen, Türkiye’nin de üye olduğu, 63. Dünya Sağlık Asamblesi, bebekler ve küçük çocuklar için bebek mamalarının ve bazı ticari besinlerin teşvik edilmesinin optimal bebek ve çocuk beslenmesini baltaladığını kabul etmiş ve tüm üye devletlere “bebekler ve çocuklar için uygunsuz besin tanıtımını sona erdirmek” çağrısında bulunmuştur. İki yıl sonra, Mayıs 2012’deki kararda, 65. Dünya Sağlık Asamblesi, Genel Direktör’den “Bebekler ve çocuklar için besinlerin uygunsuz tanıtımına ilişkin Codex Alimentarius Komisyonunun devam eden çalışmalarını dikkate alarak açıklama ve rehberlik sağlamasını” talep etmiştir (McGuire, 2015; Zehner, 2016). Bebekler ve çocuklar için hazırlanan ‘Besinlerin Uygunsuz Tanıtımını Sonlandırma Rehberi’nin amaçları emzirmeyi korumak, obeziteyi ve kronik hastalıkları önlemek ve sağlıklı beslenmeyi teşvik etmektir. Ayrıca Rehber, bakıcıların beslenme konusunda net ve doğru bilgiler almasını sağlamayı amaçlamaktadır (World Health Organization, 2017).

1990 yılında emzirme oranını artırma amaçlı UNICEF tarafından başlatılan “Bebek Dostu Hastane” uygulaması Türkiye tarafından da uygulanmıştır (Mısıroğlu vd., 2006; World Health Organization, 2020). Ancak ülkemizde yapılan bir

çalışmada, bebek dostu olmayan hastanelerdeki annelerin emzirme başarısının Bebek Dostu Hastane'deki annelerden daha iyi olduğu saptanmıştır. Güçlü ve etkin uygulamaların geliştirilmesi açısından yol gösterici başka çalışmalara da ihtiyaç vardır (Çelebioğlu vd., 2006).

2.5 Anne Sütünün Verilmediği Durumlar

AAP, yaklaşık 6 ay boyunca sadece anne sütü ile beslenmeyi, ardından tamamlayıcı besinler sunuldukça emzirmeye devam edilmesini ve anne ve bebeğin karşılıklı olarak istediği takdirde 1 yıl veya daha uzun süre emzirmeye devam edilmesini tavsiye etmektedir (Gartner vd., 2005). Anne sütü alan bebeklerde tıbbi kontrendikasyonlara yukarıda da belirtildiği gibi nadir de olsa rastlanmaktadır (Eidelman & Schanler, 2012).

2.5.1 Anneye Ait Faktörler

Kanıtlar emzirmenin önündeki ana engellerin sosyal, çevresel ve klinik olduğunu göstermektedir. Emzirmenin önündeki sosyal ve çevresel engeller arasında; sosyal destek eksikliği, doğum öncesi eğitimin yetersiz olması, emzirmenin sağlanmasında yardım eksikliği, bilgi eksikliği yer almaktadır. Emzirmenin önündeki klinik engeller çoğunlukla annelerinden ayrılmış bebekleri içermektedir (en yaygın olarak yoğun veya özel bakım ünitelerinde yatan hasta bebekler), özellikle yetersiz süt; ilk ay içinde mama kullanarak ve sağlık çalışanlarının annelerle iletişimi ve ailelere emzirme konusunda sergilediği olumsuz tutumlar ve uygun olmayan tavsiyeler (örneğin, mama ile ek beslemeye ilişkin standart tavsiyeler) yer almaktadır (New Zealand & Ministry of Health, 2021).

Annenin sigara içmesi durumunda, anne sütüne nikotinin kolaylıkla geçmesi, süt miktarını azaltması nedeniyle derhal bırakması önerilmektedir. Bırakılamayacağı

durumda ise azaltması ve emzireceğinde bebeğin yanında içmemesi önerilmektedir (Prof. Dr. G. Gökçay & Beyazova, 2020).

Bazı durumlarda emzirme mümkün olmayabilir, uygun olmayabilir veya yetersiz olabilir ve bu da emzirmenin kesilmesini gerektirmektedir (Martin vd., 2016). Doğrudan emzirmenin mümkün olmadığı durumlarda sağılmış anne sütü sağlanmalıdır. Emzirme için bilinen bir kontrendikasyon belirlenirse, kontrendikasyonun geçici olup olmadığı değerlendirilmeli ve eğer öyleyse, süt üretimini sürdürmek için pompa önerilmelidir. Emzirmeye karşı tavsiyede bulunmadan veya erken süttten kesmeyi önermeden önce, anne sütü alamamanın riskleriyle emzirmenin yararları tartışılmalıdır (Gartner vd., 2005).

Erken doğum sonrası bebeklerin beslenmesi ile ilgili en önemli sorunlardan biri, meme bezlerinin tam olgunlaşmasından önce sütün erken üretilmesi ve erken doğmuş bebeğin sindirim sisteminin yeterince olgunlaşmamış olmasıdır (Lugonja & Spasić, 2020). Brezilya'da yapılan bir çalışmaya göre annelerin prematüre bebeklerini doğumdan hemen sonra emzirememeleri ile ilgili ifade ettikleri başlıca duygular: üzüntü, suçluluk, hayal kırıklığı, güvensizlik ve emzirirken hassas bebeklere dokunma, tutma veya zarar verme korkusu olmuştur. Ancak bebek, Yoğun Bakım Ünitesi'nden taburcu edilip yatakhaneye alındığında oluşan anne-bebek bağı, ilk emzirmeyi deneyimlemenin verdiği doyum, gurur ve memnuniyet duyguları olarak değişmiştir (Davim vd., 2010).

Annenin farmakolojik tedavi gördüğü durumlarda emzirmeye ilişkin öneriler, bebeğe ve anneye yararları ile bebeğe olası ilaca maruz kalma riskleri arasında dengelenmelidir. Kontrendike olan sadece sınırlı sayıda ajan vardır ve genellikle uygun bir ikame bulunabilmektedir (Breastfeeding vd., 2012).

Prematüre bebekler için, anne sütünün gastrointestinal olgunlaşmayı ve immünolojik faydaları teşvik etmede benzersiz özellikleri olduğundan, faydalarını uygun şekilde harekete geçirmek için takviye stratejileri uygulamak çok önemlidir. Süt bankalarından donör anne sütü, annenin kendi sütünün bulunmadığı veya erken doğmuş bebekler için yetersiz olduğu durumlarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu süt erken anne sütünden farklıdır. Anne sütüyle ilgili sıklıkla gözden kaçan bir başka sorun da, altı aydan sonra bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli mikro elementlerin (Zn, Fe ve Cu) yeterli olmaması ve bu nedenle sütün etkin bir şekilde desteklenmesi gerektiğidir (Lugonja & Spasić, 2020).

2.5.2 Bebek ile ilişkili Faktörler

Bebeğin ağızında oluşan yaralar, tavşan dudak, yarık dudak gibi bazı doğumsal anomaliler emzirmeyi zorlaştırabilmektedir. Prematüre bebeklerde de gelişimi dikkatli izlenerek anne sütüne ek mama gerekebilmektedir (Dinçer, 2019).

Galaktozemi, MSUD (akçaağaç şurubu hastalığı) gibi metabolik hastalıklarda anne sütü verilmez, özel mamalarla beslenmelidir. Ancak PKU (fenilketonüri) hastalığında dikkatli takip şartı ile bir miktar anne sütü tüketimi sağlanabilmektedir (Bilgen vd., t.y.) Ayrıca diğer bazı metabolik hastalıklarda da çok dikkatli izlem gerekmektedir. Bunlar; şilomikronemi, uzun zincirli açıl CoA dehidrogenaz eksikliği, izovalerik asidemi, üre siklus enzim eksiklikleri, propiyonik asidemi, metil malonik asidemi olarak sayılabilir (Barutçu, 2020).

2.5.3 Çevresel Faktörler

Dioksinler, yüksek toksik potansiyelleri nedeniyle endişe vericidir. Deneyler, bunların bir dizi organ ve sistemi etkilediğini göstermiştir. Dioksinler vücuda girdikten sonra, kimyasal stabilite ve yağ dokusu tarafından emilme yetenekleri nedeniyle uzun süre dayanır ve burada daha sonra vücutta depolanırlar. Gelişmekte

olan fetüs, dioksin maruziyetine çok duyarlıdır. Hızla gelişen organ sistemlerine sahip bebekler de bazı etkilere karşı daha savunmasız olabilmektedir (World Health Organization, 2000). Japonya'da anne sütünde dioksin saptanması ve bunun neden olduğu emzirilen bebeklerde rahatsızlıklara ilişkin endişeler artmıştır. Japonya'daki 35 gebe kadından alınan anne sütü ve anne kan örneklerindeki dioksin düzeyleri analiz edilmiştir. Çalışmada chlorella takviyesinin anne sütündeki dioksin seviyelerini azalttığı bulunmuştur. Ayrıca anne sütündeki IgA seviyelerini artırarak emzirilen bebekler üzerinde de faydalı etkileri olabileceğini göstermektedir (Nakano vd., 2007).

WHO, Ebola'dan şüphelenilen veya teyit edilen kadınların emzirmeyi derhal durdurmasını ve teşhis testlerine öncelik verilmesini önermektedir. Anne sütü yoluyla Ebola'ya maruz kalan her çocuğun; güvenli bakıma alınması, 21 gün boyunca semptomlar açısından yakından izlenmesi ve uygun bebek maması ile beslenmesi gerektiğini önermiştir (Organization, 2020).

WHO'nun son raporunda, anne sütü yerine geçen ürünlerin uygunsuz pazarlanması, emzirme oranlarını iyileştirme çabalarını baltalamaya devam etmekte ve Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) krizinin bu tehdidi daha da yoğunlaştırmakta olduğu belirtilmektedir. COVID-19, bugüne kadar doğrulanmış veya COVID-19 şüphesi olan hiçbir annenin sütünde tespit edilmemiştir. Sonuç olarak annelerin emzirmelerinde bir sakınca görülmemiştir (Countries Failing to Stop Harmful Marketing of Breast-Milk Substitutes, Warn WHO and UNICEF, t.y.). Bebeklerin SARS-CoV-2 ile enfekte olmasını önlemek amacıyla hükümetler, profesyonel kuruluşlar ve sağlık kuruluşları, yeni doğan bebekleri annelerinden izole eden ve emzirmeyi engelleyen politikalar uygulamaktadır. COVID-19 pandemisi ve virüsü taşıyan annelerin emzirme için bir kontrendikasyon nedeni olmadığını altı

çizilmelidir. Bebek sağlığını ve refahını en üst düzeye çıkarmak için COVID-19 politikalarının, anne yakınlığını ve emzirmeyi desteklemesi gerektiği açıkça belirtilmektedir (Gribble vd., 2020).

2.6 Anne Sütünün İçeriği

Anne sütünde bulunan tüm besin ögeleri, anne sütüyle beslenen bir bebeğin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için gereklidir (Ballard & Morrow, 2013). Zamanında doğan bebekler için anne sütü; içeriği, kalitesi, miktarı ve oranı açısından en uygun bileşime sahiptir (Laskowska & Książyk, 2011). Anne sütü, makro besinlerin (karbonhidratlar, proteinler ve lipidler) yanı sıra çok sayıda biyoaktif bileşik (büyüme faktörleri, hormonlar, sitokinler, kemokinler ve antimikrobiyal bileşikler) içermektedir (Garwolińska vd., 2018).

2.6.1 Karbonhidrat

Glikoz ve galaktozdan oluşan bir β -disakkarit olan laktoz, anne sütündeki en temel karbonhidrattır ve toplam karbonhidartın %90-95'ini oluşturmaktadır. Tüm memeliler arasında, insan beyninin yüksek enerji gereksinimi nedeniyle, insan sütünde en yüksek konsantrasyonda (yaklaşık 7 g/100 ml) laktoz bulunur (Andreas vd., 2015).

Sütte sabit bir ozmotik basıncın sürdürülebilmesi için stabil bir laktoz konsantrasyonunun önemli olduğu göz önüne alındığında anne sütündeki karbonhidrat konsantrasyonu, makro besinlerin en az değişkenidir. Dolayısıyla annenin beslenme durumunun, sütteki toplam karbonhidrat konsantrasyonları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı bilinmektedir (Martin vd., 2016).

Oligosakkaritler kompleks glikanlardır ve insan sütündeki en büyük üçüncü katı bileşendir. Oligosakkarit bileşimi, kısmen genetiğe bağlı olarak kadınlar arasında değişmektedir. Bu glikanlar, bebeğin bağırsak mikrobiyotası için sadece

bifidobakterilere değil, aynı zamanda bazı bacteroides'e de ana substrat sağlamaktadır. (Seppo vd., 2017).

2.6.2 Protein

Kazein ve whey proteinleri olmak üzere anne sütünde 2 çeşit protein bulunmaktadır. Kazein midede pıhtı haline gelir; whey sıvı halde kalır ve whey proteinin sindirimi daha kolaydır. Sütün evresine bağlı olarak anne sütündeki proteinin %50-80'i whey proteindir (Guo, 2020). Kazein ve whey proteinlerinin amino asit profilleri farklı olduğundan, anne sütünün genel amino asit profili laktasyon aşamasına bağlı olarak değişmektedir. En fazla bulunan serbest amino asit olan ve sitrik asit döngüsü için elzem olan glutamin, olgun sütte, kolostrumdaki en düşük değerinden yaklaşık 20 kat daha yüksektir (Agostoni vd., 2000; Z. Zhang vd., 2013). Ayrıca çalışmalarda anne sütünün özellikle glutamik asit olmak üzere spesifik serbest amino asit içeriğinin, büyümenin yanı sıra iştah üzerinde de düzenleyici bir etkiye sahip olduğu öne sürülmüştür (Mennella vd., 2011; Rzehak vd., 2009).

2.6.3 Yağ

Anne sütü yağı tat ve aroma taşıyıcısıdır. Genel olarak, anne sütü yağ içeriği oranı emzirme döneminde %3,5 ile %4,5 arasında değişmektedir. Toplam lipidlerin yaklaşık %95'ini trigliseritler oluşturmaktadır. Süt yağ asitlerinin yaklaşık yarısı doymuş yağ asitleridir ve toplam yağ asitlerinin %23'ünü palmitik asit (C16:0) oluşturmaktadır (Guo, 2020).

Anne sütündeki yağ, bebekler için temel olarak enerji kaynağı, yağda çözünen vitaminlerin ve elzem yağ asitlerinin ana kaynağıdır. Süt yağının anne sütündeki ana enerji kaynağı olarak önemli rolüne rağmen, anne sütünün en değişken bileşenidir (Mitoulas vd., 2002). Anne sütündeki yağ asitleri oran ve seviyeleri, annenin beslenmesine paralel olarak etkilenmektedir (Samur vd., 2009). Doğumdan

sonraki ilk ayda sütteki ortalama yağ konsantrasyonu 3,5 g/100 ml'dir (Yang vd., 2014).

Özellikle, linoleik asit (n-6) ve alfa-linolenik asitten (n-3) araşidonik asit (AA) ve Dokosaheksaenoik Asit (DHA) sentezi, erken enzim aktivitesi nedeniyle fetüs ve yenidoğanda sınırlıdır. Bu nedenle, gerekli miktarda AA ve DHA, gebelik sırasında veya doğumdan sonra anne sütü olarak anneden gelmelidir. Bir çalışma, anne sütündeki yağ içeriğinin ve tüm çoklu doymamış yağ asitlerinin yüzdesinin, emzirmenin altıncı haftası ile altıncı ayı arasında önemli ölçüde arttığını göstermiştir (Joardar vd., 2006).

Ayrıca anne sütünün yüksek oranda çoklu doymamış yağ asidi (PUFA) seviyelerinin bebekte atopik dermatit ve alerji gelişme riskini azalttığı bulunmuştur (Logan vd., 2017; Soto-Ramírez vd., 2012).

2.6.4 Vitaminler ve Mineraller

Anne sütündeki mikro besinler ise 2 gruba ayrılmıştır: konsantrasyonları annenin durumu veya diyet alımından etkilenenler ve annenin durumu ve diyet alımından etkilenmeyenler. Annenin durumu veya diyet alımından etkilenenler gruptaki mikro besinler; B12 ve B6 vitaminleri, selenyum, A vitamini, iyot, kolin ve riboflavindir. Bu vitaminlerin eksik olduğu popülasyonlarda, anne sütündeki içerikleri muhtemelen yetersiz olacaktır ve anne ve/veya bebek için takviyeye ihtiyaç olacaktır. Annenin durumu ve diyet alımından etkilenmeyen mikro besinler; D vitamini, kalsiyum, demir, bakır ve çinkodur. Demir, anneleri gebelik sırasında demir eksikliği olan, düşük doğum ağırlıklı ve/veya gebelik yaşına göre küçük olan ve yalnızca anne sütüyle beslenen bebekler için özellikle önemlidir (Lutter vd., 2021).

Anne sütünde kalsiyum, demir ve çinko gibi bazı minerallerin miktarı diğer sütlerle karşılaştırıldığında düşük gibi görünmektedir. Ancak anne sütündeki

formlarının biyoyararlılığının yüksek olması yine anne sütünün ön plana çıkmasını sağlamaktadır (Baysal vd., 2008). Bir çalışmada çoklu mikro besin takviyesinin bebekte vücut ağırlığı ve adipozite üzerindeki etkileri ile birlikte gebeliğin çeşitli risklerine etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmaya 970 katılımcı dahil edilmiştir (528'si diyetleri çoklu mikrobeseinlerle desteklenmiştir ve 442'si desteklenmemiştir). Çalışma sonucunda mikrobesein takviyesi alan 30 yaş altındaki annelerde gestasyonel diyabet (GDM) gelişme riskinin arttığı bulunmuştur. Ayrıca bu analizde, gebelikte anneye mikro besin takviyesinin, bebekte adipozite artışı ile ilişkili olduğuna dair kanıt bulunmuştur (Petry vd., 2020).

2.6.5 Sıvı Miktarı

Anne sütü %87 oranında sıvıdır. Bu nedenle bebeğin ilk 6 ay su da dahil olmak üzere herhangi bir sıvı ve besine ihtiyaç duymamaktadır. İlk 6 ay anne sütünün teşviki burada da ön plana çıkmaktadır (Barutçu, 2020).

2.6.6 İmmünolojik Faktörler ve Diğer Bileşikler

Olgun sütle karşılaştırıldığında, erken gelen süt, test edilen her emzirme evresinde daha yüksek bir melatonin konsantrasyonuna sahip bulunmuştur. Bu, özellikle doğumdan sonraki ilk birkaç hafta boyunca prematüre bebekler için faydalı olabilmektedir (Qin vd., 2019).

Kolin, hücre membranındaki fosfolipidlerin bir bileşeni olan nörotransmitter asetilkolinin öncüsüdür ve hızlı büyüme ve gelişme için gereklidir. Anne sütü, bebeklerin yaşamının ilk aylarında tek kolin kaynağıdır ve hızlı büyüme ve gelişme için gereklidir (Elde & Van Parys, 2022).

Anne sütünde bulunan bazı metabolitlerinin biyolojik fonksiyonlarının özeti Tablo 2.1'de yer almaktadır (Garwolińska vd., 2018).

Tablo 2.1: Anne sütü metabolitlerinin biyolojik fonksiyonları

Anne Sütü Metaboliti	Biyolojik Fonksiyon
Anne sütü oligosakkaritleri	<ul style="list-style-type: none"> • İshale karşı koruma • Bebeğin bağırsak mikrobiyotasının şekillendirilmesi ve probiyotik etkilerinin gösterilmesi • Çok sayıda bakteri ve virüse karşı yapışma önleyici faktörler olarak hizmet etmek • Dengeli inflamatuvar yanıtların sürdürülmesini kolaylaştırarak bebeğin bağışıklık sistemini modüle etmek ve uygun fizyolojik işleve katkıda bulunmak
Kreatin	<ul style="list-style-type: none"> • Nörolojik yararları
Karnitin	<ul style="list-style-type: none"> • Yenidoğan fizyolojik işlevleri
Nükleotidler	<ul style="list-style-type: none"> • Hücresel fonksiyon ve metabolizmasında kilit roller oynamak • Bebek bağışıklığının güçlendirilmesi • Karaciğer ve bağırsak morfolojisini ve işlevini etkilemek • Demir emilimini teşvik etmek • Lipidlerin metabolizmasını kolaylaştırmak • Uyku indükleyiciler
Poliaminler	<ul style="list-style-type: none"> • İnce bağırsağın büyüme ve gelişimi • Besin alerjilerinin önlenmesi
Trigliseridler	<ul style="list-style-type: none"> • Enerji sağlamak • Metabolik ve yapısal fonksiyonlar • Optimal beyin gelişimini desteklemek • Görme keskinliğini etkileme
Kolesterol	<ul style="list-style-type: none"> • Karaciğerde safra asitleri, steroidler ve D vitamini metabolizmasında önemli rol oynar • Hücre zarlarının önemli bir bileşenini oluşturan sinir sistemi gelişimi
Gangliosidler	<ul style="list-style-type: none"> • Beyin gelişimi • Bağırsak korumasını etkileme • Escherichia coli ve Vibrio cholera kaynaklı enterotoksinlerin inhibisyonu

Anne sütünün immünomodülatör bileşimi anneler arasında değişmektedir. Anne sütündeki çok sayıda immünolojik bileşen, bebekte alerji riskinin azalması ile ilişkilendirilmiştir (Rajani vd., 2018).

2.7 Anne Sütü İçeriğini ve Miktarını Etkileyen Faktörler

Anne sütü bebek beslenmesi için altın standarttır. Emzirmenin kanıtlanmış kısa ve uzun vadeli tıbbi ve nörogelişimsel avantajları göz önüne alındığında, bebek beslenmesi yalnızca bir yaşam tarzı seçimi değil, halk sağlığının geliştirilmesi için de önemli olduğu bilinmektedir (Eidelman & Schanler, 2012).

Anne sütü üretimi nörolojik, psikolojik, fizyolojik bir çok faktörden etkilenebilmektedir (Prof. Dr. G. Gökçay & Beyazova, 2020) (Tablo 2.2).

Tablo 2.2: Anne sütü üretimini artıran ve azaltan faktörler

Anne sütü üretimini artıran faktörler	Anne sütü üretimini azaltan faktörler
Annenin emzirme konusundaki özgüveni	Annenin emzirme konusundaki güvensizliği
Doğum sonrası erken emzirme	Annede ağrı, kaygı ve korku varlığı
Sık aralıklarla emzirme	Annede doğum sonu depresyon varlığı
Memelerin düzenli olarak boşaltılması	Memelerin düzenli olarak boşaltılmayışı, memede süt göllenmesi
Etkin emzirme	Zor ve travmatik doğum
Gece emzirmeleri	Kullanılan bazı ilaçlar
Anne ile bebeğin aynı odada bulunması, annenin bebeğini görmesi	Annenin günlük enerji alımı 1500 kkal altında olacak şekilde katı diyet uygulaması
Annenin önceki olumlu emzirme deneyimleri	Annenin önceki olumsuz emzirme deneyimleri
Annenin emzirme konusunda çevresel destek görmesi	Doğum sonrası ilk 4 hafta içinde emzik/biberon kullanımı

Geçmişten günümüze sütünün yetersiz olduğuna inanan anneler arasında süt artıran galaktogog kullanımı oldukça popülerdir. Hazır galaktogog çayları tüketimi veya metoklopramid gibi farmakolojik galaktogog alımını henüz bir sağlık otoritesi tarafından onaylanmamıştır. Anne sütünü artırdığına inanılan, sağlık açısından yetersiz kanıtlı, gereksiz uygulamalardan kaçınılmalıdır (Irmak vd., 2019; Top & Çam, 2022).

Anne sütünün bileşimi dinamiktir ve diyet ve beslenme durumu gibi birçok anne faktörüne göre değişebilir. Anne sütünün bileşimi anneler arasında değişmekle birlikte aynı annenin sütü gün içinde bile önemli ölçüde değişir. Kompozisyondaki bu çok boyutlu varyasyonun, bebeklerin değişen ihtiyaçlarına ve coğrafi bölge ve besin alımına uyum sağladığına inanılmaktadır (Butts vd., 2018). Her annenin sütü, kendi bebeğine benzersiz bir şekilde uygundur. Anne sütünün emzirme döneminde

büyüyen bir bebeğin ihtiyaçlarına uyum sağlamak için sürekli değiştiği bilinmektedir (Gartner vd., 2005).

