

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**BAZI GEBELERİN GEBELİKTE BESLENME, ANNE SÜTÜ VE
BEBEK BESLENMESİNE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE
ALİŐKANLIKLARININ BELİRLENMESİ**

HAZIRLAYAN

BETÜL OYMAK

ANKARA - 2022

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**BAZI GEBELERİN GEBELİKTE BESLENME, ANNE SÜTÜ VE
BEBEK BESLENMESİNE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE
ALİŐKANLIKLARININ BELİRLENMESİ**

HAZIRLAYAN

BETÜL OYMAK

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. SARE MIHÇİOKUR

ANKARA - 2022

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Betül Oymak tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04 / 01 / 2022

Tez Adı: Bazı Gebelerin Gebelikte Beslenme, Anne Sütü ve Bebek Beslenmesine İlişkin Bilgi, Tutum ve Alışkanlıklarının Belirlenmesi

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

ONAY

.....

Enstitüsü Müdürü

Tarih: ... / ... /

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 10 / 12 / 2021

Öğrencinin Adı, Soyadı: Betül OYMAK

Öğrencinin Numarası: 21920050

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Programı: Tezli Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Doç. Dr. Sare MIHÇIÖKUR

Tez Başlığı: Bazı Gebelerin Gebelikte Beslenme, Anne Sütü ve Bebek Beslenmesine İlişkin Bilgi, Tutum ve Alışkanlıklarının Belirlenmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 120 sayfalık kısmına ilişkin, 10 / 12 / 2021 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %5'tir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:

ONAY

Tarih: ... / ... /

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad,

İmza:

TEŞEKKÜR

Bu çalışmada tez konusunun belirlenmesinden itibaren her aőamada bana destek olan, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaőarak bana yol gösteren ve beni motive eden çok değerli tez danışmanı Sayın Doç. Dr. Sare Mıhçıokur'a,

Araştırmanın analiz sürecinde değerli bilgilerini benimle paylaőan, yüksek lisans eğitim sürecim boyunca bana danışmanlık yaparak destek olan Dr. Öğr. Üyesi Elif Durukan'a,

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğindeki anket sürecinde beni kendi iş arkadaşlarından biri gibi görerek üç ay boyunca çok keyifli bir anket uygulama süreci geçirmemi sağlayan, benimle her türlü bilgiyi paylaőan ve motive olmamı sağlayan çok değerli kadın hastalıkları ve doğum polikliniği hekimleri, hemőireleri ve sekreterlerine,

Hayatımın her anında maddi ve manevi hiçbir desteği esirgemeyen, her kararımda arkamda duran ve bana yol gösteren aileme,

Sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Oymak B., Bazı Gebelerin Gebelikte Beslenme, Anne Sütü ve Bebek Beslenmesine İlişkin Bilgi, Tutum ve Alışkanlıklarının Belirlenmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2021

Bu araştırma gebelerin gebe beslenmesi, anne sütü ve bebek beslenmesiyle ilgili bilgi, tutum ve alışkanlıklarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Haziran 2021 - Eylül 2021 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, kadın doğum polikliniğine başvuran 202 gebe çalışmaya dahil edilmiştir. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerini, antropometrik ölçümlerini, beslenme alışkanlıklarını, genel özelliklerini, gebe beslenmesi, anne sütü ve bebek beslenmesi bilgi düzeylerini sorgulayan anket formu ile IOWA bebek beslenmesi tutum ölçeği uygulanmıştır. Gebelerin %88,6'sı Ankara'da, %11,4'ü ise Ankara dışında ikamet etmektedir. Yaş ortalaması $32,09 \pm 4,34$ olup yaşları 23-45 arasında değişmektedir. %84,7'si yüksekokul ve üzeri, %15,3'ü lise ve altı eğitim seviyesine sahiptir. Beden Kitle İndeksi (BKİ) gruplandırmasına göre %1'i zayıf, %51,0'i normal kiloda, %33,7'si pre-obez ve %13,4'ü obezite sınıf I grubunda bulunmaktadır. Gebe beslenmesi ile ilgili gebelerin %12,9'unun bilgi düzeyinin iyi, %72,8'inin orta, %14,3'ünün kötü olduğu belirlenmiştir. Anne sütü ve bebek beslenmesi konusunda ise gebelerin %11,9'unun bilgi düzeyinin iyi, %74,7'sinin orta, %13,4'ünün kötü olduğu saptanmıştır. Gebelerin IOWA bebek beslenmesi tutum ölçeği puan ortalamaları $64,36 \pm 6,85$ olup; %2,5'inin formüle ile beslenmeye yatkın, %72,3'ünün kararsız, %25,2'sinin emzirmeye yatkın olduğu tespit edilmiştir. Yaş grubu, eğitim durumu, gebelik haftası ve gebelik sayısı ile gebe beslenmesi bilgi puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptanamazken ($p>0,05$), gebelik sayısı ile anne sütü ve bebek beslenmesi bilgi puanları arasında ve eğitim durumu ile IOWA puanları arasında anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Gebelik sayısı birden fazla olan annelerde anne sütü ve bebek beslenmesi bilgi puanı orta (%77,3) ve iyi (%19,3) olanların oranı gebelik sayısı bir olan annelere göre daha yüksektir. Lise ve altında eğitim alan grupta kararsız olanların yüzdesi (%83,9) yüksekokul ve üzerinde (%70,2) olanlara göre daha yüksektir. Ailelerin ve özellikle gebelerin, gebelikte beslenme, anne sütü ve bebek beslenmesi hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasını sağlayacak çalışmalara destek verilmelidir. Gebelerin emzirme

konusunda teŖvik edilmesi sağlanmalı ve gebeler emzirmenin faydaları konusunda bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anne s¼tü, bebek beslenmesi, emzirme, gebe beslenmesi

ABSTRACT

Oymak B. Determination of Knowledge, Attitudes and Habits of Some Pregnant Women Regarding Nutrition, Breast Milk and Infant Nutrition during Pregnancy, Başkent University Institute of Health Sciences, Department of Public Health, 2021

This research was carried out to determine the knowledge, attitudes and habits of pregnant women about pregnant nutrition, breast milk and infant nutrition. Between June 2021 and September 2021, 202 pregnant women who applied to Başkent University Ankara Hospital, obstetrics and gynecology outpatient clinic were included in the study. A questionnaire form questioning socio-demographic characteristics, anthropometric measurements, nutritional habits, general characteristics, knowledge levels of pregnant nutrition, breast milk and infant nutrition and IOWA infant feeding attitude scale were applied to pregnant women. 88.6% of the pregnant women reside in Ankara and 11.4% live outside Ankara. The mean age was 32.09 ± 4.34 years and their ages ranged from 23 to 45 years. 84.7% of them have a college or higher education level and 15.3% have a high school or lower education level. According to Body Mass Index grouping, 1% were underweight, 51.0% were in normal weight, 33.7% were pre-obese and 13.4% were in obesity class I group. According to the pregnant nutrition knowledge level score grouping, 12.9% were in the good group, 72.8% in the medium group and 14.3% in the bad group. According to the scoring of the knowledge level of breast milk and infant nutrition, it was determined that the knowledge level of 12.9% of pregnant women about pregnant nutrition was good, 72.8% of them were moderate, and 14.3% of them were bad. It was determined that 11.9% of the pregnant women had good knowledge, 74.7% had medium and 13.4% had bad knowledge about breast milk and infant feeding. The mean score of the IOWA infant feeding attitude scale of the pregnant women was 64.36 ± 6.85 ; It was determined that 2.5% of them were prone to formula feeding, 72.3% were undecided, and 25.2% were inclined to breastfeed. While no significant difference was found between age group, education level, gestational week and number of pregnancies and pregnant nutrition knowledge scores ($p>0.05$), there was a significant difference between the number of pregnancies and breast milk and infant nutrition knowledge scores, and between educational status and IOWA scores ($p<0.05$). The rate of mothers with more than one pregnancies with a medium (77.3%) and good (19.3%) knowledge of breast milk and

infant nutrition knowledge score is higher than mothers with one pregnancy number. The percentage of undecided people (83.9%) in the group with high school or below education is higher than those with a college education and above (70.2%). Studies that will enable families and especially pregnant women to have more information about nutrition during pregnancy, breast milk and infant nutrition should be supported. Pregnant women should be encouraged to breastfeed and pregnant women should be informed about the benefits of breastfeeding.

Keywords: Breast milk, infant nutrition, breastfeeding, pregnant nutrition

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Amaçlar.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Gebelik Fizyolojisi.....	3
2.2. Gebelik Döneminde Beslenme	4
2.3. Enerji ve Besin Ögesi Gereksinimi.....	5
2.3.1. Enerji.....	5
2.3.2. Makro besin öğeleri.....	5
2.3.3. Mikro besin öğeleri.....	7
2.3.4. Alkol ve kafein tüketimi.....	11
2.3.5. Ağırlık kontrolü.....	12
2.4. Gebelikte Görülen Sağlık Problemleri.....	12
2.4.1. Anemi.....	12
2.4.2. Gestasyonel diabetes mellitus	14
2.4.3. Yeme davranış bozuklukları	15
2.4.4. Preeklampsi.....	16
2.5.5. Reflü.....	17
2.4.6. Hiperemesis gravidarum	17

2.4.7. Konstipasyon (Kabızlık)	18
2.5. Gebelikte Beslenmenin Anne Sağlığına Etkileri	20
2.6. Gebelikte Beslenmenin Bebek Sağlığına Etkileri.....	20
2.7. Anne Sütü	20
2.8. Anne Sütünün Önemi	21
2.9. Anne sütü özellikleri ve yapısı	22
2.9.1. Anne sütünün yapısı.....	22
2.9.2 Anne sütündeki enerji ve besin öğeleri.....	23
2.9.3. Anne sütünün immünolojik özellikleri.....	25
2.10. Anne Sütünün Avantajları	27
2.11. Anne Sütünün Verilemediği Durumlar	27
2.12. Anne Sütünün Saklanması.....	28
2.13. Bebek Beslenmesi.....	28
2.13.1. 0-6 ay bebek beslenmesi	28
2.13.2. Ek gıdaya geçiş dönemi.....	29
2.13.3. 6-12 ay bebek beslenmesi.....	32
2.14. Dünya'da ve Türkiye'de Durum	33
2.14.1. Güvenli annelik.....	35
2.14.2. Anne sütünün teşviki programı	36
2.14.3. Başarılı emzirmenin 10 adımı	37
2.14.4. Doğuma hazırlık eğitici eğitimi	38
2.14.5. Türkiye'de gebelik ve anne sütüne yönelik mevzuat	38
3.1. Araştırmanın Yeri.....	40
3.1.1 Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nin tanıtımı.....	40
3.2. Araştırmanın Tipi.....	40
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem	41
3.4. Araştırmanın Süresi	41

