

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Aile Hekimliği

AİLE HEKİMLİĞİ KOORDİNATÖRÜ  
Uzm. Dr. İsmail Ekizoğlu

**1-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN PERSANTİLLERİNE AİLENİN  
SOSYOEKONOMİK DÜZEYİNİN VE ANNENİN BESLENME  
KONUSUNDAKİ BİLGİSİNİN ETKİSİ**

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Ülker ÖNCÜ  
İSTANBUL 2007

## ÖNSÖZ

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki ihtisas sürem içinde mesleki bilgi, beceri ve deneyimlerimin gelişmesinde emeği geçen değerli hocalarım; Aile Hekimliği Koordinatörü ve 2.Dahiliye Klinik Şefi Uzm. Dr. İsmail Ekizoğlu, 1.Cerrahi Klinik Şefi Doç.Dr. Alper Cihan; Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Klinik Şefi Doç. Dr. Vedat Dayıcioğlu, Çocuk Klinik Şefi Doç. Dr. Aysu Say; Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi ve Klinik Şefi Doç. Dr. Mustafa Bilici'e eğitimime katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Asistanlık süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım , tez çalışmalarım süresince ilgi ve desteğini esirgemeyen Uzm. Dr. Erhan Sayalı'ya,

Rotasyon yaptığım kliniklerdeki tüm şef yardımcıları, başasistan, uzman doktorlarına,

Üç yıllık asistanlığım boyunca birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma, Yaşamımın her anında maddi ve manevi desteklerinden dolayı annem, babam ve kardeşlerime,

Destek ve sevgisine her zaman muhtaç olduğum sevgili eşim; yaşamıma renk ve mutluluk katan canım kızıma sonsuz teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER:

<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>4-6</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b>	
<b>1.Çocuk Sağlığı İzlemi</b>	<b>6-9</b>
<b>2.Büyüme Ve Gelişmenin Değerlendirilmesi</b>	<b>9-13</b>
<b>3.Sağlıklı Çocuğun Beslenmesi</b>	<b>13-23</b>
<b>-0-6 Yaş Çocuk Beslenmesi</b>	
<b>-Tamamlayıcı Beslenme</b>	
<b>GEREÇ VE YÖNTEMLER</b>	
<b>BULGULAR</b>	<b>23-31</b>
<b>TARTIŞMA</b>	<b>31-37</b>
<b>SONUÇ</b>	<b>37-39</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>40-45</b>

## GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk sağlığı izlemi; aile, çocuk doktoru ve sağlık çalışanlarının işbirliği ile sağlanan uzun süreli bir izlemdir. Takip sırasında hekimlerin çocuğun büyüme gelişmesini değerlendirmeleri ayrı bir önem taşımaktadır. Büyümenin izlenmesi sağlıklı yaşam için çocuğun büyümesinin belirli aralıklarla standart büyüme eğrilerinde değerlendirilmesi, normalden sapmaların erken tanımlanıp çocukta kalıcı etkiler yapmadan daha ekonomik olarak izlenmesi programıdır. Toplum taramalarında erken tanı amacıyla kullanılacak bir yöntemin, geçerliliği kanıtlanmış, duyarlılığı yüksek, kısa zamanda sonuç veren ve maliyeti düşük bir yöntem olması istenir. Antropometrik ölçümler, bu özellikleri taşıyan ve uzunca bir süredir bu amaçla kullanılan yöntemlerdir. Bu ölçümler ile büyüme ve gelişme izlenmekte, dolaylı olarak beslenme durumu değerlendirilebilmektedir (1-2).

Erken çocukluk gelişimi çocukların hayatın erken dönemlerindeki (0-8 yaş) fiziksel, mental ve sosyal gelişimini kapsamakta ve beslenme, sağlık, zihinsel gelişim ve çocukların sosyal iletişimlerini için gerekli tüm girişimleri içermektedir. Erken çocukluk gelişimi programlarının amacı tüm çocukların fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal potansiyellerini geliştirmelerini sağlayacak şekilde çocuk haklarının korunmasıdır. Erken çocukluk gelişimini etkileyen üç ana bileşenden söz etmek mümkündür. Bunlar beslenme, çevre ve eğitimidir. Sağlık bu üç faktörden de etkilenecek ve bozulan sağlık da bu faktörleri etkileyecektir (3).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerin yaygın bir sorunu olan yetersiz ve dengesiz beslenme; bir yandan bireylerin fiziksel, sosyal ve zihinsel gelişimlerini, diğer yandan da toplumun ekonomik ve kültürel gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuz etkiler en çok bebeklerde ve çocuklarda görülmektedir. Önemli ölçüde anne sütünün yeterli süre verilmemesiyle ortaya çıkan malnütrisyon, gelişmekte olan ülkelerin çocuk ölümlerinin yaklaşık 50'sinin nedenini oluşturmaktadır (4-5-6).

WHO'nun verilerine göre yetersiz ve dengesiz beslenme, çocuk ölümlerinin %7'sinin birincil %46'sının ise ikincil nedenidir (7).

Ülkelerin gelişmişliği, bebek ve beş yaş altı bebek ve çocukların ölüm hızlarına

göre değerlendirilir. WHO'nun bebek ölüm hızına (BÖH) ilişkin sınıflamasına göre; BÖH, bir ülkede 0-1 yaş grubunda her bin canlı doğumdan 100 den fazla oluyorsa çok yüksek, 55-100 arası oluyorsa yüksek, 25-50 arası ise orta, 25'den az ise düşük olarak değerlendirmiştir (10).

İlk 4-6 ay yalnız anne sütüne devam edilmesi sonrasında ek besinler takviyesi ile her yıl dünyada 1.3 milyon bebeğin ölümden yaşama döndüğü görülecektir (8-9).

Anne sütü ile beslenmenin; bebek mortalite ve morbidite oranlarını azaltması, bebeklerin uygun beslenme, büyüme ve gelişmelerini sağlama, diğer tüm beslenme şekillerinden üstünlükleri, aileye ve ülkeye getirdiği ekonomik yararlar tüm dünyada bilinmektedir (11-12).

Bugün dünyada özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşamın ilk bir yılında birçok çocuk yetersiz ve dengesiz beslenme sonucunda gelişen hastalıklar sonucunda hayatını kaybetmektedir (13). Bu hastalıkların çoğu anne sütü ile beslenme ile önlenmektedir. Yapılan çalışmalarda elde edilen verilere göre ülkemizde anne sütü ile beslenme yaygın olmasına rağmen, emzirmenin çocuk sağlığına olumlu etkilerinin görülmemesi, ailelerin bebeklerini anne sütü ile beslerken hatalı uygulamalarda bulduklarını düşündürmektedir. Bu sorunların başlıcaları, emzirmeye geç başlanması, ek gıdalara çok erken ya da çok geç başlanması, anne sütü ile beslemeye başlamadan önce ilk besin olarak su, şekerli su, vb. verilmesi, annelerin doğumdan önceki dönemde emzirme konusunda yeterince bilgilendirilmemesi, emzirmeye başlanırken annelere sağlık personeli desteğinin eksik verilmesi ya da verilmemesi, biberon, emzik kullanılmasıdır. Annenin eğitimi ve desteklenmesiyle başarılı bir emzirme sağlanabilmektedir. Emzirilen bebekler için doğumdan sonraki ilk altı ay yaşamlarının en sağlıklı dönemleridir. Çok fakir köylerde yada gecekondü bölgelerinde bile küçük bebekler oldukça sağlıklı görünmektedirler. Dünyanın çeşitli bölgelerinden toplanan büyüme çizelgeleri gerçeği de bu gerçeği doğrulamaktadır. Bebekler yaşamlarının ilk yılının yarısına kadar iyi ve yeterli gelişme göstermektedirler. Çocukların, yaşama böyle sağlıklı başlamaları, emzirmenin bebek için sağlıklı korumayı açıkça kanıtlamaktadır (14-15).

Çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmesi beslenme, kalıtım, çevre koşulları gibi birçok etmenin etkisi altındadır. Ailenin kültürel düzeyi ve sosyo-ekonomik olanakları çocuğun beslenme durumunun en güçlü belirleyicilerinden biridir. Öncelikle anneler olmak üzere çocukların beslenme ve büyütülmesinden yakından ilgilenen kişilerin sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirilmesi çok önemli bir sağlık hizmetidir.

Annenin çocuk beslenmesi konusundaki bilgi durumunun belirlenmesi ile çocuk sağlığı ve beslenmesi konusunda sunulan sağlık hizmetinin daha iyi hale getirilmesi için gerekli planlar yapılabilecektir (16).

## **GENEL BİLGİLER**

### **1.ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ**

Her yıl 26 milyon bebek, annelerin hasta olması veya kötü bakılması nedeniyle sağlıklı yaşayabilmek için olması gerekenden daha düşük ağırlıkta doğmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde 230 milyondan fazla çocuk gıda yokluğu veya hastalıktan kaynaklanan malnütrisyon nedeniyle iyi gelişmemektedir. Günümüzde her yıl 7 milyon civarında çocuk malnütrisyon veya bağlı enfeksiyon hastalıklarından dolayı ölmektedir (17-18).

Çocuk hastalıklarını sadece tedaviye yönelik sağlık hizmetleri ile önlemek mümkün olmamaktadır. Son yıllarda dünyada, çocuklara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ağırlık kazanmaktadır. Bu koruyucu sağlık hizmeti antenatal dönemden başlayarak çocukluk yaş dönemi sonu sayılan 18 yaşına kadar sürer. Düzenli gebelik bakımı, genetik danışma, doğumun en uygun koşullar altında gerçekleştirilmesi, yeni doğan bakımı, tarama testleri, anne sütüyle beslenmenin sağlanması, uygun ek gıdalara zamanında geçilmesi, aşılama ve çocuklarda psikomotor gelişimin değerlendirilmesi koruyucu hizmetler arasında sıralamak mümkündür. Koruyucu sağlık hizmetleri annelerin bilinçlendirilmesi ve çocukların eğitilmesini de kapsamaktadır (19,20,21,22).

Çocuk sağlığı izlenimiyle:

- ⌚ Çocuk ölümleri azalır,
- ⌚ Hastalık ve sakatlıklar önlenir,
- ⌚ Çocukların genetik olarak sahip olduğu büyüme ve gelişme potansiyeline ulaşmaları, onların daha uzun sağlıklı, güçlü ve üretken yaşamaları sağlanır,
- ⌚ Çocuk sağlığı düzeyi gelişir ve yükselir (23).

Türkiye'de nüfusunun % 38'ini 0-18 yaş grubu çocuklar oluşturmaktadır.

Ülkemizin 5 yaş altı ve 0-1 yaş ölüm hızları hala yüksek seviyelerdedir. 2003 verileri ile ölüm hızları 5 yaşın altında binde 37, 1 yaşın altında ise binde 29'dur (24).

Çocuk ölümlerinin azaltılması yalnız sağlık hizmetlerinin değil, toplumun eğitim düzeyinin yükseltilmesine bağlıdır. Örneğin:

-Anne ve / veya babası okur-yazar olan çocukların ölme olasılıkları daha azdır.

-Yirmi yaşından genç anne olanların bebeklerinin ölme olasılıkları daha yüksektir. Halbuki ülkemizde yaşları 15 – 19 olan kadınların %6'sı çocuk sahibi, %2'si gebedir.

-Kadınların gebelikleri sırasında yeterli bakım almışlarsa ve doğumları sağlıklı ortamda eğitilmiş kişilerce yaptırılmışsa, bebeklerin ölme olasılığı daha düşüktür. Halbuki ülkemizde kırsal kesimlerdekinin 1/3 doğum öncesi bakım alamamaktadır.

-Ülkemizdeki çocukların neredeyse yarısı (%46) tam olarak aşılanmamıştır; %3'üne hiç aşı yapılmamıştır (24,25).

Çocuk Sağlığı İzleniminin Amaçları:

- ⌚ Rutin bağışıklama , büyüme-gelişmenin izlenmesi ve aile eğitimi (beslenme ve kazaların önlenmesi,sanitasyon gibi) yoluyla hastalıkların önlenmesi,
- ⌚ Öykü, fizik muayene ve tarama yöntemleriyle erken tanı konması,
- ⌚ Hastaların erken dönemde tedavisi,
- ⌚ Çocuğun optimal büyümesi, motor, duygusal ve entelektüel gelişmesini engelleyecek sorunların fark edilerek önlenmeye çalışılması,
- ⌚ Bütün bunların sağlanabilmesi için aileye yol gösterilmesi (sağlık eğitimi,çocuk yetiştirilme konusunda ve aile planlanması konusunda danışmanlık) olarak özetlenebilir (24).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin başarılı olmasındaki en önemli faktörlerinden biri de aile ile hekim arasındaki verimli bir iletişiminin sağlanmasıdır. Başta anne olmak üzere tüm aile fertlerinin çocuk sağlığı konusunda eğitilmesi ile çocukların sağlık birimlerine düzenli bakım için getirilmesine önemli ölçüde yardımcı olacaktır. Çocukların periyodik olarak izlenmesi ve kayıtlarının düzenli tutulmasıyla hastalığa neden olan etkenlerin ortadan kaldırılması sağlanabilecektir (27).

Çocuk sağlığı izlemi prenatal dönemden başlar, adolesan dönemin sonuna kadar devam eder. Gebeliğin son trimestrinde ebeveyne sağlam çocuk kontrol programı, emzirme, beslenme, bebek bakımı konularında bilgi verilmelidir. Hekim, aile, hemşire ya da yardımcı sağlık personeli işbirliği içinde yürütülmeli, çocuk içinde

bulunduğu fiziksel ve sosyal çevre ile birlikte değerlendirilmelidir (26).

Amerikan Pediatri Akademisi, bebeklerin doğumda, 2 haftalık, 2 aylık, 4, 6, 9, 12, 15, 18 ve 24 aylık iken mutlaka kontrol edilmelerini önermektedir. Süt çocukluğundan sonra 6-12 ayda bir kontrollere devam edilmelidir (40).

Sağlam Çocuk İzleminin Sıklığı;

- 1) Bireysel ve ailevi sorunların olduğu dönemlerde,
- 2) Büyümenin hızlı olduğu dönemlerde,
- 3) Aşıların yapıldığı dönemlerde daha sık aralıklarda olmak üzere bireye ve aileye göre düzenlenir (14).