Anne sütü bileşimi aşağıdaki faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir:

- Emzirme evresine göre,
- Belirli bir gün içinde; günün saatiyle (özellikle yağ içeriğinde günlük değişim); son beslenmeden bu yana geçen süre (son beslenmeden bu yana geçen süre ne kadar uzunsa, anne sütü yağ konsantrasyonu o kadar düşük olur)
- Bebek beslenmesi sırasında (yağ içeriğinde artış olmaktadır)
- Annenin yaşı ile (anne yaşı protein konsantrasyonunu etkiler ancak yağ veya laktoz konsantrasyonu üzerinde herhangi bir etkisi yoktur)
- Annenin diyeti, annenin etnik kökeni ile, gebelik döneminde annenin ağırlık kazanımı ile (gebelik sırasında annenin ağırlık artışı ile anne sütündeki yağ konsantrasyonu arasında bir ilişki vardır)
- Bebeğin doğum ağırlığı ile (çocuğun normal ağırlığından sapma, süt yağı içeriğinde değişikliklere neden olmaktadır).

Anne sütü bileşiminin dinamikleri, bebeğin tüm beslenme ihtiyaçlarının karşılanması ve bağışıklık sisteminin uyarılması için gelişmektedir. Bu nedenle, anne sütünün bileşimi büyük ölçüde bebeğin gereksinimlerine bağlıdır ve bebeğin yaşı gibi değişkenlere bağlı olarak da farklılık gösterebilmektedir (Pham vd., 2020).

2.8 Bebek Mamaları

Ülkemizde, bebek mamaları Uluslararası Gıda Standartları (Codex Alimentarius, FAO ve WHO) talimatları göz önünde bulundurularak hazırlanmaktadır. En yaygın olarak üretilen bebek mamaları standart inek sütü bazlıdır (Bükülmez, 2020). Yenidoğan mamalarının bileşimi protein, yağ,

karbonhidratlar, vitaminler, mineraller ve eser elementlerden oluşmaktadır ve anne sütünün besin içeriğine yakın olacak şekilde modifiye edilmiştir (Tampubolon vd., 2021). Anne sütünün verilemediği durumlarda sıklıkla anne sütüne uyarlanmış veya tamamlayıcı özellikte üretilen endüstriyel mamalar kullanılmaktadır. Mama türleri başlıca:

- a) 0-6 ay arası kullanılan mamalar
- b) 6. ay sonrası kullanılan mamalar
- c) Kaşık mamaları
- d) Bebek yemekleri ve kavanoz mamalar

olarak sayılabilir (Prof. Dr. G. Gökçay & Beyazova, 2020). 0-6 ay arası kullanılan ve 6 aydan sonra kullanılan mama türleri arasındaki fark protein içeriği değil, genellikle demir ve kalsiyum gibi mineral içeriğinde bulunmaktadır (Tampubolon vd., 2021).

Mamaların anne sütünden daha yüksek protein içermesinin olumsuz sonuçları olduğuna dair önemli kanıtlar bulunmaktadır. Mamalardaki daha yüksek protein içeriği, yaşamın ilk 2 yılında daha yüksek vücut ağırlığı ile ilişkili bulunmuştur. Ancak boy uzunluğu üzerinde hiçbir etkisi saptanmamıştır. Bu çalışmalar bebeklik döneminde, mama yerine anne sütü ile beslenmenin, protein miktarının mamalara göre daha düşük olması nedeniyle, ileriki dönemlerde aşırı ağırlık ve obezite riskini azaltabileceğini düşündürmektedir (Koletzko vd., 2009; Michaelsen & Greer, 2014; Summerbell vd., 2009).

Anne ve babaların bebeklerini mama ile beslemeleri için profesyonel destek gerekmektedir. Sağlık uzmanları ve bebek maması kullanımına ilişkin politika, mamayı emzirme teşvikine zarar vermeyecek şekilde kullanan ebeveynlere bebek

mamaları ile ilgili temel bilgilerinin nasıl sağlanabileceğini açıkça anlatabilmelidir (Appleton vd., 2018).

Araştırmalarda, bebeğin sadece mamayla beslenmesi veya hem anne sütü hem de mama ile karma beslenmesi, yaşamın ilerleyen dönemlerinde obezite gelişme riskini artırabileceği saptanmıştır. (Gubbels vd., 2011; Kramer, 1981; Weng vd., 2013).

Bebek mamalarının da güvenliğini tetkik etmek oldukça önemlidir. Melamin bulaşmış süt ürünleri uluslararası kuruluşların dikkatini çekmiştir. Hem WHO hem de FAO, son yılların en büyük krizlerinden biri olan bu kriz hakkında ulusal gıda güvenliği yetkililerini bilgilendirmek ve güncellemek için Uluslararası Gıda Güvenliği Otoriteleri Ağ'ını (INFOSAN) kullanmıştır. 54.000'den fazla bebek, melamin bulaşmış mama içtikten sonra Çin'de tıbbi tedaviye ihtiyaç duymuştur. Yaklaşık 12.900 bebek hastaneye kaldırılmıştır (Bhalla vd., 2009). Bu bağlamda bebeklerin anne sütü ile beslenmesi, bebeklere sağlıklı büyüme ve gelişme için ihtiyaç duydukları besinleri sağlamanın en ideal yolu olsa da, emzirilemeyen bebeklerin ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli miktarda ve güvenli bebek mamasının sağlanması da kritik bir öneme sahiptir (G. Gökçay vd., 2012).

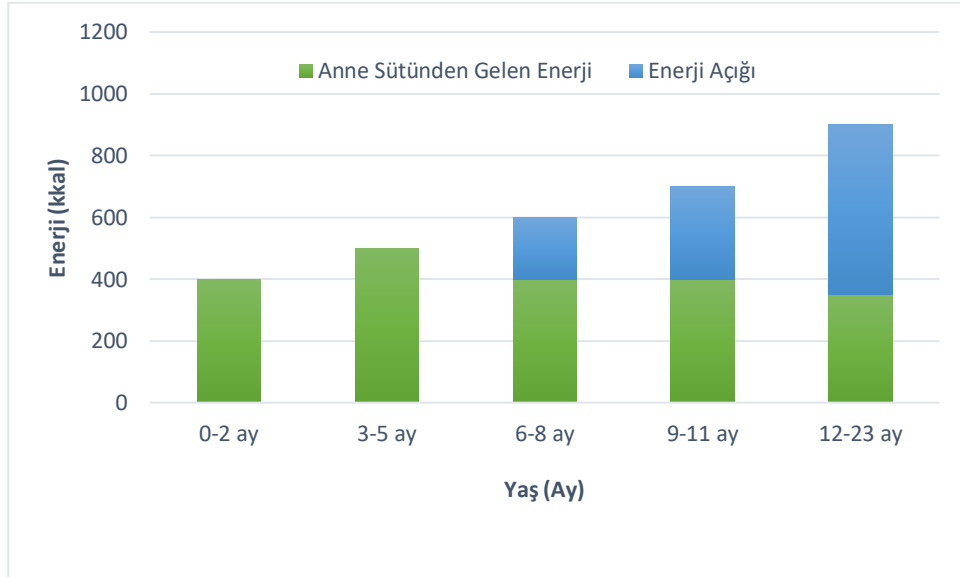
2.9 0-2 Yaş Bebeklerin Beslenmesi

Bebeklerde ve çocuklarda yetersiz beslenme büyüme ve gelişme bozukluklarına neden olabilir, erken tedavi edilmezse yetişkinliğe kadar devam edebilir. 0-24 ay, bebeklerin optimal büyüme ve gelişme için uygun besin alımını aldıkları "Altın Çağ" olarak adlandırılan hızlı büyüme ve gelişme dönemidir (Suryani vd., 2022). Çünkü doğumdan sonraki ilk 2 yıl, özellikle nörogelişim için oldukça önemlidir ve büyük bir kırılma dönemi olarak görülmektedir. Protein, uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitleri, demir, çinko gibi besin öğeleri, gelişmekte olan

beynin gereksinimleri nedeniyle özellikle bebek ve çocuk bu öğelerin eksiklik riski altındadır. Bu mikro besin eksikliklerinin ortadan kaldırılmasının, dünyanın IQ ortalamasını 10 puan artırma potansiyeline sahip olduğu tahmin edilmektedir (Georgieff vd., 2015).

2.9.1 Enerji ve Besin Ögesi Gereksinimleri

Annenin doğum öncesi beslenmesi ve bebeğin yaşamın ilk 2 yılında (ilk 1000 gün) beslenmesi, çocuğun nörolojik gelişiminde ve ömür boyu sağlığında rol oynayan çok önemli faktörlerdir (Schwarzenberg vd., 2018). Doğumdan itibaren emzirilen bebeklerin ilk 6 ay boyunca tüm ihtiyaçları anne sütü tarafından karşılanmaktadır. Ancak 6 aydan sonra anne sütüne ek tamamlayıcı gıdalarla kapatılması gereken bir enerji açığının olduğu görülmektedir. (World Health Organization, t.y.).



Şekil 2. 3: 2 yaşına kadar olan bebeklerin enerji gereksinimi ve anne sütünden gelen enerjinin enerji gereksinimi ve anne sütünden gelen enerji

Şekil 2.3'de çok net bir şekilde çocuğun büyüdükçe ve anne sütü alımı azaldıkça bu boşluğu kapatmak ve artan enerji ihtiyacını karşılamak için gerekli

besin miktarının da arttığı görülmektedir. Anne sütüne ek olarak ihtiyaç duyulan enerji 6-8 aylık bebeklerde günde yaklaşık 200 kkal, 9-11 aylık bebeklerde günde 300 kkal ve 12-23 aylık çocuklarda ise günde 550 kkal'dir (World Health Organization, 2009).

İlk 6 ay sonunda bebeğin artan enerji ve besin ögesi ihtiyacını karşılamak için tamamlayıcı besinlere ihtiyaç vardır. Bu dönemde yetersiz enerji ve besin ögesi alımı, büyümede duraksamaya ve hastalık riskinin artmasına neden olabilmektedir (Moumin vd., 2022). Obezite, hipertansiyon ve diyabet dahil olmak üzere çocukluk ve yetişkinlik döneminde görülebilecek hastalık riskleri, bu dönemde beslenme durumuna göre şekillenmektedir. Enerji, hem fetüsün hem de çocuğun büyümesi için gereklidir ancak normal beyin gelişimi için yeterli değildir. Beyin gelişimi için tüm besinler gerekli olsa da, nörogelişimi destekleyen temel besinler arasında protein, çinko, demir, kolin, folat, iyot, vitamin A, D, B₆, B₁₂ ve uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitleri yer almaktadır. Beyin gelişiminin bu kritik döneminde temel besinlerin sağlanamaması, sonraki besin yenilenmesine rağmen beyin fonksiyonunda ömür boyu eksikliklere neden olabilmektedir (Schwarzenberg vd., 2018).

Yeni doğmuş bir bebekte bulunan demirin %80'i gebeliğin üçüncü trimesterinde birikmektedir. Zamanında doğan bebekler genellikle 4-6 aylık olana kadar yeterli demir depolarına sahiptir. Zamanında doğan bebekler vücut ağırlığıyla orantılı olarak yüksek hemoglobin konsantrasyonuna ve yüksek kan hacmine sahiptir. Erken doğan bebeklerin bu hızlı birikimi kaçırımları nedeniyle toplam vücut demiri eksiktir. Anemi, intrauterin büyüme kısıtlılığı olan maternal hipertansiyon veya gestasyonel diyabet gibi durumlar, hem zamanında hem de erken doğan bebeklerde düşük fetal demir depolarına neden olabilmektedir (Baker vd., 2010).

2.9.2 Emzirme Dönemi

Emzirme, bebeklerin büyümesi ve sağlıklı gelişimi için ilk ve en iyi beslenme seçeneğidir (Brodrribb, 2015). Anne sütü, temel besin öğeleri dışında; immünoglobulinlerin, büyüme faktörlerinin, hormonların, sitokinlerin, akut faz proteinlerinin, antiviral ve antibakteriyel proteinlerin kaynağıdır. Sütte bulunan bu biyoaktif moleküller, bebeğin olgunlaşmamış bağışıklık sistemini desteklemektedir (Ballard & Morrow, 2013; Goldman, 2000). Anne sütü, besleyiciliğinin yanı sıra, potansiyel olarak büyümeyi olumsuz etkileyen enfeksiyonların, özellikle ishal ve solunum yolu hastalıklarının insidansını ve şiddetini azaltarak ve hastalık sırasında beslenme durumunu iyileştirerek bebek büyümesini desteklemektedir (Bahl vd., 2005; Ip vd., 2009; Lamberti vd., 2011). Altı çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde, emzirmenin ani bebek ölümlerinde %36 oranında azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Ip vd., 2007).

Emzirme, büyüme açığının önlenmenin yanı sıra, özellikle geliri düşük popülasyonlarda çocukluk ve ergenlik döneminde obeziteyi önleyebilmektedir. WHO tarafından yayınlanan bir raporda, emzirmenin aşırı ağırlık ve obeziteye karşı çocuklara koruma sağladığı sonucuna varılmıştır (Organization, 2003).

2.9.3 Tamamlayıcı Beslenme Dönemi

Beslenme, insan yaşam döngüsünde önemli bir rol oynar. Altı aylıkken bebeklerin artan beslenme ihtiyaçlarını karşılamak için anne sütü dışındaki besinler yani tamamlayıcı besinlerle tanıştırılması gerekmektedir (Suryani vd., 2022). Tamamlayıcı beslenme dönemi, beslenmenin bir yıldan daha az bir sürede %100 süt olan bir beslenme şeklinden yetişkin beslenmesine benzeyen bir beslenmeye dönüştüğü bir zamandır. Yaklaşık 6 aylık olana kadar tek besin kaynağı anne sütü (veya mama) alan bebekler, ilk "tamamlayıcı" besinler olarak "blenderize püre"

şeklinde tanışmaktadır. Ardından gittikçe normal besin dokusuna yakınlaştırılır; pürüzsüz püreden prüzlü püreye ve ince kıyılmışa kadar bir ilerleme ve bu şekilde yaklaşık 1 yaşına kadar tüketilmektedir (Taylor vd., 2021). Emzirmenin devamı ise bebeğin bireysel ihtiyaçlarına bağlıdır. Emzirme süresinde bir üst sınır yoktur. Tamamlayıcı besinler çocuğun yaşamının 17. haftasından önce ve 26. haftasından sonra verilmemelidir. (Laskowska & Książyk, 2011).

WHO, 6-23 aylık bebekler için önerdiği anne sütüne ek olarak alınan tamamlayıcı beslenme önerilerinde bulunmuştur (World Health Organization, 2009) (Tablo 2.3).

Tablo 2.3: Anne sütüyle beslenen 6-12 ay bebekler için tamamlayıcı beslenme sıklığı, özelliği ve miktarı

Yaş	Enerji	Besin Özelliği	Beslenme Sıklığı	Bir Öğünde Tüketilmesi Gereken Miktar
6-8 ay	200 kkal/gün	Yoğun püre halinde ya da iyice ezilmiş	2-3 ana öğün 1-2 ara öğün	2-3 tatlı kaşığı ile başlanıp bebeğin iştahına göre 125 ml'ye kadar
9-11 ay	300 kkal/gün	İnce kesilmiş ya da ezilmiş, bebeğin eliyle alabileceği şekilde	3-4 ana öğün 1-2 ara öğün	125 ml
12-23 ay	550 kkal/gün	Ev yemekleri, doğranmış veya gerekirse ezilmiş	3-4 ana öğün 1-2 ara öğün	250 ml

Tamamlayıcı besinlerin erken alınması; anne sütünün azalması ve çocuğun bağışıklık sistemini güçlendiren bu besinden mahrum kalması ile sonuçlanır (Şanlıer & Aytekin, 2004). Tamamlayıcı beslenme dönemi hem fiziksel hem de bilişsel

gelişim için kritik bir dönemdir. Bu dönemde, beynin büyüme hızı, en hızlı olan dönemlerdendir ve sonuç olarak, besin alımının zamanlaması ve miktarı hem olumlu hem de olumsuz etkilere neden olabilir. Tamamlayıcı beslenme, yeterli besin alımını sağlamaktan daha fazlasıdır; aynı zamanda aşırı enerji, tuz, şeker ve sağlıksız yağ alımından kaçınmakla ilgilidir. Bu dönem aynı zamanda bir çocuğun yiyeceklere dokunmayı öğrendiği ve yiyeceklerin tadı ile nasıl görüldüğü ve hissettirdiği arasında bağlantı kurduğu zamandır. Çocuğun özerkliğini destekler, aynı zamanda beslenme davranışları ve sağlık için uzun vadeli sonuçlar doğurur (Lutter vd., 2021).

Bu dönemde ailenin yaklaşımı oldukça önemlidir. Ebeveynlerin kontrol edici beslenme uygulamalarının (kısıtlayıcı veya baskıcı), çocukların kilo durumu üzerinde genellikle istenmeyen etkilere sebep olabilmektedir (Farrow & Blissett, 2008). Baskıcı beslenme; ebeveynlerin bebeklerini yemek yemeye teşvik etmesi anlamına gelirken, kısıtlayıcı beslenme; ebeveynlerin, özellikle şekerli veya yüksek yağlı yiyecekler olmak üzere, çocuklarının yiyecek tüketimi üzerindeki kontrolünü ifade etmektedir (Ventura & Birch, 2008). Kısıtlayıcı beslenme uygulaması, bebeklerin yemek yeme davranış gelişimini engelleyebilir. Ayrıca tokluğa karşı duyarsızlık oluşturarak BKİ'nin yükselmesine yol açabilmektedir (Anzman & Birch, 2009).

Bebeklerin katı besinlere geçiş dönemi önemlidir. Genelde bebekler katı besinlerle, pürelerle beslenmeye geçişle tanışırılır. Bununla birlikte, bebeklerin yiyecekleri tüm formlarda tüketimine izin verilmesi gerektiğini savunanlar da vardır. Bu süttten kesme yöntemi 'Bebek liderliğinde beslenme' (Baby-led weaning) (BLB) olarak bilinmektedir. Bebeklerin 6. aydan itibaren kendi başına beslenmesini vurgular. Bebekler tüm formlardaki besinleri kendileri seçer, kavrar, ağzına götürür ve kendi istekleriyle tüketirler. Yapılan bir çalışmada, geleneksel bir süttten kesme yaklaşımı kullanılarak süttten kesilen bebekler ile BLB yöntemi kullanılarak 18-24

aylık bebekler arasındaki yeme davranışları karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda, tamamlayıcı beslenmeye BLB yaklaşımının, küçük yaşlarda diyet çeşitliliğini artırdığı bulunmuştur (Morison vd., 2018).

Çiğ elma, çiğ havuç ve üzüm gibi yiyecekler, küçük çocuklar için önemli boğulma riskine rağmen, BLB'yi tanıtan videolarda en sık görülen yiyeceklerden bazılarıdır. Boğulma oranlarının geleneksel katı beslemeye göre farklılık gösterip göstermediği konusunda bir açıklık yoktur (Taylor vd., 2021).

2017'de bu konu ile ilgili bir olgu sunumunda BLB yönteminin olumsuzluklarından bahsedilmiştir. BLB yöntemini kullanan bir anne; bebeğinin ağız kenarında oluşan kızarıklıklar sebebiyle hastaneye başvurmuştur. Anne bu yöntemi internet/sosyal medya ile öğrendiğini, özellikle obeziteden koruma amacı ile yaptığını belirtmiştir. Tamamlayıcı besine geçiş süresince kaşık kullanılmadığı, annenin bebeğin önüne yiyecekleri koyduğu, bebeğin kendi seçtiği ve istediği miktarda tükettiği öğrenilmiştir. Bebeğin özellikle peynir yemesi ile yüzüne temas ettiği yerlerde oluşan kızarıklıklar şikayeti ile hastaneye başvurulmuştur. Çalışmada BLB yönteminin potansiyel olumsuz tarafları; özellikle demir gibi mikro besin eksikliklerine rastlamak, aspirasyon riski ve enerji alımında yetersizliğe bağlı büyümede geri kalma olarak belirtilmiştir. Bu nedenle ülkemizde de popüleritesi artan bir yöntem olarak görünse de henüz çalışmalar ve kanıtlar yetersiz görünmektedir (Akcaboy vd., 2017).

2.10 Büyümenin İzlenmesi ve Önemi

Büyüme dinamik bir süreçtir. Anne karnında başlar ve adolesan dönemin sonlanması ile tamamlanır. Büyüme süreci genetik ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Hormonlar, genetik hastalıklar ve beslenme bu faktörlerdendir (Öcal G vd., 2003). 2019 yılı UNICEF raporunda tüm dünyada 5 yaş altı 149 milyon

çocuğun bodur, 50 milyon çocuğun zayıf ve 40 milyon çocuğun ise şişman olduğu bildirilmiştir (Keeley vd., 2019).

1877'de büyümenin değerlendirilmesi amacıyla ilk olarak Bodvith tarafından geliştirilen, referans büyüme eğrileri kullanılmıştır. O günden bu zamana pek çok farklı referans eğriler geliştirilmiştir (Ulukol vd., 2001).

Yetersiz enerji alımının ilk net göstergesi ağırlık kazanımında durma/azalma olduğu için büyüme izleminde en duyarlı ölçüt olarak vücut ağırlığı kullanılmaktadır. Çocuğun beslenme durumunun değerlendirilmesinde büyümenin izlenmesi temel parametre olup vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve baş çevresinin ölçülmesi ve referans aralıklarla karşılaştırılması şeklinde yapılmaktadır. Boya göre ağırlık standart eğrilerine göre 5 persentil altında ise akut malnutrisyon düşünülmektedir. Hem boy uzunluğu hem de ağırlık düşük olduğunda genelde kronik malnutrisyon düşünülmektedir (Akşit, 2001).

Büyümenin izlenmesi, bebeğin/çocuğun antropometrik ölçümlerinin belirlenmiş zaman aralıklarıyla yapılması ve standart büyüme eğrilerinin değerlendirilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu izlem, doğumda başlanmalı ve çocukluk dönemi sonuna kadar rutin şekilde devam ettirilmelidir (İnce vd., 2011).

2.10.1 Antropometri

Antropometri, insanların ölçümlerini tanımlamak için kullanılan terimdir (Shepherd, 2020). Büyüme ve beslenme durumunun klinik değerlendirmesi, yetersiz veya aşırı beslenmenin değerlendirilmesi, kronik hastalığın seyri, diyet veya ilaç müdahalelerine yanıt izlemi, vücut kompozisyonunun doğru ölçümü ile takip edilebilmektedir. Ancak yetişkinlerde kullanılan vücut kompozisyonu yöntemleri, pediatrik popülasyonlara her zaman uygulanması mümkün olmayabilmektedir (Butte vd., 2000). İki yaşına kadar olan çocuklarda vücut kompozisyonunun

değerlendirilmesi için çeşitli yöntemler mevcuttur. Geleneksel olarak, deri kıvrım kalınlıklarını kullanan antropometrik tahmin denklemleri, yağ kütlesini değerlendirmek için kullanılmıştır, ancak son yıllarda çeşitli yöntemler geliştirilmiş ve büyük ölçüde antropometrik modellerin yerini almış bulunmaktadır. Ancak bu yöntem büyük epidemiyolojik çalışmalar için pratik değildir (Kouwenhoven vd., 2021). Yenidoğan adipozitesi, gelecekteki metabolik sağlığın temsilcisidir. Yenidoğan yağ kütlesinin tahmin denklemi çok sayıda epidemiyolojik çalışmada kullanılmıştır (Josefson vd., 2019).

Bebek ve çocuklarda büyüme ve gelişmenin izlenmesinde en yaygın olarak kullanılan antropometrik ölçümler; vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve baş çevresidir (Baysal vd., 2008). WHO, bebek ve çocukların gelişiminin en doğru takibinin sağlanması için 3 belirteç belirlemiştir. Bunlar; yaşa göre ağırlık, yaşa göre boy uzunluğu ve boya göre ağırlıktır. Bu belirteçler malnütrisyon tanısının konulmasında birincil basamaktır. Bebeklerin düşük kilolu olmasını önlemek için bebek büyümesi, WHO'nun yayınladığı 'Büyüme Eğrisi Standartları' ile izlenebilmektedir (Eidelman & Schanler, 2012).