3.5. Veri Yönetimi	41
3.5.1. Antropometrik ölçümler.....	42
3.5.2. Gebe beslenmesi bilgi sorularının değerlendirilmesi	42
3.5.3. Anne Sütü ve Bebek beslenmesi bilgi sorularının değerlendirilmesi	43
3.5.4.Iowa Bebek beslenmesi tutum ölçeği.....	43
3.6. Veri Analizi.....	43
3.7. Araştırmanın Değişkenleri:	44
3.8. Tez Çalışma Takvimi.....	45
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	45
3.10. Beklentiler ve Bilimsel Katkıları:	46
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	46
4. BULGULAR	47
4.1. Tanımlayıcı Bilgiler:	47
4.2. Gebe Beslenmesi İle İlgili Bilgiler.....	61
4.3. Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi İle İlgili Bilgiler	63
4.4. IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği.....	66
4.5. Araştırmaya Katılan Gebelerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Gebe Beslenmesi Bilgi Düzeylerinin, Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi Bilgi Puanlarının ve IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	69
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	80
KAYNAKLAR.....	84
EKLER	
EK 1 : Proje Onayı	
EK 2: Anket Formu	
EK 3 : IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği	

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 3.5.1.1. Beden Kitle İndeks (BKİ) sınıflandırması	42
Tablo 4.1.1. Araştırmaya katılan gebelerin ikamet yerlerinin dağılımı (Haziran - Eylül 2021).....	47
Tablo 4.1.2. Araştırmaya katılan gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (Haziran - Eylül 2021).....	48
Tablo 4.1.3. Araştırmaya katılan gebelerin sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımları (Haziran - Eylül 2021)	48
Tablo 4.1.4. Araştırmaya katılan gebelerin ilk evlilik yaşı ve evlilik sürelerinin dağılımı (Haziran - Eylül 2021).....	49
Tablo 4.1.5. Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları (Haziran - Eylül 2021)	50
Tablo 4.1.6. Araştırmaya katılan gebelerin eşleriyle olan akrabalık durumlarının ve aile tiplerinin dağılımı (Haziran - Eylül 2021).....	50
Tablo 4.1.7. Araştırmaya katılan gebelerin ve eşlerinin mesleki durumları ve haneye giren aylık gelirlerinin dağılımı (Haziran - Eylül 2021).....	51
Tablo 4.1.8. Araştırmaya katılan gebelerin bazı gebelik özelliklerinin dağılımları (Haziran - Eylül 2021).....	52
Tablo 4.1.9. Araştırmaya katılan gebelerin düşük öykülerinin dağılımları (Haziran - Eylül 2021).....	53
Tablo 4.1.10. Araştırmaya katılan gebelerin son iki gebelikleri arasındaki süre ve gebelik haftasının dağılımı (Haziran - Eylül 2021).....	53
Tablo 4.1.11. Araştırmaya katılan gebelerin riskli gebeliğe sahip olma durumlarının dağılımları (Haziran- Eylül 2021)	54

Tablo 4.1.12. Araştırmaya katılan gebelerin çocuklarını emzirme durumlarının dağılımları (Haziran - Eylül 2021)	54
Tablo 4.1.13. Araştırmaya katılan gebelerin bazı antropometrik özelliklerinin dağılımları (Haziran - Eylül 2021)	54
Tablo 4.1.14. Araştırmaya katılan gebelerin <u>gebelik öncesi</u> BKİ değerlerinin dağılımları (Haziran - Eylül 2021)	55
Tablo 4.1.15. Araştırmaya katılan gebelerin <u>güncel</u> BKİ değerlerinin dağılımları (Haziran - Eylül 2021)	55
Tablo 4.1.17. Araştırmaya katılan gebelerin genel sağlık durumlarının dağılımları (Haziran - Eylül 2021)	57
Tablo 4.1.18. Araştırmaya katılan gebelerin gebeliklerinde ortaya çıkan hastalık durumlarının dağılımları (Haziran - Eylül 2021)	58
Tablo 4.1.19. Araştırmaya katılan gebelerin iştah, bulantı, kusma ve vitamin-mineral kullanma durumlarının dağılımları (Haziran - Eylül 2021)	59
Tablo 4.1.20. Araştırmaya katılan gebelerin bazı beslenme alışkanlıklarının dağılımları (Haziran - Eylül 2021)	60
Tablo 4.2.1. Araştırmaya katılan gebelerin Gebe Beslenmesi ile ilgili önermelere verdikleri yanıtların dağılımları (Haziran - Eylül 2021)	62
Tablo 4.2.2. Araştırmaya katılan gebelerin Gebe Beslenmesi ile ilgili ifadelere verdikleri yanıtlardan aldıkları toplam puanlarının dağılımı (Haziran - Eylül 2021)	63
Tablo 4.3.1. Araştırmaya katılan gebelerin Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi ile ilgili ifadelere verdikleri yanıtlarının dağılımları (Haziran - Eylül 2021)	64
Tablo 4.3.2. Araştırmaya katılan gebelerin Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi ile ilgili ifadelere verdikleri yanıtlardan aldıkları toplam puanların dağılımı (Haziran - Eylül 2021)	65
Tablo 4.4.1. Araştırmaya katılan gebelerin Iowa Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeğine vermiş oldukları yanıtların dağılımları (Haziran - Eylül 2021)	67

Tablo 4.4.2. Araştırmaya katılan gebelerin IOWA puanlarının sınıflandırılması (Haziran - Eylül 2021)	68
Tablo 4.5.1. Araştırmaya katılan gebelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Gebe Beslenmesi bilgi düzeyleri (Haziran - Eylül 2021)	69
Tablo 4.5.2. Araştırmaya katılan gebelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi bilgi puanları (Haziran - Eylül 2021).....	70
Tablo 4.5.6. Araştırmaya katılan gebelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği puanları (Haziran - Eylül 2021).....	71

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

AA	araşidonik asit
AN	anoreksiya nervoza
BKİ	beden kitle indeksi
BM	bulimia nervoza
Ca	kalsiyum
CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
cm	santimetre
DHA	dokosa heksaenoik asit
dL	desilitre
DNA	deoksiribo nükleik asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
E.coli	escherichia coli
EFSA	Avrupa Gıda Güvenliği Derneği (European Food Safety Authority)
EPA	eikosapentaenoik asit
FSH	folikül uyarıcı hormon
GDM	gestasyonel diyabetes mellitus
GIS	gastrointestinal sistem
GÖR	gastroözofageal reflü
GÖRH	gastroözofageal reflü hastalığı
gr	gram
Hb	hemoglobin
HDL	yüksek yoğunluklu lipoprotein (high density lipoprotein)
HG	hiperemezis gravidarum
ICPD	Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
IgA	immünoglobülin a
IgG	immünoglobülin g
IgM	immünoglobülin m
IU	international unit
kcal	kilokalori
kg	kilogram
KHD	kadın hastalıkları ve doğum
LA	linoleik asit
LDL	düşük yoğunluklu lipoprotein (low density lipoprotein)
LH	luteinleştirici hormon
LNA	linolenik asit
mcg	mikrogram
mg	miligram
mL	mililitre
m ²	metrekare
NEK	nekrotizan enterokolit
NPU	net protein kullanımı
NTD	nöral tüp defekti
OGTT	oral glukoz tolerans testi
P	fosfor
pH	hidrojenin gücü (power of hydrogen)
PUFA	uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitleri

ROS	reaktif oksijen türleri
SD	standart sapma (standard deviation)
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSH	tiroid uyarıcı hormon
UNFPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (United Nations Population Fund)
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund)
µg	mikrogram

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Beslenme, sağlık ve gelişimi içine alan temel bir unsurdur. Gebelik döneminde, doğumda, laktasyon döneminde, bebeklik ve çocuklukta, adölesan dönemde, yetişkinlikte ve yaşlılıkta hayatın her döneminde, yaşamın sürdürülebilmesi, fiziksel ve mental gelişimin sağlanması ve sağlığın sürdürülmesi için uygun ve yeterli besin alımı önemli bir faktördür. Gebenin ve bebeğin sağlığı beslenmeye ek olarak, sosyo-kültürel ve davranışsal özelliklerden de etkilenmektedir (1).

Gebelik doğurganlık çağındaki olan her kadın için doğal fizyolojik bir olaydır. Bu dönemde gebenin sağlığı; yaş, gebelik sayısı, son iki gebelik arasında geçen süre, annenin kronik hastalığının olma durumu, ilaç kullanımı, genetik yapı ve beslenme gibi faktörlerden etkilenebilmektedir. Gebelik döneminde gebenin beslenmesi ile bebeğin sağlık durumu arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Bebeğin hem bedensel hem de zihinsel olarak büyüüp gelişmesi için gebenin gebelik dönemi boyunca yeterli ve dengeli beslenmesi gerekmektedir. Gebelik döneminde artan gereksinimlerin karşılanamaması, ekonomik yetersizlikler sebebi ile gebenin yeterli beslenememesi, yanlış besin seçimi gibi nedenler beslenme sorunlarının başlıca nedenleri arasında yer almaktadır (2). Gebenin gebelik döneminde fazla kilo alması gestasyonel diyabetes mellitus (GDM), hipertansiyon, preeklampsi ve sezaryen doğum riskini ve ileri yaşlarda obezite, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık görülme riskini arttırmaktadır (3).

Özellikle büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu bebeklik ve çocukluk döneminde beslenme, sağlığın sürdürülebilmesi için oldukça önemlidir (4). Dünya genelinde 5 yaş altı çocuklarda meydana gelen ölümlerin yaklaşık %45'i beslenmeye bağlı faktörlerden kaynaklanmaktadır (5). Bu dönemde bebeğin beslenmesinin temelini anne sütü ve tamamlayıcı beslenme uygulamaları oluşturmaktadır. Bebeğin sağlıklı bir şekilde büyüüp gelişebilmesi için gereken tüm besin maddelerini içeren, biyoyararlılığı yüksek ve sindirimi kolay olan en doğal besin anne sütüdür. Anne sütü ilk altı ay bebeğin tüm ihtiyacını karşılamaktadır. İkinci altı ayda %50'sini ve 12. aydan itibaren ise %30'unu karşılamaktadır. Bebeğin ihtiyacı olan enerji ve besin öğeleri tek başına anne sütünden karşılanamadığında tamamlayıcı beslenmeye geçilmekte ve anne sütüne ek olarak bebeğe diğer gıda ve sıvılar verilmektedir (4).