Sağlam çocuk izlemi için önerilen standart programlar vardır. Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde, taburcu olurken, 7–10. günlerde, ilk 6 ay içinde her ay, 6 ay ile 2 yaş arası üç ayda bir, 2–6 yaşlar arası altı ayda bir, 6 yaştan sonra yılda bir izlem önerilmektedir (27).

Sağlam çocuğun fizik muayenesi eksiksiz olmalı, şikayeti olup olmadığına bakılmaksızın tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Her kontrolde boy, ağırlık ve en az iki yaşına kadar baş çevresi saptanarak büyüme parametreleri izlenmeli ve büyümenin değerlendirilmesi aile ile paylaşılmalıdır (79).

Aşılama çocuk sağlığı hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Ülke gerçeklerine uygun aşı programının her çocuğa zamanında uygulanması, geçersiz nedenlerle aşılamanın aksatılmaması, aileye aşının gerekliliği ve yan etkileri hakkında bilgi verilmesi unutulmaması gereken hususlardır. Her ziyaret aşı için bir fırsattır, çocuğun aşı durumu gözden geçirilmelidir (80).

Emzirmenin önemi, emzirme tekniği, sıklığı, süresi, ek gıdaya geçiş zamanı, ek gıdaların hazırlanması ve başlanmasında uyulması gereken kurallar, bebeğin aile sofrasına oturtulma zamanı ve kendi kendini beslemeye teşvik gibi konularda bilgi verilmelidir (27).

Doğacak bebeğin sağlığının geliştirilmesinde doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım temel hizmetlerdir. Bebek ve çocuk izlemleriyle anneye verilen danışmanlık hizmeti (beslenme eğitimi, aşı, büyüme ve gelişmenin izlenmesi vb.) bu çalışmaların en önemli basamağını oluşturmaktadır. Ancak ne yazık ki ülkemizde bebek ve çocuk izlemleri yeterli değildir. Bebeklerin sadece %59.2' si, çocukların ise %70.2' si izlenebilmektedir (39).

Çocuk sağlığı izleminde öykü, gözlem, fizik muayene ile pek çok hastalık

erken dönemde tespit edilebilmektedir. Farklı yaşlarda önceden belirlenmiş standartlara uygun olarak düzenli tarama testleri yapılır. Testlerin anormal sonuç oranının en yüksek olabileceği dönemlerde yapılmasına dikkat edilir. Amerikan Pediatri Akademisi tarafından geliştirilen standartlara uygun olarak rutin kan tahlilleriyle hemoglobin, hematokrit değerleri saptanır, idrar tahlili yapılır, tüberkülin testi uygulaması, görme ve işitme değerlendirmesi, mutlaka ilk 5 yıl içinde yapılmalıdır. Aile öyküsü, etnik köken, sosyoekonomik özellikler, coğrafi koşullar göz önünde tutularak ek bazı taramalar da yapılabilir (27).

## **2.BÜYÜME VE GELİŞMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Çocuk organizmasını erişkinden ayıran en önemli özellik sürekli büyüme, gelişme ve değişme süreci içinde olmasıdır. Çocukta sağlık durumunu bozan durumlar büyüme ve gelişme sürecini yavaşlatır, durdurur ya da normalden saptırır (29).

Çocuklarda normal büyüme ve gelişmenin bilinmesi normal durumlarda sapmaların tanımlanması yoluyla hastalıkların belirlenmesi ve önlenmesi açısından gereklidir. Büyüme ve gelişme işlevi tümüyle ayrı olmamasına karşın, “büyüme” vücudun tümünün ya da ayrı bölgelerinin büyüklük olarak artışı, “gelişme” duygusal ve sosyal ortamlar tarafından etkilenmeleri de içeren işlevlerdeki değişimleri tanımlamak için kullanılır. İnsan organizmasının gelişimi çok geniş, karmaşık bir konudur, ancak altta yatan hastalığın tanınması ve tedavisi için, çocuklara bakan herkesin normal büyüme ve gelişme örüntüsünü bilmesi önemlidir, anormal değişimler böylece tanınabilir (30).

Yaşa göre büyüme gelişme durumunun değerlendirilmesi, klinik muayenenin en önemli bölümünü oluşturur. Bu değerlendirme ,çocuk sağlığı taramalarının da önemli bir ögesidir. Olumsuz çevre koşullarının en fazla etkilediği kesim büyümenin en hızlı ve dış etkilere en duyarlı olduğu süt çocukluğu ve erken çocukluk dönemleridir. Bu yaşlarda karşılaşılan kötü beslenme, sık enfeksiyonlar gibi olumsuz durumlar, geri dönüşümsüz bozukluklarla sonuçlanabilir (29).

Büyümenin izlenmesi sağlıklı yaşam için çocuğun büyümesinin belirli aralıklarla standart büyüme eğrilerinde değerlendirilmesi, normalden sapmaların erken tanımlanıp çocukta kalıcı etkiler yapmadan daha ekonomik olarak izlenmesi programıdır. Toplum taramalarında erken tanı amacıyla kullanılacak bir yöntemin,

geçerliliği kanıtlanmış, duyarlılığı yüksek, kısa zamanda sonuç veren ve maliyeti düşük bir yöntem olması istenir. Antropometrik ölçümler, bu özellikleri taşıyan ve uzunca bir süredir bu amaçla kullanılan yöntemlerdir. Bu ölçümler ile büyüme ve gelişme izlenmekte, dolaylı olarak beslenme durumu değerlendirilebilmektedir. Beslenme durumunun iyileştirilmesi için toplumun eğitilmesi ve sosyoekonomik önlemler yanında risk altındaki çocukların erken dönemde saptanarak korunması öne taşımaktadır (1-2).

Bir çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen herhangi bir durum, çocuğun büyümesini ve gelişmesini durdurduğu için büyümenin düzenli olarak takip edilmesi gerekir. Başka bir deyişle büyümenin normal seyirinde devam etmesi en azından çocuğun sağlığını ciddi boyutta etkileyen bir sorunun olmadığını ifade eder (31).

Birinci aydan itibaren 6.aya kadar ayda bir, 6.aydan 2 yaşına kadar üç ayda bir, 2 yaşından 6 yaşına kadar altı ayda bir,6 yaşından başlayarak da erişkin döneme kadar yılda bir her çocuğun büyüme gelişme yönünden değerlendirilmesi uygundur (29).

Büyümenin değerlendirilmesinde kullanılan başlıca ölçütler;

- Vücut ağırlığı ve ağırlık artış hızı
- Boy uzunluğu ve boy uzama hızı
- Baş çevresi ve baş çevresinde artma hızı
- Vücut bölümlerinin birbirine oranları (29).

Süt çocukluğu ve çocukluk döneminde büyüme, başlıca boy, ağırlık ve baş çevresi ölçümleri ile izlenir (31).

Ölçümlerin değerlendirilip yorumlanması için takvim yaşının doğru olarak bilinmesi önemlidir (29).

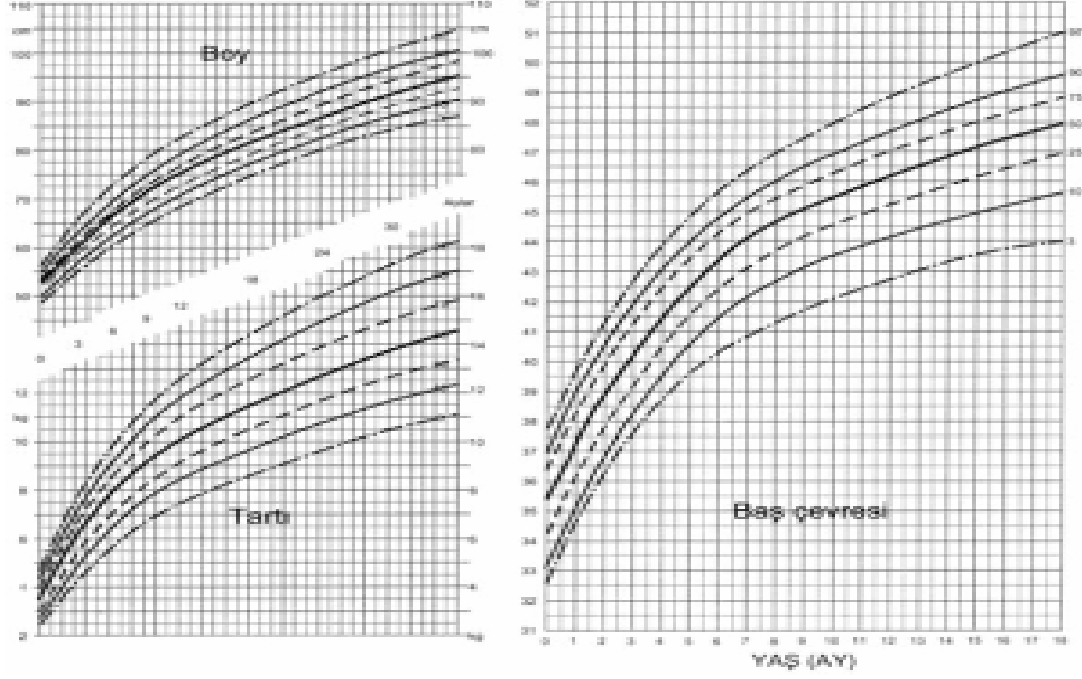
Bir çocuğun büyümesinin boyutunun sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi için ideal olarak bulunduğu toplumdaki çocuklarda yapılan ölçümlerden oluşturulmuş büyüme eğrilerinden yararlanılması gerekir. Ayrıca kızlarda ve erkeklerde büyüme özellikle puberta döneminde farklılık gösterdiğinden her iki cins için ayrı büyüme eğrilerinin kullanılması önem taşır. Türk çocuklarında Prof. Dr. Olcay Neyzi ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş olan cinse ve yaşa göre ağırlığın, boyun ve baş çevresinin değerlendirilmesini sağlayan büyüme eğrileri mevcuttur (31).

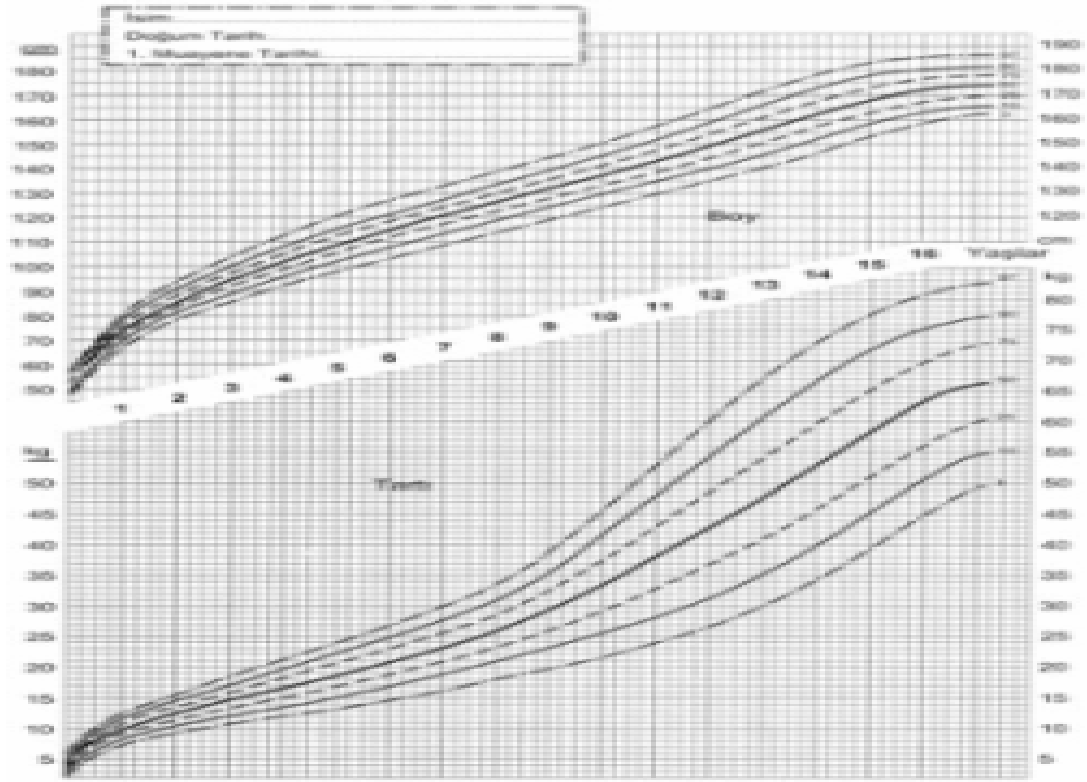
Büyüme eğrileri 3., 10., 25., 50., 75., 90. ve 97. olmak üzere 7 persantil çizgisinden oluşur. Bu eğrilerin apsisi yaşı, ordinatı ise ölçümü gösterir. Normal

büyüyen çocuğun iki yaşından sonra ölçülen parametre için aynı persantil çizgisini takip etmesi beklenir (31).