2.10.2 Persentil

Büyüme eğrileri oldukça yaygın kullanılmaktadır. Persentil, büyümenin değerlendirilmesinde kullanılan bir standarttır. Persentil eğrileri aynı yaş ve cinsiyetteki çocukların büyümelerini değerlendirmede kullanılır. Bu grafik üstünde bir çan eğrisi bulunur. Ortalama değer bu çan eğrisinin tepe noktasına denk gelmektedir. Ortalama değer her iki yanında 1 standart sapma (SD) içinde yaklaşık %68, 2SD içinde %95'lik kısım bulunmaktadır. Normal ve normal büyümeyen arasında özel bir persentil ayrımı bulunmamaktadır. 10 persentildeki çocuk da; 75 persentildeki çocuk da sağlıklıdır. Ortalamanın 2SD altı ve üstü çocuğun büyüme

değerlerinin toplum standartlarından uzaklaştığı anlamına gelmektedir. Percentile göre yaşa göre ağırlık ve yaşa göre boy uzunluğu sınıflandırılması Tablo 2.4’de verilmiştir (İnce vd., 2011; Seyhan, 2021).

Tablo 2.4. Percentile göre değerlendirme

Persentil	Yaşa göre ağırlık	Yaşa göre boy uzunluğu
< 3. veya <5. persentil	Çok zayıf	Çok kısa
≥5. - <15. persentil	Zayıf	Kısa
≥15. -<85. persentil	Normal	Normal
≥85. – <95.persentil	Kilolu, hafif şişman	Uzun
≥95. veya ≥97. persentil	Şişman	Çok uzun

2.10.3 Z-skor

Z-skoru (Standart Sapma Skoru) ölçümün önerilen aralıktan ne derece saptığını göstermektedir. Yaşa göre ağırlık, yaşa göre boy uzunluğu ve boya göre ağırlık durumlarının saptanmasında kullanılan kesim noktası -2SD noktasıdır. Tablo 2.5’te de görüldüğü üzere, yaşa göre ağırlığın -2SD altında olması düşük kilolu, yaşa göre boy uzunluğunun -2SD altında olması bodur, boya göre ağırlığın -2SD altında olması ise zayıf şeklinde sınıflandırılmaktadır (World Health Organization, 2006).

Tablo 2.5. Z-skora göre değerlendirme

	Yaşa göre ağırlık	Yaşa göre boy uzunluğu	Boya göre ağırlık
< -2SD (z skor)	Düşük kilolu	Bodur	Zayıf
>+2SD (z skor)	Şişman	Çok uzun	Şişman

2.11 Anne Sütü Alımının Antropometrik Ölçümlere Etkisi

Vücut ağırlığı, en yaygın kullanılan büyümenin hassas bir klinik göstergesidir. Ancak vücut ağırlığı tek başına yanıltıcı olabilmektedir. Aynı ırk, cinsiyet, yaş ve uzunluktaki bebeklerin vücut ağırlıklarında %40'a varan farklılıklar olduğu bilinmektedir. Ayrıca vücut ağırlığı, yağ ve yağsız vücut dokusunun toplamıdır. Kilo alımı, kas, iskelet, yağ dokusu ve su dahil olmak üzere farklı vücut bileşenlerinin artışlarının toplamını temsil etmektedir. Bu nedenle spesifik olmayan ve yanıltıcı olabilecek bir büyüme ölçüsüdür (Narendra & Madhu, t.y.). Yenidoğanlarda boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve baş çevresi dahil olmak üzere antropometrik ölçümler, bebeğin anne karnındaki büyümesinin ve beslenme durumunun değerlendirilmesi için sıklıkla kullanılmaktadır (Athira & Ranjith, 2018; Kumar vd., 2020).

Yenidoğan dönemi yaşamın en savunmasız dönemidir. Yenidoğan ölümleri, 5 yaş altı çocuklar arasındaki tüm ölümlerin %45'ini oluşturmaktadır. Yenidoğan ölümlerinin ana nedenleri prematürelilik ve düşük doğum ağırlığıdır. Gelişmekte olan ülkelerde; tartıların, ultrasonografinin ve eğitimli personelin bulunmaması veya yetersizliği nedeniyle doğru ağırlık almak ve gebelik yaşı değerlendirmesi de oldukça zordur. Doğum ağırlığını ölçmek için basit antropometrik alternatifler, düşük doğum ağırlığı ve preterm bebeklerin belirlenmesine yardımcı olmak için araştırılmıştır (Srinivasa vd., 2017). Düşük doğum ağırlığının bir ölçüsü olarak baldır çevresi, uyluk çevresi, baş çevresi, göğüs çevresi ve orta kol çevresi ölçülen bir çalışmada tüm antropometrik göstergeler, düşük doğum ağırlığındaki bebekler için istatistiksel olarak anlamlı bir duyarlılığa sahip bulunmuştur. Ancak baldır çevresinin tahmin doğruluğunun en yüksek olduğu bulunmuştur. Bu da sağlık merkezlerinde düşük doğum ağırlıklı bebeklerin tanımlanmasında özellikle baldır çevresi ve diğer

parametrelerin standart antropometrik parametre olarak kullanılabilceğini göstermiştir (Srivastava & Chandrakar, 2018). Düşük doğum ağırlıklı bebekleri güvenilir bir şekilde tanımlayan antropometrik verileri saptamayı amaçlayan benzer bir çalışmada baldır çevresi düşük doğum ağırlığını saptamak için en kullanışlı antropometrik ölçü olarak bulunmuştur (Kagitapu vd., 2018).

Çocuklar arasında dünya çapında artan aşırı kilo ve obezite prevalansı, erken teşhis ve önlemede daha iyi stratejilere olan ihtiyacı vurgulamıştır. Gebelik öncesi obezite ve gebelikte kilo alımı gibi anneye ait faktörlerin, obezite riskini ve yeni doğanlarda yağ kütlesi gelişimini etkilediği tespit edilmiştir. Beslenme türü (emzirme veya bebek maması) ve emzirme süresi gibi doğum sonrası çevresel faktörler, bebeklerde vücut kompozisyonunun belirleyicileri olarak kabul edilmiştir (Rodríguez-Cano vd., 2019).

Bazı çalışmalar sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin, ilk 6 aylık dönemde mama ile beslenen bebeklere kıyasla daha yüksek vücut yağına sahip olduğunu bildirmiştir (Butte vd., 2000; Gale vd., 2012; Gianni vd., 2014, s.). Sağlıklı, zamanında doğan bebeklerde emzirme veya mama ile beslenme ile ilgili olarak vücut kompozisyonunu inceleyen 11 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde, 3-4. ayda emzirilen bebeklere göre, mama ile beslenen bebeklerde yağsız kütle daha yüksek bulunmuştur. 12. ayda, anne sütüyle beslenen bebeklere göre mama ile beslenen bebeklerde yağ kütlesi daha yüksek bulunmuştur. Emzirme ile karşılaştırıldığında, mama ile besleme bebeklik döneminde değişen vücut kompozisyonu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Gale vd., 2012). Anne sütüyle beslenen bebeklerdeki yağ dokusundaki artışın kahverengi yağ dokusu olabileceği düşünülmektedir. Bu düşünce anne sütünde enerji dengesinin düzenlenmesinde rol oynayan hormonların (leptin, ghrelin, adiponektin, resistin ve obestatinin) bulunmasıyla desteklenmektedir

(Gilsanz vd., 2013). Anne sütündeki hem leptin hem de adiponektin konsantrasyonlarının kahverengi yağ dokusunu arttırdığı ve obezite riski ile negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Y. Zhang vd., 2002).

Yine benzer bir çalışmada mama ile beslenen bebeklerin, anne sütü ile beslenen bebeklere göre daha hızlı ve orantısız kilo aldıkları saptanmıştır. Bu farklılıkların, yağ kütlesinden ziyade yağsız kütlelerin daha fazla birikmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür (Bell vd., 2017). Bu beklenen bir sonuçtur çünkü; mama ile beslenen bebekler, anne sütü alan bebeklere kıyasla daha fazla protein almaktadırlar. Daha fazla protein alımı, bebeklik döneminde yağsız vücut kütlesi artışı ile ilişkilidir (Butte vd., 2000; Heinig vd., 1993).

Yüz on üç çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde, anne sütüyle beslenen bebeklerin daha sonraki yaşamlarında %26 oranında daha düşük obezite riskine sahip oldukları bulunmuştur (Horta vd., 2015). Sütün bazı bileşenlerinin de obeziteye karşı koruma sağladığı varsayılmıştır. Bunlar içinde en dikkat çeken anne sütünde bulunan leptindir. Leptin, metabolizmayı, yağ dokusu dağılımını ve iştahı yöneten hipotalamik bağlantıların gelişiminde doğrudan rol oynayan bir hormondur. Emzirme döneminde bebekler, anne sütüyle önemli miktarda leptin almaktadırlar (Palou vd., 2018).

Bir araştırmada, anne sütündeki daha yüksek toplam karbonhidrat düzeyinin daha fazla yağsız kütle ile bağlantılı olduğunu, oysa daha yüksek oligosakarit içeriğinin yaşamın ilk 12 ayında daha fazla yağ kütlesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Gridneva vd., 2019).

Başka bir araştırmada, anne sütündeki leptin ve adipokinlerin iştah ve vücut kompozisyonunu düzenleyici etkileri göz önüne alındığında, ileride görülebilecek obezite riskini azaltabileceği bulunmuştur (Gridneva vd., 2018).

Bebeklerde ve küçük çocuklarda yapılan çalışmalarda boy uzunluğu veya ağırlığa ya da her ikisine dayalı ölçümler kullanılsa da, BKİ (Beden Kütle İndeksi)'deki ortalama farklılıklar da uygun bir ağırlık ölçüsü olarak kabul edilmiştir. Bir çalışmada, bebeklik döneminde anne sütü ile beslenen bebeklerde mama ile beslenenlere göre daha düşük ortalama BKİ bulunmuştur (Owen vd., 2005). Yine benzer bir çalışmada emzirmeyi destekleme müdahaleleri, BKİ'de ve boy uzunluğu-ağırlık z skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma ile ilişkilendirilmiştir (Giugliani vd., 2015).

Sonuçta, mama ile beslemenin kısa vadedeki antropometrik sonuçları olumlu gibi görünse de uzun vadede hızlı kilo artışına dolayısıyla obeziteye yola açabileceği unutulmamalıdır. Emzirmenin de, anne ve bebek arasındaki bağı arttırma, bebeğin bağıışıklığını destekleme gibi özelliklerinin yanında, obezite ve bir birçok kronik hastalık riskinin azalmasıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Anne sütünün bu özellikleri ile bebek için en ideal besin olduğu kanıtlanmıştır. (Akova vd., 2012; Geddes & Prescott, 2013)

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem

Bu araştırma Eylül 2021- Mart 2022 tarihleri arasında Adana Yüreğir ilçesi Doğankent bölgesinde yürütülmüştür.

Araştırmanın evrenini Doğankent Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 0-2 yaş aralığındaki bebekler oluşturmaktadır. Araştırma evreninde Doğankent Aile Sağlığı Merkezi'nin sistem verilerine göre kayıtlı 0-2 yaş aralığında toplam 750 bebek bulunmaktadır. Araştırma kapsamında tabakalı basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak araştırma evrenine göre %99 güven aralığı ve %5 örnekleme hatası ile görüşülmesi gereken kişi sayısının 254 olduğu saptanmıştır.

Bu çalışma, Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 31.12.2021 tarih ve 2021/05 sayılı etik kurul onayını takiben gerçekleştirilmiştir (Ek 1).

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

1. Araştırmaya katılmak için gönüllü olmak,
2. 0-2 yaş aralığında çocuk annesi olmak,
3. Adana Yüreğir Doğankent Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olmak
4. Türkçe biliyor olmak

Araştırmaya dahil olmama kriterleri:

1. Araştırmaya dahil olma kriterlerinin yerine getirilmemesi

3.2 Araştırma Genel Planı

Katılımcılar araştırmaya dahil edilmeden önce araştırmanın amacı ve araştırma boyunca yapılan uygulamalar hakkında bilgilendirilmiştir. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formuyla birlikte bu bilgiler desteklenmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırma amacı doğrultusunda geliştirilen anket formu kullanılmıştır (Ek 4). Araştırmaya katılan bireylere ilişkin veriler toplanırken “yüz yüze görüşme yöntemi” uygulanmıştır. Yapılan tüm antropometrik ölçümler araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Uygulanan ankette, sosyo-demografik özellikler, beslenme alışkanlıkları, 24 saatlik besin tüketim kaydı, Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (IOWA) ve antropometrik ölçümler olmak üzere toplam 5 kısma yer verilmiştir.

3.2.1 Sosyo-Demografik Özellikler

Anketin sosyo-demografik kısmında, annenin ve babanın; yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, bebeğin; cinsiyeti, kaç aylık olduğu gibi sorular sorulmuştur.

3.2.2 Beslenme alışkanlıkları

Anketin bu kısmında ise bebeğin ilk anne sütü alma zamanı, anne sütü alıp almadığı, toplam kaç ay emzirildiği, tamamlayıcı besine başlama zamanı hakkında sorular sorulmuştur.

3.2.3 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı

24 saatlik besin tüketim kaydı, katılımcıların 24 saat boyunca tükettikleri tüm yiyecek ve içeceklerin miktarları ile kaydedilmesi yoluyla besin tüketimlerinin saptandığı yöntemdir. Bu kısımda görüşülen 6 ay-2 yaş arası bebeklerin annelerine son 24 saat içinde bebeklerin yiyip içtikleri besinler sorulmuştur. Sorgulanan bu

diyetin enerji ve besin ögesi alımının hesaplanması için 'Beslenme Bilgi Sistemleri (Bebis)' kullanılmıştır (Baysal vd., 2008).

3.2.4 Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (IOWA)

Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (IOWA), annelerin emzirmeye yönelik tutumlarını değerlendirmek ve annelerin emzirme kararını değerlendirmek için kullanılmıştır (Holbrook vd., 2013). De La Mora ve Russell (1999) tarafından geliştirilmiş, Eksioğlu ve arkadaşları (2016) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Eksioğlu vd., 2016; Mora vd., 1999).

Annelerin bebek beslenmesine yönelik tutumları, seçilen besleme yöntemi ve emzirme süresi ile ilişkilidir. Bu ölçek annelerin emzirmeye yönelik tutumlarını değerlendirmenin yanı sıra emzirme süresini tahmin etmek için de tasarlanmıştır. IOWA, 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında değişen 5'li Likert tipi 17 maddeden oluşmaktadır. En düşük puan 17 en yüksek puan ise 85'tir. Puan yükseldikçe annenin olumlu emzirme tutumu yansıtmaktadır. Mama ile beslemeyi destekleyen maddeler ters puanlanır (yani, 1 = 5, 2 = 4, 4 = 2 ve 5 = 1) ve toplam tutum puanı, tek tek maddelere verilen yanıtların eşit ağırlıklı toplamı aracılığıyla hesaplanır. Toplam tutum puanları 17 (olumlu mama ile besleme tutumlarını yansıtır) ile 85'e (olumlu emzirme tutumlarını yansıtır) kadar değişir (Ho & McGrath, 2011).

Annelerin IOWA puanları; 17-48 arasında ise "mama ile beslemeye yatkın", 49-69 arasında ise "kararsız", 70-85 arasında ise "emzirmeye yatkın" şekilde sınıflandırılmaktadır (AlKusayer vd., 2018).

3.2.5 Antropometrik Ölçümler

Bu kısımda bebeklerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve baş çevresi yatar pozisyonda ölçülmüştür. Vücut ağırlığı ölçümü 0.1 kg'a duyarlı hassas bebek terazisi

kullanılarak boy uzunluğu ölçümü infantometre ile, baş çevresi ölçümü esnemeyen mezura ile başın en geniş çevresi ölçülerek yapılmıştır (Pekcan, 2008). BKİ ise, vücut ağırlığının (kg), metre cinsinden boy uzunluğunun karesine (m²) bölünmesiyle elde edilmiştir (Prof. Dr. G. Gökçay & Beyazova, 2020).

Elde edilen ölçümlerin persentil ve Z skor değerlerini elde etmek için Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün geliştirdiği, 'WHO Anthro Software' programı kullanılmıştır (WHO Anthro Survey Analyser and other tools, t.y.).

3.2.6 Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırmanın verilerinin istatistiki analizi için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 26,0 programı kullanılmıştır.

Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı, annenin obstetrik özelliklerine göre dağılımı, bebeklerin sosyo-demografik özelliklerine ve Annelerin emzirme durumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı frekans analiziyle belirlenmiştir.

Bebeklerin cinsiyetine göre antropometrik ölçümleri, antropometrik ölçümlerine ilişkin persentil, Z skoru değerleri, bebeklerin enerji, makro ve mikro besin ögeleri alım miktarları ve annelerin IOWA puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Araştırmanın hipotezlerinin test edilmesi için verilerin normalliği Kolmogorov-Smirnov testiyle incelenmiş ve normal dağılmadığı belirlenmiştir. Buna göre yapılan karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmış ve korelasyonlar Spearman testiyle test edilmiştir.

Bölüm 4

BULGULAR

Tablo 4.1: Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

	n	%
Yaş grubu		
24 yaş ve altı	55	21,07
25-29 yaş	114	43,68
30-34 yaş	50	19,16
35 yaş ve üstü	42	16,09
Eğitim durumu		
Okur-yazar olmayan	168	64,37
İlköğretim	45	17,24
Lise	38	14,56
Lisans ve üzeri	10	3,83
Çalışma durumu		
Çalışan	62	23,75
Çalışmayan	199	76,25
Babanın yaşı		
29 yaş ve altı	76	29,12
30-34 yaş	82	31,42
35-39 yaş	42	16,09
40 yaş ve üstü	61	23,37
Babanın eğitim durumu		
Okur-yazar olmayan	51	19,54
İlköğretim	110	42,15
Lise	73	27,97
Lisans ve üzeri	27	10,34
Babanın çalışma durumu		
Çalışan	245	93,87
Çalışmayan	16	6,13
Aile gelir düzeyi		
Asgari ücret altı	47	18,01
Asgari ücret	104	39,85
Asgari ücret üstü	110	42,15

%; Yüzde; n: Sayı

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.1 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan kişilerin %21,07’sinin 24 yaş ve altında, %43,68’inin 25-29 yaş arasında, %19,16’sının 30-34 yaş arasında, %16,09’unun 35 yaş ve üzerinde olduğu, %64,37’sinin okur-yazar olmadığı, %17,24’ünün ilköğretim mezunu, %14,56’sının lise mezunu, %3,83’ünün lisans ve üzeri mezunu olduğu, %23,75’inin çalışıyor, %76,25’inin çalışmıyor olduğu, %29,12’sinin babasının 29 yaş ve altında, %31,42’sinin babasının 30-34 yaş arasında, %16,09’unun babasının 35-39 yaş arasında, %23,37’sinin babasının 40 yaş ve üzerinde olduğu, %19,54’ünün babasının okur yazar olmadığı, %42,15’inin babasının ilköğretim mezunu, %27,97’sinin babasının lise mezunu, %10,34’ünün babasının lisans ve üzeri mezunu olduğu, %93,87’sinin babasının çalışıyor, %6,13’ünün babasının çalışmıyor olduğu, %18,01’inin aile gelirinin asgari ücretin altında, %39,85’inin aile gelirinin asgari ücret düzeyinde, %42,15’inin aile gelirinin asgari ücretin üzerinde olduğu görülmüştür.

Tablo 4.2: Annenin obstetrik özelliklerine göre dağılımı

	n	%
Gebeliğin planlı olması durumu		
Evet	146	55,94
Hayır	115	44,06
Gebeliği istemli olarak sürdürme		
Evet	252	96,55
Hayır	9	3,45
Doğum şekli		
Normal	153	58,62
Sezaryen	108	41,38
Daha önce düşük öyküsü		
Evet	29	11,11
Hayır	232	88,89
Daha önce ölü doğum öyküsü		
Evet	2	0,77
Hayır	259	99,23
Canlı doğum sayısı		
Bir	93	35,63
İki	80	30,65
Üç	58	22,22
Dört ve üstü	30	11,49

%. Yüzde; n: Sayı

Tablo 4.2’de araştırmaya dahil edilen annenin obstetrik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.2 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan annelerin %55,94’ünün gebeliğinin planlı olduğu, %44,06’sının gebeliğinin planlı olmadığı, %96,55’inin gebeliğini istemli olarak sürdürdüğü, %3,45’inin gebeliğini istemli olarak sürdürmediği, %58,62’sinin doğum şeklinin normal doğum, %41,38’inin doğum şeklinin sezaryen doğum olduğu, %11,11’inin daha önce düşük öyküsü yaşadığı, %88,89’unun daha önce düşük öyküsü yaşamadığı, %0,77’sinin daha önce ölü doğum öyküsünün olduğu, %99,23’ünün daha önce ölü doğum öyküsünün olmadığı, %35,63’ünün bir adet canlı doğum, %30,65’inin iki adet canlı doğum, %22,22’sinin üç adet canlı doğum yaptığı, %11,49’unun yaptığı canlı doğum sayısının dört ve üzerinde olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3: Bebeklerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

	n	%
Bebeğin cinsiyeti		
Kız	117	44,83
Erkek	144	55,17
Bebeğin yaşı		
1-3 ay	99	37,93
4-6 ay	84	32,18
7-9 ay	29	11,11
10-12 ay	18	6,90
13 ay ve üstü	31	11,88

%. Yüzde; n: Sayı

Tablo 4.3 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan bebeklerin %44,83'ünün kız, %55,17'sinin erkek olduğu, bebeklerin yaşlarına bakıldığında, %37,93'ünün 1-3 ay arasında, %32,18'inin 4-6 ay arasında, 11,11'inin 7-9 ay arasında, %6,90'ının 10-12 ay arasında, %11,88'inin 13 ay ve üzerinde olduğu görülmüştür.

Tablo 4.4: Yaşlarına göre bebeklerin şu anki beslenme

	0-6 ay		6-12 ay		>12 ay		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bebeğin şu andaki beslenme şekli								
Anne sütü	132	72,13	1	2,13	1	3,23	134	51,34
Anne sütü + tamamlayıcı besin	24	13,11	30	63,83	8	25,81	62	23,75
Anne sütü + mama	13	7,10	0	0,00	0	0,00	13	4,98
Mama + tamamlayıcı besin	8	4,37	12	25,53	3	9,68	23	8,81
Mama	6	3,28	0	0,00	0	0,00	6	2,30
Tamamlayıcı besin	0	0,00	4	8,51	19	61,29	23	8,81
Toplam	183	100,00	47	100,00	31	100,00	261	100,00

%. Yüzde; n: Sayı

Tablo 4.4 incelendiğinde çalışmaya katılan tüm bebeklerin %51,34'ü sadece anne sütü ile, %23,75'i anne sütü ve tamamlayıcı besin ile, %4,98'i anne sütü ve mama ile, %8,81'i mama ve tamamlayıcı besin ile, %2,3'ü sadece mama ile, %8,81'i sadece tamamlayıcı besin ile beslenmektedir.

Araştırmaya dahil edilen 0-6 aylık bebeklerin %72,13'ü sadece anne sütü ile, %13,11'i anne sütü ve tamamlayıcı besin ile, %7,1'i anne sütü ve mama ile, %4,37'si mama ve tamamlayıcı besin ile, %3,28'i sadece mama ile beslenmektedir.

Araştırmaya dahil edilen 6-12 aylık bebeklerin %2,13'ü sadece anne sütü ile, %63,83'ü anne sütü ve tamamlayıcı besin ile, %25,53'ü mama ve tamamlayıcı besin ile, %8,51'i sadece tamamlayıcı besin ile beslenmektedir.

Araştırmaya dahil edilen 12 aylıktan büyük bebeklerin %3,23'ü sadece anne sütü ile, %25,81'i anne sütü ve tamamlayıcı besin ile, %9,68'i mama ve tamamlayıcı besin ile, %61,29'u sadece tamamlayıcı besin ile beslenmektedir.