2015 yılında Dünya genelinde ilk 6 ay anne sütü ile emzirme oranı %37'dir (6). Dünya Sağlık rgtt (DSÖ) 2025 yılına kadar tüm dünyada ilk 6 ay sadece anne sütü verme oranını %50'ye kadar arttırmayı hedeflemektedir (7).

2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre; beş yaş altı çocukların %6'sı bodur, %2'si zayıf, %8'i ise fazla kiloludur. Çocukların %98'i hayatlarının bir döneminde emzirilmekte fakat önerilmemesine rağmen %42'si emzirme öncesi anne sütü dışında bir besin almaktadır. İki yaş altı çocukların %71'i doğduktan sonraki bir saatte emzirilmiştir. Altı aydan küçük bebeklerin %41'i sadece anne sütüyle beslenmiştir (8).

Çocukların yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamak için annelerin bebek ve çocuk beslenmesi konusunda gerekli bilgiye sahip olmaları önemlidir. Kişilerin beslenme bilgi düzeylerini geliştirmek için gebelik öncesi, sonrası ve lohusalık döneminde beslenme eğitimi uygulamak yararlı olabilmektedir (9). Bu alışma gebelerin, gebe beslenmesi, anne sütü ve bebek beslenmesi ile ilgili bilgi, tutum ve alışkanlıklarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

1.1. Amaçlar

Kısa vadeli amaçlar:

Gebelerin,

- Gebe beslenmesi bilgi düzeylerini belirlemek,
- Anne sütü ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemek,
- Bebek beslenmesiyle ilgili bilgi düzeylerini, tutum ve alışkanlıklarını belirlemek,

Uzun vadeli amaçlar:

- 15-49 yaş arası gebelerin anne sütü, bebek beslenmesi ve gebe beslenmesi hakkındaki bilgi düzeyleri, tutum ve alışkanlıkları incelenerek çalışma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda kişilerin bilinenmesini, hem gebelikte hem de bebeklerde yetersiz beslenme sonucu oluşabilecek olumsuz sonuçların önüne geçmeyi sağlayabilecek çalışmalara katkıda bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik Fizyolojisi

Gebelik, kadın ve erkek üreme hücrelerinin birleşmesi sonucu başlayan ve doğumla sonlanan fizyolojik bir olaydır. Gebelik süresi insanlarda ortalama 40 hafta ya da 280 gün sürmektedir. Gebelik döneminde biyokimyasal, fizyolojik ve anatomik birçok değişiklik meydana gelmektedir. Gelişen bu fizyolojik duruma sağlıklı bir kadın kolayca uyum sağlayabilmektedir (10). Fetüs ve plasenta tarafından gerçekleştirilen uyarılara bağlı olarak neredeyse her organ sisteminde adaptasyon meydana gelmektedir (11). Bu maternal fizyolojik değişiklikler, fetüsün gelişmesi için gerekli olan normal adaptasyon mekanizmalarıdır (10,11). Sağlıklı bir gebelikte kan kompozisyonunda ve biyokimyasal parametrelerde değişiklikler görülmektedir. Total demir bağlama kapasitesi, demir, kalsiyum, magnezyum ve hemoglobin gibi parametrelerin seviyelerinde azalma görülürken; trigliserid, lökosit, HDL, LDL ve total kolesterol gibi parametrelerin düzeylerinde ise artış görülmektedir. Bu parametrelerin normalden fazla yükselmesi veya azalması ise gebelerde hipertansiyon, anemi, prematüre doğum ve düşük ağırlıklı doğum gibi bazı komplikasyonların ortaya çıkmasında risk faktörü oluşturmaktadır. Bu sebeple bu parametrelerin gebelik öncesi dönemden başlayarak gebelik döneminde de düzenli olarak incelenmesi, takip edilmesi ve eksikliklerin önlenmesi hem sağlıklı bir gebelik dönemi geçirilmesi hem de bebeğin gelişiminin normal olması açısından önem taşımaktadır (12).

Hem sistolik hem diastolik kan basıncında gebeliğin ilk aylarında hafif düşüşler görülmektedir. Bu değerler daha sonra gebelik öncesi değerlerine yeniden ulaşmaktadır. Fakat gebeliğin son aylarında gebelerin bazılarında tansiyonda yükselme eğilimi görülebilmektedir (10). Hipertansif hastalığı olan gebelerde preeklampsi görülme oranı artmaktadır. Kan basıncının gebelik öncesi değerinin üstüne çıkması ve hipertansiyon, preeklampsinin ilk belirtileri arasındadır. Gebelik döneminde progesteron miktarının artması ve düz kas tonusunun azalması gastrointestinal hareketliliği azaltmaktadır. Bu sebeple mide boşalması yavaşlayarak besinlerin gastrointestinal sistemden geçiş süresi uzamaktadır. Bunun sonucunda ise kabızlık oluşmaktadır. Bu dönemde aynı zamanda endokrin sistemde de yeni koşullara uyum sağlamak amacıyla yapısal ve fonksiyonel değişimler görülmektedir. Hipofiz iki kat büyümekte, özellikle ön lopta gebeliğe özgü hücre çoğalması görülmekte,

östrojen ve progesteron hormonlarının yükselmesiyle FSH ve LH salgısı gerilemektedir. Prolaktin hormonunun salgısı artmakta ve prolaktin salgılayan hücrelerde ise hipertrofi ve hiperplazi oluşmaktadır. Progesteron hormonu santral sinir sistemini etkilemekte ve bu da gebenin kendini neşesiz ve uykulu hissetmesine yol açmaktadır. Progesteron aynı zamanda bazal vücut ısısının gebeliğin ilk yarısında yükselmesine sebep olmaktadır. Vücuttaki düz kasların tonüsü azaldığı için vazodilatasyon, varis, kabızlık, hemoroid ve mide yanması gibi sağlık sorunları görülebilmektedir. Troid hormonlarının salgısı artmakla birlikte tiroide hafif büyüme gözlemlenmektedir. Kortizol ve aldesteron gibi adrenal korteks hormonları gebelik döneminde fazla miktarda salgılanarak karbonhidrat metabolizmasını etkilemekte ve çatlak oluşumuna neden olmaktadır (10). Artan östrojen ve progesterona bağlı olarak menstruasyonun olmaması, bulantı, kusma, meme hassasiyeti ve bazal vücut sıcaklığının artması gebeliğin şüpheli belirti ve bulguları arasındadır. Gebeliğin kesin olarak anlaşılabilmesi için ultrasonografi ile gebelik kesesi ile fetal kalp atımları, fetal hareketler ve fetal kardiyak aktivite gözlemlenmelidir (13).

2.2. Gebelik Döneminde Beslenme

Gebelik döneminde hem fetal büyümeyi ve gelişmeyi desteklemek hem de maternal metabolizmayı ve doku birikimini sürdürebilmek için beslenme gereksinimleri artmaktadır. Besin öğelerinin yetersiz alımı sonucu ortaya çıkan eksiklikler hamilelik sonuçları ve yenidoğan sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Sağlıklı ve çeşitli bir diyet ile beslenme gereksinimleri karşılanabiliyor olsa da gebelik döneminde bazı besin ögesi ihtiyaçlarının tek başına diyetle karşılanması zordur. Bu nedenle, bazı durumlarda gebenin takviye kullanması gerekebilir. Her ne kadar gebelikte yeterli beslenmenin önemini destekleyen çok sayıda çalışma bulunsa da buna rağmen gebelikte vitamin eksikliği ve bunlara bağlı sağlık problemlerine sıkça rastlanılmaktadır (14). Gebenin bu dönemde yetersiz ve dengesiz beslenmesi erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, bedensel ve zihinsel gelişim geriliği bulunan bebek doğumları ve ölü doğum gibi sorunlara yol açabilmektedir (2).

Gebelik döneminde, hücre dışı sıvı hacminin artması, fetüsün gereksinimi ve amniyotik sıvı gibi sebeplerle gebenin sıvı ihtiyacı artmaktadır. Bu sebeple günde ek olarak 750-1000 mL sıvı tüketilmesi gerekmektedir. Sıvı kaynağı olarak su, ayran, süt ve taze sıkılmış meyve suları tercih edilebilir (2,15).

Bu dönemde gebelerin sigara kullanımından kaçınmaları gerekmektedir. Sigara kullanımı fetüsün gelişimini etkilediği gibi, düşük ağırlıklı doğum, erken doğum, ölü doğum veya riskli doğum gibi olumsuz doğum sonuçlarına da yol açmaktadır. Buna ek olarak ilerleyen yaşlarda çocukta bilişsel fonksiyon, akademik başarı, psikiyatrik sorunlar, tip 2 diyabet ve obezite gibi sağlık sorunlarına sebebiyet vermektedir (16).

Gebelik döneminde artan oksijen tüketimine bağlı olarak bazal metabolizma hızı artmaktadır. Gebelik boyunca; birinci trimesterde günde 85 kcal, ikinci trimesterde günde 285 kcal ve üçüncü trimesterde günde 475 kcal olacak şekilde toplamda yaklaşık olarak 77000 kcal ek kalori ihtiyacı oluşmaktadır (11,17). Gebelik dönemi boyunca gebeye kesinlikle zayıflama diyeti önerilmemekte bunun yerine gebenin daha fazla ağırlık kazanması önlenmelidir (15).

2.3. Enerji ve Besin Ögesi Gereksinimi

2.3.1. Enerji

Gestasyonel ağırlık artışının ana belirleyicisi, alınan enerjidir. Gebelik döneminde annenin diyetle, büyüyen fetüsün yanı sıra annenin olağan gereksinimlerini de karşılamak için yeterli miktarda enerji alması sağlanmalıdır. Yeni doku sentezi ve mevcut doku büyümesi için fazladan enerji gereklidir. Gebenin enerji ihtiyacı, fiziksel aktivite düzeyi, gebelik öncesi beden kitle indeksi (BKİ) ve metabolik hıza bağlı olarak değişiklik göstermektedir (14). İlk trimester sonrası, bebeğin sağlıklı gelişim gösterebilmesi için gebenin günlük yaklaşık 300 kcal ek enerjiye ihtiyacı vardır (2).