## ERKEK ÇOCUK

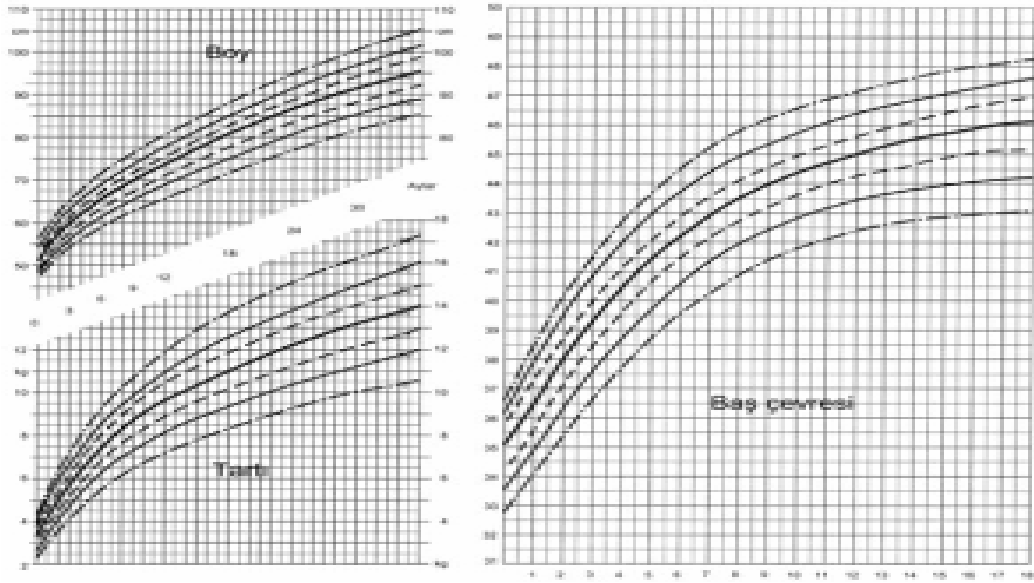
ADI, SOYADI

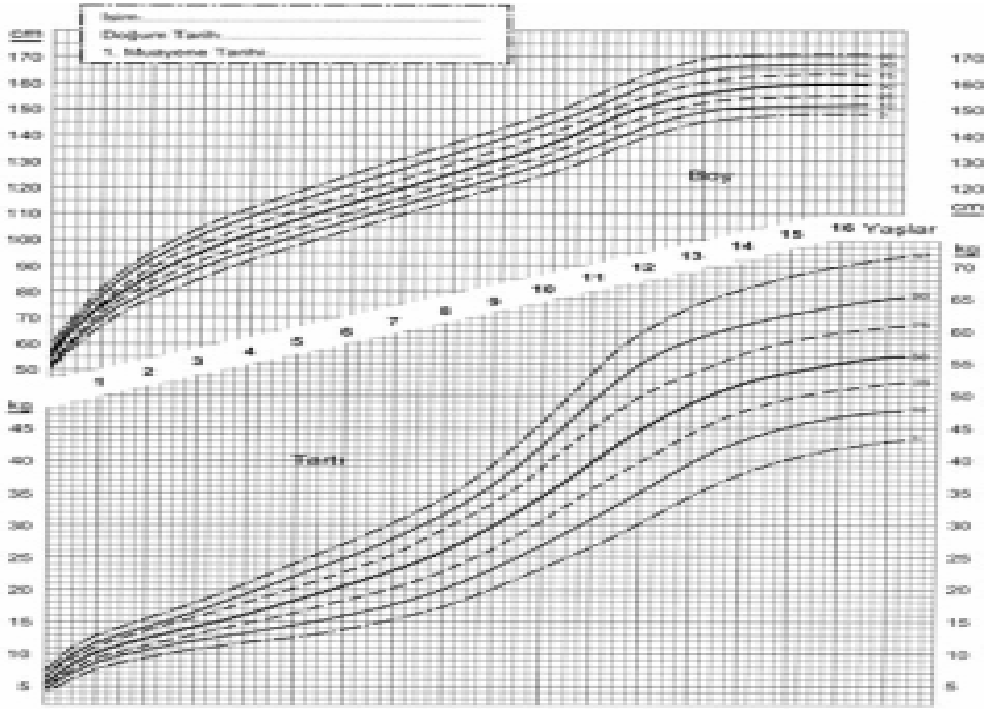




## KIZ ÇOCUK

ADI, SOYADI: \_\_\_\_\_





Büyümesi dikkatle izlenen çocukta normalden sapmalar erken dönemde saptanabilecek ve bu sapmalara yol açan patolojik durumların erken tanı ve tedavisi mümkün olabilecektir. Ayrıca, düzenli olarak büyümesi izlenen çocuğa, eş zamanlı olarak yaşına uygun koruyucu hekimlik hizmetlerinin verilmesine de olanak sağlanacaktır (31).

### 3.SAĞLIKLI ÇOCUĞUN BESLENMESİ

Çocukluk çağında sağlıklı beslenme, çocuğun sağlıklı yaşamını sürdürebilmesi ve büyüme-gelişmesi için gereken tüm enerji ve besin öğelerini karşılayan beslenme olarak tanımlanabilir (34).

Büyüme ve olgunlaşma konsepsiyonla başlar, puberta sonunda biter. Prenatal büyüme maternal etkilerle yönlendirilen devamlı gelişimsel ve genetik işlevlerin bir parçasıdır; postnatal büyüme sırasında, bu işlev daha çok aile, sosyoekonomik ve çevresel etkenlere bağlıdır (37).

### 0-6 AYLIK BEBEKLERİN BESLENMESİ

Anne sütü ile beslenme, sağlıklı beslenmenin ilk ve en önemli adımıdır (32).

#### Anne sütünün içeriği ve yararları

Yenidoğan ve süt çocuğu beslenmesinde ideal bir besin olan anne sütünün mükemmel içeriği çocuk sağlığına sayısız yararlar sağlar (41-44).

### **Sıvı miktarı**

Anne sütünün %87'sinin sıvıdan oluşması nedeniyle, ilk altı ay bebeğin anne sütü dışında su ya da benzeri sıvı gıdalara ihtiyacı yoktur.

### **Protein**

Toplam protein içeriği inek sütüne oranla düşük(1,1 g/dl ve 3,2 g/dl), ancak biyolojik değeri yüksektir ve yaşamın ilk altı ayında tek başına bebeğin protein gereksinimini karşılar. Protein içeriğinin %60'ını sindirimi kolay ve biyolojik değeri yüksek olan whey proteini oluşturur.İnek sütünde ise bu değer %18 civarındadır. Whey proteinlerinin önemli bir kısmını alfa laktalbumin oluşturur ve meme alveollerinde laktoz sentezinde görev alır. Laktoferrin, lizozim, salgısal IgA ve diğer immünoglobülinler, nükleotitler ve büyüme etkenleri bağışıklıkta önemli rol oynar. Sindirimi daha güç olan kazein bölümü anne sütünde inek sütüne oranla düşüktür. (%40 ve %82).

### **Lipit**

Anne sütü kalorisinin %50'sini sağlayan lipidler, anne sütünde, inek sütüne oranla daha yüksektir (4,5 g/dl ve 3,8g/dl) ve küçük çaplı yağ globülleri halinde bulunur. Anne sütünde bulunan lipaz düşük safra düzeyinde bile yağ sindirimine yardımcı olur. Ayrıca, anne sütü; sinir ve retina hücrelerinin yapısına giren ve sinir sistemi ve görme işlevlerinin gelişiminde rol oynayan araşidonik asit, dokozaheksaenoik asit, linolenik asit ve alfa linoleik asit gibi uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinden zengindir. Özellikle erken doğmuş bebeklerin annelerinin sütlerindeki uzun zincirli, çoklu doymamış yağ asitleri diğerlerine oranla daha yüksektir. Anne sütü içeriğindeki yağ oranı emzirme süresince değişiklik gösterir. Emzirmenin başlangıcında düşük olan yağ oranı, emzirmenin sonuna doğru artış göstermektedir. Bu durum bebekte doygunluk hissi yaratmakta ve şişmanlığın gelişimini önlemektedir. Anne sütünde erken laktasyon döneminde fosfolipit ve kolesterol içeriği yüksektir. Bu durumun lipit enzim sisteminin erken etkinleşmesi ve ileride gelişebilecek hiperlipidemi ve aterosklerozun önlenmesinde etkili olabileceği öne sürölmektedir.

## **Karbonhidrat**

Laktoz anne sütü karbondhidratlarının en önemli bileşenidir. Anne sütünde inek sütüne oranla yüksek düzeydedir (7,1 g/dl ve 4,1 g/dl). Laktozun galaktoz bileşeninin lipitlerle yaptığı bileşikler beyin gelişiminde önemli rol oynar. Ayrıca kalsiyum emilimini kolaylaştırır ve kemik mineralizasyonunu olumlu yönde etkiler. Laktozun sindirilemeyen bölümü fermente olarak bağırsaklarda asidofilik bakteriyel floranın (laktobasillus bifidus) gelişiminde rol oynar ve patojen mikroorganizmaların üremesini engeller.

## **Vitaminler**

Anne sütünde K ve D vitaminler dışında yağda ve suda eriyen vitaminler süt çocuğu için yeterli düzeydedir. Yenidoğanda bağırsak florasının henüz tam gelişmemiş olması nedeniyle yenidoğan hemorajik hastalığının önlenmesi için K vitamini paranteral veya ağız yoluyla uygulanmaktadır. D vitamini ihtiyacının karşılanması için 15 günlükten başlanarak günde 400 IU D vitamini ilavesi birinci yaşın sonuna kadar gereklidir.

## **Mineraller**

Anne sütünün mineral içeriği inek sütüne oranla düşüktür ve yenidoğanın olgunlaşmamış böbrek işlevleri ile uyum gösterir. Anne sütünün kalsiyum içeriği, inek sütüne oranla düşük olmasına (34 mg/dl ve 120 mg/dl) rağmen, kalsiyumun fosfora oranı 2/1 olup emilimi daha yüksektir (%55; %38). Bu özelliği ile anne sütü kemik mineralizasyonu için uygundur. Anne sütünde bulunan demirin emilimi de inek sütüne göre daha yüksektir ( %50; %5-10). Bu nedenle anne sütü, bebeği ilk altı ayda demir eksikliğinden korur.

## **Büyüme faktörleri**

Anne sütünde başta sindirim sistemi, merkezi sinir sistemi, solunum sistemi olmak üzere pek çok sistemin gelişimini sağlayan büyüme faktörleri vardır. Epidermal büyüme faktörü, transforming büyüme faktörleri, sinir büyüme faktörü, insüline benzer büyüme faktörü, meme kaynaklı büyüme faktörü, eritropoetin, taurin, etanolamin, fosfoetanolamin, interferon başlıcalarıdır. Beynin bilişsel işlevlerinin anne sütü ile beslenen çocuklarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (42).

## **Enzim ve hormonlar**

Anne sütünde çok sayıda etkin enzimin varlığı bilinmektedir. Yağ sindirimi için gereken lipaz, meme bezlerinde süt lipitleri sentezi için gerekli olan lipoprotein lipaz, laktoz sentezinde rol oynayan galaktozil transferaz, antibakteriyel etkiye sahip laktoperoksidaz, tiyosiyanat, hidrojen peroksit başlıcalarıdır. Ayrıca, anne sütü lipazının lipitleri hidrolize etmesi sonucu ortaya çıkan ürünler; Giardia lamblia, Entamoeba histolitica, Trichomonas vaginalis enfestasyonlarını önlemektedir. Enzimlerin yan sıra, anne sütünde çok sayıda hormon (GnRH , TRH, TSH., LHRH, T3, T 4, parathormon, kalsitonin, prolaktin, östrojen, progesteron, kortikosteroidler v.s.) bulunmaktadır.

## **Antimikrobiyal ve antienflamatuvar faktörler,immünomodülatörler**

Laktoferrin, lizozim, fibronektin, S IgA, musin, C3, oligosakkaritler, lipitler anne sütündeki antimikrobiyal faktörlerdendir. Vitamin A, C, E, katalaz, glutatyon peroksidaz, alfa-1 antitripsin, alfa-1 antikomotripsin, prostoglandin E 1-2, EGF, TGF, IL-10 antienflamatuvar faktörlerdir. Ayrıca, anne sütünde interlökinler, interferon gama ve TNF gibi immüno modülatörler bulunmaktadır. Monosit, makrofaj, PNL, T ve B lenfositleri ise hücre sel bileşenleri oluşturmaktadır . Başlıca salgısal IgA olmak üzere diğer immüno globulinler; salmonella, şigella, kolera, poliyovirüs, rotavirüs, RSV ve diğer mikroorganizmalarla gelişen enfeksiyonları önler. Anne sütü bu özellikleri ile bebeği sepsis, bakteriyemi, menenjit, solunum yolları enfeksiyonları, gastroenteritler, üriner sistem enfeksiyonları, akut otitis mediyadan korur. Bunun yanı sıra Tip 1 diabetes mellitus, lenfoma, crohn hastalığı, çölyak hastalığı ve atopik hastalıkların gelişim riskini azaltır (43).

0-6 arası dönemde ideal olan yalnız anne sütü ile beslenmedir.(Doğal beslenme) Anne sütünün bileşimi, D vitamini dışında ilk 6 ayda bebeğin tüm gereksinimlerini karşılayacak niteliktedir. Anne sütü ile beslenmenin uygulanamadığı koşullarda formül süt kullanılabilir.(Yapay beslenme) İlk 6 ayda anne sütüne ek olarak başka sütler de alması "karışık beslenme" dir ;Türkiye'de en yaygın görülen beslenme biçimidir. Fakat bu durum çoğu kez gereksiz ve hatalı bir uygulama olarak anne sütünün azalmasına ve yapay beslenme ile gelişebilen sağlık sorunlarına yol açmaktadır (34).

İlk 4-6 ay yalnız anne sütüne devam edilmesi sonrasında ek besinler takviyesi

ile her yıl dünyada 1.3 milyon bebeğin ölümden yaşama döndüğü görülecektir (8-9).

Yenidoğanın sağlıklı büyüüp gelişebilmesi için, süt çocukluğu döneminde yeterli ve dengeli beslenmesi gerekmektedir. Anne sütü, içeriği yeni doğanı gereksinimlerine göre değişmesi, enfeksiyonlara karşı koruyucu özellik taşıması, ekonomik olması gibi özellikleri nedeni ile bebekler için en uygun besindir. İlk 4-6 ay bebeğe, anne sütüne ek olarak su dahi verilmemesi, ek gıdalara 4-6 aylar arasında başladıktan sonra, anne sütünün ek gıda desteği ile bebek bir yaşına gelinceye kadar verilmesi önerilmektedir (33).

Anne sütü ile beslenmenin; bebek mortalite ve morbidite oranlarını azaltması, bebeklerin uygun beslenme, büyüme ve gelişmelerini sağlama, diğer tüm beslenme şekillerinden üstünlükleri, aileye ve ülkeye getirdiği ekonomik yararlar tüm dünyada bilinmektedir (11-12).

Ülkemizde emzirme geleneksel bir olaydır ve annelerin çoğu bebeğini emzirmektedir. Ancak bebeğini emzirmeye geç başlamak gibi hatalı uygulamalar yeterli ve kaliteli emzirme programını engellemektedir (35).

Ülkemizde yapılan araştırmalar emzirmenin yaygın olduğunu ve doğumdan sonraki ilk aylarda hemen her bebeğin anne sütü ile beslendiğini göstermektedir. Ancak emzirme süresi uzun olmasına karşılık ek gıdalara erken ya da çok geç başlanması sorun oluşturmakta ve malnutrisyona yol açmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA 2003) sonuçlarına göre annelerin %96.8'i doğumdan sonra bebeklerini emzirmeye başlamakta ve bebekler ortanca 14 ay emzirilmektedir (36).

Ülkemizde yenidoğan bebeklerin %98'i emzirilmektedir. Ancak altı aylık bebekler arasında yalnız anne sütü ile beslenen bebek oranı %5'in altındadır. Bu durum emziren annelerin ilk altı ay boyunca ek besin vermeden bebeklerini yalnız anne sütü ile beslemeye devam etmek açısından desteklenmeleri gerektiğini göstermektedir (34).