Tablo 4.5: Bebeklerin cinsiyetine göre antropometrik ölçümleri

	Bebeğin cinsiyeti	n	\bar{x}	s	Alt	Üst
Doğumdaki boy uzunluğu (cm)	Kız	117	49,32	2,02	39,00	53,00
	Erkek	144	49,83	1,40	43,00	55,00
	Toplam	261	49,60	1,72	39,00	55,00
Doğumdaki vücut ağırlığı (kg)	Kız	117	3,37	2,98	1,40	3,50
	Erkek	144	3,25	0,49	1,10	4,80
	Toplam	261	3,31	2,03	1,10	4,80
Vücut ağırlığı (kg)	Kız	117	6,75	2,13	3,10	13,50
	Erkek	144	7,37	2,33	2,30	15,00
	Toplam	261	7,09	2,26	2,30	15,00
Boy uzunluğu (cm)	Kız	117	63,64	8,85	48,00	92,00
	Erkek	144	65,87	9,04	48,00	92,00
	Toplam	261	64,87	9,01	48,00	92,00
Baş çevresi (cm)	Kız	117	40,48	3,26	34,50	47,30
	Erkek	144	41,52	3,50	33,50	51,00
	Toplam	261	41,05	3,43	33,50	51,00
BKİ (kg/m2)	Kız	117	16,28	1,57	12,23	20,22
	Erkek	144	16,57	2,08	9,98	22,04
	Toplam	261	16,44	1,87	9,98	22,04

Tablo 4.5 incelendiğinde, araştırma kapsamındaki kız bebeklerin doğumdaki boy uzunluğu ortalamasının $49,32 \pm 2,02$ cm olduğu, doğumdaki vücut ağırlığı ortalamasının $3,37 \pm 2,98$ kg olduğu, kız bebeklerin şu anki vücut ağırlığı ortalamasının $6,75 \pm 2,13$ kg olduğu, kız bebeklerin şu anki boy uzunluğu ortalamasının $63,64 \pm 8,85$ cm olduğu, kız bebeklerin şu anki baş çevresinin ortalama $40,48 \pm 3,26$ cm olduğu ve kız bebeklerin şu anki BKİ değeri ortalamasının $16,28 \pm 1,57$ kg/m² olduğu görülmüştür.

Araştırmaya dahil edilen erkek bebeklerin doğumdaki boy uzunluğu ortalamasının $49,83 \pm 1,40$ cm olduğu, doğumdaki vücut ağırlığı ortalamasının $3,25 \pm 0,49$ kg olduğu, erkek bebeklerin şu anki vücut ağırlığı ortalamasının $7,37 \pm 2,33$ kg olduğu, erkek bebeklerin şu anki boy uzunluğu ortalamasının $65,87 \pm 9,04$ cm olduğu, erkek bebeklerin şu anki baş çevresinin ortalama $41,52 \pm 3,50$ cm olduğu ve erkek bebeklerin şu anki BKİ değeri ortalamasının $16,57 \pm 2,08$ kg/m² olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6: Bebeklerin cinsiyetine göre antropometrik ölçümlerine ilişkin persentil değerlerinin dağılımı

	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaşa göre vücut ağırlığı						
<5 persentil	3	2,56	9	6,25	12	4,60
>5 - <15 persentil	16	13,68	22	15,28	38	14,56
>15 - <85 persentil	77	65,81	80	55,56	157	60,15
>85 - <95 persentil	18	15,38	28	19,44	46	17,62
>95 persentil	3	2,56	5	3,47	8	3,07
Yaşa göre boy uzunluğu						
<5 persentil	6	5,13	14	9,72	20	7,66
>5 - <15 persentil	18	15,38	19	13,19	37	14,18
>15 - <85 persentil	79	67,52	79	54,86	158	60,54
>85 - <95 persentil	8	6,84	20	13,89	28	10,73
>95 persentil	6	5,13	12	8,33	18	6,90
Yaşa göre baş						
<5 persentil	8	6,84	16	11,11	24	9,20
>5 - <15 persentil	20	17,09	25	17,36	45	17,24
>15 - <85 persentil	76	64,96	86	59,72	162	62,07
>85 - <95 persentil	11	9,40	15	10,42	26	9,96
>95 persentil	2	1,71	2	1,39	4	1,53
Yaşa göre BKİ						
<5 persentil	1	0,85	7	4,86	8	3,07
>5 - <15 persentil	22	18,80	24	16,67	46	17,62
>15 - <85 persentil	78	66,67	86	59,72	164	62,84
>85 - <95 persentil	11	9,40	16	11,11	27	10,34
>95 persentil	5	4,27	11	7,64	16	6,13
Boya göre vücut ağırlığı						
<5 persentil	1	0,85	8	5,56	9	3,45
>5 - <15 persentil	15	12,82	21	14,58	36	13,79
>15 - <85 persentil	78	66,67	80	55,56	158	60,54
>85 - <95 persentil	18	15,38	21	14,58	39	14,94
>95 persentil	5	4,27	14	9,72	19	7,28

%; Yüzde; n: Sayı

Tablo 4.6’da bebeklerin cinsiyetine göre antropometrik ölçümlerine ilişkin persentil değerlerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.6 incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen kız bebeklerin %65,81’inin yaşlarına göre vücut ağırlığı persentil değerinin >15 - <85 persentil arasında olduğu,

kız bebeklerin %15,38'inin yaşlarına göre vücut ağırlığı percentil değerinin >85 - <95 percentil arasında olduğu, kız bebeklerin yaşlarına göre boy uzunluğu percentil değerleri incelendiğinde, %15,38'inin >5 - <15 percentil, %67,52'sinin >15 - <85 percentil arasında yer aldığı, kız bebeklerin yaşlarına göre baş percentil değerleri incelendiğinde, %17,09'unun >5 - <15 percentil, %64,96'sının >15 - <85 percentil arasında yer aldığı, yaşlarına göre BKİ değerleri incelendiğinde, kız bebeklerin %18,80'inin >5 - <15 percentil, %66,67'sinin >15 - <85 percentil arasında yer aldığı, ve kız bebeklerin boylarına göre vücut ağırlığı percentil değeri incelendiğinde, %66,67'sinin 15 - <85 percentil arasında, %15,38'inin 85 - <95 percentil arasında yer aldığı tespit edilmiştir.

Erkek bebeklerin yaşlarına göre vücut ağırlığı percentil değerini incelendiğinde, %15,28'inin 15 - <85 percentil arasında, %55,56'sının 85 - <95 percentil arasında yer aldığı, yaşlarına göre boy uzunluğu percentil değerlerinin %54,86'sında >15 - <85 percentil arasında yer aldığı, erkek bebeklerin yaşlarına göre baş percentil değerleri incelendiğinde, %17,36'sının >5 - <15 percentil, %59,72'sinin >15 - <85 percentil arasında yer aldığı, yaşlarına göre BKİ değerleri incelendiğinde, erkek bebeklerin %16,67'sinin >5 - <15 percentil, %59,72'sinin >15 - <85 percentil arasında yer aldığı ve erkek bebeklerin boylarına göre vücut ağırlığı percentil değeri incelendiğinde, %55,56'sının >15 - <85 percentil arasında yer aldığı görülmüştür.

Tablo 4.7: Bebeklerin cinsiyetine göre antropometrik ölçümlerine ilişkin Z skoru değerleri

	Bebeğin cinsiyeti	n	x	s	Alt	Üst
Boya göre	Kız	117	0,06	1,28	-2,88	2,97
vücut ağırlığı Z	Erkek	144	0,09	1,23	-2,96	3,76
skor	Toplam	261	0,08	1,25	-2,96	3,76
Yaşa göre	Kız	117	-0,19	1,12	-3,54	1,94
vücut ağırlığı Z	Erkek	144	-0,19	1,09	-2,90	2,88
skor	Toplam	261	-0,19	1,10	-3,54	2,88
Yaşa göre	Kız	117	-0,29	1,36	-5,48	2,68
boy uzunluğu Z	Erkek	144	-0,27	1,34	-4,11	2,58
skor	Toplam	261	-0,28	1,35	-5,48	2,68
Yaşa göre	Kız	117	-0,02	1,28	-3,46	3,32
BKİ Z skor	Erkek	144	-0,03	1,16	-2,54	3,09
	Toplam	261	-0,02	1,22	-3,46	3,32
Yaşa göre	Kız	117	-0,58	1,09	-2,93	2,20
baş çevresi	Erkek	144	-0,53	1,08	-4,14	1,99
Z skor	Toplam	261	-0,55	1,08	-4,14	2,20

n: Sayı

Tablo 4.7’de bebeklerin cinsiyetine göre antropometrik ölçümlerine ilişkin Z skoru değerleri verilmiştir.

Tablo 4.7 incelendiğinde, araştırma kapsamındaki kız bebeklerin boya göre vücut ağırlığı Z skoru ortalamasının $0,06 \pm 1,28$, kız bebeklerin yaşlarına göre vücut ağırlığı Z skoru ortalamasının $-0,19 \pm 1,12$, kız bebeklerin yaşlarına göre boy uzunluğu Z skoru ortalamasının $-0,29 \pm 1,36$, kız bebeklerin yaşlarına göre BKİ Z skoru ortalamasının $-0,02 \pm 1,22$ ve kız bebeklerin yaşlarına göre baş çevresi Z skoru ortalamasının $-0,55 \pm 1,09$ olduğu görülmüştür. Araştırma kapsamındaki erkek bebeklerin ise boya göre vücut ağırlığı Z skoru ortalamasının $0,09 \pm 1,23$, yaşlarına göre vücut ağırlığı Z skoru ortalamasının $-0,19 \pm 1,09$, yaşlarına göre boy uzunluğu Z skoru ortalamasının $-0,27 \pm 1,34$, yaşlarına göre BKİ Z skoru ortalamasının $-0,03 \pm 1,16$ ve yaşlarına göre baş çevresi Z skoru ortalamasının $-0,53 \pm 1,08$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.8: Bebeklerin cinsiyetine göre antropometrik ölçümlerine ilişkin Z skoru değerlerinin dağılımı

	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Boya göre vücut ağırlığı						
Z skor						
< -1	25	21,37	29	20,14	54	20,69
-1 ve +1 arası	66	56,41	85	59,03	151	57,85
> +1	26	22,22	30	20,83	56	21,46
Yaşa göre vücut ağırlığı						
Z skor						
< -1	29	24,79	31	21,53	60	22,99
-1 ve +1 arası	67	57,26	95	65,97	162	62,07
> +1	21	17,95	18	12,50	39	14,94
Yaşa göre boy uzunluğu						
Z skor						
< -1	30	25,64	39	27,08	69	26,44
-1 ve +1 arası	72	61,54	80	55,56	152	58,24
> +1	15	12,82	25	17,36	40	15,33
Yaşa göre BKİ Z skor						
< -1	29	24,79	35	24,31	64	24,52
-1 ve +1 arası	66	56,41	83	57,64	149	57,09
> +1	22	18,80	26	18,06	48	18,39
Yaşa göre baş çevresi Z skor						
< -1	43	36,75	50	34,72	93	35,63
-1 ve +1 arası	65	55,56	83	57,64	148	56,70
> +1	9	7,69	11	7,64	20	7,66

Tablo 4.8’de bebeklerin cinsiyetine göre antropometrik ölçümlerine ilişkin Z skoru değerlerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.8 incelendiğinde, kız bebeklerin %21,37’sinin < -1 , %56,41’inin -1 ve $+1$ arasında, %22,22’sinin $> +1$ boya göre vücut ağırlığı Z skor değerine sahip olduğu, %24,79’unun < -1 , %57,26’sının -1 ve $+1$ arasında, %17,95’inin $> +1$ yaşa göre vücut ağırlığı Z skor değerine sahip olduğu, %25,64’ünün < -1 , %61,54’ünün -1 ve $+1$ arasında, yaşa göre boy uzunluğu Z skor değerine sahip olduğu, %24,79’unun < -1 , %56,41’inin -1 ve $+1$ arasında, %18,80’inin $> +1$ yaşa göre BKİ Z skor değerine sahip olduğu ve %36,75’inin < -1 , %55,56’sının -1 ve $+1$ arasında yaşa göre baş çevresi Z skor değerine sahip olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamındaki erkek bebeklerin %20,14’ünün < -1 , %59,03’ünün -1 ve $+1$ arasında, %20,83’ünün $> +1$ boya göre vücut ağırlığı Z skor değerine sahip olduğu, %21,53’ünün < -1 , %65,97’sinin -1 ve $+1$ arasında, %12,50’sinin $> +1$ yaşa göre vücut ağırlığı Z skor değerine sahip olduğu, %27,08’inin < -1 , %68,38’inin -1 ve $+1$ arasında, %55,56’sının $> +1$, yaşa göre boy uzunluğu Z skor değerine sahip olduğu, %17,36’sının < -1 , %57,64’ünün -1 ve $+1$ arasında, %18,06’sının $> +1$ yaşa göre BKİ Z skor değerine sahip olduğu ve %34,72’sinin < -1 , %57,64’ünü -1 ve $+1$ arasında yaşa göre baş çevresi Z skor değerine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.9: Annelerin emzirme durumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı

	n	%
İlk emzirme zamanı		
Hiç	6	2,30
İlk 1 saat	154	59,00
1-24 saat	68	26,05
24 saatten sonra	33	12,64
Daha önce emzirme deneyimi		
Evet	168	64,37
Hayır	93	35,63
Emzirme eğitimi alma		
Evet	83	31,80
Hayır	178	68,20
Bebeğin bakımı için yardım alma		
Evet	107	41,00
Hayır	154	59,00
Anne sütü kesilme sebebi		
Halen devam ediyor	203	77,78
Bebek bıraktı	22	8,42
Diğer	36	13,79
Bebeğin şu andaki beslenme şekli		
Anne sütü	134	51,34
Anne sütü + tamamlayıcı besin	58	22,22
Anne sütü + mama	13	4,98
Mama + tamamlayıcı besin	23	8,81
Diğer	33	12,64

%. Yüzde; n: Sayı

Tablo 4.9’da annelerin emzirme durumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.9 incelendiğinde, araştırmaya katılan annelerin %2,30’unun bebeğini hiç emzirmedeği, %59’unun bebeğini doğumundan sonraki ilk 1 saat içerisinde emzirdiği, %26,05’inin bebeğini doğumundan sonraki ilk 1-24 saat içerisinde emzirdiği, %12,64’ünün bebeğini doğumundan 24 saat sonra veya daha geç emzirebildiği, kadınların %64,37’sinin daha önce emzirme deneyimi yaşadığı, %35,63’ünün daha önce emzirme deneyimi yaşamadığı, %31,80’inin emzirme eğitimi aldığı, %68,20’sinin emzirme eğitimi almadığı belirlenmiştir. Katılımcı annelerin %77,78’inin halen bebeğine anne sütü vermeye devam ettiği, %8,42’sinin

bebeğinin bıraktığı, %13,79'unun ise diğer sebeplerden dolayı anne sütü vermeyi bıraktığı tespit edilmiştir. Araştırma kapsamındaki bebeklerin şu anki beslenme şekilleri incelendiğinde, %51,34'ünün sadece anne sütü ile, %22,22'sinin anne sütü ve tamamlayıcı besin ile, %4,98'inin anne sütü ve mama ile, %8,81'inin mama ve tamamlayıcı besin ile beslendiği, %12,64'ünün diğer şekillerde beslendiği görülmektedir.

Tablo 4.10: Bebeklerin günlük enerji, makro ve mikro besin öğeleri alım miktarları

Enerji ve Besin Öğeleri*	Bebeğin cinsiyeti	n	\bar{x}	s	Alt	Üst
Enerji (kkal)	Kız	42	654,95	366,72	49,11	1398,88
	Erkek	53	576,76	296,89	52,22	1281,96
Su (g)	Kız	42	496,79	240,44	56,42	975,02
	Erkek	53	432,12	228,52	44,43	1287,58
Prot. (g)	Kız	42	22,49	12,35	2,13	50,54
	Erkek	53	21,50	11,73	2,48	59,52
%Prot	Kız	42	14,88	3,97	7,00	30,00
	Erkek	53	15,53	3,04	10,00	22,00
Yağ (g)	Kız	42	30,10	18,40	2,77	75,83
	Erkek	53	23,27	10,56	1,92	49,63
%yağ	Kız	42	40,98	9,07	21,00	62,00
	Erkek	53	38,17	8,32	24,00	64,00
CHO (g)	Kız	42	71,31	41,81	3,34	169,84
	Erkek	53	68,10	42,50	5,81	178,99
%CHO	Kız	42	44,14	9,19	28,00	67,00
	Erkek	53	46,15	9,12	15,00	65,00
Posa (g)	Kız	42	5,96	3,88	0,30	17,68
	Erkek	53	5,83	4,64	0,10	22,50
Çoklu doymamış yağ asidi (g)	Kız	42	5,49	5,88	0,18	17,43
	Erkek	53	3,01	2,49	0,10	11,29
Kolesterol (mg)	Kız	42	175,27	112,18	5,01	356,95
	Erkek	53	156,12	101,02	5,00	296,90
A Vit. (µg)	Kız	42	418,64	303,89	23,75	1379,96
	Erkek	53	446,24	401,71	64,16	2482,25
Karoten (mg)	Kız	42	1,41	1,72	0,02	7,08
	Erkek	53	1,63	2,43	0,05	14,56
E Vit. (eşd.) (mg)	Kız	42	4,87	4,67	0,17	18,29
	Erkek	53	3,61	2,91	0,15	15,03
B1 Vit/Tiamin (mg)	Kız	42	0,34	0,17	0,03	0,84
	Erkek	53	0,30	0,16	0,04	0,92
B2 Vit/Ribofl. (mg)	Kız	42	0,62	0,27	0,09	1,31
	Erkek	53	0,62	0,26	0,10	1,45
B6 Vit/Pirid. (mg)	Kız	42	0,50	0,28	0,04	1,20
	Erkek	53	0,43	0,27	0,06	1,19
Folat, topl. (µg)	Kız	42	94,84	57,52	7,10	259,44
	Erkek	53	87,08	52,50	8,60	267,30
C Vit. (mg)	Kız	42	35,00	30,24	1,98	121,76
	Erkek	53	27,17	25,05	1,80	126,21
Potasyum (mg)	Kız	42	921,86	471,73	117,73	2432,12
	Erkek	53	857,53	423,79	165,06	2316,70
Kalsiyum (mg)	Kız	42	338,49	162,55	64,35	939,15
	Erkek	53	340,01	159,73	67,60	766,66
Magnezyum (mg)	Kız	42	95,28	55,38	8,46	272,87
	Erkek	53	85,37	55,42	10,23	282,85
Fosfor (mg)	Kız	42	420,46	197,66	52,02	921,40
	Erkek	53	397,45	192,60	57,80	986,99
Demir (mg)	Kız	42	3,52	2,11	0,12	9,91
	Erkek	53	2,99	1,92	0,24	10,57
Çinko (mg)	Kız	42	3,18	1,84	0,27	8,16
	Erkek	53	2,79	1,53	0,36	7,80

*Anne sütü ve mama hariç tutulmuştur.

Tablo 4.10'da bebeklerin günlük enerji, makro ve mikro besin ögeleri alım miktarları verilmiştir.

Tablo 4.10 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan kız bebeklerin günlük ortalama $654,95 \pm 366,72$ kkal enerji, ortalama $496,79 \pm 240,44$ gram su, ortalama $22,49 \pm 12,35$ gram protein, ortalama $\%14,88 \pm 3,97$ protein, ortalama $30,10 \pm 18,40$ gram yağ, ortalama $\%40,98 \pm 9,07$ yağ, ortalama $71,31 \pm 41,81$ gram CHO (karbonhidrat), ortalama $\%44,14 \pm 9,19$ CHO, ortalama $5,96 \pm 3,88$ gram posa, ortalama $5,49 \pm 5,88$ gram çoklu doymamış yağ asidi, ortalama $175,27 \pm 112,18$ mg kolesterol, ortalama $418,64 \pm 303,89$ mg A vitamini, ortalama $1,41 \pm 1,72$ mg karoten, ortalama $4,87 \pm 4,67$ mg E vitamini, ortalama $0,34 \pm 0,17$ mg B1 vitamini, ortalama $0,62 \pm 0,27$ mg B2 vitamini, ortalama $0,50 \pm 0,28$ mg B6 vitamini, ortalama $94,84 \pm 57,52$ mg folat, ortalama $35 \pm 30,24$ mg C vitamini, ortalama $338,49 \pm 162,55$ mg kalsiyum, ortalama $420,46 \pm 197,66$ mg fosfor, ortalama $3,52 \pm 2,11$ mg demir ve ortalama $3,18 \pm 1,84$ mg çinko aldıkları saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki erkek bebeklerin günlük ortalama $576,76 \pm 296,89$ kkal enerji, ortalama $432,12 \pm 228,52$ gram su, ortalama $21,50 \pm 11,73$ gram protein, ortalama $\%15,53 \pm 3,04$ protein, ortalama $23,27 \pm 10,56$ gram yağ, ortalama $\%38,17 \pm 8,32$ yağ, ortalama $68,10 \pm 42,50$ gram CHO, ortalama $\%46,15 \pm 9,12$ CHO, ortalama $5,83 \pm 4,64$ gram posa, ortalama $3,01 \pm 2,49$ gram çoklu doymamış yağ, ortalama $156,12 \pm 101,02$ mg A vitamini, ortalama $3,61 \pm 2,91$ mg E vitamini, ortalama $0,30 \pm 0,16$ mg B1 vitamini, ortalama $0,62 \pm 0,26$ mg B2 vitamini, ortalama $0,43 \pm 0,27$ mg B6 vitamini, ortalama $87,08 \pm 52,50$ mg folat, ortalama $27,17 \pm 25,05$ mg C vitamini, ortalama $857,53 \pm 423,79$ mg potasyum, ortalama $340,01 \pm 159,73$ mg kalsiyum, ortalama $397,45 \pm 192,60$ mg fosfor, ortalama $2,99 \pm 1,92$ mg demir ve ortalama $2,79 \pm 1,53$ mg çinko aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4.11: Bebeklerin enerji, makro ve mikro besin öğeleri alım miktarları ile antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorları arasındaki korelasyonlar

Enerji ve Besin Öğeleri		Yaşa göre Z skorları				Boya göre
		Vücut ağırlığı	Boy uzunluğu	Beş Çev.	BKİ	Vücut ağırlığı
Enerji (kkal)	r	0,127	-0,182	0,277	0,035	0,234
	p	0,222	0,077	0,007*	0,740	0,023*
Su (g)	r	0,099	-0,176	0,225	0,073	0,192
	p	0,342	0,088	0,028*	0,482	0,063
Prot. (g)	r	0,167	-0,135	0,271	0,057	0,236
	p	0,107	0,191	0,008*	0,584	0,021*
%Prot	r	0,067	0,168	-0,083	0,071	-0,060
	p	0,518	0,104	0,424	0,496	0,563
Yağ (g)	r	0,126	-0,192	0,273	0,018	0,231
	p	0,225	0,063	0,008*	0,863	0,024*
%yağ	r	-0,056	-0,002	-0,093	-0,071	-0,091
	p	0,590	0,982	0,369	0,497	0,379
CHO (g)	r	0,106	-0,177	0,264	0,057	0,223
	p	0,305	0,086	0,010*	0,583	0,030*
%CHO	r	0,040	-0,059	0,139	0,060	0,127
	p	0,699	0,570	0,180	0,566	0,219
Posa (g)	r	0,053	-0,161	0,192	0,044	0,155
	p	0,608	0,119	0,062	0,674	0,133
Çoklu doymam.y (g)	r	0,188	-0,172	0,334	0,097	0,296
	p	0,068	0,097	0,001*	0,352	0,004*
Kolesterol (mg)	r	0,141	-0,058	0,164	0,084	0,161
	p	0,174	0,579	0,112	0,420	0,119
A Vit. (µg)	r	-0,051	-0,230	0,096	0,016	0,072
	p	0,623	0,025*	0,356	0,875	0,489
Karoten (mg)	r	-0,062	-0,164	0,059	0,014	0,037
	p	0,553	0,112	0,572	0,890	0,719
E Vit. (eşd.) (mg)	r	0,172	-0,099	0,262	0,119	0,233
	p	0,095	0,338	0,010*	0,253	0,023*
B1 Vit/Tiamin (mg)	r	0,070	-0,178	0,211	0,085	0,177
	p	0,498	0,085	0,040*	0,415	0,086
B2 Vit/Ribofl. (mg)	r	0,080	-0,171	0,184	0,003	0,152
	p	0,439	0,097	0,074	0,980	0,140
B6 Vit/Pirid. (mg)	r	0,092	-0,188	0,237	0,098	0,203
	p	0,373	0,069	0,021*	0,344	0,049*
Folat, topl. (µg)	r	0,222	-0,027	0,271	0,175	0,253
	p	0,031*	0,798	0,008*	0,090	0,014*
C Vit. (mg)	r	0,116	-0,125	0,218	0,163	0,192
	p	0,261	0,226	0,034*	0,114	0,062
Potasyum (mg)	r	0,195	-0,172	0,335	0,111	0,296
	p	0,058	0,096	0,001*	0,284	0,004*
Kalsiyum (mg)	r	0,051	-0,167	0,138	-0,030	0,110
	p	0,620	0,106	0,182	0,776	0,287
Magnezyum (mg)	r	0,126	-0,167	0,242	0,060	0,212
	p	0,225	0,107	0,018*	0,567	0,039*
Fosfor (mg)	r	0,149	-0,154	0,249	0,044	0,220
	p	0,150	0,135	0,015*	0,669	0,032*
Demir (mg)	r	0,095	-0,160	0,228	0,048*	0,190
	p	0,362	0,120	0,026*	0,647	0,065
Çinko (mg)	r	0,191	-0,075	0,250	0,075	0,221
	p	0,063	0,469	0,014*	0,468	0,032*

* $p < 0,05$

Tablo 4.11’de bebeklerin enerji, makro ve mikro besin ögeleri alım miktarları ile antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorları arasındaki korelasyonlar verilmiştir.