2.3.2. Makro besin ögeleri

Karbonhidratlar

Gebelik döneminde enerji ihtiyacı artmaktadır. Fetüsün gelişimi için gereken enerjiyi sağlamak için daha fazla glikoza ihtiyaç duyulmaktadır. Bu da gebelerin kan şekeri seviyelerinin normale göre düşük olmasına sebep olmaktadır. Yetersiz karbonhidrat alımı

sonucunda hücreye yeterli glikoz giremediği için enerji öncelikle yağlardan sağlanmakta ve böylece idrarda keton cisimleri görülmektedir. Gebelik döneminde, insülin hormonunun kanda yeterli bulunmaması ve buna karşılık glikoz gereksiniminin artması sonucunda ketozise yatkınlık artmaktadır. Fetüsün gelişimi ve gebenin sağlığı açısından ketozis tehlikeli sonuçlar doğurabilmektedir (10).

Protein

Gebenin vücudunda meydana gelen değişiklikler, bebeğin gelişimi ve plasenta proteine ihtiyaç duymaktadır. Bebeğin büyümesi ortalama 950 gr protein birikmesi anlamına gelmektedir. Bu dönemde gebenin günlük ek olarak 20 gr proteine ihtiyacı olmaktadır. Gebe olmayan kadınlar için ortalama protein ihtiyacı 50-60 gr iken bu miktar gebelik döneminde 70-80 gr olmaktadır. Gebelerin günlük olarak 3-4 porsiyon et, tavuk, balık tüketmeleri gerekmektedir (2). Gebelik döneminde içeriğindeki civa miktarı sebebiyle balık tüketimine dikkat edilmelidir. Civa içeriği yüksek balıkların tüketiminden kaçınılmalı, somon, alabalık ve yayın balığı gibi balıklar tercih edilmelidir. Konserve ton balığı tüketimi ise haftada 180 gr'ı geçmemelidir (15).

Yağ

Temel yağ asitleri arasında linoleik asit, alfa-linoleik asit, araşidonik asit (AA), eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA) bulunmaktadır. Hücre zarlarının temel yapısal bileşenleri olan bu yağ asitleri, doku oluşumu için hayati öneme sahiptir. Uskumru veya somon gibi yağ açısından zengin balıklar bu yağ asitleri açısından oldukça zengin besin kaynaklarıdır (14). Özellikle DHA ve EPA gibi uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinin (PUFA) diyetle alınması, gebelik döneminde annenin ve gelişmekte olan fetüsün gereksinimlerini karşılamak için önemli bir yere sahiptir. DHA, fetüste beyin ve retinanın gelişimini etkileyebilirken, EPA ise potansiyel olarak preeklampsi riskini azaltabilmektedir. Buna ek olarak gebelik sırasında omega-3 takviyesinin erken doğum (<37 haftalık gebelik) ve erken preterm doğum (<34 haftalık gebelik) riskini azalttığı fakat bununla birlikte uzamış gebeliğe de katkıda bulunduğu bilinmektedir (18).

2.3.3. Mikro besin ögeleri

A Vitamini

A vitamini yağda çözünen bir vitamindir. Retinoidler, yumurta, süt ürünleri ve karaciğer gibi hayvansal kaynaklardan, beta-karoten gibi karotenoidler ise karalahana, tatlı patates ve havuç gibi koyu veya sarı sebzeler gibi bitki kaynaklarından elde edilmektedir (14). Gebelik ve gebelik öncesi dönemde yeterli A vitamini normal fetal büyüme ve gelişmenin sürdürülmesini sağlamaktadır. Yetersiz A vitamini alımı yetersiz neonatal A vitamini depolamasına neden olmaktadır. Yenidoğanda yetersiz A vitamini düzeyi ise bronkopulmoner displazi ve enfeksiyon riskinin artmasına yol açmaktadır. Bunun aksine yüksek A vitamini düzeyi ise neonatal dönemde kardiyovasküler sistem ve merkezi sinir sistemi anomalilerinin riskini arttırmaktadır (19). Gebelik sırasında önerilenden fazla ($\geq 2,5$ kat) A vitamini alımı teratojenik etkiye sahiptir. Neonatal dönemde kardiyovasküler sistem ve merkezi sinir sisteminde anomali görülme ve ilerleyen yaşlarda çocukta astım görülme riskini arttırmaktadır. Yüksek A vitamini içeriği nedeniyle gebelerin karaciğer gibi sakatları tüketmekten kaçınmaları gerekmektedir (20,21). DSÖ A vitamininin ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu bölgeler dışındaki gebelere A vitamini takviyesi önermemektedir (22).

D Vitamini

Annede D vitamini eksikliği görüldüğü durumlarda bebekte dışarıdan D vitamini desteği sağlanmazsa serum seviyeleri hızla düşmekte ve hipokalsemi veya konjenital rikets gibi sonuçlar oluşabilmektedir (23). Maternal D vitamini eksikliğinde bebeklerin yaşamın ilerleyen dönemlerinde tip 1 diyabet, multipl skleroz ve şizofreni gibi hastalıklara yatkın hale geldiği ve gebelik süresince önerilen miktara göre alınan D vitaminin çocuklarda okul çağında astım görülme riskini azalttığı bilinmektedir (20,24). DSÖ gebelikte D vitamini eksikliği olanlara günlük 200 IU D vitamini desteği önerirken ülkemizde Sağlık Bakanlığı gebelerde kan düzeyine bakılmaksızın D vitamini desteği sağlamaktadır (25). Gebeliğin 12. haftasından itibaren gebeye D vitamini takviyesi verilerek bu takviyenin gebelik dönemi boyunca ve doğumdan sonra en az altı ay emzirme dönemi boyunca kullanılması önerilmektedir (15).

Folat

Folat, yeşil yapraklı sebzelerde ve portakal gibi turunçgillerde bulunan suda çözünür B grubu bir vitamindir. Bazı ekmekler ve kahvaltılık tahıllar, folatın sentetik ve daha stabil formu olan folik asit takviyesi içermektedir (14).

Doğumsal kusurlar olarak da bilinen konjenital anomaliler, embriyonik gelişim sırasında ortaya çıkmaktadır. Doğumsal anomaliler, doğumdan önce, doğumda veya daha sonrasında tanımlanabilen metabolik bozukluklar da dahil olmak üzere yapısal veya fonksiyonel anormallikler olarak tanımlanabilmektedir. Folat eksikliğine bağlı nöral tüp defektleri (NTD) en yaygın görülen anomalilerden biridir ve nöral tüpün düzgün kapanamamasıyla ortaya çıkmaktadır. En önemli risk faktörü maternal folat yetmezliğidir (26).

Folat, aminoasit metabolizmasında, protein sentezinde ve hücre çoğalmasında rol oynamaktadır. Bu da hamileliğin hızlı hücre bölünmesi ve doku büyümesinin olduğu embriyonik ve fetal aşamalarında önem taşımaktadır. Folat eksikliği ise preeklampsi ve fetal anomaliler gibi olumsuz sonuçların riskini artırabilen homosistein birikimine neden olmaktadır (14).

Gebelik döneminde fetüsün büyümesi, rahmin genişlemesi, maternal kırmızı kan hücre hacminin artışı ve plasentanın büyümesi için folata ihtiyaç duyulmaktadır (27). Fakat nöral tüp defektlerini önlemek için beslenme ile alınan folik asit yeterli olmayabilir (28). Bu nedenle prekonsepsiyonel dönemde folik asit takviyesi kullanımı büyük önem taşır. Gebe kalmadan önceki ve gebe kaldıktan sonraki üç ay erken plasental gelişimi optimize etmek için önemli bir dönemdir. Bu dönemde kullanılan folik asit takviyesi nöral tüp defektleri riskini önemli ölçüde azaltmaktadır (29). Sağlık Bakanlığı NTD riskinden korunmak için gebelik öncesi dönemden başlayarak gebeliğin ilk üç ayı boyunca diyetle ek olarak 400 mcg/gün folik asit desteği alınmasını önermektedir (15).

B12 vitamini

B12 vitamini, DNA ve hücre metabolizmasının metilasyonunda önemli rol oynayan bir vitamindir. B12 vitamin eksikliği GDM riskini arttırmaktadır (30). B12 vitamini aynı zamanda nörolojik fonksiyon için de oldukça önemlidir. Düşük B12 vitamini seviyelerinin belirtileri arasında depresif ruh hali, nefes darlığı, iştahsızlık, soluk cilt, denge kaybı, yorgunluk, ishal veya kabızlık, zihinsel durumdaki konsantrasyon ve / veya karışıklık veya ellerde uyuşma ve karıncalanma bulunmaktadır (31). Türkiye'de yapılmış bir çalışma B12

vitamini eksikliğinin gebelik döneminde folat eksikliğiyle beraber nöral tüp defekti riskini de arttırdığı belirtmiştir (32).

C vitamini

Turunçgiller, domates ve brokoli gibi birçok meyve ve sebze C vitamini açısından zengindir. C vitamini, antioksidan savunmayı teşvik etmek ve oksidatif stresi önlemek için serbest radikal oluşumunu inhibe etmektedir. Ayrıca C vitamini bağ dokusunun birincil bileşeni olan kolajenin sentezlenmesinde rol oynamakta ve diyet ile alınan demirin emiliminin arttırmaktadır. Demir emilimine yardımcı olması megaloblastik anemi ve demir eksikliği anemisini önlemeye yardımcı olabilmektedir. C vitamini aktif olarak plasenta üzerinden taşınmaktadır. Bu da maternal plazma seviyelerinin azalmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle C vitamini gereksinimi gebelik döneminde artış göstermektedir. C vitamini eksikliğinin oksidatif stres, preeklampsi, erken doğum ve erken membran rupturu gibi çeşitli gebelik komplikasyonlarının gorulme riskini arttırdığı bilinmektedir (14).

Demir

Demir, hemoglobin ve miyoglobinin sentezi, solunum, oksijen taşınması, gen regülasyonu, büyüme ve demire bağlı enzimlerin düzgün işleyişi gibi çeşitli hücresel işlevler için hayati bir öneme sahiptir (14). Demir gereksinimi, gebelikte kırmızı kan hücresinin genişlemesi, büyüyen fetüs ve plasentaya ek olarak doğumda oluşabilecek kan kaybını karşılamak için önemli olude artmaktadır. Gebelik süresince demir gereksinimi, normal kiloda bir gebe için yaklaşık 1000 mg olmaktadır. Bu demirin postpartum kanama ile kayıp için 200 mg'ı, fetüs için 300 mg'ı, eritrosit üretimi arttığı için ise 500 mg'ı kullanılmaktadır. Gebeliğin birinci trimesterinde daha duşuk olan demir gereksinimi ve emilimi gebeliğin ilerlemesi ile birlikte artmaktadır (33,34).