1989 yılında DSÖ ve UNICEF 'emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi' için doğum hizmetlerinin rolüne ilişkin önerileri belirten bir ortak bildiri yayınlamışlardır (29). Bu çalışmalar 'Başarılı Emzirme İçin On Öneri' adı altında özetlenmiştir. Hazırlanmış olan bu on öneri, hastane ve ev doğumlarında annelerin çocuklarını doğru olarak beslemelerine yöneliktir. Doğum yapılan hastanelerde bu on önerinin gerçekleştirilmesi halinde, bu hastaneler 'Bebek Dostu Hastaneleri' olarak

tanımlanacaktır (49,50).

1990 yılında İtalya'nın Floransa kentinde bir çok ülkenin temsilcilerinin katıldığı ayrıca DSÖ, UNICEF, SIDA (İsveç Uluslar Arası Kalkınma Organı) ve USAID (Uluslar Arası Kalkınma İçin Birleşmiş Devletler Kuruluşu) işbirliği ile gerçekleştirilen bir toplantıda '*emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi*'ni içeren '*Innocenti Bildirgesi*' yayınlanmıştır (50). Bildirgede kadınların rahat bir şekilde emzirmelerine olanak sağlayacak bir ortam oluşturulması, yaşamın ilk 6 ayına kadar anne sütü ile bunu izleyen dönemde yeterli ek gıda ilave edilerek anne sütüne devam edilmesi önerilmektedir. Başarılı emzirme için on öneri ve Innocenti Bildirgesi içindeki bilgiler bugün için güncel ve en doğru bilgilerdir. Anne sütü ile ilgili öneri ve faaliyetlere Türkiye de katılmış ve 26-27 Haziran 1991'de Ankara'da yapılan UNICEF; DSÖ ve IPA(Uluslar arası Pediatri Birliği)' nin katıldığı toplantıda Innocenti Bildirgesi aynen kabul edilmiş ve Bebek Dostu Hastaneler kavramının teşvik edilmesi kararlaştırılmıştır (51).

Başarılı bir emzirmenin sağlanması için şu ilkelere dikkat etmelidir;

-Doğum kliniklerinde DSÖ ve UNICEF tarafından önerilen On Adım uygulanmalıdır. (Tablo1)

-Emzirme sıklığı ve süresi bebeğin isteğine göre ayarlanmalıdır. İlk emzirmelerde sütün hemen gelmemesi endişelenecek bir durum olmamalı; bebeğe başka bir besin verilmeden emzirmeye devam edilmelidir. Bebeğin ilk iki günlük enerji gereksinimi anne tarafından depo edilmiştir.

-Her öğünde bebeğin bir memeyi tamamen boşaltması sağlanmalıdır. Yağdan zengin son süt tokluk hissine neden olarak bebeğin memeden kendiliğinden ayrılmasını sağlar. Diğer öğünde bebeğin emmediği memeden başlanmalıdır.

-Bebeğin günde en az beş kez idrar yaparak bezini ıslatması, doğumdan sonra 15. günde doğum kilosuna ulaşması ve ayda en az 500 gr alması yeterli anne sütü aldığını gösterir.

-Emzirmeden önce meme başı karbonatlı su, sabunlu su vb. maddelerle silinmemelidir. Bu ip temizlikler meme başı çatlağına, bebeğin memeyi tutmasında güçlüklerle yol açar. Emzirmeye başlamadan önce anne mutlaka ellerini sabunla yıkamalıdır (34).

### **Tablo.1”Başarılı Emzirme İçin On Adım”(WHO/UNICEF,1998)**

Doğum kliniklerinde;

- 1.Emzirmeye ilişkin yazılı bir politika hazırlanmalı ve düzenli aralıklarla tüm sağlık personelinin bilgisine sunulmalıdır.
- 2.Tüm sağlık personeli bu politika doğrultusunda eğitilmelidir.
- 3.Hamile kadınlar emzirmenin yararları ve emzirme yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir.
- 4.Doğumu izleyen yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için annelere yardımcı olunmalıdır.
- 5.Annelere emzirmenin nasıl olacağı ve bebeklerinden ayrı kaldıkları durumlarda sütün salgılanmasının nasıl sürdürülebileceği gösterilmelidir.
- 6.Tıbben gerekli görülmedikçe yenidoğanlara anne sütünden başka bir yiyecek ya da içecek verilmemelidir.
- 7.Anne ve bebeğin 24 saat bir arada kalmalarını sağlayacak bir uygulama benimsenmelidir.
- 8.Bebeğin her isteyişinde emzirilmesi teşvik edilmelidir.
- 9.Emzirilen bebeklere biberon, yalancı meme veya emzik türünden herhangi bir şey verilmemelidir.
- 10.Emzirmeyi destekleyen grupların oluşumu sağlanmalı ve taburcu olan annelerin bu gruplara katılmaları teşvik edilmelidir (34).

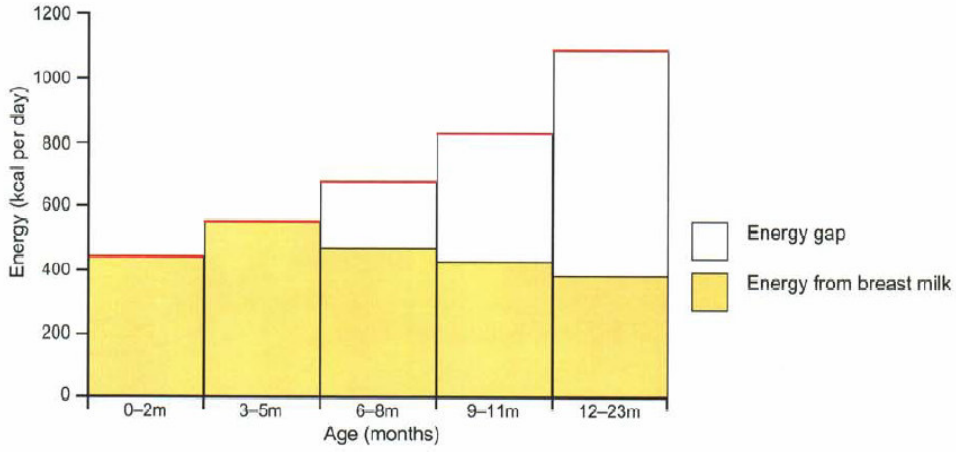
DSÖ bebeklerin yaşamın ilk altı ayında tek başına anne sütü almasını, ek besinlerle birlikte anne sütü ile beslenmenin iki yaşa kadar sürdürülmesini önermektedir. Bu amacı sağlamak için emziren anne sağlık ve toplumsal kuruluşlar, işyeri ve medyadan destek almalıdır (38).

Emzirme bir içgüdü değil, öğrenilebilir bir beceridir. Emzirmenin başarılı olabilmesi için bilgi ve emosyonel destek gereklidir. Doğurganlık yaşındaki tüm kadınlar emzirmenin yararları ve başarılı emzirme adımları konusunda sağlık personeli tarafından bilinçlendirilmelidir (38).

Toplumda emzirmenin desteklenmesi, korunması ve yaygınlaştırılmasının yanı sıra sağlam çocuk izlemleri sırasında emzirme danışmanlığının yapılması ve sık karşılaşılan emzirme sorunlarının ivedi ve doğru bir şekilde çözümlenmesi gereklidir. Hiçbir sorunu olmadan bebeğini emziren anneler de bu davranışları açısından övülmeli ve desteklenmelidir (34).

## TAMAMLAYICI BESLENME

Figure 1 Energy required (top line) and the amount from breast milk.



Anne sütünün tek başına, süt çocuğunun besin ihtiyacını karşılamaya daha uzun süre yeterli olamayacağı zamanda başlatılan ve diğer yiyecek ve içeceklerin anne sütü ile birlikte sunulduğu süreçtir. Bu dönemde bebek değişik tat, lezzet ve yapıda besinlerle tanışır. Tamamlayıcı besinler; geçiş besinleri ve aile yemekleri olmak üzere iki gruptur. Geçiş besinleri, süt çocukları için özel hazırlanmış besinler olup, aile yemekleri ise ailenin diğer fertlerinin tükettiği sofraya yemekleridir. Tamamlayıcı beslenme için en uygun dönem 6-24 aylar arasındadır, bu dönemde emzirmenin sürmesi çocuk sağlığı açısından oldukça önemlidir (45-46).

Tamamlayıcı beslenme zamanında, yeterli, güvenilir ve uygun olmalıdır.

-Zamanında: Tamamen veya kısmen anne sütü ile beslenirken enerji ve besin öğelerine gereksinim arttığı dönemde başlanmalıdır.

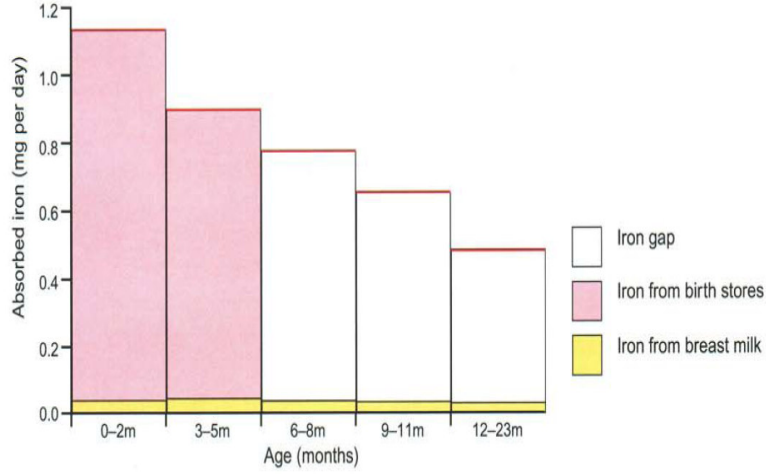
-Yeterli: Büyüyen çocuğun gereken protein, enerji ve besin öğelerini karşılayacak oranda olmalıdır.

-Güvenilir: Hijyenik olarak hazırlanıp uygun koşullarda saklanmalı, temiz kaplarda ve eller yıkandıktan sonra sunulmalıdır.

-Uygun: Çocuğun açlık ve tokluk durumu, iştahı, beslenme şekli ve öğün araları göz önüne alınarak beslenmesi sağlanmalıdır (47).

Uzmanlar, tamamlayıcı beslenmenin başlanmasının altıncı ayın sonuna kadar geciktirilmesinin sağlığa yararının, bu uygulamanın getireceği riske oranla daha fazla

olacağı sonucuna varmışlardır .Anne sütünün tek başına, altı aydan daha uzun süre bebeğe verilmesinin besin gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalacağı bilinmektedir. Ayrıca, çoğu bebek gelişimsel olarak altı ay civarında anne sütü dışındaki gıdaları almaya hazırdır. Bu nedenle altıncı ay bebeğin tamamlayıcı beslenmeye başlama yaşı için uygundur (45-46-48).



Erken başlanan tamamlayıcı besinler anne sütü yapımını azaltarak, yetersiz enerji ve besin alımına neden olur. Ayrıca, hijyenik olmayan koşullarda hazırlanan, mikroorganizmaların bulaştığı besinler ishallerle yol açarak malnütrisyonu kolaylaştırır. Bağırsağın tam olgunlaşmamış olması nedeni ile hem ishaller, hem de alerji gelişir. Anne sütünün altıncı aydan sonra tek başına verilmesinin sürdürülmesi; yetersiz enerji ve besin alımına ve malnütrisyona yol açar. Demir ve çinko gibi mikro besin eksiklikleri oluşur. Çiğneme gibi yeme işlevlerinin gelişimi ve bebeğin yeni tat, lezzet ve yapıdaki besinlere alışması gecikir (45-46).

Uygun tamamlayıcı beslenme enerji ve mikronütrientlerden zengin(özellikle demir, çinko, kalsiyum, vitamin A, vitamin C, folat) kontamine olmayan, fazla tuz ve baharat içermeyen, yemesi kolay ve bebek tarafından kolay kabul edilebilir, uygun miktarda, ailenin besinlerinden kolaylıkla hazırlanabilen ve tüm aileler için kabul edilebilir ekonomik koşullarda olmalıdır (45-46).

Altı ay- iki yaş arası bebeklerde, nispeten daha küçük miktarlarda tamamlayıcı besin tüketimi olduğundan, tamamlayıcı besinlerin enerji içeriklerinin ve besin değerinin yüksek olması gerekmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ortalama miktarda anne sütü alan süt çocukları için tamamlayıcı besinlerden sağlanan enerji

gereksinimi; 6-8 ayda 200 kcal/gün, 9-11 ayda 300 kcal/gün, 12-23 ayda 550 kcal/gün düzeyindedir. Endüstriyel ülkelerde ise alınan anne sütü miktarının farklılığı dolayısıyla bu değerler; 6-8 ayda 130 kcal/gün, 9-11 ayda 310 kcal/gün, 12-23 ayda 580 kcal/gün kadardır. Tamamlayıcı besinler için önerilen enerji yoğunluğu 1,07-1,46 kcal/g olup, yukarıda belirtilen enerji gereksinimini sağlayacak tamamlayıcı besin miktarı 6-8 ayda 137187g/gün, 9-11 ayda 206-281 g/gün, 12-23 ayda 378-515 g/gün'dür. Tamamlayıcı besin öğün sayısı besinlerin enerji yoğunluğuna ve her öğünde tüketilen miktara bağlıdır. Sağlıklı beslenen anne tarafından emzirilen bir süt çocuğunun günlük öğün sıklığı; 6-8 ayda 2-3 kez, 9-11 ayda 3-4 kez, 12-24 ayda 3-4 kez ve bir parça meyve gibi parmak besinlerinin sunulduğu 1-2 ara öğündür (45-46).

Dünya Sağlık Örgütü, çok sayıda araştırma ve uzman görüşleri doğrultusunda, miadında doğan sağlıklı bebeklerde tamamlayıcı beslenme ile ilgili bir kılavuz hazırlamıştır (46).