Tablo 4.11 incelendiğinde, bebeklerin folat alım miktarları ile yaşa göre vücut ağırlığı Z skorları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Folat alım miktarları artan bebeklerin yaşa göre vücut ağırlığı Z skorları da artmaktadır.

Bebeklerin günlük aldıkları A vitamini miktarları ile yaşa göre boy uzunluğu Z skorları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon vardır ($p<0,05$). Günlük aldıkları A vitamini miktarı arttıkça bebeklerin yaşa göre boy uzunluğu Z skorları azalmaktadır.

Araştırma kapsamındaki bebeklerin günlük aldıkları enerji, su, protein, yağ, CHO, çoklu doymamış yağ asidi, E vitamini, B1 vitamini, B6 vitamini, folat, C vitamini, potasyum, magnezyum, fosfor, demir ve çinko alım miktarları ile yaşa göre baş çevresi Z skorları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon vardır ($p<0,05$). Bebeklerin günlük enerji, su, protein, yağ, CHO, çoklu doymamış yağ asidi, E vitamini, B1 vitamini, B6 vitamini, folat, C vitamini, potasyum, magnezyum, fosfor, demir ve çinko alım miktarları arttıkça, yaşa göre baş çevresi Z skorları da artmaktadır.

Araştırmaya dahil edilen bebeklerin günlük aldıkları fosfor miktarı ile yaşa göre BKİ Z skorları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon vardır ($p<0,05$). Günlük aldıkları fosfor miktarı artan bebeklerin yaşa göre BKİ Z skorları artmaktadır.

Bebeklerin günlük aldıkları enerji, protein, yağ, CHO, çoklu doymamış yağ asidi, E vitamini, B6 vitamini, folat, potasyum, magnezyum, fosfor ve çinko miktarları ile yaşa göre boya göre vücut ağırlığı Z skorları arasında pozitif yönde ve

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon vardır ($p < 0,05$). Bebeklerin günlük aldıkları enerji, protein, yağ, CHO, çoklu doymamış yağ asidi, E vitamini, B6 vitamini, folat, potasyum, magnezyum, fosfor ve çinko miktarlarının artması, yaşa göre boya göre vücut ağırlığı Z skorlarını arttırmaktadır.

Tablo 4.12: Annelerin IOWA puanları

	n	\bar{x}	s	Alt	Üst
IOWA	261	59,38	6,94	38	74

\bar{x} : Ortalama; n: sayı

Tablo 4.12’de araştırma kapsamına alınan annelerin IOWA puanları verilmiştir.

Tablo 4.12 incelendiğinde, katılımcı annelerin IOWA puanlarının ortalama $59,38 \pm 6,94$, alt değeri 38, üst değeri 74 puan olduğu görülmüştür.

Tablo 4.13: Annelerin bazı özelliklerine göre IOWA puanlarının karşılaştırılması

	n	\bar{x}	s	M	SO	Z	p	Fark
Yaş grubu								
24 yaş ve altı	55	59,55	7,02	60	135,40	3,859	0,277	
25-29 yaş	114	58,66	6,46	59	121,07			
30-34 yaş	50	60,42	7,91	61	143,73			
35 yaş ve üstü	42	59,86	6,94	61	137,04			
Eğitim durumu								
Okur-yazar olmayan	168	58,81	6,51	59,5	123,71	5,386	0,146	
İlköğretim	45	60,13	7,32	62	142,52			
Lise	38	59,95	7,63	62,5	140,28			
Lisans ve üzeri	10	63,30	8,81	63	166,30			
Çalışma durumu								
Çalışan	62	60,24	7,81	62	141,77	-1,288	0,198	
Çalışmayan	199	59,11	6,65	60	127,65			
Aile gelir düzeyi								
Asgari ücret altı	47	58,51	6,24	59	119,73	1,912	0,384	
Asgari ücret	104	59,22	6,93	60	129,26			
Asgari ücret üstü	110	59,89	7,25	61	137,46			
Gebeliğin planlı olması durumu								
Evet	146	59,82	6,90	60	135,50			
Hayır	115	58,81	6,98	60	125,28	-1,087	0,277	
Gebeliği istemli olarak sürdürme								
Evet	252	59,41	6,98	60	131,36			
Hayır	9	58,44	6,06	60	120,94	-0,407	0,684	
Daha önce emzirme deneyimi								
Evet	168	59,77	6,71	60	133,43			
Hayır	93	58,66	7,33	60	126,62	-0,699	0,485	
Emzirme eğitimi alma								
Evet	83	60,14	7,70	61	141,21			
Hayır	178	59,02	6,55	60	126,24	-1,494	0,135	
Bebegin bakımı için yardım alma								
Evet	107	59,48	7,61	60	132,70			
Hayır	154	59,31	6,47	60	129,82	-0,303	0,762	
Bebegin şu andaki beslenme şekli								
Anne sütü	134	60,84	6,05	61	146,83	31,229	0,000*	1-4
Anne sütü + tamamlayıcı besin	62	59,90	6,11	61	135,58			2-4
Anne sütü + mama	13	57,15	9,16	56	103,19			1-5
Mama + tamamlayıcı besin	23	53,78	7,20	53	73,30			2-5
Mama	6	47,67	8,09	47	35,08			
Tamamlayıcı besin	23	59,35	6,75	59	124,87			

* $p < 0,05$

Tablo 4.13'te annelerin bazı özelliklerine göre IOWA puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak verilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin yaş grubu, eğitim durumu, çalışma durumu, aile gelir düzeyi, gebeliğinin planlı olma durumu, gebeliğini istemli olarak sürdürme durumu, daha önce emzirme deneyimi yaşamış olması, emzirme eğitimi almış olması ve bebeğin bakımı için yardım alıyor olması durumlarına göre IOWA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Katılımcı kadınların bebeğinin şu anki beslenme şekline göre IOWA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bebeği şu anda sadece mama ile beslenen annelerin IOWA puanları, bebeği şu anda sadece anne sütü ile beslenen ve bebeği şu anda anne sütü ve tamamlayıcı besin ile beslenen annelerin IOWA puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük iken, bebeği şu anda sadece tamamlayıcı besin ile beslenen annelerin IOWA puanları, bebeği şu anda sadece anne sütü ile beslenen ve bebeği şu anda anne sütü ve tamamlayıcı besin ile beslenen annelerin IOWA puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Tablo 4.14. Annelerin IOWA puanlarının sınıflandırmasına göre dağılımı

IOWA Sınıfı	n	%
Mama ile beslemeye yatkın	20	7,66
Kararsız	226	86,59
Emzirmeye yatkın	15	5,75

%. Yüzde; n: Sayı

Tablo 4.14'de katılımcı annelerin IOWA puanlarının sınıflandırmasına göre dağılımları verilmiştir. Annelerin %7,66'sı mama ile beslemeye yatkın, %86,59'u kararsız, %5,75'i emzirmeye yatkın bir tutumda olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.15. Bebeklerin IOWA sınıflarına göre antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorlarının karşılaştırılması

	IOWA sınıf	n	\bar{x}	s	M	SO	X ²	p
Boya göre vücut ağırlığı Z skor	Mama ile beslemeye yatkın	20	-0,07	0,96	0,08	123,65	0,442	0,802
	Kararsız	226	0,11	1,25	0,13	132,22		
	Emzirmeye yatkın	15	-0,20	1,58	-0,05	122,43		
Yaşa göre vücut ağırlığı Z skor	Mama ile beslemeye yatkın	20	0,04	0,97	-0,01	146,15	1,069	0,586
	Kararsız	226	-0,20	1,13	-0,17	130,30		
	Emzirmeye yatkın	15	-0,35	0,92	-0,16	121,37		
Yaşa göre boy Z skor	Mama ile beslemeye yatkın	20	0,28	1,12	0,33	162,38	4,204	0,122
	Kararsız	226	-0,32	1,36	-0,28	129,25		
	Emzirmeye yatkın	15	-0,48	1,29	-0,75	115,57		
Yaşa göre BKİ Z skor	Mama ile beslemeye yatkın	20	-0,22	0,93	-0,12	119,18	0,536	0,765
	Kararsız	226	0,00	1,23	0,10	132,06		
	Emzirmeye yatkın	15	-0,12	1,41	0,16	130,77		
Yaşa göre baş ç Z skor	Mama ile beslemeye yatkın	20	-0,33	0,97	-0,29	144,50	0,708	0,702
	Kararsız	226	-0,58	1,10	-0,58	130,03		
	Emzirmeye yatkın	15	-0,51	0,98	-0,76	127,57		
Boya göre vücut ağırlığı Z skor	Mama ile beslemeye yatkın	20	1,90	0,55	2,00	119,85	1,444	0,486
	Kararsız	226	2,03	0,65	2,00	132,95		
	Emzirmeye yatkın	15	1,87	0,74	2,00	116,53		
Yaşa göre ağırlık Z skor	Mama ile beslemeye yatkın	20	2,05	0,51	2,00	145,48	1,524	0,467
	Kararsız	226	1,90	0,63	2,00	129,07		
	Emzirmeye yatkın	15	2,00	0,38	2,00	140,80		
Yaşa göre boy Z skor	Mama ile beslemeye yatkın	20	2,15	0,59	2,00	158,45	3,859	0,145
	Kararsız	226	1,87	0,64	2,00	129,20		
	Emzirmeye yatkın	15	1,80	0,68	2,00	121,47		
Yaşa göre BKİ Z skor	Mama ile beslemeye yatkın	20	1,90	0,64	2,00	127,15	0,180	0,914
	Kararsız	226	1,94	0,65	2,00	130,95		
	Emzirmeye yatkın	15	2,00	0,76	2,00	136,87		
Yaşa göre baş ç Z skor	Mama ile beslemeye yatkın	20	1,75	0,64	2,00	133,73	0,255	0,880
	Kararsız	226	1,71	0,59	2,00	130,26		
	Emzirmeye yatkın	15	1,80	0,68	2,00	138,53		

* $p>0,05$; %: Yüzde; n: Sayı; \bar{x} : Ortalama

Tablo 4.15 incelendiğinde bebeklerin IOWA sınıflarına göre antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.16: Bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin persentil değerlerine göre annelerin IOWA puanlarının karşılaştırılması

	n	\bar{x}	s	M	SO	X ²	p
Yaşa göre kilo							
<5 persentil	12	59,50	6,97	60	127,71	0,693	0,952
>5 - <15 persentil	38	59,97	7,41	61	138,04		
>15 - <85 persentil	157	59,48	6,59	60	131,57		
>85 - <95 persentil	46	58,57	7,97	59	125,07		
>95 persentil	8	58,88	6,29	59	125,38		
Yaşa göre boy							
<5 persentil	20	61,05	6,88	61,5	145,75	1,310	0,860
>5 - <15 persentil	37	58,59	6,87	60	121,89		
>15 - <85 persentil	158	59,48	6,73	60	131,07		
>85 - <95 persentil	28	59,07	7,51	60	132,00		
>95 persentil	18	58,67	8,39	59,5	131,17		
Yaşa göre baş							
<5 persentil	24	60,46	7,47	60	139,50	2,537	0,638
>5 - <15 persentil	45	58,13	6,70	61	119,58		
>15 - <85 persentil	162	59,38	6,87	60	130,22		
>85 - <95 persentil	26	60,12	7,56	62,5	144,17		
>95 persentil	4	61,75	6,08	61,5	154,50		
Yaşa göre BKİ							
<5 persentil	8	60,13	4,97	60,5	135,81	2,204	0,698
>5 - <15 persentil	46	59,41	7,14	61	131,24		
>15 - <85 persentil	164	59,59	7,07	60	134,37		
>85 - <95 persentil	27	58,93	7,03	57	122,35		
>95 persentil	16	57,44	6,07	57	108,00		
Boya göre vücut ağırlığı							
<5 persentil	9	58,89	6,07	60	123,17	5,084	0,279
>5 - <15 persentil	36	59,25	6,74	61	129,43		
>15 - <85 persentil	158	59,93	7,37	61	138,49		
>85 - <95 persentil	39	58,00	5,98	57	111,74		
>95 persentil	19	58,05	5,82	59	114,89		

* $p > 0,05$; %: Yüzde; n: Sayı; \bar{x} : Ortalama

Tablo 4.16’da bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin persentil değerlerine göre annelerin IOWA puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi uygulanarak verilmiştir.

Tablo 4.16 incelendiğinde, araştırma kapsamındaki bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin persentil değerlerine göre annelerinin IOWA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Bebeklerin yaşa göre kilo, yaşa göre boy, yaşa göre baş çevresi, yaşa göre BKİ, boya göre vücut ağırlığı persentil değerleri fark etmeksizin annelerin IOWA puanları benzer bulunmuştur.

Tablo 4.17: Bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorlarına göre annelerin IOWA puanlarının karşılaştırılması

	n	\bar{x}	s	M	SO	X ²	p
Yaşa göre vücut ağırlığı Z skor							
< -1	60	60,10	5,82	60	137,09	0,531	0,767
-1 ve +1 arası	162	59,20	7,46	60	129,58		
> +1	39	59,00	6,36	60	127,54		
Yaşa göre boy uzunluğu Z skor							
< -1	69	60,23	6,47	60	136,88	0,918	0,632
-1 ve +1 arası	152	59,18	7,12	60	130,53		
> +1	40	58,65	7,06	58,5	122,64		
Yaşa göre BKİ Z skor							
< -1	64	60,11	6,83	61	138,88	2,528	0,282
-1 ve +1 arası	149	58,79	6,91	59	124,58		
> +1	48	60,21	7,15	61	140,43		
Yaşa göre baş ç Z skor							
< -1	93	60,16	6,58	60	138,69	1,502	0,472
-1 ve +1 arası	148	58,95	7,00	60	126,71		
> +1	20	58,90	8,14	60,5	127,00		
Boya göre vücut ağırlığı Z skor							
< -1	54	60,52	7,43	62	144,74	2,731	0,255
-1 ve +1 arası	151	58,87	6,89	59	125,23		
> +1	56	59,64	6,56	60	133,31		

* $p>0,05$; n: Sayı; \bar{x} : Ortalama

Tablo 4.17’de bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorlarına göre annelerin IOWA puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi uygulanarak verilmiştir.

Tablo 4.17 incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorlarına göre annelerinin IOWA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bebeklerin yaşa göre vücut ağırlığı z skoru, yaşa göre boy z skoru, yaşa göre baş çevresi z skoru, yaşa göre

BKİ değerleri Z skoru ve boya göre vücut ağırlığı Z skoru değerlerine bakılmaksızın annelerinin IOWA puanlarının benzer olduğu görülmektedir.

Tablo 4.18: Bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorları ile annelerin IOWA puanlarının arasındaki korelasyonlar

		IOWA
Yaşa göre vücut ağırlığı Z skor	r	-0,057
	p	0,359
Yaşa göre boy uzunluğu Z skor	r	-0,067
	p	0,284
Yaşa göre BKİ Z skor	r	-0,009
	p	0,889
Yaşa göre baş  Z skor	r	-0,072
	p	0,247
Boya göre vücut ağırlığı Z skor	r	-0,042
	p	0,500

* $p > 0,05$

Tablo 4.18’de bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorları ile annelerin IOWA puanları arasındaki korelasyonlar verilmiştir.

Tablo 4.18 incelendiğinde, bebeklerin yaşa göre vücut ağırlığı z skoru, yaşa göre boy uzunluğu z skoru, yaşa göre BKİ z skoru, yaşa göre baş  z skoru ve boya göre vücut ağırlığı z skoru değeri ile annelerinin IOWA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). Katılımcı annelerin IOWA puanları arttıka, bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorları azalmaktadır, fakat bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Bölüm 5

TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), optimal büyüme, gelişme ve sağlığı elde etmek için bebeğin 0-6 ay aralığında sadece anne sütü alınmasını önermektedir. Daha sonrasında ise, tamamlayıcı besinlerle birlikte iki yaşa kadar annenin emzirmeye devam etmesini önermektedir (World Health Organization, 2011). Anne sütünün en uygun maliyetli, bebek sağlığı koruyucusu olarak kabul edilmesiyle, emzirme uygulamalarını iyileştirmek için birçok ulusal ve uluslararası program ve politika başlatılmıştır (Adam vd., 2005; Darmstadt vd., 2005). WHO ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), 1990 yılında ‘Bebek Dostu Hastane’ gibi emzirme teşvik uygulamaların öncüsü olan Innocenti Deklarasyonu’nu imzalamışlardır. Bu projede emzirmeye iki yaşından sonra da devam edilebileceği bildirilmiştir (UNICEF vd., 1990).

De La Mora ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiş Bebek Beslemesi Tutum Ölçeği (IOWA) annelerin emzirmeye, mama kullanımına yönelik tutum ve uygulamalarını değerlendirmenin yanı sıra emzirme süresini öngörmek için geliştirilmiştir (Mora vd., 1999). Ekşioğlu ve arkadaşları (2016) tarafından Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ölçekte, annelerin mama kullanımına yatkınlığı, anne sütü içeriği ve önemi hakkındaki bilgilerini sorgulamaya yönelik sorular yer almaktadır (Eksioglu vd., 2016).

Mevcut çalışmada, Adana Doğankent Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı 0-2 yaş bebekleri olan 261 annenin beslenme tutum ve davranışları IOWA ile

değerlendirilmiş ve bebeklerin antropometrik ölçümleri arasındaki ilişki araştırılmıştır.

5.1 Annelerin Genel ve Obstetrik Özellikleri

Annenin yaşı, emzirme ile ilgili metabolizmayı ve anne sütü enerji oranını etkilemektedir (Ford vd., 2020). Mevcut çalışmaya katılan annelerin %21,07'si 24 yaş ve altı, %43,68'i 25-29 yaş aralığında, %19,16'sı 30-34 yaş aralığında, %16,09'u ise 35 yaş ve üstü şeklinde dağılım göstermektedir (Tablo 4.1). Özer ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada 20-24 yaş aralığında %30,1; 25-29 yaş aralığında %33,3; 30-34 yaş aralığında %18,3; 35 yaş ve üstü %10,3 şeklinde mevcut çalışmaya benzer bir dağılım göstermektedir (Özer vd., 2010).

Mevcut çalışmada annelerin okur-yazar oranı %35,63 olarak oldukça düşük bulunmuştur (Tablo 4.1). Bunun nedeninin, bölgedeki tarım işçisi, sığınmacı ve bölgenin sosyoekonomik düzeyinin düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Çalışmanın yapıldığı Adana Doğankent bölgesi kırsal bir bölge olmakla birlikte Türkiye'de kırsal kesimlerde hala hiç okula gitmemiş veya okulu bırakmış kadınların yüzdesi kentsel bölgelere oranla çok daha yüksektir (Hacettepe Üniversitesi & Turkey, 2019).

TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2018 verileri incelendiğinde, Türkiye 15-49 yaş aralığındaki evli kadınların %32'si çalışmaktadır (Hacettepe Üniversitesi & Turkey, 2019). Mevcut araştırmada bu oran %23,75 oranında Türkiye'deki orana nispeten düşük bulunmuştur (Tablo 4.1).

Sezaryen doğum yolunun emzirme performansını olumsuz etkilediği bilinmektedir (Li vd., 2021). TNSA 2018 verilerine bakıldığında Türkiye'deki sezaryen doğum oranı %52'dir (Hacettepe Üniversitesi & Turkey, 2019). Sezaryen doğum oranı; Bülbül ve arkadaşlarının (2013) yaptığı benzer çalışmada %51,4;

Akova ve arkadaşları (2012)'nin çalışmasında ise %37 olarak bulunmuştur (Akova vd., 2012; Bülbül & Kılınçkaya, 2013). Mevcut çalışmadaki sezaryen doğum oranı %41,38'dir (Tablo 4.2). Mevcut çalışmada sezaryen doğum oranı Türkiye'deki orana yakın, Akova ve arkadaşlarının (2012) çalışmasından ise yüksek bulunmuştur. Bu durumun emzirmeye başlama zamanını geciktirebileceği düşünülebilir.

Türkiye'de kendiliğinden düşük oranı %13, ölü doğum oranı ise %1'dir (Hacettepe Üniversitesi & Turkey, 2019). Ülkemizdeki orana benzer olarak, mevcut çalışmada annelerin %11,11'inin daha önce düşük öyküsü yaşadığı, %0,77'sinin daha önce ölü doğum öyküsünün olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2).

Sonuç olarak mevcut çalışma kapsamındaki annelerin genel ve obstetrik özelliklerine yönelik bulgular incelendiğinde; çalışma örnekleminin, Türkiye'nin kırsal kesimdeki 0-2 yaş bebeği olan anne popülasyonunu iyi temsil ettiği söylenebilir.

5.2 Bebeklerin Genel Özellikleri ve Beslenme Şekilleri

Dünya genelinde bebeklerin %38'i sadece anne sütü almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde annelerin %75'i yeni doğan bebeklerini emzirmeye başlamakta; bununla birlikte, üç aylıktan itibaren annelerin %67'si bebek mamalarına ihtiyaç duymaktadır (Martin vd., 2016). Karaçam ve arkadaşlarının (2008), 0-4 aylık bebeği olan 514 anne ile yürüttüğü çalışmada, bebeklerin %50,6'sının sadece anne sütü ile beslendiği, %16,9'unun ise anne sütü ve mama ile beslendiği saptanmıştır (Karaçam, 2008). Türkiye'de bir yaşa kadar olan bebeklerin mama ile beslenme oranı %22 iken Gümüştakım ve arkadaşlarının (2017) 242 anne ile yaptığı çalışmasında bebeklerin mama ile beslenme oranı %50,8 bulunmuştur (Gümüştakım vd., 2017; Hacettepe Üniversitesi & Turkey, 2019). Mevcut çalışmada bu oran 0-6 ay arası %14,75, 6-12 ay arası %25,53'tür (Tablo 4.4). Bu sonuçlara bakıldığında,

Türkiye'deki orana göre mama ile beslenme oranı düşük bulunmuşken, 6-12 aylık mama ile beslenme oranı Türkiye'deki orana benzer bulunmuştur. Bu durumun nedeni, zamanla annede gelişebilecek yetersiz süt algısı olabilir.