C vitamini alımı, protein içeriği yüksek gıdalar ve midedeki asit salgısı demir emilimine yardımcı olurken, azalan mide asit salgısı, antiasit kullanımı, hububatlarda bulunan fitat, yiyecek ve içeceklerde bulunan fosfat, kalsiyum, çay ve kahve tüketimi ise demir emilimini olumsuz etkilemektedir (33).

Çinko

Et, deniz urunleri, süt ve kuruyemişlerde daha yüksek seviyelerde bulunsa da çinko pek çok besinin içeriğinde bulunmaktadır. Diyet içeriğinin lif veya fitat bakımından yüksek olması çinkonun biyoyararlılığını azaltabilmektedir (14). Çinko yumurtlama ve adet

döngüsünde rol oynayan önemli bir mikro besin ögesidir (35). Protein sentezi ve nükleik asit metabolizması, hücre bölünmesi ve büyümesi, yara iyileşmesi, gen ekspresyonu, görme ve nörolojik ve immün fonksiyon, antioksidan savunmalar, lipit ve protein mekanizmasıyla birlikte bağışıklık sisteminde rol almaktadır (14,36). Çinko eksikliği; anormal fetal gelişim, düşük doğum ağırlığı ve doğum kusurlarına yol açmaktadır (37).

Kalsiyum

En iyi kalsiyum kaynakları süt ve süt ürünleri olmakla birlikte, yeşil yapraklı sebzeler ve kabuklu yemişler de kalsiyum içeriği yüksek besinler arasındadır (14). Türkiye'de süt ve süt ürünlerinin tüketiminin gebe ve emzikli grupları için önerilen miktarın altında kaldığı bilinmektedir. Bu sebeple bu ürünlerin tüketiminin artırılması gerekmektedir (15).

Gebelik döneminde, kalsiyum aktif olarak plasenta boyunca taşındığı için annenin kalsiyum ihtiyacı, özellikle üçüncü trimesterde artmaktadır. Yetersiz maternal kalsiyum alımı, annede osteopeni, kas krampları, tetanoz, titreme ve fetüste gelişme geriliğine yol açabilmektedir (14). Kalsiyumun yeterli alımı bebeğin iskelet yapısının gelişmesini, annenin kemik kütlelerinin korunarak ilerleyen yaşlarda oteoporozdan korunmasını sağlamaktadır (15). Bu nedenle özellikle üçüncü trimesterde günde iki su bardağı süt tüketilmesi önemlidir (38).

DSÖ 2013 yılında yayınladığı rehberde gebelik döneminde kalsiyum takviyesinin, başlangıçtaki kalsiyum alımına veya hipertansiyon risk profiline bakılmaksızın tüm kadınlarda preeklampsi riskini %50'den fazla azalttığını belirtmiştir. DSÖ yüksek risk altındaki kadınlar ve diyetle kalsiyum alımı yetersiz olan kadınlar için gebelik döneminde 1.5-2.0 g / gün kalsiyum takviyesi önermektedir (39).

İyot

İyot, özellikle yaşamın erken evrelerinde beyin gelişimi için gerekli olan tiroid hormonlarının sentezi için gereklidir (40). Eksikliğinde mental retardasyon, düşük doğum ağırlığı, işitme bozukluğu ve motor becerilerin bozulması gibi durumlar görülebilmektedir. Aynı zamanda iyot eksikliği, artan bebek ölüm oranının da sebeplerindedir. Yapılan bir çalışma erken gebelikten bebeklik dönemine kadar iyotlu tuza maruz kalmanın daha yüksek bilişsel gelişim sağladığını belirtmektedir.

Serum TSH düzeyi 2,5-5 mU/mL olan gebelerde, spontan düşükler ve ölü doğumların arttığı, tedavi ile bu sorunların azaldığı bilinmektedir. Bu nedenle, gebeler ve

gebelik planı olanlar gebe kalmadan önce tedavi edilmelidir. Gebe veya laktasyonda olan kadınlarda günlük iyot alımı 250 µg /gün olmalıdır (40,41).

Selenyum

Selenyum eksikliği genellikle kadınlarda doğurganlığın azalması ile ilişkili olsa da bu süreçteki rolü hala net olarak bilinmemektedir. Bu etkisinin selenyumun, reaktif oksijen türlerinin (ROS) sentezinin nötralizasyonundan sorumlu antioksidatif enzimlerin bir kofaktörü olmasından kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Selenyumun aynı zamanda yumurtalıkların aktivitesinde önemli bir rol oynayan azot oksit üretimini de etkilediği bilinmektedir. Kandaki selenyum konsantrasyonları gebelik süresince önemli miktarda azalmaktadır.

Gebelerde selenyum eksikliği görülmesi gelişmekte olan fetüsün sinir sisteminde işlev bozukluğuna yol açabilmektedir. Aynı zamanda eksikliği nöral tüp defektlerinin riskini arttırmakla birlikte düşüklere de zemin hazırlamaktadır. Son çalışmalar yüksek plazma selenyum seviyeleri ile tip 2 diyabet, hiperglisemi ve dislipidemi arasında ilişki bulunduğunu ortaya koymuştur (42).

2.3.4. Alkol ve kafein tüketimi

Küresel olarak kadınların yaklaşık %10'unun gebelik sırasında alkol tükettiği, prevalansın Avrupa bölgelerinde en yüksek ve Güneydoğu Asya ve Doğu Akdeniz bölgelerinde ise en düşük olduğu tahmin edilmektedir (43).

En yaygın kafein kaynağı kahve olmakla birlikte çikolata, kakao, çay, kola ve bazı ilaçlar da kafein içermektedir. Gebelik döneminde fazla kafein tüketimi uterin ve plasenta dolaşımında vazokonstriksiyonu teşvik edebilmekte ve böylece fetal büyüme ve gelişim üzerinde potansiyel olarak zararlı etkilerin yanı sıra fetal kalp hızı ve aritmileri arttırabilmektedir (14). Bu dönemde kafein alımı günlük en fazla 200 mg (2 fincan kahve veya 4-5 bardak çay) olmalıdır (15).

Gebelik döneminde alkol, plasentada oksidasyona uğramaktadır. Bu oksidasyon sonucunda ise asetaldehite dönüşmektedir. Asetaldehit, fetüs için oldukça zararlı bir maddedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde görülen genetik olmayan mental retardasyonun en önemli nedenlerinden biri alkoldür. Alkol kullanımının gebelik döneminden önce bırakılması gerekmektedir (1).

2.3.5. Ağırlık kontrolü

Maternal obezitenin gebelik ve doğum sonrası dönemde birçok komplikasyona yol açtığı aynı zamanda yenidoğan morbiditesinin artmasında önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (44). Gebelik dönemi kilo kaybı için doğru bir zaman değildir. Bu dönemdeki kilo kaybı hem fetüsü hem de süt salınımını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle gebelikten 3-4 ay önce uygun ağırlığa gelinmesi önemlidir (45). Gebelikte bebeğin ağırlığına ek olarak kan hacminin artması, göğüslerin büyümesi ve amniyotik sıvı ile plasenta gebenin ağırlık artışına katkı sağlamaktadır. Sağlıklı, normal ağırlıktaki gebeler için gebelik süresinde ağırlık kazanımı 10-14 kg aralığında olmalıdır (2,45). Gebe kalmadan önceki BKİ'ne göre kişinin alması gereken ağırlık miktarı da değişiklik göstermektedir. Zayıf olan kişilerde ($BKİ < 18.5 \text{ kg/m}^2$) alınması gereken ortalama ağırlık miktarı 12.5 - 18 kg, normal olanlarda ($BKİ = 18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$) 11.5 - 16 kg, hafif şişman olanlarda ($BKİ = 25.0 - 29.9 \text{ kg/m}^2$) 7 - 11.5 kg ve şişman olanlarda ise ($BKİ = \geq 30 \text{ kg/m}^2$) 5 - 9 kg alınması gerekmektedir. Bu dönemde önerilenin altında ağırlık kazanılması, düşük doğum ağırlıklı bebek görülme riskini arttırmaktadır. Aşırı ağırlık kazanılması ise kısa dönemde bebeklerde makrozomi ve erişkin dönemde obezite ve ilişkili hastalıkların riskini, annede ise kısa dönemde GDM ve uzun dönemde ise obezite ve metabolik sendrom riskinin artmasına sebep olmaktadır (15).

Gebeliğin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için kazanılan ağırlığın miktarı kadar hızı da önem taşımaktadır. İlk trimesterde kazanılması beklenen ağırlık miktarı ortalama 1-2 kg olup bu miktar adölesan gebelerde 2-3 kg şeklindedir. İlerleyen dönemde ise haftalık 0,3-0,5 kg civarında ağırlık artışı beklenmektedir (2). Obez kadınlarda obez olmayanlara göre makrozomik bebek dünyaya getirme oranı iki kat daha fazladır (46). Kanada'da 226,958 tekil gebelikte yapılan bir çalışmada gebelik öncesinde %10'luk bir kilo kaybının preeklamsi, GDM, makrozomi ve ölü doğum riskini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (47).

2.4. Gebelikte Görülen Sağlık Problemleri

2.4.1. Anemi

DSÖ'ne göre özellikle gebeleri ve küçük çocukları etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olan anemi, dünya çapında 5 yaşın altındaki çocukların %42'sinde ve gebelerin

%40'ında görülmektedir (48). Anemi her dört kişiden birini etkilemektedir. Afrika ve Güneydoğu Asya bölgeleri en yüksek riske sahip bölgelerdir (49). Aneminin Afrika'da maternal ölümlerin %3,7'sinden sorumlu olduğu bilinmektedir (33). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sık rastlanmakla birlikte bu ülkelerde anemi prevalansı %43 oranındadır. Gelişmiş ülkelerde ise anemi prevalansı %9'dur (50).