1. Bebek doğumdan altıncı ayın sonuna kadar tek başına anne sütü ile beslenmelidir, tamamlayıcı besinler altıncı ayın sonunda (180 gün) anne sütüne ilave olarak verilmelidir.
2. İsteye bağlı, sık emzirme 2 yaş ve ötesine kadar sürdürülmelidir.
3. Sorumlu beslenme uygulaması, psiko-sosyal bakım ilkelerini temel almalıdır.
4. Besinler doğru bir şekilde ve temizlik kurallarına uygun olarak hazırlanmalıdır.
5. Sık emzirme devam ederken, altıncı ayda küçük miktarlarda tamamlayıcı besinlere başlanmalı ve çocuk büyüdükçe besin miktarı artırılmalıdır.
6. Tamamlayıcı besinlerin kıvamı, süt çocuğunun gereksinimine ve motor gelişimine uygun olarak, bebek büyüdükçe dereceli olarak artırılmalıdır.
7. Tamamlayıcı beslenmede öğün sayısı, bebeğin yaşına ve anne sütünden yararlanma miktarına göre ayarlanmalıdır.
8. Tamamlayıcı beslenme döneminde süt çocuğunun besin ihtiyacını karşılamak, çok çeşitli besinleri içeren bir beslenme rejimi ile mümkündür.
9. Süt çocuklarının sağlıklı gelişimi için vitamin ve mineral desteği almaları ya da zenginleştirilmiş besin tüketmeleri gerekmektedir.
10. Hastalık esnasında emzirme sıklığını artırma yolu ile sıvı alımının artırılması ve bebeğin yumuşak, iştah açıcı, favori besinleri tüketmeye teşviki gerekir.

Son 20 yılda anne sütü promosyonu ile ilgili önemli yararlar belirlenmiş olsa da, tamamlayıcı beslenmeyle ilgili çok gelişme olmamıştır. Annelerin tamamlayıcı

beslenme uygulamaları konusunda bilinçlendirilmesi çocuk sağlığı açısından son derece önemlidir. Her ne kadar sağlık çalışanları yol gösterse de bunu hayata geçirmeden sorumlu olan annedir ve sonuçtaki başarı uygun hkmet politikaları ve sivil toplumun desteğiyle mümkündür (47).

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Araştırmamız kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırma, 1-5 yaş arası çocuklarda, ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin ve annenin beslenme konusundaki bilgisinin çocukların boy ve ağırlık persantillerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamıza 1/4/2007 - 1/6/2007 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve ocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ocuk Polikliniği'ne başvuran prenatal hikayesinde bir özelliği olmayan, majör konjenital malformasyonu ve prematür hikayesi bulunmayan tekizler ile kronik bir hastalığı ve sürekli bir ilaç kullanımı olmayan, polikliniğimize başvurduğunda dehidratasyonu ve tartı kaybı olmayan, daha önce tamamen sağlıklı olan 1-5 yaş arası çocuklar alınmıştır. Araştırma kapsamında 99 çocuğun ailesi ile görüşülmüştür.

Veriler, soru formuyla, anne ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Soru formu çocuğu ait genel bilgiler, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi ile ilgili bilgiler, ocuk beslenmesi ve annenin beslenme konusundaki bilgileri olmak üzere dört ana başlıktan oluşmuştur. Sorular doldurma veya çoktan seçmeli şeklinde hazırlanmıştır. Görüşmeler araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Verilerin analizi SPSS 10.0 ile yapılmıştır. Verilerin tanımlanmasında sayı ortalama, ortanca, yüzde değerleri kullanılmıştır. Sürekli değerkenlerin, çoklu grup karşılaştırılmasında Anova Testi kullanılmış, ileri ikili karşılaştırmalarında ise Bonfferroni Testi kullanılmıştır. İki grubun karşılaştırılmasında Student t Testi kullanılmıştır. Kesikli değerkenlerin karşılaştırılmasında Ki Kare Testi kullanılmıştır. Değerkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.  $P < 0,05$  düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## **BULGULAR**

Katılımcıların 57'si (%57,6'sı) erkek, 42'si (%42,4)' kızıdır. Katılımcıların yaşı

40,43±12,02 ay olarak hesaplanmıştır. En küçüğü 15 aylık, en büyüğü 64 aylık olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların doğum ağırlığı 3264,14±496,62 gr olarak hesaplanmıştır. En düşük ağırlık 2200 gr, en büyük ağırlık 4600 gr olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 1.** Ailenin Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde	
Anne yaşı (n=99)	20,0 – 24,9 yıl	18	18,2
	25,0 - 29,9 yıl	36	36,3
	30,0 – 34,9 yıl	27	27,3
	35,0 - 39,9 yıl	12	12,2
	40,0 – 45,0 yıl	6	6,0
Baba yaşı (n=99)	20,0 – 24,9 yıl	2	2,0
	25,0 - 29,9 yıl	29	29,3
	30,0 – 34,9 yıl	31	31,4
	35,0 - 39,9 yıl	27	27,2
	40,0 – 45,0 yıl	7	7,1
	45 yıl ve üzeri	3	3,0
Anne eğitim durumu (n=99)	Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	7	7,1
	İlköğretim 1. kademe	56	56,6
	İlköğretim 2. kademe	9	9,1
	Lise	16	16,2
	Yüksekokul/fakülte	11	11,1
Baba eğitim durumu (n=99)	Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	3	3,0
	İlköğretim 1. kademe	47	47,5
	İlköğretim 2. kademe	18	18,2
	Lise	21	21,2
	Yüksekokul/fakülte	10	10,1
Anne mesleği (n=99)	Ev hanımı	84	84,7
	Doktor	1	1,0
	Hemşire	5	5,1
	Öğretmen	1	1,0
	Serbest	8	8,2
Baba mesleği (n=99)	Serbest	91	91,9
	Mühendis	3	3,1
	Öğretmen	1	1,0
	Muhasebeci	1	1,0
	Doktor	1	1,0
	Avukat	1	1,0
	Astsubay	1	1,0
Aylık gelir (n=99)	1000 YTL' nin altında	63	63,6
	1001 – 1500 YTL arasında	22	22,2
	1501 – 2000 YTL arasında	5	5,1
	2001 – 2500 YTL arasında	1	1,0
	2501 YTL ve üzerinde	8	8,1

Çocuk sayısı (n=99)	1 çocuk	39	39,4
	2 çocuk	35	35,4
	3 çocuk	18	18,2
	4 çocuk	4	4,0
	5 çocuk	2	2,0
	6 çocuk	1	1,0

Araştırmaya katılan annelerin yaşı  $29,64 \pm 5,33$  olarak hesaplanmıştır. Annelerin yaş dağılımı; 20,0 - 29,9 yaş arası 54 kişi (%54,5), 30,0 – 39,9 yaş arası 39 kişi (%39,4), 40 yaş ve üzeri 6 kişi (%6,1) olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan babaların yaşı  $32,98 \pm 5,44$  olarak hesaplanmıştır. Babaların yaş dağılımı; 20,0 - 29,9 yaş arası 31 kişi (%31,3), 30,0 – 39,9 yaş arası 58 kişi (%58,6), 40 yaş ve üzeri 10 kişi (%10,1) olarak hesaplanmıştır.

Baba öğrenim durumu 'eğitimi yok-İlkokulu bitirmemiş' olanlar 3 (%3), ilköğretim 1.kademe mezunu' olanlar 47 (%47,5), 'ilköğretim 2.kademe mezunu' olanlar 18(%18,2), 'lise mezunu' olanlar 21 (21,2), 'yüksek okul-fakülte mezunu' olanlar 10 (%10,1) olarak hesaplanmıştır. Anne öğrenim durumu 'eğitimi yok-İlkokulu bitirmemiş' olanlar 7(%7,1), 'ilköğretim 1.kademe mezunu' olanlar 56 (%56,6), 'ilköğretim 2.kademe mezunu' olanlar 9 (%9,1), 'lise mezunu' olanlar 16 (16,2), 'yüksek okul-fakülte mezunu' olanlar 11 (%11,1) olarak hesaplanmıştır.

Anne mesleği doktor olanlar 1 (%1), ev hanımı olanlar 84 (%84,8), hemşire olanlar 5 (%5,1), öğretmen olanlar 1 (%1), serbest mesleği olanlar 8 (%8,1) olarak hesaplanmıştır.

Baba mesleği astsubay olanlar 1 (%1), avukat olanlar 1 (%1),doktor olanlar 1 (%1), muhasebeci olanlar 1 (%1), öğretmen olanlar 1 (%1), mühendis olanlar 1 (%1), serbest mesleği olanlar 91 (%91,9) olarak hesaplanmıştır.

Sadece anne süt alma süresi 1 ay olanlar 1 kişi (%1,1), 2 ay olanlar 5 kişi (5,3), 2,5 ay olanlar 1 kişi (%1,1), 3 ay olanlar 10 kişi (%10,6), 3,5 ay olanlar 1 kişi (%1,1), 4 ay olanlar 15 kişi (%16,0), 4,5 ay olanlar 2 kişi (%2,1), 5 ay alanlar 5 kişi (%5,3), 6 ay alanlar 41 kişi (%43,6), ay alanlar 5 kişi (%5,3), 8 ay alanlar 3 kişi (%3,2), 9 ay alanlar1 kişi (%1,1) olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çocukların anne sütü alma sıklığı 1. ayda %98,9; 2. ayda 97,9; 3. ayda %91,5; 4. ayda %79,8; 5. ayda %61,7; 6. ayda %56,4 olarak bulunmuştur.

Sadece anne sütü alma süresi  $5,22 \pm 2,24$  ay olarak hesaplanmıştır. Toplam

anne sütün alma süresi 16,23±9,59 ay olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların arasında anne sütün alanların oranı %97,9'dur.

Cinsiyetlere göre sadece anne sütün alma süresi yönünden ve toplam anne sütün alma süreleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 2.** Anne Yaş Gruplarına Göre Emzirme Durumları

	İlk 1 saat		2 – 24 saat		25 saat ve üzeri		Emzirmedim	
	Sayı	Yüzde *	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
20 – 29 yıl	37	68,5	11	20,4	5	9,3	1	1,9
30 – 39 yıl	26	66,7	12	30,8	1	2,6	-	-
40 yıl ve üzeri	4	66,7	1	16,7	-	-	1	16,7
Toplam	67	67,7	24	24,2	6	6,1	2	2,0

\* Satır yüzdesi kullanılmıştır

Anne yaş grupları arasında, sadece anne sütün alma ve toplam anne sütün alma süreleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Baba yaş grupları arasında, sadece anne sütün alma ve toplam anne sütün alma süreleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ )

**Tablo 3.** Anne Eğitim Düzeylerine Göre Emzirme Durumları

	İlk 1 saat		2 – 24 saat		25 saat ve üzeri		Emzirmedim	
	Sayı	Yüzde *	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	2	28,6	5	71,4	-	-	-	-
İlköğretim 1. kademe	39	69,6	14	25,0	3	5,4	-	-
İlköğretim 2. kademe	4	44,4	2	22,2	1	11,1	2	22,2
Lise	11	68,8	3	18,8	2	12,5	-	-
Yüksekokul/fakülte	11	100	-	-	-	-	-	-
Toplam	67	67,7	24	24,2	6	6,1	2	2,0

\*Satır yüzdesi kullanılmıştır.

Anne eğitim düzeyleri arasında, sadece anne sütün alma ve toplam anne sütün alma süreleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

İlk altı aya kadar başka bir yiyecek verilebilir diyenlerle verilemez diyenler arasında toplam anne sütün alma süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Sadece anne sütün alma süresi ile toplam anne sütün alma süresi arasında pozitif yönde, orta düzeyde ( $r=0,304$ ), istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0,003$ ).

Ev hanımı olanların çocuklarının toplam anne sütü alma süreleri  $16,04 \pm 9,92$  ay, çalışanların çocuklarının  $17,33 \pm 7,71$  ay olarak hesaplanmıştır. Ev hanımı olanlarla çalışanlar arasında toplam anne sütü alma süreleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Anne sütü bırakma nedenini yanıtlayanlardan (88 kişi) 'sütüm gelmedi veya yetersiz geldi' diye yanıtlayan 19 kişi (%21,6), 'yaramadığı için ' diye yanıtlayan 6 kişi (%6,8), 'çocuk istemedi' diye yanıtlayan 8 kişi (%9,1), kesme zamanı geldiği için' diye yanıtlayan 32 kişi (%36,4), 'çalıştığım için' diye yanıtlayan 5 kişi (%5,7), diğerlerini işaretleyenler 18 kişi (%20,5) olarak hesaplanmıştır. Diğerleri şeklinde yanıtlayanların nedenleri ise anne hastalığı, kardeşinin olması olarak ifade edilmiştir.

İlk verilen ek gıda olarak 'inek sütü' işaretleyenler 15 kişi (%15,2), 'hazır mama' işaretleyenler 41 kişi (%41,4), 'yoğurt' işaretleyenler 12 kişi (%12,1), 'çay/bisküvi' işaretleyenler 6 kişi (% 6,1), 'çorba' işaretleyenler 17 kişi (%17,2), 'meyve suyu' işaretleyenler 5 kişi (%5,1), diğeri işaretleyenler 3 kişi (% 3,0) olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 4.** İlk altı ay ek gıda alma durumuna göre ağırlık persantillerinin karşılaştırılması

Anne sütü alma durumu	Ağırlık Persantilleri Ortalama±Standart Sapma	p
İlk altı ay anne sütü ve ek gıda ile beslenenler (n=48)	3,06±1,52	>0,05
İlk altı ay sadece anne sütü ile beslenenler (n=41)	2,49±1,27	
Altı aydan daha uzun süre sadece anne sütü ile beslenenler (n=10)	3,30±1,77	

**Tablo 5.** İlk altı ay ek gıda alma durumuna göre boy persantillerinin karşılaştırılması

Anne sütü alma durumu	Boy Persantilleri Ortalama±Standart Sapma	p
İlk altı ay anne sütü ve ek gıda ile beslenenler (n=48)	2,75±1,69	> 0,05
İlk altı ay sadece anne sütü ile beslenenler (n=41)	2,71±1,49	
Altı aydan daha uzun süre sadece anne sütü ile beslenenler (n=10)	3,80±1,55	

Ağırlık persantilleri  $2,85 \pm 1,47$  olarak hesaplanmıştır. En düşük persantil aralığı (0-3 aralığı) 0, en büyük persantil aralığı (97-100 aralığı) ise 6 olarak alınmıştır.

Boy persantilleri  $2,84 \pm 1,61$  olarak hesaplanmıştır. En düşük persantil aralığı (0-3 aralığı) 0, en büyük persantil aralığı (97-100 aralığı) ise 6 olarak alınmıştır.