WHO, 2025 yılına kadar altı aylığa kadar olan bebeklerin sadece anne sütü alma oranının %50 olmasını hedeflerken Türkiye'de bu oran %41'dir (Hacettepe Üniversitesi & Turkey, 2019). TBSA (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması) 2019 verilerine bakıldığında; anne sütü verme oranı ortalama 9.6 ± 6.82 ay olmakla birlikte; yaşları 3 aylık, 4-6 aylık olan bebeklerde anne sütü alma oranı sırası ile %23,4 ve %29,7'dir. Gümüştakım ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında 0-6 ay arası bebeklerine sadece anne sütü veren annelerin oranı %60,4 olarak bulunmuştur (Gümüştakım vd., 2017; TC Sağlık Bakanlığı & Hacettepe Üniversitesi, 2019). Bülbül ve arkadaşlarının (2013) çalışmasının sonucunda; yaşları 0-1 aylık, 1-3 aylık ve 4-6 aylık bebeklerin sırası ile; %100'ünün, %32'sinin ve %20'sinin sadece anne sütüyle beslenmekte olduğu bulunmuştur (Bülbül & Kılınçkaya, 2013). Mevcut araştırmaya dahil edilen 0-6 aylık bebeklerin %72,13'ü şu anda sadece anne sütü ile beslenmektedir (Tablo 4.4). Türkiye'deki orana göre fazla olmasının nedeni bölgedeki sağlık hizmetlerine kolay ulaşım ve sağlık personellerinin ilgisi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmaya benzer, 2010'da yürütülen bir çalışmada iki yaşından önce emzirmenin kesilmesi, düşük vücut ağırlığı için anlamlı bir risk faktörü olarak bulunmuştur ($P \leq 0.05$). Aynı çalışmada, doğumdan altı saat sonra emzirmeye başlama, kolostrumdan yoksun bırakma ve altı aydan erken tamamlayıcı beslenmeye geçişin, düşük vücut ağırlığı için önemli risk faktörleri olduğu bulunmuştur (Muchina & Waithaka, 2010). Tüm bebeklere tamamlayıcı besin verilmesine 6. ay itibariyle başlanmalı; tamamlayıcı besinlerin bebeklerin büyüme ve gelişme

ihtiyaçlarını karşılaması, uygun besin değerine sahip olması ve ; tamamlayıcı besinler için seçilen besinlerin çeşitliliği, uygun kıvamda ve yeterli miktarda olması gerekmektedir (Imdad vd., 2011). Uygun olmayan tamamlayıcı beslenme uygulamaları bodurluk, motor ve mental gelişimde gecikme, sık ishal, mikro besin eksiklikleri, yetersiz beslenme gibi sorunlara neden olmaktadır (Abdollahi vd., 2010). Tamamlayıcı besinlerin erken verilmesi (6. aydan önce), gıda kaynaklı bulaşıcı hastalıklar da dahil olmak üzere çeşitli derecelerde sağlık riskleri ve çocukluk hastalıkları ile ilişkili bulunmuştur (Tang vd., 2015). Mevcut çalışmada 6 aylıktan önce tamamlayıcı besinlere başlama oranı %17,5'tir (Tablo 4.4). Bu oran, Eskici ve arkadaşlarının (2022) alışmasında %52, Gümüştakım ve arkadaşlarının (2017) alışmasında %25,6 olarak bulunmuştur (Eskici & Yılmaz, 2022; Gümüştakım vd., 2017). şanlıer ve arkadaşlarının (2004) alışmasında ise % 37.3'ünün 2-4. ayda, %46.2'sinin 5-7. ayda başladıkları bulunmuştur (şanlıer & Aytekin, 2004).

5.3 Bebeklerin Antropometrik Ölçümleri, Persentil ve Z Skor Değerlerine İlişkin Bulgular

Çocuklar yetişkinlerden çok daha fazla yetersiz beslenme riski altındadır ve bu nedenle büyüme ve gelişme üzerindeki potansiyel etki nedeniyle daha yakından izlenmelidir (Jensen vd., 2012). Bunun için, beslenme ile ilgili öykü, antropometrik ölçümler, laboratuvar verileri ve tıbbi testler ve prosedürler aracılığı ile bilgi toplanmalıdır (Field & Hand, 2015).

Mevcut çalışmadaki bebeklerin yaşa göre vücut ağırlığı persentil ortalaması, alt ve üst değerleri sırasıyla; $45,54 \pm 30,57$, 0,10 ve 99,80'dir. Bebeklerin yaşa göre boy uzunluğu persentil ortalaması ortalaması, alt ve üst değerleri sırasıyla; $44,07 \pm 32,19$, 0,10, 99,60'tır. Bebeklerin yaşa göre baş çevresi persentil ortalaması

ortalaması, alt ve üst değerleri sırasıyla; $35,16 \pm 28,46$, 0,10 ve 98,60'tır. Çalışma kapsamındaki bebeklerin boya göre vücut ağırlığı persentil ortalaması, alt ve üst değerleri sırasıyla; $51,13 \pm 32,45$, 0,20, 99,80'dir. Bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin düşük persentillerin olması yetersiz beslenme konusunda düşündürmektedir. Bu duruma, bölgesel farklılıklar, son on yıldaki sığınmacı nüfusundaki artış, bebeklerin büyüme ve gelişmesinin yakından takip edilmemesi ve son bir yıl içinde değişen ekonomik nedenlerle kaynaklara ulaşamama gibi faktörler sebep olmuş olabilir. TBSA 2019 verilerine göre, son bir yıl içinde, ekonomik nedenlerden dolayı besin çeşitliliğinde birey bazında azalma oranı %22,8 ve aynı nedenden dolayı daha az besin tüketen bireylerin sıklığı %16,5'tir (TC Sağlık Bakanlığı & Hacettepe Üniversitesi, 2019).

Antropometrik ölçümler, bir çocuğun büyüme ve beslenme durumu hakkında önemli bilgiler sağlar. Doğumdan itibaren büyüme gelişme takibi önemlidir. (Green Corkins & Teague, 2017). Dünya çapında, her yıl tüm canlı doğumların yaklaşık %7-15'i, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen ve daha az mali kaynağa sahip ülkelerde daha yaygın olan bir gebelik sonucu olan düşük doğum ağırlığıdır (UNICEF, 2004). 2500 g'ın altında doğan bebeklerin morbidite ve mortalite oranı daha yüksektir (Lawani vd., 2016; Petrou, 2003). Ülkemizde düşük doğum ağırlığı %10 oranında görülmekte, bu oran Doğu bölgesinde en fazladır (Özgen & Şahin, 2016). Mevcut çalışmada doğum ağırlığı ortalaması alt ve üst değerleri sırasıyla; $3,31 \pm 2,03$ kg, 1,1 kg, 4,8 kg olarak bulunmuştur (Tablo 4.5).

Mevcut çalışmada, kız bebeklerin şu anki vücut ağırlığı ortalaması $6,75 \pm 2,13$ kg, alt değeri 3,10 kg, üst değeri 13,50 kg; erkek bebeklerin şu anki vücut ağırlığı ortalaması $7,37 \pm 2,33$ kg, alt değeri 2,30 kg, üst değeri 15 kg olarak saptanmıştır (Tablo 4.5). Mevcut çalışmaya benzer, 0-36 aylık bebeklerin beslenme durumunun

büyüme ve gelişmeye etkisini inceleyen bir çalışmada, bebeklerin vücut ağırlıkları 5 ile 20 kg arasında değişmekte olup bebeklerin ortalama vücut ağırlıkları $10,15 \pm 2,83$ kg olarak bulunmuştur. (Akova vd., 2012).

5.4 Annelerin Emzirme Durumlarına İlişkin Bulgular

Çocuk ölümlerinde 1990'da 12,7 milyondan 2015'te 5,9 milyona önemli bir azalma olmasına rağmen, yenidoğan ölümleri daha yavaş azalmakta ve beş yaş altı ölümlerin daha büyük bir bölümünü oluşturmaktadır (R. E. Black vd., 2010). WHO'nun yayınladığı raporda dünyada, beş yaş altı ölümlerin %45'inin yenidoğan ölümleri olduğu bildirilmiştir (WHO, 2013). Anne sütü, bebeklik döneminde; ishal, zatürree, yenidoğan sepsisi gibi morbiditeleri önleyen ve daha sonraki yaşamda obezite ve diyabet riskini azaltabilen benzersiz bir besindir (Edmond vd., 2006; Gilmour & Shibuya, 2013; Jones vd., 2003). Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeyen bebek morbidite ve mortalitesinde artış olduğu UNICEF raporunda bildirilmiştir (UNICEF, 2018). Doğumdan sonraki beş gün boyunca üretilen kolostrumun büyüme faktörleri ve antikorlar açısından ilerleyen günlerde salgılanan süttten daha zengin olduğu bilinmektedir. Doğumdan hemen sonra alınan birkaç damla süttün bile çok değerli olduğu vurgulanmıştır (Suzan, 2020). TNSA 2018 verilerine göre doğumdan sonraki ilk bir saat emzirme oranı %71'dir (Hacettepe Üniversitesi & Turkey, 2019). Annelerin ilk bir saat içinde emzirme oranı Eskici ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında %44; Ahi ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında %75,6; Şahin ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında %79,3; Gümüştakım ve arkadaşlarının çalışmasında ise %84,3 olarak bulunmuştur (Ahi vd., 2019; Eskici & Yılmaz, 2022; Gümüştakım vd., 2017; Şahin & Özyurt, 2017). Mevcut çalışmada katılan annelerin %59'u bebeklerini doğumdan sonraki ilk bir saat içerisinde emzirdiğini belirtmiştir (Tablo 4.9). Mevcut araştırmada bu oranın Türkiye'deki ve

benzer çalışmalardaki orana nispeten düşük bulunması bölgesel farklılıktan veya sezaryen doğumlardan kaynaklanıyor olabilir. Bağışıklık yönünden bu denli önemli, ilk saatle salgılanan sütün alınmaması, bölgedeki bebeklerin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir.

Ahi ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada, doğumdan sonra ilk 24 saat hiç anne sütü almamış bebek oranı ise %3,4'tür (Ahi vd., 2019). Mevcut çalışmada bu oran %12,64 olarak bulunmuştur (Tablo 4.9). Mevcut çalışmaya katılan annelerin %2,30'unun bebeğini hiç emzirmedeği, %59'unun doğumdan sonraki ilk 1 saat içerisinde, %26,05'inin doğumdan sonraki 1-24 saat içerisinde, emzirdiği saptanmıştır (Tablo 4.9). Bu durum, bölgedeki annelerin eğitim ve sosyoekonomik düzeyinin düşük olmasından kaynaklı olabilir.

Gelişmekte olan ülkelerde yapılan mevcut çalışmaya benzer çalışmalarda 0-6 ay anne sütü alınmasına engel başlıca sık rastlanan nedenler; bebeğin aç olması, işe başlama, yetersiz anne sütü algısı olarak saptanmıştır (Abigail vd., 2013; Abuidhail vd., 2014; Agunbiade & Ogunleye, 2012). Mevcut çalışma kapsamındaki 0-2 yaş bebeği olan annelerin %22,22'si emzirmeyi kesmiştir. Sebep olarak en çok; %5,36 sütün kesilmesi; %4,6 oranında bebeğin aç olması; %3,45 oranında ise annenin yeterli olduğunu düşünmesi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Bu nedenler literatürle paraleldir (Abdollahi vd., 2010; Abigail vd., 2013; Agunbiade & Ogunleye, 2012). Bunun nedeni bölgesel sosyokültürel ve gelir seviyesinin düşüklüğü olabilir. Yetersiz süt algısı ise annelerin emzirme fizyolojisine ilişkin bilgi eksikliğinden kaynaklanabilir.

5.5 Bebeklerin Enerji ve Besin Ögeleri Alımlarının Değerlendirilmesi

İstenilen besin değerlerinin hesaplanması için 24 saatlik besin tüketim kaydı yönteminin kullanılmasında en büyük etken eğitim seviyesinin düşük olduğu gruplara da yüz yüze görüşme yoluyla uygulanabilmesinin yanı sıra farklı sosyoekonomik düzeydeki kişilere diğer besin tüketim durumu saptama yöntemlerine göre daha kısa ve cevaplama oranı daha yüksek bir yöntemdir (Kaya, 2019). Bölgedeki okur-yazarlık seviyesinin düşük olması göz önünde bulundurulduğunda 24 saatlik besin tüketim yöntemi mevcut çalışma için uygun olabileceği düşünülmüştür.

Bebeklerin aldıkları anne sütü miktarı tam olarak hesaplanamayacağı için mevcut çalışmada sadece 6 aylıktan büyük bebeklerin tamamlayıcı besinlerden aldıkları enerji ve besin ögeleri hesaplanmıştır. WHO'nun önerisine göre, yaşları 6-8 aylık, 9-11 aylık ve 12-23 aylık olan bebeklerde tamamlayıcı besinlerden gelen enerji günde sırasıyla yaklaşık; 200 kkal, 300 kkal ve 550 kkal olmalıdır (World Health Organization, 2009). Mevcut çalışma kapsamındaki 6-24 aylık kız bebeklerin (n=95) günde ortalama $654,95 \pm 366,72$ kkal, erkek bebeklerin ise günde ortalama $576,76 \pm 296,89$ kkal enerji aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.10). Bu sonuçlar WHO'nun önerisine göre oldukça yüksek bulunmuştur. Bu duruma, annelerin çoğunun bebek beslenmesi eğitimi almaması, buna bağlı olarak; tamamlayıcı besine başlama zamanı ve tamamlayıcı besinlerin yaşa göre verilmesi gereken miktarları konusundaki bilgisizliği sebep olmuş olabilir.

5.6 Bebeklerin Enerji ve Besin Ögesi Alımları ile Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Z Skorları Arasındaki İlişki

Wang ve arkadaşlarının (2017) çoklu mikrobesein takviyesinin 6-23 aylık bebeklerle etkisinin incelendiği çalışmada, diyetle demir ve A vitamini alımının arttığı grupta bodurluk ve düşük kilo prevalansının anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$). Mevcut çalışmada bebeklerin günlük aldıkları A vitamini miktarları ile yaşa göre boy uzunluğu z skorları arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.11). Bebeklerin günlük A vitamin alım miktarları arttıkça, yaşa göre z skorları azalmaktadır. Ancak bu beklenmeyen durumun çalışmadaki anne sütünün besin ögesi hesaplarına dahil edilmemesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir.

Gebelik, emzirme ve bebeklik döneminde yeterli miktarda folat alımı, anne ve çocuk sağlığı ve normal büyüme için gereklidir (Lamers, 2011). Folat yetersizliğinin bebek üzerindeki etkisi incelenen bir çalışmada; bir grup bebek 2 aylıktan itibaren günlük 1 mg folik asit takviyesi alırken, diğer gruba plasebo verilmiş ve bebekler iki ayda bir takip edilmiştir. Takviye alan grupta eritrosit folat seviyesi 4 ayda tedavi öncesi değerinin iki katına çıkmış ve ilk yılın sonuna kadar bu yüksek seviyede kalmıştır. Folat düzeyi ortanca değer üzerinde olan bebeklerde, vücut ağırlığı ve boy uzunluğu kazanım oranı, folat düzeyi ortanca değer altındakilere göre daha yüksek bulunmuştur (Matoth vd., 1979).

Hindistan'da bebeklerin üçte biri düşük doğum ağırlıklı ($<2,5$ kg) olduğu ve bu durumun annenin yetersiz beslenmesi ile ilişkisi incelenen bir çalışmada 797 annenin makro besin ve mikro besin alımları, maternal diyet kalitesi durumu incelenmiştir. Gebeliğin 28. haftasında, eritrosit folat, doğum ağırlığı ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Sonuç olarak enerji ve makro besin

alımını arasında bir ilişkinin olmaması, ancak folat durumu ve mikrobeyinler açısından zengin besin alımını ile güçlü ilişkiler, bu yetersiz beslenmiş toplulukta mikrobeyinlerin bebeklerin büyümesi için önemli sınırlayıcı faktörler olabileceğini düşündürmektedir (Rao vd., 2001).

Anne sütü ve mama ile beslenen bebeklerde plazma folat konsantrasyonlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada anne sütü alan grupta folat eksiklik riski görülmezken; mama ile beslenen bebeklerin %69-94'ünün folat plazma düzeyleri anne sütü ile beslenen bebekler için en düşük konsantrasyonun altında bulunmuştur (Salmenperä vd., 1986). Taneja ve arkadaşlarının (2007) yaptığı benzer bir çalışmada ise, 6-11 aylık bebeklerde plazma folat konsantrasyonları anne sütüyle beslenenlerde emzirmeyen çocuklara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). (Taneja vd., 2007)

Mevcut çalışmada, bebeklerin folat alım miktarları ile yaşı göre vücut ağırlığı z skor değerleri ilişkisi incelendiğinde, pozitif ve anlamlı düzeyde bir korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.11). Bulgularımız literatürle paralellik göstermektedir (Matoth vd., 1979; Rao vd., 2001; Salmenperä vd., 1986; Taneja vd., 2007).

5.7 Annelerin IOWA Puanlarına İlişkin Bulgular

Annelerin bebek beslenmesine yönelik tutumlarını ölçmek için geliştirilen, 17 maddeden oluşan IOWA, 17-85 arasında puanlanmaktadır. Puan arttıkça annenin olumlu emzirme tutumunu, azaldıkça; bebeklerini mama ile beslemeye yatkınlıklarını temsil etmektedir (Ho & McGrath, 2011). IOWA puanı; 17-48 arasında ise, "mama ile beslemeye yatkın", 49-69 arasında ise "kararsız", 70-85 arasında ise "emzirmeye yatkın" şeklinde sınıflandırılır (AlKusayer vd., 2018).

Eskici ve arkadaşlarının (2022); Akın ve arkadaşlarının (2021); Küçükoğlu ve arkadaşlarının (2015), yaptığı çalışmada IOWA puanlarının ortalaması sırasıyla,

64.38±8.43; 61.57±5.34; 65.57±6.66 olarak bulunmuştur (Akın vd., 2021; Eskici & Yılmaz, 2022; Küçüköğlü vd., 2015). Wallis ve arkadaşlarının (2008); Sittlington ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmalarda IOWA puanı ortalaması sırasıyla; 63,3±2,6; 55,1±6,6 şeklindedir (Dungy vd., 2008; Sittlington vd., 2007). Mevcut çalışmaya katılan annelerin IOWA puanları; ortalama 59,38±6,94 puan, alt değeri 38, üst değeri 74 puandır (Tablo 4.12). Mevcut çalışmada, literatüre göre daha düşük sonuçlar elde edilmiştir (Akın vd., 2021; Eskici & Yılmaz, 2022; Küçüköğlü vd., 2015). Bu durum bölgesel farklılıklardan ve eğitim seviyesinden kaynaklanıyor olabilir.

Eskici ve arkadaşlarının (2022) 300 katılımcı ile gerçekleştirdiği benzer bir çalışmada, annelerin eğitim durumu ve aile gelir düzeyi durumu ile IOWA puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Eskici & Yılmaz, 2022). Mevcut çalışmada ise annelerin eğitim durumu ve aile gelir düzeyine göre annelerin IOWA puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Farklı ülkelerden toplam 164 annenin bebek beslemeye yönelik tutumlarını ve bebek yeme davranışlarını inceleyen bir çalışmada, IOWA sonuçlarına göre, 3 aylık bebeklerini mama ile beslemenin emzirmekten daha uygun olduğu algısına sahip annelerin sadece anne sütü verme olasılığı daha düşük bulunmuştur (Yu vd., 2020). Mevcut çalışmada, bebeklerin şu anki beslenme şekline göre IOWA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.13). Beklediğimiz gibi, bebeklerini sadece mama ile besleyen annelerin IOWA puanı, bebeği anne sütü ile besleyen annelerin IOWA puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bebeklerini sadece tamamlayıcı besin ile besleyen annelerin IOWA puanları, bebeği sadece anne sütü ve anne sütü ve tamamlayıcı gıda

ile besleyen annelerin IOWA puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

IOWA'nın geçerliliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, gebelerin %7,8'i emzirmeye yatkın, %92,2'si ise kararsız grupta olduğu saptanmıştır (Kızıltepe, 2011). Sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gebelerde bebek beslenme ve tutumunun değerlendirildiği başka bir çalışmada, gebelerin %28,5'i emzirmeye karşı pozitif, %35,7'si kararsız ve %35,7'si mama ile beslenmeye yatkın olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmadaki annelerin %7,66'sı mama ile beslemeye yatkın, %86,59'u kararsız, %5,75'i emzirmeye yatkın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14). Diğer çalışmalara göre emzirmeye yatkın annelerin daha düşük oranda olması, bölgedeki düşük eğitim seviyesinden kaynaklanıyor olabilir.

5.8 Annelerin IOWA Puanları ile Bebeklerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Z Skorları Arasındaki İlişki

Mevcut çalışmadaki annelerin IOWA puanlarının sınıflandırmasına göre antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Mevcut çalışma kapsamındaki bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin persentil değerlerine göre annelerin IOWA puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.16). Araştırmamızda bebeklerin yaşa göre vücut ağırlığı, yaşa göre boy uzunluğu, yaşa göre baş çevresi, yaşa göre BKİ, boya göre vücut ağırlığı değerleri farketmeksizin annelerin IOWA puanları benzer bulunmuştur.

Mevcut araştırmada, bebeklerin yaşa göre vücut ağırlığı, yaşa göre boy uzunluğu, yaşa göre baş çevresi, yaşa göre BKİ ve boya göre vücut ağırlığı z skor

değerleri ile annelerin IOWA puanları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.17).

Mevcut çalışma kapsamındaki bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin z skoru değerlerine göre annelerin IOWA puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.17). Araştırmamızda bebeklerin yaşa göre vücut ağırlığı, yaşa göre boy uzunluğu, yaşa göre baş çevresi, yaşa göre BKİ, boya göre vücut ağırlığı z skor değerleri farketmeksizin annelerin IOWA puanları benzer bulunmuştur.

Mevcut araştırmada, bebeklerin yaşa göre vücut ağırlığı, yaşa göre boy uzunluğu, yaşa göre baş çevresi, yaşa göre BKİ ve boya göre vücut ağırlığı z skor değerleri ile annelerin IOWA puanları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamış ($p>0,05$), annelerin IOWA puanları arttıkça bebeklerin persentil değerlerinin azaldığı ancak bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.18).

Daha önce IOWA ile bebeklerin antropometrik ölçümleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Annelerin beslenmeye yönelik tutum ve davranışları ile bebeklerin antropometrik ölçümleri arasındaki ilişkiyi inceleyen daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

5.9 Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırma tasarımında:

1. Bebeklerin günlük aldıkları anne sütü ve mama miktarını öğrenmeye veya tahmin etmeye yönelik bir eksikliğin olması,
2. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin çalışmaya dahil edilmiş olması,
3. Sadece 6 ay-2 yaş arası bebeklerin annelerine son 24 saatlik besin tüketiminin sorgulanmış olması,

4. Araştırmanın tek bir merkezde yapılmış olması, araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Bölüm 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Bu çalışma Adana Doğankent bölgesinde yaşayan 0-2 yaş bebeği olan 261 annenin katılımı ile gerçekleşmiştir. Çalışmada Doğankent Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran annelere, anne ve bebeklerine ait sosyo-demografik özellikler, bebeğe ait beslenme alışkanlıkları, bebeğin 24 saatlik besin tüketim kaydı, Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (IOWA) ve bebeğin antropometrik ölçümlerinin bulunduğu bir anket uygulanmış ve veriler elde edilmiştir. Toplanan verilerle elde edilen sonuçlarının özeti aşağıdaki gibidir:

1. Çalışmaya katılan annelerin %21,07'si 24 yaş ve altında, %43,68'i 25-29 yaş arası, %19,16'sı 30-34 yaş arasında, %42'si ise 35 yaş ve üstündedir.
2. Annelerin %64'ü okur-yazar olmayan, %17,24'ü ilköğretim mezunu, %14,56'sı, %3,83'ü ise lisans ve üzeri mezunudur.
3. Annelerin %23,75'i çalışmakta, %76,25'i çalışmamaktadır.
4. Çalışmadaki babaların %19,54'ü okur-yazar olmayan, %42,15'i ilköğretim mezunu, %27,97'si lise mezunu, %10,34'ü lisans ve üzeri mezunudur.
5. Çalışmadaki babaların %93,87'si çalışmakta, %6,13'ü çalışmamaktadır.
6. Çalışmadaki ailelerin gelir düzeyi, %18,01'i asgari ücret altı, %39,85'i asgari ücret, %42,15'i asgari ücret üstüdür.