“Sağlık Bakanlığı Demir Gibi Türkiye Programı”nın izleme ve değerlendirilmesi dahilinde, 2011 yılında Gazi Üniversitesi 6-17 aylık çocuklarda ve annelerinde hemoglobin düzeyi belirleme çalışması yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre annelerin %24,9'unun hemoglobin düzeyinin 12 g/dL altında olduğu gözlemlenmiştir (51,52). Demir eksikliği, kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 verilerine göre serum demir değerinin referans değerlerden düşük olma yüzdesi erkeklerde %6,9, kadınlarda ise %26,1 olarak belirtilmiştir (51).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) 1989 yılında, gebelikte anemi görülme durumunu 1. ve 3. trimesterde Hb değerinin 11 gr/dl'nin veya hematokrit değerinin %33'ün altında olması, 2. trimesterde ise Hb değerinin 10,5 gr/dl'nin veya hematokrit değerinin %32'nin altında olması olarak tanımlamıştır (33). DSÖ ise her üç trimester için Hb değerinin 11 gr/dl'nin altında olması olarak tanımlamaktadır (53).

Prekonsepsiyonel düşük demir deposu, demir eksikliği anemisi oluşumu riskini arttırmaktadır. Gebelik döneminde artan ihtiyaç ve uygunsuz beslenme koşulları göz önünde bulundurulduğunda düşük demir deposu ile gebe kalan bir kadında demir eksikliği anemisi kaçınılmaz bir hal almaktadır. Hafif ve orta düzey anemik kadınların çoğu semptom göstermese de halsizlik, günlük aktivitelerde performansın azalması, irritabilite, letarji gibi semptomlar aneminin sık rastlanan semptomlarından. Kronik ağır anemi durumunda çok nadir de olsa glossit, angular stomatit, mukozalarda solukluk, ayak bileği ödemi, konjunktiva, ve tırnak yataklarında solukluk gözlemlenebilmektedir. Perinatal sonuçları kötüleştirilmesi sebebiyle anemi, gelişmekte olan ülkelerde maternal mortalite için önemli bir risk faktörüdür. Anemi, gebenin postpartum kanamayı tolere etmesini zorlaştırmakta ve gebenin enfeksiyonlara eğilimini arttırmaktadır. Bu sonuçlar dikkate alındığında aneminin gebelik döneminden önce tanınip tedavi edilmesi ve kadının hem gebeliği hem de doğumu tolere edebilecek düzeyde demir depoları ile gebe kalması ve bunun sürdürülmesi önem taşımaktadır (33).

Demir eksikliği, aneminin tek sebebi olmasa da anemilerin %90'ı demir eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Gebelik döneminde neredeyse tüm vitamin ve minerallerin gereksinimi dengeli ve yeterli beslenme ile karşılanabilmektedir. Fakat demir

ihtiyacı beslenme ile karşılanamadığından dışarıdan takviye olarak alınması gerekmektedir. Artan bu demir ihtiyacı karşılanamadığı durumda oluşan anemi hem maternal hem de fetal sağlık üzerinde olumsuz etki oluşturmaktadır. Düşük maternal serum ferritin konsantrasyonları, yenidoğanlarda görülen demir eksikliği ile ilişkilidir. Demir eksikliği anemisi bulunan 6-24 aylık bebeklerde daha zayıf bilişsel, motor, sosyal-duygusal ve nörofizyolojik gelişim riskinin arttığı bilinmektedir. Annede demir eksikliği anemisi bulunması durumunda ise, sezaryen doğum, perinatal kanama, preeklampsi, zayıf maternal tiroid durumu, zayıf yara iyileşmesi, kalp yetmezliği ve hatta ölüm riski artmaktadır (33,34).

Serum vitamin B12 seviyeleri gebelik döneminde düşmektedir. Bu dönemde B12 vitamini eksikliğine bağlı anemiye çok sık rastlanmasa da riskli gruplarda görülebilmektedir. Vitamin B12 eksikliğinde anemiye ek olarak mental ve hafıza yetisinde azalma, hallüsinasyon, ekstremitelerde titreme gibi spinal ve periferik sinir tutulumuna bağlı bazı burgulara da rastlanabilmektedir. Türkiye'de gebelik döneminde anemiye önlemek için gebeliğin ikinci trimesterinden itibaren başlanarak gebelik süresince altı ay ve doğumdan sonraki ilk üç ay olmak üzere toplamda dokuz ay boyunca gebelere demir desteği sağlanmaktadır (33).

2.4.2. Gestasyonel diabetes mellitus

Tüm gebeliklerin %3-8'ini etkileyen, sık karşılaşılan hastalıklardan biri olan gestasyonel diabetes mellitus (GDM), ilk kez gebelik döneminde ortaya çıkan farklı derecelerde glikoz intoleransı olarak tanımlanmaktadır. GDM gebelik döneminde karşılaşılan diyabet hastalıklarının %90'ını oluştururken %10'unu ise pregestasyonel diyabetes mellitus oluşturmaktadır (54). GDM prevalansının Orta Doğu ve Kuzey Afrika, Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik bölgelerinde daha yüksek iken, Avrupa'da en düşük seviyede olduğu bilinmektedir (55). Türkiye'de 2017 yılında gerçekleşen gebeliklerin yaklaşık %6,0'sında GDM görüldüğü tahmin edilmektedir. 2014 yılı The Centers for Disease Control and Prevention verilerine göre, GDM prevalansının %9,2 olduğu gözlemlenmiştir. Türkiye'de ise çeşitli bölgelerde yapılan çalışmalara bakıldığında GDM prevalansının %2,6-27,9 arasında değiştiği görülmektedir (54). GDM, annede preeklampsi, sezaryen doğum ve gebelikten sonraki yaşamda tip 2 diyabet riskini artırırken, GDM'li annelerin bebeklerinde ise makrozomi, obezite ve tip 2 diyabet gelişme riski artmaktadır (54,56,57). 10 yıllık bir kohort çalışmasında 426.296 doğum değerlendirilmiş ve retrospektif

GDM'si olan kadınlarda GDM'si olmayanlara göre %90 daha yüksek preeklampsi riski gözlemlenmiştir (58). Bir başka çalışma ise GDM'li annelerin çocuklarında metabolik sendrom riskinin dört kat daha fazla olduğunu bildirmiştir (59). GDM aynı zamanda hem anne hem de bebek için gelecekteki bulaşıcı olmayan hastalıkların yükü üzerinde olumsuz etkiye sahiptir (17). Bu olumsuz etkiler ve sık karşılaşılması göz önünde bulundurulduğunda GDM önemli bir sağlık sorunudur.

GDM taramasında 75 gr Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) ile tek ve 50 gr ve 75 gr ya da 100 gr OGTT ile iki basamaklı yöntemler olmak üzere iki farklı yöntem kullanılabilir. Hem fetüsün hem annenin sağlığını korumak için Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, tüm gebelerde gebeliğin 24. ve 28. haftaları arasında tarama yapılmasını önermektedir (54). GDM öyküsü, obezite, polikistik over sendromu, prediyabet, önceki fetal ölüm öyküsü ve ailede diyabet bulunması gibi durumlar GDM için risk faktörlerini oluşturmaktadır. Bu risk gruplarında bulunan gebelerin mümkün olan en kısa sürede glukoz testi yaptırması ve ilk taramada GDM tespit edilmese de gebeliğin 24. ve 28. haftaları arasında tekrar taramaları gerekmektedir. Yapılan bazı çalışmalar D vitamini eksikliğinin de GDM riskini arttırabileceğini göstermiştir (56). Beslenme, GDM'in önlenmesi ve tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Bu sebeple diyet yoluyla alınan karbonhidrat miktarına ve türüne dikkat edilmesi gerekmektedir (17).

2.4.3. Yeme davranış bozuklukları

Yeme davranış bozuklukları özellikle doğurganlık çağındaki kadınlar ve ergenlerde sık rastlanmakla birlikte bozuk vücut görünümleri ve düzensiz beslenme ile karakterize zihinsel bir rahatsızlıktır (60). Gebelik döneminde her 20 gebeden yaklaşık biri yeme davranışı bozukluğu riski taşımaktadır (61). Yeme davranış bozukluklarının başlaması, tekrar etmesi ya da iyileşmesi için, sosyal, psikolojik ve fiziksel değişimleri içeren gebelik dönemi bir dönüm noktası olabilmektedir. Yeme davranışı bozukluğu bulunması durumunda tedavi yaklaşımlarının multifaktöriyel olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Yeme davranışı bozukluğuna sahip kişilerin en belirgin özellikleri vücut memnuniyetsizliği, kilo alma korkusu ve yeme davranışlarının bozulmasıdır. Bu bozuklukların gebelik üzerinde önemli etkileri olmakla birlikte en sık karşılaşılan obstetrik ve jinekolojik komplikasyonlar; infertilite, düşük yapma, gebelik döneminde yetersiz beslenme ve buna bağlı olarak baş çevresi küçük bebek sahibi olma, doğum sonrası depresyon, düşük doğum ağırlıklı bebek,

anksiyete ve jinekolojik kanserlere kadar uzanabilmektedir. Bunlara ek olarak anoreksiya nervoza (AN) varlığında kadının emzirmeyi daha erken bırakması, bulimia nervoza (BM) varlığında ise polikistik over sendromu ve aşırı yeme bozukluğundan kaynaklı obezite görülmesi de diğer komplikasyonlar arasındadır. Gebelik döneminde fetal gelişimin sağlanması için yeterli beslenme ve uygun ağırlık kazanımı önemlidir (60,61).

Gebelik döneminde en sık karşılaşılan yeme davranışı bozukluklarından biri olan pika, besin olarak tanımlanmayan toprak, kil, tebeşir, kömür, kül, tebeşir ve kağıt parçaları gibi maddelerin yenmesi ile karakterize bir yeme davranış bozukluğudur. Etiyolojisi net olarak bilinmese de stres, açlık, gastrointestinal komplikasyonlar, demir, çinko, kalsiyum vb. mikro besinlerin eksikliği patojenler ve toksinlere maruziyetin sebep olduğu düşünülmektedir. Pika davranışı gebede, bulantı, kabızlık, karın ağrısı, besin dışı maddelerin tüketilmesi sonucu yetersiz besin ögesi alımı, fetüs ve anne için yüksek riskli gebelik, düşük doğum ağırlığı, prematüre doğumlar, mikrosefali ve perinatal mortalitede artış gibi sorunlara yol açabilmektedir (60).

Pregoreksiya tanımı enerji alımını azaltıp aşırı egzersiz yaparak gebelikteki ağırlık artışını kontrol altına almaya çalışan gebeler için kullanılan bir tanımlamadır. Gebelikte pregoreksiya, obezite kadar sık görülmemektedir. Bu durumda beslenme uzmanlarının gebenin vücut imajına normalden fazla odaklanmış olup olmadığına ve geçmişinde yeme davranış bozukluğu olup olmadığına dikkat etmeleri gerekmektedir (62).