**Tablo 6.** Cinsiyetlere Göre Ağırlık ve Boy Persantillerinin Dağılımı

Cinsiyet	Persantiller	Ağırlık Persantili		Boy Persantili	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Erkek (n=57)	<3	1	1,8	6	10,5
	3-24	7	12,3	9	15,8
	25-50	16	28,1	8	14,0
	50-75	19	33,3	11	19,3
	75-90	7	12,3	14	24,5
	90-97	5	8,8	5	8,8
	97<	2	3,5	4	7,1
Kadın (n=42)	<3	2	4,8	2	4,8
	3-24	8	19,1	6	14,3
	25-50	10	23,8	11	26,2
	50-75	6	14,3	9	21,5
	75-90	8	19,1	8	19,1
	90-97	5	11,9	5	11,9
	97<	3	7,2	1	2,4

Ağırlık persantilleri ile boy persantilleri arasında pozitif yönde, güçlü ( $r=0,576$ ) ve istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,001$ ) bir ilişki bulunmuştur.

Ağırlık persantili ile sadece anne sütü alma süresi arasında ve ağırlık persantili ile toplam anne sütü alma süresi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Boy persantili ile sadece anne sütü alma süresi arasında ve boy persantili ile toplam anne sütü alma süresi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışan annelerin çocukları ile ev hanımlarının çocukları arasında ağırlık persantilleri ile boy persantilleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,005$ ). Anne ve baba öğretim düzey gruplarının arasında ağırlık persantilleri ile boy persantilleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,005$ ).

Aylık gelir gruplarının arasında, ağırlık persantilleri ile boy persantilleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,005$ ).

Bakım ve beslenmeden sorumlu kişi sorusunu yanıtlayanların 86'sı (%86,9) 'anne', 9'u (%9,1'i) 'anne' ve 'annane-babanne' , 4'ü (%4,0'ü) 'annane-babaanne' olarak işaretlemiştir.

"Beslenme konusundaki bilginiz yeterli mi?" sorusunu yanıtlayanlardan 57'si (%57,6) 'evet', 42'si (%42,4) 'hayır' şıkkını işaretlemiştir.

Katılımcıların bilgi düzeyi  $46,16 \pm 15,10$  puan olarak hesaplanmıştır. En küçüğü 10 puan, en büyüğü 70 puan olarak hesaplanmıştır (80 puan üzerinden).

Ağırlık persantili ile beslenme bilgi düzeyi arasında ve boy persantili ile beslenme bilgi düzeyi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Ağırlık persantil grupları arasında beslenme bilgi düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,005$ ). Boy persantil grupları arasında beslenme bilgi düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,005$ ).

**Tablo 7.** Annelerin Yaş Gruplarına Göre Bebek Beslenmesi için Başvurduğu Kaynaklar

	20 – 29 yıl		30 – 39 yıl		40 yıl ve üzeri	
	Sayı	Yüzde *	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Hemşire-doktor	15	26,3	12	24	1	14
Kitap ve Televizyon	10	17,5	8	16	-	-
Komşular, büyükler	23	40,3	13	26	2	28
Kendi yediğimizden verdim	6	10,5	6	12	-	-
Diğer	3	5,2	11	22	4	57

\*Sütun yüzdesi kullanılmıştır.

"Bebek beslenmesi konusunda başvurduğunuz kaynaklar nedir?" sorusunu 20-29 yaş arası annelerin 23'ü (%40,3) 'komşular ve büyükler şeklinde', 15'i (%26,3) 'hemşire-doktor şeklinde' yanıtlanmışlar. 30-39 yaş arası annelerin 13'ü (%26,4) 'komşular ve büyükler şeklinde' 12'si (%24) 'hemşire-doktor şeklinde' yanıtlanmışlar. Aynı soruya 40 yaş ve üzeri annelerin 4'ü (%57)' kendi yediğimizden verdim' şeklinde, 2'si (%28) 'komşular ve büyükler şeklinde' yanıtlanmışlardır.

**Tablo 8.** Annelerin Eğitim Durumlarına Göre Bebek Beslenmesi için Başvurduğu Kaynaklar

	Eğitimi yok/ ilkokulu bitirmemiş		İlköğretim 1. kademe		İlköğretim 2. kademe		Lise		Yüksekokul/ fakülte	
	Sayı	Yüzde *	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Hemşire-doktor	1	12,5	9	15	3	30	6	33,3	9	39,1
Kitap ve Televizyon	-	-	8	13,3	3	30	4	22,2	2	8,6
Komşular,büyükler	3	37,5	25	41,6	3	30	6	33,3	3	13
Kendi yediğimizden	3	37,5	9	15	-	-	-	-	4	17,3
Diğer	1	12,5	9	15	1	10	2	11,1	5	21,7

\*Sütun yüzdesi kullanılmıştır.

“Bebek beslenmesi konusunda başvurduğunuz kaynak nedir?” sorusuna eğitimi olmayan-ilkokulu bitirmeyen kişilerin 3’ü (%37,5) ‘kendi yediğimizden verdim’, 3’ü ‘komşular ve büyükler’ olarak yanıtlamışlardır. İlköğretim 1. kademe mezunu annelerin 25’i (%41,6) ‘komşular ve büyükler’ şeklinde cevaplamışlar. Aynı soruya ilköğretim 2. kademe mezunu annelerin 3’ü (%30) ‘hemşire-doktor’, 3’ü (%30) ‘kitap ve televizyon’, 3’ü (%30) ‘komşular ve büyükler’ olarak cevaplamışlardır. Yüksekokul-fakülte mezunu annelerin ise 9’u (%39,1) ‘hemşire-doktor’, 5’i (%21,7) ‘kendi yediğimizden verdim’ şeklinde yanıtlamışlardır. “İyi beslediğinize inanıyor musunuz?” sorusunu işaretleyenlerin 58’i (%58,6) ‘evet’, 41’i (%41,4) ‘hayır’ olarak işaretlemiştir.

**Tablo 9.** Takip düzeni ile ilgili bazı özellikler

	Hastalandığı zaman		Aşı zamanı		Sık sık		Ara sıra		Diğer.	
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Anne yaşı										
20 – 29 yıl	34	56,6	6	10,0	10	16,6	1	1,6	9	15,0
30 – 39 yıl	27	62,7	3	6,9	2	4,6	-	-	11	25,5
40 yıl üzeri	4	57,1	1	14,2	1	14,2	-	-	1	14,2
Baba yaşı										
20 – 29 yıl	19	59,3	2	6,2	8	25,0	1	3,1	2	6,2
30 – 39 yıl	39	63,9	5	8,1	4	6,5	-	-	13	21,3
40 yıl üzeri	7	58,3	3	25,0	1	8,3	-	-	1	8,3
Anne Eğitim										
Eğitimi yok/ ilkokulu terk	5	62,5	2	25	1	12,5	-	-	-	-
İlköğretim 1. kademe	42	68,8	5	8,1	5	8,1	1	1,6	8	13,1
İlköğretim 2. kademe	6	54,5	3	27,2	1	9	-	-	1	9
Lise	9	50	-	-	3	16,6	-	-	6	33,3
Yüksekokul/ fakülte	3	23	-	-	3	23	-	-	7	53,8

\*Satır yüzdesi kullanılmıştır

“Çocuğunuzu ne kadar sıklıkla doktor kontrolüne götürürsünüz’ sorusuna diğer olarak cevaplayanlar annelerin çocuklarını sadece hastalandığı zaman ve aşı zamanı değil sağlıklıyken de kontrole götürdüklerini ifade etmişlerdir. Bu şekilde yanıtlayan annelerin %53,8’nin yüksekokul-fakülte mezunu, %33,3’nün lise mezunu anneler olduğu bulunmuştur.

## **TARTIŞMA**

Yeterli ve dengeli beslenme, özellikle büyüme hızının arttığı çocukluk döneminde önemlidir.

WHO’ nun verilerine göre yetersiz ve dengesiz beslenme, çocuk ölümlerinin %7’sinin birincil %46’sının ise ikincil nedenidir (7).

Anne sütü ile beslenme sağlıklı beslenmenin ilk ve en önemli adımıdır (32).

İlk 4-6 ay yalnız anne sütüne devam edilmesi sonrasında ek besinler takviyesi ile her yıl dünyada 1.3 milyon bebeğin ölümden yaşama döndüğü görülecektir (8-9).

Yapılan çalışmalarda elde edilen verilere göre ülkemizde anne sütü ile beslenme yaygın olmasına rağmen, emzirmenin çocuk sağlığına olumlu etkilerinin görülmemesi, ailelerin bebeklerini anne sütü ile beslerken hatalı uygulamalarda bulduklarını düşündürmektedir. Bu sorunların başlıcaları, emzirmeye geç başlanması, ek gıdalara çok erken ya da çok geç başlanması, anne sütü ile beslemeye başlamadan önce ilk besin olarak su, şekerli su, vb. verilmesi, annelerin doğumdan önceki dönemde emzirme konusunda yeterince bilgilendirilmemesi, emzirmeye başlanırken annelere sağlık personeli desteğinin eksik verilmesi ya da verilmemesi, biberon, emzik kullanılmasıdır (14-15).

Annenin eğitimi ve desteklenmesiyle başarılı bir emzirme sağlanabilmektedir (14-15).

Ülkemizde yapılan araştırmalar emzirmenin yaygın olduğunu ve doğumdan sonraki ilk aylarda hemen her bebeğin anne sütü ile beslendiğini göstermektedir. Ancak emzirme süresi uzun olmasına karşılık ek gıdalara erken ya da çok geç başlanması sorun oluşturmakta ve malnutrisyona yol açmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA 2003) sonuçlarına göre annelerin %96.8’i doğumdan sonra bebeklerini emzirmeye başlamakta ve bebekler ortanca 14 ay emzirilmektedir. 6 ay süreyle sadece anne sütü alma %21’dir. Yine aynı çalışmada ülkemizde anne sütü ile beslemeye başlamanın oldukça geç olduğu, emziren çocukların %54’ü

doğumdan sonraki bir saat içinde emzirilmeye başlanırken, %16'sı doğumdan sonra ilk 24 saat hiç emzirilmemiştir. Doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirilmeye başlanan çocukların yüzdesi hiç eğitimi olmayan annelerin doğurdukları çocuklarda %39 iken, en az lise eğitimi gören annelerin çocuklarında %61'dir. Doğumdan sonraki ilk bir gün içinde emzirilmeye başlanan çocukların yüzdesi bölgelere ve eğitim düzeyine göre değişmektedir. Annelerin genellikle daha düşük eğitim seviyeli olduğu ve doğumların çoğunlukla sağlık personelinden yardım almaksızın gerçekleştirildiği Doğu Anadolu Bölgesi en düşük yüzdeye sahiptir. Bu bölgedeki çocukların %25'i doğumdan sonraki ilk birkaç gün içinde emzirilmemişken, en yüksek seviyede eğitim gören annelerin çocuklarının %12'si ilk gün içinde emzirilmemiştir (36).

Neyzi ve arkadaşlarının araştırmasında emzirmeye başlama yüzdesi %97.3, Taşdelen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde % 93.8 olarak bulunmuştur (52-53).

Koçoğlu ve ark.'nın çalışmasında kayınvalidesi ile oturan ailelerde bebek beslenmesinde söz sahibi olan kişinin daha çok kayınvalide olduğu ortaya çıkmıştır. Aynı çalışma anne sütünün ilk 6 ayda en yararlı besin olduğunun annelerin %91,2'si tarafından bilindiğini, ne kadar süre tek başına yeterli olduğunu ise annelerin ancak %58,8'inin bildiğini ortaya koymuştur (58).

Etimesgut Bölgesi'nde yapılan bir çalışmada, tek başına anne sütü verme yüzdesi birinci ayda %84.4 , dördüncü ayda %18.3 iken altıncı ayda %7.1'e düşmüştür (54). Bu sonuçlarla ülkemizde doğumda sadece anne sütü ile beslenme oranı yüksek iken erken ek besin başlama eğilimi nedeniyle bu yüzdelerin aylar içinde giderek düştüğü görülmektedir.

Ülkemizde yenidoğan bebeklerin %98'i emzirilmektedir. Ancak altı aylık bebekler arasında yalnız anne sütü ile beslenen bebek oranı %5'in altındadır. Bu durum emziren annelerin ilk altı ay boyunca ek besin vermeden bebeklerini yalnız anne sütü ile beslemeye devam etmek açısından desteklenmeleri gerektiğini göstermektedir (34).

Ülkemizde olduğu gibi dünyanın birçok bölgesinde de tek başına anne sütü ile beslenme yüzdelерinin düşüklüğü sorun oluşturmaktadır. Ortalama emzirme süresinin on iki ayı geçtiği Bangladeş' de annelerin %84'ü birinci ayda bebeklerini tek başına anne sütü ile beslerken bu beşinci ayda %20'ye düşmektedir. Hindistan'da tek başına anne sütü verme sıklığı birinci ayda %42 , dördüncü ayda %20, altıncı ayda ise %10'dur. Emzirme oranlarının yüksek olduğu Norveç'te de benzer şekilde birinci

ayda tek başına anne sütü verme yüzdesi %90 iken, dördüncü ayda %44 ve altıncı ayda ise %7 düzeyine inmektedir (55-56).

Annelerin anne sütü verme kararlarını, henüz antenatal kontrollerinde hekim ya da ebelerden aldıkları danışmanlık sırasında etkili olarak verdiklerini gösteren çalışmalar vardır (51).

Saner ve ark.'nın çalışmasında 3.ay sonunda emzirme oranı doğumdan hemen sonra ve 2-3. günde bilgi verilenlerde %95 oranında bulunurken, sadece bir kez görüşülen ile hiç görüşülmeyenlerde sırasıyla %50 ve %20'ye düşmüştür. Çalışma birebir eğitimin önemini çarpıcı şekilde vurgulamaktadır (57).

Bu çalışmada sadece anne sütü alma sıklığı 1.ayda %98,9; 2. ayda 97,9; 3.ayda %91,5; 4.ayda %79,8; 5. ayda %61,7; 6. ayda %56,4 olarak bulunmuştur. Katılımcıların arasında anne sütü alanların oranı %97,9'dur.

Sadece anne sütü alma süresi  $5,22 \pm 2,24$  ay olarak hesaplanmıştır. Toplam anne sütü alma süresi  $16,23 \pm 9,59$  olarak hesaplanmıştır. Minimum değer 0 ay, maksimum değer 44 ay olarak bulunmuştur. Sadece anne sütü alma süresi ile toplam anne sütü alma süresi arasında pozitif yönde, orta düzeyde ( $r=0,304$ ), istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0,003$ ).