7. Çalışmaya katılan annelerin %58,62'si normal, %41,38'i sezaryen doğum gerçekleştirmiştir.
8. Annelerin %11,11'inin düşük öyküsü bulunmakta, %88,89'unun düşük öyküsü bulunmamaktadır.
9. Çalışma kapsamındaki bebeklerin %44,83'ü kız, %55,17'si erkektir.
10. Bebeklerin %37,93'ü 1-3 aylık, %32,18'i 4-6 aylık, %11,11'i 7-9 aylık, %6,9'u 10-12 aylık, %11,88'i 13 aylık ve üstündedir.
11. Çalışmadaki bebeklerin %51,34'ü sadece anne sütü ile, %23,75'i anne sütü ve tamamlayıcı besin ile, %4,98'i anne sütü ve mama ile, %8,81'i mama ve tamamlayıcı besin ile, %2,3'ü sadece mama ile, %8,81'i sadece tamamlayıcı besin ile beslenmektedir.
12. Çalışmadaki 0-6 aylık bebeklerin %72,13'ü sadece anne sütü, %13,11'i anne sütü ve tamamlayıcı besin, %7,1'i anne sütü ve mama, %4,37'si mama ve tamamlayıcı besin, %3,28'i sadece mama ile beslenmektedir.
13. Çalışmadaki 6-12 aylık bebeklerin %2,13'ü sadece anne sütü, %63,83'ü anne sütü ve tamamlayıcı besin, %25,53'ü mama ve tamamlayıcı besin, %8,51'i sadece tamamlayıcı besin ile beslenmektedir.
14. Çalışmadaki 12 aylıktan büyük bebeklerin %3,23'ü sadece anne sütü ile, %25,81'i anne sütü ve tamamlayıcı besin ile, %9,68'i mama ve tamamlayıcı besin ile, %61,29'u sadece tamamlayıcı besin ile beslenmektedir.
15. Araştırmaya katılan annelerin %2,3'ü bebeğini hiç emzirmemiş, %59'u ilk bir saat içinde emzirmiş, %26,05'i ilk 1-24 saat içinde emzirmiş, %12,64'ü ilk 24 saatten sonra emzirmiştir.

16. Annelerin %64,37'sinin emzirme deneyimi varken, %35,63'ünün emzirme deneyimi yoktur.
17. Annelerin %31,8'i emzirme eğitimi almış, %68,2'si emzirme eğitimi almamıştır.
18. Bebek bakımı için annelerin %41'i yardım almış, %59'u yardım almamıştır.
19. Annelerin %77,78'i anne sütü vermeye devam ederken; %2,30'u bebeği bıraktığı için, %1,53'ü bebeği çok ağladığı için, %4,60'ı bebeği doymadığı için, %3,45'i sütünün yeterli olduğunu düşünmediği için, %5,36'sı artık süt gelmediği için, %1,53'ü gebelikten dolayı, %2,30'u çalışma şartlarından dolayı, %1,15'i ilaç kullanım zorunluluğundan dolayı bebeğini anne sütünden kesmiştir.
20. Bebeklerin folat alım miktarları ile yaşa göre vücut ağırlığı persentil değerleri arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon vardır ($p<0,05$).
21. Bebeklerin günlük almış oldukları enerji, su, protein, yağ, CHO (karbonhidrat), çoklu doymamış yağ, E vitamini, B1 vitamini, B6 vitamini, folat, C vitamini, potasyum, magnezyum, fosfor, demir ve çinko alım miktarları ile yaşa göre BKİ persentil değerleri arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon vardır ($p<0,05$).
22. Bebeklerin günlük almış oldukları enerji, protein, yağ, CHO, çoklu doymamış yağ, E vitamini, B6 vitamini, folat, potasyum, magnezyum, fosfor, ve çinko miktarları ile boya göre vücut ağırlığı persentil değerleri arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon vardır ($p<0,05$).

23. Bebeklerin folat alım miktarları ile yaşa göre vücut ağırlığı Z skorları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon vardır ($p<0,05$).
24. Araştırmaya dahil edilen bebeklerin günlük aldıkları fosfor miktarı ile yaşa göre BKİ Z skorları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon vardır ($p<0,05$).
25. Annelerin IOWA puanları ortalama $59,38\pm 6,94$ puan, alt değeri 38, üst değeri 74'tür.
26. Bebeklerin şu anki beslenme şekline göre annelerin IOWA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0,05$).
27. Bebeklerini sadece mama ile besleyen annelerin IOWA puanı, bebeği sadece anne sütü ve anne sütü ve tamamlayıcı besin ile besleyen annelerin IOWA puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).
28. Bebeklerini sadece tamamlayıcı besin ile besleyen annelerin IOWA puanları, bebeği sadece anne sütü ve anne sütü ve tamamlayıcı besin ile besleyen annelerin IOWA puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).
29. IOWA puanlarına göre sınıflandırıldığında, annelerin %7,66'sı mama ile beslemeye yatkın, %86,59'u kararsız, %5,75'i emzirmeye yatkındır.
30. IOWA sınıflarına göre antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
31. Bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin persentil değerlerine göre annelerinin IOWA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

32. Bebeklerin antropometrik ölçümlerine ilişkin z skorlarına göre annelerinin IOWA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

33. Bebeklerin yaşa göre vücut ağırlığı z skoru, yaşa göre boy uzunluğu z skoru, yaşa göre BKİ z skoru, yaşa göre baş çevresi z skoru ve boya göre vücut ağırlığı z skoru değeri ile annelerinin IOWA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

6.2 Öneriler

1. Emzirmenin anne ve bebeği için eşsiz faydalarının yanı sıra sağlık harcamalarını düşürerek ülke ekonomisine de katkısı göz önüne alındığında anne sütünü alım ve teşvik uygulamaları geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.
2. Dünyada yetersiz beslenen bebekler ve buna bağlı ölümler hala ciddi bir problem olmaya devam etmektedir. Anne sütü alamayan bebeklerin uygun ve güvenli şekilde beslenebilmesi için; kurum, kuruluş ve devletler, bebeklere özel besinlerin teminini ve denetimini sağlamalıdır.
3. Ülkemizde, özellikle kırsal bölgelerde, bebek beslenmesi eğitimleri yaygınlaştırılmalı, sadece annelerin değil, bebek bakımını üstlenen tüm aile bireylerinin katılımı sağlanmalıdır. Bebek beslenmesi eğitimlerinin yanı sıra, doğum kontrolü ve aile planlaması yönünde bilinçlendirme ve isteğe bağlı sezaryen doğumların önlenmesi yönünde eğitimlere de ihtiyaç vardır.
4. Çalışan anneleri emzirmeye teşvik etmek için politikalar geliştirilmeli, emziren anneye uygun iş ortamı ve çalışma saatleri sağlanmalıdır.

5. Bebeklerin doğumdan itibaren antropometrik ölçümleri belirli aralıklarla yapıp büyüme ve gelişmesi yakından takip edilmeli ve kaydedilmelidir. Ölçümleri yaşına göre uygun aralıkta olmayan bebeklere uygun müdahale yapılmalıdır.
6. Ölçümlerin yapılamadığı bölgelere mutlaka uygun ölçüm araçları sağlanmalıdır.
7. Büyüme ve gelişmenin takibi için, ölçümler dijital ortamda kaydedilmelidir. Buna yönelik bilgisayar programları geliştirilip sağlık personelleri eğitilebilir. Pratiklik, zaman tasarrufu ve yeni personel geldiğinde önceki verilere kolayca erişebilmesi açısından olumlu sonuçlar elde edilebilir.
8. Annenin emzirmeye yönelik bilgisini ve tutumunu anlamak, halk sağlığı politikasının geliştirilmesi ve uygulanması ile emzirme oranlarını artırmaya yönelik müdahalelerin değerlendirilmesine rehberlik eder. Bu nedenle, emzirmeye yönelik bilgi ve tutumları değerlendirmek için geçerli ve güvenilir araçlara ihtiyaç vardır.
9. Annelerin bebek besleme tutumları ve bilgileri, halk sağlığı eğitim programları ile şekillendirilebilir ve yaşına göre önerilen şekilde beslenen bebeklerin oranı hedeflenen düzeye ulaşabilir. Annelere eğitim verilirken anne sütünün eşsiz olduğu, ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmenin önemi, anne sütü verme süresi, tamamlayıcı besinlere ne zaman ve nasıl başlanacağı konuları daha çok vurgulanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Agostoni, C., Carratù, B., Boniglia, C., Lammardo, A. M., Riva, E., & Sanzini, E. (2000). Free glutamine and glutamic acid increase in human milk through a three-month lactation period. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 31(5), 508-512.
- Akcaboy, M., Oğuz, M. M., Zorlu, P., & Şenel, S. (2017). Bir Olgu ile Tamamlayıcı Beslenmede Yeni Akım: Bebek Liderliğinde Beslenme. *Gazi Medical Journal*, 28(2).
- Akşit, S. (2001). Kilo alamayan çocuğa yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10(12), 454-6.
- Anderson, J. W., Johnstone, B. M., & Remley, D. T. (1999). Breast-feeding and cognitive development: A meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 70(4), 525-535. <https://doi.org/10.1093/ajcn/70.4.525>
- Andreas, N. J., Kampmann, B., & Le-Doare, K. M. (2015). Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early human development*, 91(11), 629-635.
- Appleton, J., Laws, R., Russell, C. G., Fowler, C., Campbell, K. J., & Denney-Wilson, E. (2018). Infant formula feeding practices and the role of advice and support: An exploratory qualitative study. *BMC Pediatrics*, 18(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0977-7>

- Arikpo, D., Edet, E. S., Chibuzor, M. T., Odey, F., & Caldwell, D. M. (2018). Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.
- Atanassov, C., Viallemonteil, E., Lucas, C., Perivier, M., Claverol, S., Raimond, R., & Hankard, R. (2019). Proteomic pattern of breast milk discriminates obese mothers with infants of delayed weight gain from normal-weight mothers with infants of normal weight gain. *FEBS Open Bio*, 9(4), 736-742. <https://doi.org/10.1002/2211-5463.12610>
- Athira, T., & Ranjith, V. T. (2018). Centile chart for anthropometric measurements of newborns. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. <https://doi.org/10.14260/jemds/2018/911>
- Bahl, R., Frost, C., Kirkwood, B. R., Edmond, K., Martines, J., Bhandari, N., & Arthur, P. (2005). Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: Multicentre cohort study. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(6), 418-426.
- Baker, R. D., Greer, F. R., & Committee on Nutrition American Academy of Pediatrics. (2010). Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). *Pediatrics*, 126(5), 1040-1050. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2576>
- Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: Nutrients and

bioactive factors. *Pediatric Clinics*, 60(1), 49-74.
<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002>

Barutçu, A. (2020). Anne Sütü ve Laktasyon. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, s151-158.

Barutçu, A., Çiftçi, A. Ç., & Şahin, A. B. (2020). Yenidoğan, Sağlam Çocuk ve Sosyal Pediatriye Güncel Yaklaşımlar. *Akademisyen Kitabevi*.

Başaran, B. (2022). Assessment of aluminum via baby foods consumption in Turkey: estimated early-life dietary exposure and target hazard quotient. *Biological Trace Element Research*, 200(8), 3892-3901. <https://doi.org/10.1007/s12011-021-02961-2>

Baysal, A., Aksoy, M., Besler, H. T., Bozkurt, N., Keçecioğlu, S., Merdol, T., Pekcan, G., Mercanlıgil, S. M., & Yıldız, E. (2008). Diyet El Kitabı. 5. Baskı. *Ankara: Hatipoğlu Yayınevi*, s67-143.

Bell, K. A., Wagner, C. L., Feldman, H. A., Shypailo, R. J., & Belfort, M. B. (2017). Associations of infant feeding with trajectories of body composition and growth. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 106(2), 491-498.

Bhalla, V., Grimm, P. C., Chertow, G. M., & Pao, A. C. (2009). Melamine nephrotoxicity: An emerging epidemic in an era of globalization. *Kidney International*, 75(8), 774-779. <https://doi.org/10.1038/ki.2009.16>

- Bilgen, H., Kültürsay, N., & Türkyılmaz, C. (t.y.). *Türk Neonatoloji Derneği sağlıklı term bebeğin beslenmesi rehberi*. 10.
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Breastfeeding, S. O., Eidelman, A. I., Schanler, R. J., Johnston, M., Landers, S., Noble, L., Szucs, K., & Viehmann, L. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827-e841. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>
- Bulut Celik, S., Sahin, F., Beyazova, U., & Can, H. (2014). Growth status of children in well-baby outpatient clinics and related factors. *Türk Pediatri Arşivi*, 49(2), 104-110. <https://doi.org/10.5152/tpa.2014.1145>
- Butte, N. F., Hopkinson, J. M., Wong, W. W., Smith, E. O., & Ellis, K. J. (2000). Body composition during the first 2 years of life: An updated reference. *Pediatric Research*, 47(5), 578-585.
- Butts, C. A., Hedderley, D. I., Herath, T. D., Paturi, G., Glyn-Jones, S., Wiens, F., Stahl, B., & Gopal, P. (2018). Human milk composition and dietary intakes of breastfeeding women of different ethnicity from the Manawatu-Wanganui region of New Zealand. *Nutrients*, 10(9), 1231.

Bükülmez, A. (2020). Anne sütü alternatifleri: Hangi formülü ne zaman kullanmalı?
Pediatric Practice and Research, 8(2), 50-56.

Cochi, S. L., Fleming, D. W., Hightower, A. W., Limpakarnjanarat, K., Facklam, R. R., Smith, J. D., Sikes, R. K., & Broome, C. V. (1986). Primary invasive Haemophilus influenzae type b disease: A population-based assessment of risk factors. *The Journal of pediatrics*, 108(6), 887-896.

Countries failing to stop harmful marketing of breast-milk substitutes, warn WHO and UNICEF. (t.y.). Erişim tarihi 31 Temmuz 2022, gönderen <https://www.who.int/news/item/27-05-2020-countries-failing-to-stop-harmful-marketing-of-breast-milk-substitutes-warn-who-and-unicef>

Çelebioğlu, A., Tezel, A., & Özkan, H. (2006). Bebek dostu olan ve olmayan hastanelerde emzirme durumunun karşılaştırılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 44-51.

Çınarlı, T., Koç, Z., & Sağlam, Z. (2017). Annelerin anne sütü ve emzirme hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Samsun Sağ Bil Der*, 2(1), 1-13.

Datta, J., Graham, B., & Wellings, K. (2012). The role of fathers in breastfeeding: Decision-making and support. *British Journal of Midwifery*, 20(3), 159-167.
<https://doi.org/10.12968/bjom.2012.20.3.159>

D'Auria, E., Bergamini, M., Staiano, A., Banderali, G., Pendezza, E., Penagini, F.,

Zuccotti, G. V., Peroni, D. G., & on behalf of the Italian Society of Pediatrics. (2018). Baby-led weaning: What a systematic review of the literature adds on. *Italian Journal of Pediatrics*, 44(1), 49.

Davim, R. M. B., Enders, B. C., & Silva, R. A. R. da. (2010). Mothers' feelings about breastfeeding their premature babies in a rooming-in facility. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 44, 713-718.

Derin, D. Ö. (2019). An Investigation of Breastfeeding Practices of Mothers With Babies of 0-24 Months: The Sample of Tokat. *Pediatric Practice and Research*, 7(Ek), 40-44.

Dewey, K. G., Heinig, M. J., & Nommsen-Rivers, L. A. (1995). Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *The Journal of pediatrics*, 126(5), 696-702.

Dinçer, T. (2019). 0-2 yaş döneminde çocuk beslenmesini etkileyen faktörler. *İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*

Eidelman, A. I., & Schanler, R. J. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*.

Elde, A., & Van Parys, A. (2022). Choline content in breast milk and infant formula. *Norsk tidsskrift for ernæring*, 20(1), 5-16. <https://doi.org/10.18261/ntfe.20.1.3>

Faculty of Nursing and Midwifery, Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya, Abidah,

- S. N., Novianti, H., & Faculty of Nursing and Midwifery, Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya. (2020). Effect of exclusive breastfeeding on growth and development of infants aged 0-24 months. *Childhood Stunting, Wasting, and Obesity, as the Critical Global Health Issues: Forging Cross-Sectoral Solutions*. The 7th International Conference on Public Health 2020.
- Gale, C., Logan, K. M., Santhakumaran, S., Parkinson, J. R. C., Hyde, M. J., & Modi, N. (2012). Effect of breastfeeding compared with formula feeding on infant body composition: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *95*(3), 656-669.
- Gartner, L. M., Morton, J., Lawrence, R. A., Naylor, A. J., O'Hare, D., Schanler, R. J., Eidelman, A. I., & American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, *115*(2), 496-506. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2491>
- Garwolińska, D., Namieśnik, J., Kot-Wasik, A., & Hewelt-Belka, W. (2018). Chemistry of human breast milk—a comprehensive review of the composition and role of milk metabolites in child development. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, *66*(45), 11881-11896. <https://doi.org/10.1021/acs.jafc.8b04031>
- Georgieff, M. K., Brunette, K. E., & Tran, P. V. (2015). Early life nutrition and neural plasticity. *Development and Psychopathology*, *27*(2), 411-423.
- Giannì, M. L., Roggero, P., Morlacchi, L., Garavaglia, E., Piemontese, P., & Mosca,

- F. (2014). Formula-fed infants have significantly higher fat-free mass content in their bodies than breastfed babies. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, *103*(7), e277-281. <https://doi.org/10.1111/apa.12643>
- Giugliani, E. R. J., Horta, B. L., Loret de Mola, C., Lisboa, B. O., & Victora, C. G. (2015). Effect of breastfeeding promotion interventions on child growth: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, *104*(467), 20-29.
- Gladstone, M., Phuka, J., Mirdamadi, S., Chidzalo, K., Chitimbe, F., Koenraads, M., & Maleta, K. (2018). The care, stimulation and nutrition of children from 0-2 in Malawi—Perspectives from caregivers; “Who’s holding the baby?” *PLOS ONE*, *13*(6), e0199757.
- Gökçay, Prof. Dr. G., & Beyazova, Prof. Dr. U. (Ed.). (2020). *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi* (2. bs). Sosyal Pediatri Derneği Yayınları.
- Gribble, K., Mathisen, R., Ververs, M., & Coutsoudis, A. (2020). Mistakes from the HIV pandemic should inform the COVID-19 response for maternal and newborn care. *International Breastfeeding Journal*, *15*(1), 67.
- Gridneva, Z., Kuganathan, S., Rea, A., Lai, C. T., Ward, L. C., Murray, K., Hartmann, P. E., & Geddes, D. T. (2018). Human Milk Adiponectin and Leptin and Infant Body Composition over the First 12 Months of Lactation. *Nutrients*, *10*(8), 1125. <https://doi.org/10.3390/nu10081125>

- Gridneva, Z., Rea, A., Tie, W. J., Lai, C. T., Kuganathan, S., Ward, L. C., Murray, K., Hartmann, P. E., & Geddes, D. T. (2019). Carbohydrates in human milk and body composition of term infants during the first 12 months of lactation. *Nutrients, 11*(7), E1472.
- Gubbels, J. S., Thijs, C., Stafleu, A., van Buuren, S., & Kremers, S. P. J. (2011). Association of breast-feeding and feeding on demand with child weight status up to 4 years. *International Journal of Pediatric Obesity: IJPO: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity, 6*(2-2), e515-522.
- Guo, M. (2020). Human milk biochemistry and infant formula manufacturing technology. *Woodhead Publishing*.
- Gümüştakım, Ş., Aksoy, H., Cebeci, S., Çakır, L., Yavuz, E., & Kanuncu, S. (2017). 0-2 yaş çocuklarda beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi: Çok merkezli çalışma. *Aile Hekimliği ve Palyatif Bakım, 2*, 1-1.
- Hacettepe Üniversitesi, & Turkey (Ed.). (2019). 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Hacettepe Üniversitesi.
- Holbrook, K. E., White, M. C., Heyman, M. B., & Wojcicki, J. M. (2013). Maternal sociodemographic characteristics and the use of the Iowa Infant Attitude Feeding Scale to describe breastfeeding initiation and duration in a population of Urban, Latina mothers: A prospective cohort study. *International Breastfeeding Journal, 8*(1), 7.

- Horta, B. L., Loret de Mola, C., & Victora, C. G. (2015). Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, *104*(467), 30-37.
- Huang, J., Peters, K. E., Vaughn, M. G., & Witko, C. (2014). Breastfeeding and trajectories of children's cognitive development. *Developmental science*, *17*(3), 452-461.
- Huh, S. Y., Rifas-Shiman, S. L., Taveras, E. M., Oken, E., & Gillman, M. W. (2011). Timing of solid food introduction and risk of obesity in preschool-aged children. *Pediatrics*, *127*(3), e544-e551.
- İnce, O. T., Kondolot, M., & Yalçın, S. S. (2011). Büyümenin izlenmesi ve büyüme duraklaması. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, *5*(3), 181-192.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T., & Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence Report/Technology Assessment*, *153*, 1-186.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T. A., & Lau, J. (2009). A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, *4 Suppl 1*, S17-30.
- Irmak, A. Y., Yıldırım Balkan, Z., & Metinoğlu, M. (2019). Anne Sütü Üretimini

Arttıran Bitkisel Galaktogoglar: Literatür İnceleme. *Sağlık ve Toplum*.

Istre, G. R., Conner, J. S., Broome, C. V., Hightower, A., & Hopkins, R. S. (1985). Risk factors for primary invasive *Haemophilus influenzae* disease: Increased risk from day care attendance and school-aged household members. *The Journal of pediatrics*, *106*(2), 190-195.

Jankowska, P., Jankowski, K., Tarkowska, A., Haracz, J., & Tadla, M. (2019). Attitudes towards breastfeeding among mothers of children treated at the University Children's Hospital in Lublin. *Journal of Education, Health and Sport*, *9*(9), 670-680.

Jayasinghe, S., Herath, M. P., Beckett, J. M., Ahuja, K. D. K., Byrne, N. M., & Hills, A. P. (2021). Exclusivity of breastfeeding and body composition: Learnings from the Baby-bod study. *International Breastfeeding Journal*, *16*(1), 41.

Joardar, A., Sen, A. K., & Das, S. (2006). Docosahexaenoic acid facilitates cell maturation and beta-adrenergic transmission in astrocytes. *Journal of Lipid Research*, *47*(3), 571-581.

Josefson, J. L., Nodzenski, M., Talbot, O., Scholtens, D. M., & Catalano, P. (2019). Fat mass estimation in neonates: Anthropometric models compared with air displacement plethysmography. *The British Journal of Nutrition*, *121*(3), 285-290.

Kagitapu, S., Guduru, V., & Chodavarapu, R. (2018). Identification of LBW babies

by birth weight independent anthropometric measures.

Keeley, B., Little, C., & Zuehlke, E. (2019). The State of the World's Children 2019: Children, food and nutrition growing well in a changing world. *UNICEF*.

Kızıltepe, C. (2011). Yenidoğan ve süt çocuğu beslenmesinde IOWA skalasının geçerliliğinin değerlendirilmesi.

Koletzko, B., von Kries, R., Closa, R., Escribano, J., Scaglioni, S., Giovannini, M., Beyer, J., Demmelmair, H., Gruszfeld, D., Dobrzanska, A., Sengier, A., Langhendries, J.-P., Rolland Cachera, M.-F., Grote, V., & European Childhood Obesity Trial Study Group. (2009). Lower protein in infant formula is associated with lower weight up to age 2 y: A randomized clinical trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 89(6), 1836-1845.

Kouwenhoven, S. M. P., Antl, N., Twisk, J. W. R., Koletzko, B. V., Finken, M. J. J., & van Goudoever, J. B. (2021). Methods to assess fat mass in infants and young children: A comparative study using skinfold thickness and air-displacement plethysmography. *Life*, 11(2), 75.

Kramer, M. S. (1981). Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity? *The Journal of Pediatrics*, 98(6), 883-887. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(81\)80579-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(81)80579-3)

Kramer, M. S., Aboud, F., Mironova, E., Vanilovich, I., Platt, R. W., Matush, L., Igumnov, S., Fombonne, E., Bogdanovich, N., & Ducruet, T. (2008).

Breastfeeding and child cognitive development: New evidence from a large randomized trial. *Archives of general psychiatry*, 65(5), 578-584.

Kumar, C., Kumar, A., & Kumar, A. (2020). Study of determinants of various anthropometric measurements of neonates at birth. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 9(24), 1823-1827.