2.4.4. Preeklampsi

Preeklampsi, gebeliğe özgü ve tüm gebeliklerin % 3-5'ini etkileyen, potansiyel olumsuz maternal ve neonatal sonuçları olan, proteinüri, ödem ve çoğunlukla diğer organ sistemleri bozukluklarının da eşlik ettiği yaygın bir sağlık sorunudur (1,63). Gebenin preeklampsi öyküsü, ailede gebelikte hipertansif bozukluk öyküsü, çoğul gebelik, ileri anne yaşı, önceden var olan diyabet, böbrek hastalığı, yüksek tansiyon ve yüksek beden kitle indeksi, preeklampsi riskini arttırmaktadır (63).

Özellikle ağır preeklampsi durumunda, anne ve bebekte sara benzeri kasılmalar, erken doğum, böbrek yetmezliği ve fetal kayıp görülebilmektedir. Durumun ciddiyeti beslenmede yapılacak değişiklikler ile iyileştirilebilmektedir. Günlük tuz alımı sınırlandırılmalı, protein alımı gereksinim kadar olmalı, yeterli vitamin ve mineral alınmalı, aşırı ağırlık kazanımı engellenmelidir (1).

2.5.5. Reflü

Mide içeriğinin özofagusu geri kaçması gastroözofageal reflü (GÖR) olarak tanımlanmaktadır. Kişinin yaşam kalitesini etkileyecek derecede semptomlar meydana gelmesi ise, kişinin gastroözofageal reflü hastalığına (GÖRH) sahip olduğu anlamına gelmektedir. Gebelerin %30-50'sinde GÖRH gelişmektedir. Belirtiler genellikle birinci trimesterde en sık karşılaşılmakla birlikte, üçüncü trimestere doğru artmakta ve postpartum dönemde düzelmektedir.

Gelişen gebelikle birlikte artan progesteron hormonu, sfinkterin, büzücü kasının, daha sık ve daha fazla gevşemesine yol açmaktadır. Bununla birlikte yemek borusu hareketi yavaşlayarak mide boşalım zamanı uzamaktadır. Bu durum bebeğin gelişiminde gerekli olan gıda emiliminin en üst düzeyde olmasını sağlasa da mide basıncının yüksek kalarak geri kaçışın kolaylaşmasına yol açmaktadır. Gebeliğin ilerlemesiyle büyüyen uterus karın içi basıncın giderek artmasına ve böylece mide üzerine baskı yaparak reflünün artmasına sebep olmaktadır.

Önceki gebeliklerinde reflü yaşamış olanlar, genç yaşta gebe kalanlar, gebelik öncesinde reflü sorunu bulunanlar ve fazla sayıda doğum yapanlarda daha sık GÖRH görülmektedir. GÖRH varlığında az ve sık beslenmek önemlidir. Yemekler iyice çiğnenmeli ve yavaş yemeye özen gösterilmelidir. Yemeklerle birlikte su tüketilmemeli, su tüketimi öğün aralarında sağlanmalıdır. Yeme içme yatmadan üç saat önce sonlandırılmalı, fazla yağlı yiyeceklerdeki asitli veya karbonatlı içeceklerden kaçınılmalıdır. Yemek yedikten sonraki bir saat dik oturmak ve rahat giysiler tercih etmek rahatlama sağlamada yardımcı olmaktadır (64).

2.4.6. Hiperemesis gravidarum

Gebeliğin ilk yarısında ortaya çıkarak ara sıra kusma ile birlikte bulantının olduğu ataklar gebeliğe bağlı bulantı ve kusma olarak tanımlanmaktadır. Buna karşılık hiperemesis gravidarum (HG) ise evrensel olarak kabul edilen bir tanıma sahip olmasa da genellikle gebeliğin 20. haftasından önce, gebelik öncesi ağırlığın %5'inin kaybına yol açan ve hatta gebenin hastaneye yatmasını gerektirecek şiddette kusma ile seyreden bir tablo olarak tanımlanabilmektedir. Nadiren geç gebelik dönemlerinde görülebilse de genellikle gebeliğin 4.-8. haftasında başlayarak ikinci trimester başlangıcına kadar devam etmektedir.

Gebeliğe bağı bulantı ve kusma tüm gebeliklerin %35-91'inde gözlenmektedir. Buna rağmen hiperemesis gravidarum çok daha nadir görülmektedir. Gebeliklerin yaklaşık %0,3-2'sinde HG görülmekle birlikte gebeliğin ilk yarısında hastaneye yapılan başvuruların en sık nedenlerindedir (65). En yüksek insidansa sahip ülkelerden biri %3,6 ile Japonya'dır (66). ABD'de bu oran %1,2 iken Norveç'te %0,8 ve İsveç'te %0,3'tür.

Annede HG öyküsü, hipertiroidizm, psikiatrik hastalık, çoğul gebelik, diyabet ve gastrointestinal hastalık bulunma durumu HG için risk faktörleri arasındadır (65). Hastalarda ciddi bulantı kusmadan kaynaklanan dehidratasyon, hızlı kilo kaybı, anemi, ketonüri, elektrolit ve metabolik bozukluk, ve malnutrisyon gelişebilmektedir (67). Bu durumlar tedavi edilmediği takdirde annenin hayatı tehlikeye girebileceği gibi fetüsün hayatı için de yan etki oluşabilmektedir. Çocuklarda intrauterin dönemde HG maruziyeti yaşanması, yaşamın ilerleyen yıllarında tip 2 diyabet ve metabolik hastalık görülme riskini arttırabilmektedir (65).

Hiperemesis gravidarum olan gebelerin %60'ından fazlasında tiamin, riboflavin, vitamin B6, vitamin A, retinol bağlayıcı protein eksikliği gözlemlenmektedir. Buna ek olarak B12 vitamini ve B6 vitamini eksikliğine bağı olarak anemi ve periferik noropati ortaya çıkabilmektedir. Bazı hastalara ise enteral veya parenteral beslenme gerekebilmektedir (68). HG tedavisinde öncelikli adım elektrolit bozukluğunun ve dehidratasyonun tedavi edilmesi olmalıdır. Hastaya oral yolla gıda verilmeye başlanmışsa ağırlıklı olarak protein ve karbonhidrattan oluşan ve az miktarda elektrolitli sıvı içeren beslenme programı az ve sık aralıkla verilebilmektedir. Bu süreçte baharatlı, kızarmış ve yağlı yiyeceklerden uzak durmak gerekmektedir. Bu tür yiyecekler mide boşalmasını geciktireceğinden toleransı daha zor olmaktadır. Benzer şekilde sebzeler gibi lifli gıdalar ve portakal suyu gibi asitli içecekler de bu dönemde uzak durulması gerekenler arasındadır (65).

2.4.7. Konstipasyon (Kabızlık)

Konstipasyon gebelik ve doğum sonrası dönemle ilişkili sık rastlanılan ve gebenin stresi ile sağlık bakım yükünü arttıran bir sağlık sorunudur (69,70). Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmekle birlikte; stres varlığı, aile tipi, yaşın ileri olması, 24'ün üzerinde beden kütle indeksine sahip olma, gebelik döneminde yaşanan sağlık sorunu, gebelikten önce ameliyat olma, defekasyonu erteleme ve gebelik öncesinde konstipasyon öyküsüne

sahip olma gibi durumların gebelik döneminde konstipasyon riskini artırdığı bilinmektedir (13,69). Hormonların düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisine bağlı olarak gebeliğin erken dönemlerinde kabızlık gelişebilmektedir. Semptomlar genellikle birinci ve ikinci trimesterde görülmekte ve üçüncü trimesterde azalmaktadır. Yiyecek tipindeki değişiklikler, hareketsiz bir yaşam tarzı, bulantı ve kusma sebebiyle yetersiz lif alımı, düzensiz yemek yeme alışkanlığı kabızlığın artmasına neden olabilmektedir. Bununla birlikte gebeliğin ilerlemesi sonucu büyüyen uterus tarafından bağırsakların itilerek yer değiştirmesi ve baskı altında kalması ve demir takviyesi gibi ilaçların kullanımı da kabızlık oluşmasına yol açabilmektedir (10,70,71).

Konstipasyonun tanımı değişiklik göstermekle birlikte sert veya katı dışkılama, ıkınma için fazla efor harcama, normalden az dışkı sayısının olması, tam boşalamama hissi, dışkılama için el yardımı ile kolaylık sağlanmaya çalışılması ve az ve seyrek dışkı sayısının olması olarak tanımlanabilmektedir. Konstipasyon tanımını standardize etmek için günümüzde en sık kullanılan tanımlama Roma Tanı Kriterleridir. Bu kriterlere göre konstipasyon, sadece defekasyon sayısının az olması değil birçok semptomu olan kompleks bir problem olarak tanımlanmaktadır. Gebelik döneminde kabızlığın tanımlaması ise bir hafta içinde üçten daha az dışkılama sayısı, sert dışkılama ve tam boşalamama hissidir (69,71). Konstipasyon görülme sıklığı genel popülasyonda yapılan çalışmalarda, en yüksek Hollanda'da (%24,5) daha sonrasında sırasıyla Avrupa'da (%17,1), Hindistan'da (%16,8) ve Bangladeş'te (%4,9) bulunmuştur (69). Türkiye'de ise konstipasyon sıklığının %22-40 arasında değiştiği bilinmektedir (72,73).

Gebelerin yaklaşık % 40'ı hamilelik sırasında kabızlık çekmektedir (70,71). Gebelik döneminde görülen birçok konstipasyon şikayeti anne ve fetus için ciddi bir tehlike oluşturmaz. Ancak gebenin yaşam kalitesi bu durumdan etkilenerek önemli derecede bozulabilmektedir (13). Bu durumda kişinin, gebeliğe bağlı konstipasyonun genellikle doğum sonrasında düzeldiğini ve diyet ve ilaçlarla tedavi edilebileceğini bilmesi önemlidir. Konstipasyon tedavisinde lif takviyesi ozmotik laksatifler kullanarak hastaya güven verilmeli ve aynı zamanda gebe yeterli sıvı alımına da teşvik edilmelidir (70). Yorucu egzersizler durumu kötüleştirebilse de hafif fiziksel aktivite normal bağırsak fonksiyonunu destekleyerek kabızlığın tedavi edilmesine katkı sağlayabilmektedir (71).