Son yıllarda anne sütü verme yüzdesindeki yükselme bu konuda verilen yoğun eğitimlerin ve 'Bebek Dostu Hastane' lerin yaygınlaştırılmasının bir sonucu olarak gözlenmektedir.

Doğumların çoğunluğunun hastanede gerçekleştiği göz önüne alınırsa, sadece anne sütü ile beslenmeye başlama açısından kadın doğum kliniklerinde yenidoğanların hemen annelerine verilmelerini sağlayan bir yapılaşma ile erken emzirmenin sağlanması, doğum evlerinde kadın doğum, çocuk uzmanları ve hemşirelerinin sürekli eğitim vermesinin önemi ortaya çıkmaktadır (59).

Çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmesi beslenme, kalıtım, çevre koşulları gibi birçok etmenin etkisi altındadır. Ailenin kültürel düzeyi ve sosyo-ekonomik olanakları çocuğun beslenme durumunun en güçlü belirleyicilerinden biridir (16).

Danimarka'da yapılan bir çalışmada, yüksek sosyal statülü anneler ile düşük sosyal statülü annelerin, bebeklerini besleme yöntemleri karşılaştırıldığında yüksek sosyal statülü annelerin bebeklerini daha çok emzirdikleri anlaşılmıştır (60).

Anne eğitim düzeyinin yüksek olmasının daha az sayıda çocuk sahibi olma, ailede çocuk başına düşen gelirin daha yüksek olması, annenin çocuk beslenmesine daha çok zaman ayırması ve emzirmeye daha uzun süre devam etmesi ile ilişkili

olduğu gösterilmiştir (61).

Çocukların temel sağlık göstergelerinin başında büyüme gelmektedir. Ülkemizde bebeklerin büyümesini değerlendirmede kullanılan Neyzi eğrilerinin örneklerinde bebeklerin beslenme özelliklerinin belirtilmemiş olması dolayısıyla anne sütü ile beslenen bebeklerin büyüme farklılıklarını ne lde doğru yansıtığı bilinmemektedir. Bebeklik döneminin temel besini olan anne sütünün alınmaması veya yetersiz miktar ya da srelerde alınması gelişme geriliği için zemin hazırlamaktadır (63).

Tanner' in belirttiği gibi çocukların belirli yaşlarda gösterdikleri büyüme düzeyi, içinde buldukları toplumun maddi ve moral koşullarını yansıtan bir aynadır (64).

Sosyoekonomik farklılıkların büyüme üzerine etkisini araştıran Neyzi ve arkadaşları çalışmalarında 9 –17 yaş arası kent okul çocuklarının sosyoekonomik gruplar arasında büyük farklılıklar saptamışlardır. Aynı araştırmacılar Ana ve Çocuk sağlığı merkezlerinde izlenen düşük sosyo kültürel düzeyden yaşları 1 – 36 ay arası çocuklarda ağırlık ve boyda olduğu gibi baş çevresi artışında da 6. ayda başlayan bir gerilik saptamışlardır (65).

Nebigil ve arkadaşları Ankara'da düşük ve yüksek sosyoekonomik düzeyden 5 – 11 yaş arası 5289 ilkokul çocuğundan yürütmüş oldukları çalışmasında farklı sosyoekonomik gruplardan çocuklar arasında ağırlık açısında anlamlı farklılık saptamışlar ancak boy uzunluğu farklılığını anlamlı bulmamışlardır (67).

Yurt dışında yapılan çalışmalarda da yüksek sosyoekonomik düzeyin büyüme gelişme sürecine olumlu etkisi görülmektedir. 1988 yılında etnik grupta Martorell ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaları düşük SED 2 – 11 yaş çocuklarının boy uzamasını etkilediği belirtilmektedir. Aynı çalışmada zenci çocukların Meksika kökenli Amerikalı ve beyazlardan daha uzun olduğu gösterilmiştir (68). Düşük, orta, yüksek SED düzey çocuklarının boy uzunluğu ve ağırlık dağılımında Neyzi ve arkadaşları ile Martorell ve arkadaşlarının belirtileri SED düzeylerdeki farklılıkların persentil değerlerine de yansıdığı gözlenmektedir.

Garipoğlu ve Günöz' n İstanbul'da yaptığı araştırmada 50 persentilin altındaki boy oranı düşük SED' de % 69,3, orta SED' de % 51,8, yüksek SED' de % 34,2'dir. Bu sonuçlara göre yüksek SED grubu çocuklarda boy değerlerinin persentil eğrilerine göre daha iyi durumda olduğu düşük SED çocuklarının ise kurum çocukları ile kıyaslandığında daha iyi bir büyüme gösterdiği saptanmıştır (69).

Edirne'de merkez anaokullarında fizik antropometrik ölçümler ve ilgili

beslenme parametreleri ile ilgili yapılan çalışmada doğum tartısı, ek gıda başlama ayı, emzirme süresi, vb. parametrelerde erkek çocuklarının verilerinin daha iyi olduğu fakat istatistiksel düzeyde anlamlı olmadığı görülmüştür (70). Çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmesi beslenme, kalıtım, çevre koşulları gibi birçok etmenin etkisi altındadır. Ailenin kültürel düzeyi ve sosyo-ekonomik olanakları çocuğun beslenme durumunun en güçlü belirleyicilerinden biridir (16). Ancak beslenme bilgi düzeyi de vurgulanması gereken önemli bir etmenddir. Ailenin ve çocuğun sağlığında beslenme eğitim düzeyi büyük önem taşımaktadır (73).

Bu çalışmada baba öğrenim durumu 'eğitimi yok-İlkokulu bitirmemiş' olanlar 3 (%3), 'ilköğretim 1.kademe mezunu' olanlar 47 (%47,5), 'ilköğretim 2.kademe mezunu' olanlar 18(%18,2), 'lise mezunu' olanlar 21 (21,2), 'yüksek okul-fakülte mezunu' olanlar 10 (%10,1) olarak hesaplanmıştır. Anne öğrenim durumu 'eğitimi yok-İlkokulu bitirmemiş' olanlar 7(%7,1), 'ilköğretim 1.kademe mezunu' olanlar 56 (%56,6), 'ilköğretim 2.kademe mezunu' olanlar 9 (%9,1), 'lise mezunu' olanlar 16 (16,2), 'yüksek okul-fakülte mezunu' olanlar 11 (%11,1) olarak hesaplanmıştır.

Bu çalışmaya katılan ailelerin aylık gelirlerine baktığımızda,%63,6' sı 1000 YTL' nin altında, %22,2 si1000-1500 YTL, %5,1 'i1500-2000 YTL, %1'i 2000-2500 YTL, %8'i 25000 YTL üzerindeydi.

Anne öğretim düzeyleri arasında, sadece anne sütü alma ve toplam anne sütü alma süreleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Annelerin eğitim ve sosyal düzeyleri ne olursa olsun çoğunun anne sütünün çocuklarının gelişimine hastalıklardan korunması için en yararlı besin olduğunu bildiği ve anne sütü vermeye başladığı görülmüştür. Zaten Türkiye'de emzirmenin yaygın olduğu ve tüm çocukların %97'sinin bir süre emzirilmiş olduğu bilinmektedir (71-72).

Ok ve Genç'in araştırmasında annelerin %24.39'u anne sütü ve bilgilerini okul eğitimi,kurs gibi kaynaklardan, %22.44'ünün önceki çocuktan deneyimli olduğu, %20.97'sinin sağlık personelinin bilgi aldıkları belirlenmiştir (77).

Gürkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin %37.3 ü sağlık personelinin, %15'i akraba ve arkadaşlarından, %42.8'si radyo ve televizyondan ve %4.5'i de okul ve kitaplardan bilgi elde etmişlerdir (76).

"Bebek beslenmesi konusunda başvurduğunuz kaynak nedir" sorusuna eğitimi olmayan-ilkokulu bitirmeyen kişilerin %37,5'i 'kendi yediğimizden verdim', %37,5'i 'komşular ve büyükler' olarak yanıtlamışlar. İlköğretim 1.kademe mezunu annelerin %41,6'i 'komşular ve büyükler' şeklinde cevaplamışlar. Aynı soruya

ilköğretim 2. kademe mezunu annelerin %30'i 'hemşire-doktor', %30'i 'kitap ve televizyon', %30'i 'komşular ve büyükler' olarak cevaplamışlar. Yüksekokul-fakülte mezunu annelerin ise %39,1'i 'hemşire-doktor', %21,7'i 'kendi yediğimizden verdim' şeklinde yanıtlamışlar. Bu da bize çocuk beslenme eğitiminin konu ile ilgili tüm bireyleri kapsamı gerektiğini ; medya ve kitle iletişim araçları ile toplumun doğru ve dengeli beslenmesini özendirici yayınların annelerin eğitiminin bir parçası olduğunu göstermektedir.

İslamabat' ta ki Federal Devlet Hastanesinde ki bir çalışmada bebeklerin beslenme düzeyleri ve annelerin eğitimsel durumu arasında pozitif bir ilişki bulunmuş. Yetersiz beslenen bebeklerin büyük çoğunluğu neredeyse hiç okul eğitimi almamış annelere aitti. Sonuç olarak Anne eğitimi,bebeklerinin besin ihtiyaçları ile ilgili bilgiyi edinmede ve artırmada önemli rol oynadığı vurgulanmıştır (74).

Yine yapılan bir çalışmada anne eğitim ve çocuk ağırlığı arasındaki ilişki farklı sosyo çevreler arasında önemli derecede farklılık gösterdi.En düşük sosyo-çevrede ilişki düz ve önemli değildi,orta düzey şartlar için pozitif ve önemliydi ( $p<0,005$ ) ve en iyi sosyo çevre şartlar altında çok az pozitif (75).

Ağırlık persantilleri  $2,85\pm 1,47$  olarak hesaplanmıştır. En düşük persantil (0-3 aralığı) 0, en büyük persantil (97-100 aralığı) ise 6 olarak alınmıştır.

Boy persantilleri  $2,84\pm 1,61$  olarak hesaplanmıştır. En düşük persantil (0-3 aralığı) 0, en büyük persantil (97-100 aralığı) ise 6 olarak alınmıştır.

Ağırlık persantilleri ile boy persantilleri arasında pozitif yönde, güçlü ( $r=0,576$ ) ve istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,001$ ) bir ilişki bulunmuştur.

Ağırlık persantili ile sadece anne sütü alma süresi arasında ve ağırlık persantili ile toplam anne sütü alma süresi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Boy persantili ile sadece anne sütü alma süresi arasında ve boy persantili ile toplam anne sütü alma süresi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Anne ve baba öğretim düzey gruplarının arasında ağırlık persantilleri ile boy persantilleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,005$ ).

Aylık gelir gruplarının arasında ağırlık persantilleri ile boy persantilleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,005$ ).

Bakım ve beslenmeden sorumlu kişi sorusunu yanıtlayanların 86'sı (%86,9) 'anne', 9'u (%9,1'i) 'anne' ve 'annane-babanne' , 4'ü (%4,0'ü) 'annane-babanne'

olarak işaretlemiştir.

'Beslenme konusundaki bilginiz yeterli mi?' sorusunu yanıtlayanların 57'si (%57,6) 'evet', 42'si (%42,4) 'hayır' işaretlemiştir.

Katılımcıların bilgi düzeyini ölçmek için sorulan soruların puan karşılığı ortalaması

46,16±15,10 olarak hesaplanmıştır. En küçüğü 10 puan, en büyüğü 70 puan olarak hesaplanmıştır (80 puan üzerinden). Ağırlık persantili ile beslenme bilgi düzeyi arasında ve boy persantili ile beslenme bilgi düzeyi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

## SONUÇ

Bu araştırma, Çocuk Polikliniğimize başvuran 1-5 yaş arası çocukların persantillerine, ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin ve annenin beslenme konusundaki bilgilerinin etkisini değerlendirmek amacıyla 1/4/2007 - 1/6/2007 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Polikliniğine başvuran 99 çocuk ve ailesi ile yapıldı.

Katılımcıların 57'si (%57,6'sı) erkek (1), 42'si (%42,4)'ü kızdır. Katılımcıların yaşı (ay olarak) 40,43±12,02 olarak hesaplanmıştır. En küçüğü 15 aylık, en büyüğü 64 aylık olarak hesaplanmıştır.

Ağırlık persantili ile beslenme bilgi düzeyi arasında ve boy persantili ile beslenme bilgi düzeyi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Anne ve baba öğretim düzey gruplarının arasında ağırlık persantilleri ile boy persantilleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,005$ ). Aylık gelir gruplarının arasında ağırlık persantilleri ile boy persantilleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,005$ ).

Çocuklara yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin amacı çocuğun sağlıklı durumunun devam etmesine yardımcı olmak ve sağlığını en üst düzeye çıkartmaktır. Bu nedenle bu hizmetin tüm çocuklara ulaşabilmesini sağlamak pratisyen hekimlerin, çocuk hekimlerinin, çocuklarla çalışan yardımcı sağlık personelinin ve diğer meslek gruplarının özellikle aile hekimlerinin birincil sorumluluğu olmalıdır (5).

Öncelikle anneler olmak üzere çocukların beslenme ve büyütülmesinden yakından ilgilenen kişilerin sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirilmesi çok önemli bir sağlık hizmetidir. Annenin çocuk beslenmesi konusundaki bilgi durumunun

belirlenmesi ile çocuk sağlığı ve beslenmesi konusunda sunulan sağlık hizmetinin daha iyi hale getirilmesi için gerekli planlar yapılabilecektir (16).

Anne sütü ile beslenmenin; bebek mortalite ve morbidite oranlarını azaltması, bebeklerin uygun beslenme, büyüme ve gelişmelerini sağlaması, diğer tüm beslenme şekillerinden üstünlükleri, aileye ve ülkeye getirdiği ekonomik yararlar tüm dünyada bilinmektedir (11-12).

DSÖ bebeklerin yaşamın ilk altı ayında tek başına anne sütü almasını, ek besinlerle birlikte anne sütü ile beslenmenin iki yaşa kadar sürdürülmesini önermektedir. Bu amacı sağlamak için emziren anne sağlık ve toplumsal kuruluşlar, işyeri ve medyadan destek almalıdır (38).

Emzirme bir içgüdü değil, öğrenilebilir bir beceridir. Emzirmenin başarılı olabilmesi için bilgi ve emosyonel destek gereklidir. Doğurganlık yaşındaki tüm kadınlar emzirmenin yararları ve başarılı emzirme adımları konusunda sağlık personeli tarafından bilinçlendirilmelidir (38).