Kuo, A. A., Inkelas, M., Slusser, W. M., Maidenberg, M., & Halfon, N. (2011). Introduction of solid food to young infants. *Maternal and child health journal*, 15(8), 1185-1194.

Lamberti, L. M., Fischer Walker, C. L., Noiman, A., Victora, C., & Black, R. E. (2011). Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*, 11(3), S15. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S3-S15>

Laskowska, J., & Książyk, J. (2011). Aktualne wytyczne dotyczące karmienia piersią. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 2(7), 110-114.

Logan, C. A., Brandt, S., Wabitsch, M., Brenner, H., Wiens, F., Stahl, B., Marosvölgyi, T., Decsi, T., Rothenbacher, D., & Genuneit, J. (2017). New approach shows no association between maternal milk fatty acid composition and childhood wheeze or asthma. *Allergy*, 72(9), 1374-1383.

Lopez-Alarcon, M., Villalpando, S., & Fajardo, A. (1997). Breast-feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. *The Journal of Nutrition*, 127(3), 436-443.

- Lucas, A., Morley, R., Cole, T. J., Lister, G., & Leeson-Payne, C. (1992). Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *The Lancet*, 339(8788), 261-264. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(92\)91329-7](https://doi.org/10.1016/0140-6736(92)91329-7)
- Lugonja, N., & Spasić, S. (2020). Breast Milk for Premature Infants: Nutritive and health Aspects. *New Research on Breastfeeding and Breast Milk*, 27-68.
- Lutter, C. K., Grummer-Strawn, L., & Rogers, L. (2021). Complementary feeding of infants and young children 6 to 23 months of age. *Nutrition Reviews*, 79(8), 825-846. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa143>
- Martin, C. R., Ling, P.-R., & Blackburn, G. L. (2016). Review of infant feeding: Key features of breast milk and infant formula. *Nutrients*, 8(5), E279.
- Martin, R. M., Holly, J. M. P., & Gunnell, D. (2011). Milk and linear growth: Programming of the igf-I axis and implication for health in adulthood. *Nestle Nutrition Workshop Series. Paediatric Programme*, 67, 79-97.
- McAndrew, F., Thompson, J., Fellows, L., Large, A., Speed, M., & Renfrew, M. J. (t.y.). *Infant Feeding Survey 2010*.
- McGuire, S. (2015). World Health Organization. Comprehensive implementation plan on maternal, infant, and young child nutrition. Geneva, Switzerland, 2014. *Advances in Nutrition*, 6(1), 134-135.
- Mennella, J. A., Ventura, A. K., & Beauchamp, G. K. (2011). Differential growth

patterns among healthy infants fed protein hydrolysate or cow-milk formulas. *Pediatrics*, 127(1), 110-118.

Mısıroğlu, E. D., Aliefendioğlu, D., Fidan, K., akmak, F. N., & Haberal, A. (2006). Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğum yapan annelerin antenatal bakım hizmetlerinden yararlanma durumunun değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 14(1), 7-13.

Michaelsen, K. F., & Greer, F. R. (2014). Protein needs early in life and long-term health. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 99(3), 718S-22S.

Mitoulas, L. R., Kent, J. C., Cox, D. B., Owens, R. A., Sherriff, J. L., & Hartmann, P. E. (2002). Variation in fat, lactose and protein in human milk over 24h and throughout the first year of lactation. *British Journal of Nutrition*, 88(1), 29-37.

Morison, B. J., Heath, A.-L. M., Haszard, J. J., Hein, K., Fleming, E. A., Daniels, L., Erickson, E. W., Fangupo, L. J., Wheeler, B. J., Taylor, B. J., & Taylor, R. W. (2018). Impact of a modified version of baby-led weaning on dietary variety and food preferences in infants. *Nutrients*, 10(8), 1092.

Morrow, A. L., Guerrero, M. L., Shults, J., Calva, J. J., Lutter, C., Bravo, J., Ruiz-Palacios, G., Morrow, R. C., & Butterfoss, F. D. (1999). Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 353(9160), 1226-1231.

- Nakano, S., Takekoshi, H., & Nakano, M. (2007). Chlorella (*Chlorella pyrenoidosa*) supplementation decreases dioxin and increases immunoglobulin a concentrations in breast milk. *Journal of medicinal food*, 10(1), 134-142.
- New Zealand & Ministry of Health. (2021). Healthy eating guidelines for New Zealand babies and toddlers (0-2 years old).
- Organization, W. H. (2003). Complementary feeding: Report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.
- Organization, W. H. (2014). Global nutrition targets 2025: Breastfeeding policy brief.
- Organization, W. H. (2020). Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease. *Guidelines for the Management of Pregnant and Breastfeeding Women in the Context of Ebola Virus Disease*, 52-52.
- Owen, C. G., Martin, R. M., Whincup, P. H., Davey-Smith, G., Gillman, M. W., & Cook, D. G. (2005). The effect of breastfeeding on mean body mass index throughout life: A quantitative review of published and unpublished observational evidence. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(6), 1298-1307.
- Öcal G, Günöz H, Yordam N, & urtoğlu S. (2003). *Pediatric Endocrinology*.

Pediatric Endocrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları, Ankara: Kalkan Matbaacılık, 415-455.

Palou, M., Picó, C., & Palou, A. (2018). Leptin as a breast milk component for the prevention of obesity. *Nutrition Reviews*, 76(12), 875-892.

Pekcan, G. (2008). Beslenme durumunun saptanması. *Diyet El Kitabı*, 67-141.

Petry, C. J., Ong, K. K., Hughes, I. A., & Dunger, D. B. (2020). Multiple micronutrient supplementation during pregnancy and increased birth weight and skinfold thicknesses in the offspring: The Cambridge baby growth study. *Nutrients*, 12(11), 3466. <https://doi.org/10.3390/nu12113466>

Pham, Q., Patel, P., Baban, B., Yu, J., & Bhatia, J. (2020). Factors affecting the composition of expressed fresh human milk. *Breastfeeding Medicine*, 15(9), 551-558. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0195>

Pisacane, A., Graziano, L., Mazzarella, G., Scarpellino, B., & Zona, G. (1992). Breast-feeding and urinary tract infection. *The Journal of pediatrics*, 120(1), 87-89.

Qin, Y., Shi, W., Zhuang, J., Liu, Y., Tang, L., Bu, J., Sun, J., & Bei, F. (2019). Variations in melatonin levels in preterm and term human breast milk during the first month after delivery. *Scientific Reports*, 9(1), 17984.

Rajani, P. S., Seppo, A. E., & Järvinen, K. M. (2018). Immunologically active

components in human milk and development of atopic disease, with emphasis on food allergy, in the pediatric population. *Frontiers in Pediatrics*, 6.

Rodríguez-Cano, A. M., Mier-Cabrera, J., Muñoz-Manrique, C., Cardona-Pérez, A., Villalobos-Alcázar, G., & Perichart-Perera, O. (2019). Anthropometric and clinical correlates of fat mass in healthy term infants at 6 months of age. *BMC Pediatrics*, 19, 60. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1430-x>

Rolland-Cachera, M. F., Deheeger, M., Akrou, M., & Bellisle, F. (1995). Influence of macronutrients on adiposity development: A follow up study of nutrition and growth from 10 months to 8 years of age. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(8), 573-578.

Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., Victora, C. G., & Lancet Breastfeeding Series Group. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet (London, England)*, 387(10017), 491-504.

Rzehak, P., Sausenthaler, S., Koletzko, S., Reinhardt, D., von Berg, A., Krämer, U., Berdel, D., Bollrath, C., Gröbl, A., Bauer, C. P., Wichmann, H.-E., Heinrich, J., & German Infant Nutritional Intervention Study Group. (2009). Short- and long-term effects of feeding hydrolyzed protein infant formulas on growth at < or = 6 y of age: Results from the German Infant Nutritional Intervention Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 89(6), 1846-1856.

- Samur, G., Topcu, A., & Turan, S. (2009). Trans fatty acids and fatty acid composition of mature breast milk in Turkish women and their association with maternal diet's. *Lipids*, 44(5), 405-413.
- Sayres, S., & Visentin, L. (2018). Breastfeeding: Uncovering barriers and offering solutions. *Current opinion in pediatrics*, 30(4), 591-596.
- Schanzenbach, D. W., & Thorn, B. (2020). Supporting development through child nutrition. *Future of Children*, 30(2), 115-141.
- Schwarzenberg, S. J., Georgieff, M. K., & Committee On Nutrition. (2018). Advocacy for improving nutrition in the first 1000 days to support childhood development and adult health. *Pediatrics*, 141(2), e20173716.
- Seppo, A. E., Autran, C. A., Bode, L., & Järvinen, K. M. (2017). Human milk oligosaccharides and development of cow's milk allergy in infants. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 139(2), 708-711.e5.
- Seyhan, E. T. (2021). 0-2 yaş bebeklerde beslenme durumu ve büyüme persentillerine etkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi*.
- Shepherd, S. (2020). Food and nutrition basics. *Food & Nutrition Throughout Life* (pp. 3-50). Routledge.
- Soto-Ramírez, N., Karmaus, W., Zhang, H., Liu, J., Billings, D., Gangur, V., Amrol, D., da Costa, K.-A., Davis, S., & Goetzl, L. (2012). Fatty acids in breast milk

associated with asthma-like symptoms and atopy in infancy: A longitudinal study. *The Journal of Asthma: Official Journal of the Association for the Care of Asthma*, 49(9), 926-934.

Srinivasa, S., Manasa, G., & Madhu, G. (2017). Foot length of newborn: Its correlation with gestational age and various anthropometric parameters. *Current Pediatric Research*.

Srivastava, R., & Chandrakar, S. (2018). Surrogate anthropometric parameters for assessment of low birth weight babies. *Indian Journal of Neonatal Medicine and Research*, 6, 5.

Summerbell, C. D., Douthwaite, W., Whittaker, V., Ells, L. J., Hillier, F., Smith, S., Kelly, S., Edmunds, L. D., & Macdonald, I. (2009). The association between diet and physical activity and subsequent excess weight gain and obesity assessed at 5 years of age or older: A systematic review of the epidemiological evidence. *International Journal of Obesity (2005)*, 33 Suppl 3, S1-92. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.80>

Sun, C., Foskey, R. J., Allen, K. J., Dharmage, S. C., Koplin, J. J., Ponsonby, A.-L., Lowe, A. J., Matheson, M. C., Tang, M. L., & Gurrin, L. (2016). The impact of timing of introduction of solids on infant body mass index. *The Journal of Pediatrics*, 179, 104-110.

Suryani, E., Harahap, M. L., Rangkuti, N. A., Batubara, N. S., Siregar, R. A., & Siregar, R. D. (2022). The influence of knowledge of mother who have baby

6-12 months on supplementary feeding. *International Journal of Public Health Excellence (IJPHE)*, 1(1), 52-55.

Şanlıer, N., & Aytekin, F. (2004). Sıfır üç yaş grubunda çocuğu bulunan annelerin beslenme ve ishal konusunda bilgi ve davranışlarının incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 24(3).

Tampubolon, C. H., Ronny, R., & Rahabeat, F. (2021). Differences in the incidence of diarrhoea in children aged 6-24 months who receive exclusive and non-exclusive breastfeeding. *International Journal of Health Sciences and Research*, 11(10), 378-386.

Taylor, R. W., Conlon, C. A., Beck, K. L., Hurst, P. R. von, Morenga, L. A. T., Daniels, L., Haszard, J. J., Meldrum, A. M., McLean, N. H., Cox, A. M., Tukuafu, L., Casale, M., Brown, K. J., Jones, E. A., Katiforis, I., Rowan, M., McArthur, J., Fleming, E. A., Wheeler, B. J., ... Heath, A.-L. M. (2021). Nutritional implications of baby-led weaning and baby food pouches as novel methods of infant feeding: Protocol for an observational study. *JMIR Research Protocols*, 10(4), e29048. <https://doi.org/10.2196/29048>

Top, F. Ü., & Çam, H. H. (2022). Complementary and alternative methods of increasing breast milk of mothers of children aged 0-24 months. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*, (2), 151-158.

Traves, D. (2019). Understanding infant formula. *Paediatrics and Child Health*, 29(9), 384-388. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2019.06.003>

- Trojanowska, A., Brodowicz-Król, M., & Trojanowska, P. (2017). Knowledge of young women concerning the impact of natural feeding on the growth and state of health of a baby. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(3), 484-488. <https://doi.org/10.5604/12321966.1232772>
- TC Sağlık Bakanlığı & Hacettepe Üniversitesi. (2019). Türkiye beslenme ve sağlık araştırması (TBSA). Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. *Sağlık Bakanlığı Yayın*, 931.
- Ulukol, B., Köse, K., Gülnar, B. S., Akinci, Z., & Ertem, Ö. İ. (2001). Bir yaş ve altındaki bebekler için Ankara büyüme eğrileri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 54(1), 7-16.
- UNICEF. (2009). Tracking progress on child and maternal nutrition: A survival and development priority.
- United Nations Environment Programme, Organization, W. H., & Fund (UNICEF), U. N. C. (2002). Children in the new millennium: Environmental impact on health.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.
- Weng, S. F., Redsell, S. A., Nathan, D., Swift, J. A., Yang, M., & Glazebrook, C.

(2013). Estimating overweight risk in childhood from predictors during infancy. *Pediatrics*, 132(2), e414-421.

World Health Organization. (2000). WHO Fact Sheets: Dioxins and their effects on human health.

World Health Organization. (2003). Global strategy for infant and young child feeding.

World Health Organization. (2009). Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.

World Health Organization. (2017). Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children: Implementation manual. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260137>

World Health Organization. (2020). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-friendly Hospital initiative: 2018 implementation guidance: Frequently asked questions.

Yang, T., Zhang, Y., Ning, Y., You, L., Ma, D., Zheng, Y., Yang, X., Li, W., Wang, J., & Wang, P. (2014). Breast milk macronutrient composition and the associated factors in urban Chinese mothers. *Chinese Medical Journal*, 127(9), 1721-1725.

- Zehner, E. (2016). Promotion and consumption of breastmilk substitutes and infant foods in Cambodia, Nepal, Senegal and Tanzania. *Maternal & Child Nutrition*, 12(Suppl 2), 3-7. <https://doi.org/10.1111/mcn.12308>
- Zhang, K., Tang, L., Wang, H., Qiu, L.-Q., Binns, C. W., & Lee, A. H. (2015). Why do mothers of young infants choose to formula feed in china? Perceptions of mothers and hospital staff. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(5), 4520-4532.
- Zhang, Z., Adelman, A. S., Rai, D., Boettcher, J., & Lönnerdal, B. (2013). Amino acid profiles in term and preterm human milk through lactation: A systematic review. *Nutrients*, 5(12), 4800-4821.

EKLER

Ek 1: Kurum İzni



Sayı: ETK00-2022-0033

12.01.2022

Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.

Sayın: Dyt. Cansu Arslanbaş

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sağlık Etik Alt Kurulu'nun 31.12.2021 tarih ve 2021/05 sayılı toplantısında incelenerek uygun bulunan, Yrd. Doç. Dr. Gözde Okburan danışmanlığında yürüttüğünüz **"0-2 Yaş Anne Sütü Alan ve Almayan Bebeklerde Antropometrik Ölçümlerin Değerlendirilmesi"** adlı yüksek lisans tez çalışmanız, Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Yücel Vural

Etik Kurulu Başkanı

YV/ek.

Ek 2: IOWA Ölçeği Kullanım İzni

4.08.2022 15:44

Gmail - IOWA Ölçeği Kullanım İzni



Cansu <cansuarslanbas@gmail.com>

IOWA Ölçeği Kullanım İzni

Aysun Basgun Eksioğlu <aysun.basgun@ege.edu.tr>
Alıcı: Cansu Arslanbaş <cansuarslanbas@gmail.com>

2 Ağustos 2021 14:51

Sayın Cansu Arslanbaş

"Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği" ni çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum. Ekte ölçek formunu iletiyorum. Ölçeğin değerlendirme yönergesi metinde yer almaktadır.

Çalışmanızda başarılar ve kolaylıklar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Aysun Eksioğlu

Kimden: "Cansu Arslanbaş" <cansuarslanbas@gmail.com>
Kime: "Aysun Basgun Eksioğlu" <aysun.basgun@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 30 Temmuz Cuma 2021 8:00:00
Konu: IOWA Ölçeği Kullanım İzni

DİKKAT: Bu e-posta kurum dışından gönderilmiştir. Zararlı dosya veya bağlantılar (link) içeriyor olabilir. Kaynağından emin olmadığınız dosyaları açmayınız, bağlantılara (link) tıklamayınız. Şüpheli durumlarda lütfen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı nyg.yardim@mail.ege.edu.tr adresine bilgi veriniz.

[Alıntılanan metin gizlendi]

EGE ÜNİVERSİTESİ

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamamız, kopyalamamız, yönlendirmemiz ve kullanmanız kesinlikle yasaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

EGE ÜNİVERSİTESİ bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından sorumlu değildir. Bu mesajdaki görüşler yalnızca gönderen kişiye aittir ve EGE ÜNİVERSİTESİ'nin görüşlerini yansıtmayabilir.

This e-mail and any attachments may contain confidential and privileged information. If you are not the intended recipient, please notify the sender immediately by return e-mail, delete this e-mail and destroy any copies. Any dissemination or use of this information by a person other than the intended recipient is unauthorized and may be illegal.

EGE UNIVERSITY makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. The opinions expressed in this message belong to sender alone and may not necessarily reflect the opinions of EGE UNIVERSITY.

Bebek Beslenmesi tutum olcegi türkçe formu (1).doc
52K

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=84990780e5&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1706982315184124960&simpl=msg-f%3A170698231518412...> 1/1

Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Yalın ve anlaşılır bir dil kullanılarak hazırlanmalıdır. Formda yer alan bilgiler başvuru dosyasındaki diğer belgelerdeki bilgilerle uyumlu olmalıdır.)

ARAŞTIRMANIN ADI:

Bu form ile “0-2 Yaş Anne Sütü Alan ve Almayan Bebeklerde Antropometrik Ölçümlerin Değerlendirilmesi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalaranız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Gözde Okburan sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Günümüz bilgi birikimine göre bebeğin gelişimi için en uygun besin anne sütüdür ve ilk 6 ay sadece anne sütü önerilmektedir. Büyüme, 0-2 yaş aralığında özellikle önemlidir. Bu kritik dönemde yanlış beslenme, çocukların sağlığına ve yetişkinliğe kadar zarar verebilir.

Araştırmanın Yöntemi:

Bebeğin gelişimi için en uygun besin anne sütüdür ve ilk 6 ay sadece anne sütü önerilmektedir. Büyüme, 0-2 yaş aralığında özellikle önemlidir. Bu kritik dönemde yanlış beslenme, çocukların sağlığına ve yetişkinliğe kadar zarar verebilir. Bu çalışmanın amacı 0-2 yaş anne sütü alan ve almayan bebeklerin büyüme ve gelişimlerini değerlendirmektir.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Cansu Arslanbaş

Görevi : Diyetisyen

Telefon: +905439291577

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağı şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersen, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Cansu Arslanbaş ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Cansu Arslanbaş, Diyetisyen

Adres: Adana/SEYHAN

Tel: +905439291577

İmza:

Tarih:

Ek 4: Anket Formu

A. Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaşınız:
2. Eğitim durumunuz nedir? (a)Okuryazar olmayan (b)İlköğretim (c)Lise (d) Lisans ve üzeri
3. Çalışma durumunuz nedir? (a)Çalışıyor (b)Çalışmıyor
4. Babanın yaşı. :
5. Babanın eğitim durumu nedir? (a)Okuryazar olmayan (b)İlköğretim (c)Lise (d) Lisans ve üzeri
6. Babanın çalışma durumu nedir? (a)Çalışıyor (b)Çalışmıyor
7. Aile gelir düzeyi (a)Asg. ücret altı (b)Asg. ücret (c)Asg. ücret-4000Tl (d)4000Tl üzeri
8. Gebeliğinizi planlamış mıydınız? (a)Evet (b)Hayır
9. Gebeliğinizi istemli olarak mı sürdürdünüz? (a)Evet (b)Hayır
10. Doğum şekliniz nedir? (a)Normal doğum (b)Sezaryen doğum
11. Bebeğin cinsiyeti (a) Kız (b) Erkek
12. Bebeğiniz kaç aylık?
13. Bebeğinizin **doğumdaki** boyu ve kilosu nedir?cm,kg
14. Kaçmıcı gebeliğiniz?
15. Daha önce düşük öykünüz var mı? (a)Evet.....kez (b)Hayır
16. Daha önce ölü doğum öykünüz var mı? (a)Evet.....kez (b)Hayır
17. Daha önce kaç canlı doğum yaptınız?.....
18. Daha önce emzirme deneyiminiz oldu mu? (a)Evet (b)Hayır
19. Bebeğinizi emzirmeye yönelik eğitim aldınız mı? (a)Evet (b)Hayır
20. Bebeğinizin bakımı için herhangi birinden yardım alıyor musunuz? (a)Evet.....(Kim? Örnek: anneannesi, bakıcı vb.) (b)Hayır

B. Beslenme Durumu

21. İlk anne sütü alma saati (a)İlk 1 saat (b)1-24 saat (c)24 saatten sonra
22. Sadece anne sütü ile beslenme süresi (ay)
23. Anne sütü süresi (toplamda kaç ay emzirildi?)
24. Ek besin vermeye ne zaman başlandı? (ay)
25. Anne sütü kesildiye kesme sebebi nedir? (1)Bebek bıraktı (2)Bebek çok ağlıyordu (3)Bebek açtı, doymuyordu (4)Yeterli olduğunu düşündüm (5)Süt kesildi (6)Halen devam ediyor (7)Gebelikten dolayı (8)Çalışma şartları-işe başlama (9)Annenin hastalığı (10)Anne ilaç kullandığı için (11) Beslenme-uyku düzeni sağlamak için (12)Yoğun bakımda yatış nedeniyle (13) Diğer (.....)
26. Bebeğinizi şu anda nasıl besliyorsunuz?
 - (1) Anne sütü
 - (2) Anne sütü+ diğer süt
 - (3) Anne sütü+ek besin
 - (4) Anne sütü+ Mama
 - (5) Mama + Ek besin

(6) Diğer.....

Bu kısım 6 aydan büyük bebekler içindir. Bebeğiniz 6 aydan küçük ise formun D kısmına geçebilirsiniz.

C. 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı

Öğünler	Besinler/Yemekler	İçecekler	Miktar/Ölçü
Sabah			
Kuşluk			
Öğle			
İkindi			
Akşam			
Gece			

D. IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Anne sütünün besleyici faydaları bebeği anne sütünden kesinceye kadar sürer.					
2. Hazır mama ile beslenme emzirmekten daha pratiktir.					
3. Emzirme anne ile bebek arasındaki bağlanmayı artırır.					
4. Anne sütünde demir yetersizdir.					
5. Hazır mamalar ile beslenen bebekler, anne sütü ile beslenen bebeklere göre daha kiloludur.					
6. Anne ev dışında çalışmayı planlıyorsa mama ile beslenme en iyi seçimdir.					
7. Bebeğini mama ile besleyen anneler anneliğin en büyük zevklerinden birini kaçırmazlar.					
8. Anneler lokanta gibi halka açık yerlerde emzirmemelidir.					
9. Anne sütü ile beslenen bebekler, mama ile beslenen bebeklerden daha sağlıklıdır.					
10. Anne sütü ile beslenen bebekler, formül mama ile beslenen bebeklerden daha kiloludur.					
11. Eğer bir anne bebeğini anne sütü ile besliyorsa/emziriyorsa babalar kendilerini ihmal edilmiş hissederler.					
12. Anne sütü, bebekler için ideal bir besindir.					
13. Anne sütü, hazır mamadan daha kolay sindirilir.					
14. Mama, bebek için anne sütü kadar sağlıklıdır.					
15. Emzirme ile besleme, mama ile beslemeden daha rahattır.					
16. Anne sütü, mamadan daha ucuzdur.					
17. Ara sıra alkol alan anne, bebeğini anne sütü ile beslememelidir.					

E. Antropometrik Ölçümler

Bebeğin;

Vücut Ağırlığı (kg) :.....

Boy Uzunluğu (cm) :.....

Baş Çevresi (cm) :.....