Emzirme ülkemizde yaygın bir uygulama olmasına rağmen sadece anne sütü ile beslenme alışkanlığı yeterli değildir. Bebeklerin beslenmesinde doğumdan kısa bir süre sonra hazır mama ve diğer sıvıların kullanımı yaygındır. Özellikle hastanede gerçekleşen doğumlarda geç emzirme halen problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle doğum hastanelerinde yapılan hatalı uygulamalar belirlenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır. Bebek Dostu Hastane uygulamaları yurt çapında yaygınlaştırılmalı, emzirmenin özendirilmesi ve sürdürülmesi programı desteklenmelidir.

Annelerin emzirmenin yararları konusunda ikna edilmelerinin yanında, nasıl emzireceklerinin öğretilmesine ve bunu uygulamak için desteğe ihtiyacı olduğu bilinmelidir. Emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılması ve sürdürülmesi için sağlık personelinin erken emzirmenin önemi ve ek gıdalara erken başlamanın sakıncaları konusunda anneleri bilinçlendirmesi, ilk altı ay anne sütü alan bebeğin su dahil hiçbir ek besine ihtiyacı olmadığı konusunda ikna etmesi gerekir. İlk altı aydan sonra ek gıdalar çocukların gereksinimleri ve gelişimleri göz önünde bulundurularak uygun aylarda ve uygun miktarda, bebekler zorlanmadan verilmelidir. Anne sütünü verme devamlılığının sağlanması için annenin psikolojik açıdan desteklenmesi ve çevreden gelecek negatif sosyal etkilerin engellenmesi gerektiği bilinmelidir. Kişiler yaşam koşulları ve sosyal çevresi ile birlikte değerlendirilerek, eğitim konu ile ilgili tüm bireyleri kapsamalldır.

Eğitimlerde ek gıdaların içerikleri, yararları, başlanmaları için uygun zaman belirtilmelidir. Birebir eğitimlerde doktor ve hemşireler annenin olanaklarını gözeterek en uygulanabilir beslenme önerilerini vermeye zen göstermelidir. Medya ve kitle iletişim araçları ile toplumun doğru ve dengeli beslenmesini özendirici yayınlar yapılmalı, yanlış anlamalara neden olacak söylem ve reklam kampanyalarında bulunulmamalıdır.

Doğru beslenme alışkanlıkları çocukluk çağında başlamakta, ileri ki yaşlardaki beden sağlığını etkilemektedir. Bu dönemde kazanılan beslenme alışkanlıkları daha sonraki yıllarda da devam etmektedir. Dolayısı ile çocukluk çağında kazanılan beslenme alışkanlıkları geleceği etkileyen en önemli etmenlerden birisidir (78).

## KAYNAKLAR

1. Feinstein AR: Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research. Philedelphia, Saunders, 1985.
2. Hayran O: Çocuklarda Beslenme ve Büyümenin Değerlendirilmesi Açısından Antropometrik Ölçümlerin Anlamı ve Yorumu. Beslenme ve Diet Dergisi,19:237-243, (1990)
3. Özmert E. Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi.Katkı Pediatri Dergisi 2003; 26: 779-811.
4. Breast feeding counselling. Atraining course. World Health Organization Geneva, UNICEF 1993.UNICEF' in öncelikli olarak üzerinde durduğu konu gelişmekte olan ülkelerdeki çocuk beslenmesidir.
5. Akgönül G. Çocuklukta beslenmenin önemi ve amacı. *E.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Der*, 1995:11:51-56.
6. Jelliffe D, Jelliffe E. Human Milk in The Modern Vorld. 2<sup>n</sup> Ed , England : Oxford University Pres, 1979:61-63.
7. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Çocuk Sağlık Danışma Kurulu 1. Toplantısı Çalışma Grubu Raporu. Ankara, 1996.
8. WHO/UNICEF: 1990 lı yıllarda bebeklerin anne sütü ile beslenmesi. UNICEF Türkiye temsilciliği, Ankara, 1992, s.5-40.
9. 1990 lı yıllarda bebeklerin anne sütüyle beslenmesi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 1(4):5-6,1980).
- 10.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü,H.Ü. Nüfus Etüdleri Enstitüsü ve Macro International INC. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, 1994:77-116.
- 11.Coşkun T. Anne sütü ile beslenme. Katkı Pediatri Dergisi 2003: 2: 163-183.
- 12.Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48:253-262.
- 13.American Academy of Pediatrics, Work Group onbreastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100: 1035-1039.
- 14.Turkey Demographic and Health Survey 1998,Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara. Turkey and Macro International Inc. Maryland, USA 1999; 123-139.
- 15.Erdemir F. Emzirmeyi erken sonlandırma nedenleri. 2. Ulusal hemşirelik

- Kongresi. İzmir:Ege Üniversitesi Yayınları. 1990: 20-25. UNICEF.Dünya Çocuklarının Durumu. Ankara: Ajns Türk Matbaacılık, 1984.
- 16.Watt RG;,Dykes J. Ve Sheiham A.(2001) Socio-Economic Dterminants of selected Dietary İndicators in British Pre-school Children.Puplic Health Nutrition 4:1229-1233
  - 17.Report of WHO Expert Comitte. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Geneva,1995
  - 18.Tayfun Kır, Süleyman Ceylan, Metin Hadse. Antropometrinin Sağlık Alanında Kullanımı. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2000, 20:378-384
  - 19.Bertan M, Özcebe H. Çocuk, Nüfus ve Politikalar, Bertan M, Güler Ç(ed), Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ankara:Güneş Kitabevi, 1995: 163-172.
  - 20.The State of The World's Children 1999. New York: Oxford University Press,1999:97.
  - 21.T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Türkiye İstatistik Yıllığı 1996. Ankara Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, 1997:83.
  - 22.Türkçü F, Alikışıfoğlu M, Arvas A, Gür E, Can G, Sağlam Çocuk Kliniğine Düzenli Getirilen Bebeklerin Demografik Özellikleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2000; 43: 158-164.
  - 23.Yurdakök K, Sağlam Çocukların İzlemi. Katkı Pediatri Dergisi 1999; 20 (2): 95-106.
  - 24.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2003.
  - 25.Yurdakök M, Dünyada ve Ülkemizde Çocuk Sağlığı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 203-205.
  - 26.Lawrence R A, Brest Feeding a Guide for the Medical Profession, Third Edt, the CU Mosby Company, 1989.
  - 27.Gür E, Sağlam Çocuk İzlemi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi No:35, Ekim 2003; 9-16.
  - 28.Neyzi Ertuğrul Pediatri 2002 1.cilt;49-56
  - 29.Neyzi Ertuğrul Pediatri 2002;1.cilt;79-91
  - 30.Behrman RE, Kliegmen RM, Nelson Essentials of Pediatrics. Tuzcu M (çev.ed.). NobelTıp Kitapevleri.2001; 3: 1-55.
  - 31.Ercan O, Büyümenin İzlenmesi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi No:35, Ekim 2003;

251-2

32. Ryan AS, Rush D, Knieger FW, Lewandowski GE. Recent declines in breastfeeding in the United States, 1984 through 1989. *Pediatrics* 1991; 88: 719-727.
33. Coşkun T (1995) Anne Sütü İle Beslenme: Çocuk Sağlığı Temel Bilgiler, Tunçbilek E (Ed.), 3. baskı. Ankara, s. 19-46.
34. Neyzi Ertuğrul pediatri;2002 1.cilt;183-198
35. Moore ER, Bianchi M, Stephans GL. A community hospital based breastfeeding counseling service *Pediatr Nurs* 1991; 17: 383-361.
36. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü(2003)Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırması.
37. Nelson Essentials of pediatrics türkçesi1996;55-64
38. Çocuk Sağlığı ve hastalıkları,İstanbul Tıp Fakültesi Ders Kitabı 2003,127-152
39. Sağlık Bakanlığı Ana-çocuk Sağlığı ve aile planlaması 2004 ocak
40. American Academy of Pediatrics. 141 Northwest Point Blvd., Elk Grove Village, IL, 60007. (847) 434. [www.aap.org](http://www.aap.org)
41. Oddy WH. The impact of breastmilk on infant and child health.*Breastfeed Rev* 2002; 10: 5-18.
42. Reynolds A. Breastfeeding and brain development. *PediatrClin North Am* 2001; 48: 159- 71.
43. Goldman AS. The immune system of human milk: Antimicrobial, antiinflammatory and immunomodulating properties. *PediatrInfect Dis J* 1993;12:664-72.
44. Kumar D, Goel NK, Mittal PC, Misra P. Influence of infant-feeding practices on nutritional status of under-five children . *Indian*
45. WHO. Feeding and nutrition of infants and young children: Guidelines for the WHO European Series, No.87, WHO 2003.
46. WHO. Complementary feeding: Report of the global consultation. Geneva 10-13 December 2001.
47. Katkı Pediatri Dergisi,Sosyal Pediatri1-2-3(2003)
48. Cohen RJ, Rivera LL, Canahuati J, Brown KH, Dewey KG. Delaying the introduction of complementary food until 6 months does not affect appetite or mother's report of food acceptance of breast-fed infants from 6 to 12 months in a low income, Honduran population. *J Nutr* 1995; 125: 2787- 92.

49. WHO/UNICEF 'Breastfeeding in 1990's: Review and implications for a global strategy based on the technical meeting', 1991
50. Innocenti Bildirgesi. Emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi;1990larda emzirme: Genel bir girişim toplantısı; WHO,UNICEF,SIDA ve USAID, Floransa-İtalya;1990.
51. Sheehan A, Schmied V, Cooke M. Australian women's stories of their baby-feeding decisions in pregnancy. *Midwifery* 2003;19(4): 259-266.
52. Neyzi O, Olgun P, Kutluay T, et al. An educational intervention on promotion of breastfeeding. *Paediatr Perinatal Epidemiol* 1991; 5: 286-298.
53. Tasdelen E, Kulak K, Arvas A ve ark. Anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler i. *İstanbul Tıp Fak Mecmuası* 1997; 60: 450-539.
54. Özcebe H., Bertan M,Doğan B.;Anne sütü ile Beslenme ve Ankara'da Bebek Dostu Hastaneleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 1991; 34:305-316
55. Das DK, Taluder MQ, Sella GE. Infant feeding practices in rural Bangladesh. *Indian J Pediatr* 1992; 59: 573-577.
56. Lande B, Andersen LF, Baerug A, et al. Infant feeding practices and associated factors in first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr* 2003;92: 152-161.
57. Saner G, Dağoglu T, Uzkan I, Neyzi O. Promotion of breastfeeding in the postpartum mother. *Turk J Pediatr* 1985; 27: 63-8.
58. Koçoğlu G, Polat H, Özgür S. Ailelerin beslenme olanakları ve annelerin çocuk beslenmesi konusundaki bilgileri ile çocukların fiziksel gelişimleri arasındaki ilişkiler. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 1990; 19:11-22.
59. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler Handan Ünsal, Füsun Atlıhan, Hilal Özkan, Şeref Targan, Hür Hassoy *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2005; 48: 226-233
60. Juberg R, Sholte FG, Touchstone WJ. Normal values for intercanthal distances of 5 to11 year old American blacks. *Pediatr* 1975; 55 (3): 431-6
61. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M,Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: a prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; 37(4):447-52.
62. Aslan D, Özcebe H, Bilir N, Vaizoğlu S, Subaşı N: Van İli Kent Merkezinde Beş Yaş Altı Çocuklarda Beslenme ve Malnütrison Durumu: *Çocuk Dergisi* 4(1):16-23 (2004)

63. Şendemir E. Gülesen Ö. Oygucu İH, Cankur NS, İkiz İ. Çimen A, Eren T: Gemlik ilçesi ilkokul öğrencilerinde antropometrik ölçümlerle büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi: Baş uzunluğu ve genişliği ile boy ve ağırlık arasındaki ilişkiler.
64. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 18:193, (1991).
65. Neyzi O, Binyıldız P, Alp H: Türk çocuklarında büyüme-gelişme normları 1. Tartı ve boy değerleri. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası Suppl. 41 (1978)
66. Neyzi O, Yalçındağ A, Alp H: Heights and weights of Turkish children. Trop Pediatr and Environm Child Health, March, 5-13 (1973)
67. Nebigil İ, Hızal S, Tanyer G, Dallar Y, Coşkun T: Heights and weights of primary school children of different social background in Ankara, Turkey. J Trop Pediatr 43:297 (1997)
68. Martorell R, et all.: Body Proportions in Three Ethnic Groups. Children and Youths 2-17 years in NHANES and NHANESI, Human Biology, 60:205.
69. Garipoğlu M, Günöz H: 3-6 yaş arası İstanbulda yaşayan çocuklarda Beslenme Özellikleri ve Büyüme Gelişmeye Yansıması: Beslenme ve Diet Dergisi/J.Nutr and Diet, 22(2):161-170,1994
70. Saltık A, Keleş F, Yorulmaz F, Dindar İ, Turan N. Edirne Merkez Anaokullarında Fizik Antropometrik Ölçümler ve İlgili Beslenme Parametreleri. Beslenme ve Diet Dergisi 1990; 19(1):43-60
71. [www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index\\_old.htm](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index_old.htm),
72. Tunçbilek E, Kurtuluş E, Hancıoğlu A. Bebeklerin, çocukların ve annelerin beslenmesi. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998'de. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 1999:128-134.
73. Baysal A.(2004.Beslenme.10.Baskı Hatipoğlu Yayınevi,Ankara
74. J Hum Nutr Diet 2007, Aug;20(4):340-4 Departman of Home and Health Sciences, AIOU, İslamabat
75. Int J Epidemiol.1996 Jun;25(3):585-92 Division of Nutritional Sciences, Cornell University, Newyork
76. Gürakan B, Özcebe H, Bertan M. Multipar annelerin anne sütü ile ilgili deneyimleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.1993; 36: 1-10.
77. Ok Ş, Genç G. Sağlıklı çocuk polikliniğine başvuran annelerin anne sütü verme eğilimlerinin incelenmesi. E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1992; 8: 23-29.
78. Smolin L.; Grosvenor M.(1994). Nutrition Science and Applications. Saunders

College Publishing, USA

79. Well-Baby Examination. Encyclopedia of Children's Health.

[www.answers.com](http://www.answers.com)

80. Center of Disease Control and Prevention. 1600 Clifton Rd., Atlanta, GA

30333. 2004. Childhood and Adolescent Immunization Schedule. [www.cdc.org](http://www.cdc.org)