2.5. Gebelikte Beslenmenin Anne Sağlığına Etkileri

Gebelik döneminde annenin artan besin ihtiyacı karşılanamadığı durumlarda annede anemi, diş çürüğü ve osteomalasia gibi rahatsızlıklar ortaya çıkabilmektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenen kadınlarda toksemiye daha sık rastlanmaktadır. Yetersiz beslenme sonucu oluşabilecek folik asit ve B12 vitamini eksikliği sebebiyle bu gebelerde megaloblastik anemi daha sık görülmektedir. Gebelik döneminde yeteri kadar ağırlık kazanmış olan gebelerde prematüre bebek görülme sıklığı, yetersiz ağırlık kazanmış olan gebelere oranla daha düşüktür (74).

2.6. Gebelikte Beslenmenin Bebek Sağlığına Etkileri

Bu dönemde annenin yetersiz beslenmesi fetüsün yeteri kadar gelişmemesine yol açmaktadır. Gebenin yeterli protein alamaması yaşamın ilerleyen dönemlerinde bebekte kardiyovasküler hastalık riskini artırmakla birlikte çocukluktaki yüksek sistolik kan basıncı ile de ilişkilidir (76). Annenin beslenmesi mikro besin ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamazsa bebekte, enfeksiyon riskinin artmasına, hipokalsemiye, konjenital anomalilere, sinir sistemi bozukluklarına ve hatta bebek ölümlerine yol açabilmektedir (19,23,35,40,42).

2.7. Anne Sütü

Yenidoğanda optimum büyüme ve gelişme için gereken tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren, sindirimi kolay, biyoyararlılığı yüksek, doğal bir besin olan anne sütünün hem bebek hem anne için çok sayıda yararı bulunmaktadır (75). Anne sütü sürekli taze, bebeğe verilmeye hazır, temiz ve ucuz olan basit bir yöntemdir (76). Yaşamın ilk 6 ayında bebeğe yalnızca anne sütü verilmesi, anne sütünün dışında başka bir besin verilmemesi önerilmektedir. Emzirmenin sıklığı ve yoğunluğu anne sütünün salınımı ve üretimini etkilediğinden ilk 6 ayda bebeğe ek gıda verilmesi anne sütü üretiminin azalmasına yol açmaktadır (8). Sağlıklı büyüme ve gelişme, yeterli ve dengeli beslenme, bağışıklık sisteminin korunması ve geliştirilmesi için anne sütü oldukça faydalıdır. Anne sütü bebekte akut ve kronik hastalıkların riskini azaltmakta ve bağışıklığı güçlendirmektedir. Emzirme annede, meme kanseri, over kanseri ve endometrium kanserine yakalanma riskini azaltmakta, ileride karşılaşılabilecek kemik erimesinden korumakta, uterusun eski haline

dönmesine yardımcı olmakta, aşırı kan kaybı ve anemiye önlemekte ve kilo kaybını kolaylaştırmaktadır. Aynı zamanda anne ile bebek arasındaki bağı da güçlendirmektedir (75). Buna rağmen 2018 TNSA verilerine bakıldığında 6 aydan küçük çocukların %41'inin anne sütü ile beslendiği görülmektedir (8).

2.8. Anne Sütünün Önemi

Emzirme hem anne hem bebek açısından oldukça faydalıdır. Kısa dönemde annede doğum sonrası kanamanın azalmasına, uterusun eski haline daha hızlı dönmesine ve doğum sonrası depresyonun azalmasına yardımcı olmaktadır. Uzun dönemdeki potansiyel etkilerinin arasında ise GDM öyküsü olmayan annelerde tip 2 diyabet riskinin azalması, romatoid artrit riskinin azalması, hipertansiyon, hiperlipidemi ve kardiyovasküler hastalık insidansının azalması, meme ve yumurtalık kanseri riskinin azalması ve annenin doğum öncesi kilosuna daha kolay dönmesini sağlaması bulunmaktadır. Emzirme aynı zamanda anne ile bebek arasındaki bağı desteklerken aileye ekonomik açıdan destek de sağlamaktadır (77). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar emzirmenin mide, bağırsak ve solunum yolu enfeksiyonlarına karşı koruduğunu ve bu koruyucu etkinin emzirme süresi uzadıkça arttığını göstermektedir (78).

Emzirme bebek için tam bir beslenme sağlamaktadır. Üst solunum yolu enfeksiyonları, spesifik olmayan gastrointestinal sistem enfeksiyonları, otitis media, astım, obezite, nekrotizan enterokolit, inflamatuvar bağırsak hastalığı, lösemi ve tip 1 diyabet insidansını azaltmaktadır. Bunlara ek olarak anne sütü ile beslenen bebeklerin daha yüksek zeka puanına sahip oldukları bilinmektedir (77). Bebeğin uzun süreli ve yalnızca anne sütü ile beslenmesi, bebekte ani bebek ölümü sendromu ve alerjik hastalık görülme riskini azaltmaktadır. Aynı zamanda bazı çalışmalar anne sütüyle beslenmenin nörobilişimsel gelişimin hızlanmasını sağladığını ve obezite, tip 1 diyabet, lenfoma ve chrohn hastalığı gibi hastalıklara karşı koruyucu olduğunu göstermiştir (78).

Çocuk ölümlerinin %45'inden yetersiz beslenme sorumlu olmaktadır. UNICEF Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'de her bebek ve çocuğun iyi beslenme hakkı olduğu belirtilmektedir. 2020 yılında küresel olarak 0-6 aylık bebeklerin yaklaşık olarak %44'ünün yalnızca anne sütü ile beslendiği bilinmektedir. Ülkelerin birçoğunda 6-23 aylık bebeklerin dörtte birinden daha azı uygun diyet çeşitliliği ve beslenme düzenine sahiptir. 0-23 aylık bebeklerin en iyi şekilde anne sütü almasının sağlanması her yıl 5 yaş altı çocukların

820.000'den fazlasının hayatının kurtulmasını sağlayabilmektedir (79,80). DSÖ ve UNICEF doğumdan sonraki ilk 1 saat içerisinde emzirmeye başlanmasını, yaşamın ilk 6 ayında emzirmeyi ve 6 aylıktan itibaren beslenme açısından yeterli ve güvenilir tamamlayıcı gıdalarla desteklenerek 2 yaşına kadar emzirmeye devam edilmesini önermektedir (79).

2.9. Anne sütü özellikleri ve yapısı

Anne sütünün bileşimi bebeğin yaşına ve durumuna göre değişiklik göstermektedir (75). Gece salınan süt ile gündüz salınan süt, emmenin başlarında gelen süt ile sonrasında gelen süt, doğumdan sonraki ilk aylarda salınan süt ile daha sonraki aylarda salınan süt, prematüre doğum yapan bir anne ile zamanında doğum yapan annenin salgıladığı süt birbirinden farklı olmakla birlikte bu farklılık ilk aydan sonra ortadan kalkmaktadır (75,76). İlk günlerde salgılanan, daha kıvamlı, protein içeriği yüksek ve yağ miktarı düşük olan kolostrum (ağız sütü) mineraller ve bebeği enfeksiyonlara karşı koruyan antikorlar açısından zengindir (75). Bu nedenle doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirmeye başlanması ve emzirme öncesinde bebeğe herhangi bir besin verilmemesi önerilmektedir. Türkiye'de doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirme oranı %71 iken, önerilmemesine rağmen emzirme öncesi besin alan bebeklerin oranı ise %41'dir (8). Salgılanan sütün yapısı gün geçtikçe değişerek 15 gün içinde olgun süt yapısına erişmektedir (75).

2.9.1. Anne sütünün yapısı

Kolostrum

Doğumdan sonraki ilk 5 gün boyunca salgılanan süte kolostrum adı verilmekte ve bebeğin ilk aşısı olarak nitelendirilmektedir (75,76). Olgun süte oranla kolostrumda daha fazla A vitamini, sodyum ve çinko bulunmaktadır. Bu öğeler bebeği ilk birkaç gün içerisinde enfeksiyonlardan korumaktadır. Kolostrum immünoglobülinler ile mukozal bir tabaka oluşturarak bebeğin gastrointestinal sistemini kaplamakta ve bu da yenidoğanı dışarıdan gelecek patojen mikroorganizmalara karşı korumaktadır. Kolostrum olgun süttten daha yüksek miktarda protein içermektedir. Yağ ve laktoz içeriği ise olgun süte göre daha

düşüktür. Enfeksiyon ve allerjiden koruyan antikorlar yönünden zengin bir içeriğe sahiptir. Bağırsağın oluşmasına yardımcı olur. Bilirubinün bağırsaktan atılmasına yardımcı olması sayesinde bebeğin sarılığa yakalanmasını önler (75). Aynı zamanda laksatif ve proteinleri parçalayıcı etkisi sayesinde mekonyumun çıkışını kolaylaştırarak mekonyum ileusunu önlemektedir. İlk günlerde kolostrum miktarı az olsa da bebeğin bütün ihtiyacı karşılanmaktadır. Bebeğe anne sütü dışında inek sütü, mama veya şekerli su gibi başka besinler verilmemelidir. Bu besinlerin verilmesi bebekte doyumluk hissi yarattığından bebeğin yeteri kadar anne sütü almasına engel olacaktır (76).

Geçiş sütü ve olgun süt

Kolostrumdan sonra 5-15. günler arasında salgılanan süte geçiş sütü denmektedir. On beşinci günden itibaren salgılanmaya başlanan süte ise olgun süt adı verilmektedir (75).

2.9.2 Anne sütündeki enerji ve besin öğeleri

Anne sütünün enerji ve besin öğeleri; annenin diyeti, doğum yaşı, laktasyon süresi, emzirme süresi ve zamanı, metabolik hastalıklar, gestasyonel yaş, ilaç kullanımı ve kişisel farklılıklara göre değişiklik göstermektedir. Yağda ve suda çözünebilen 200'den fazla bileşik madde içeren kompleks bir bileşik olan anne sütünün büyük çoğunluğu (>%88) sudan oluşmaktadır (75). Bebeğin ihtiyacı olan tüm su anne sütünden karşılanabilmekte bu nedenle bebeğe ekstra su ve sulu içecek verilmesine gerek kalmamaktadır (76).

Enerji içeriği

Süt üretimi için annenin enerjisinin %80-90'ı kullanılmakta ve bu enerji annenin yağ depoları ile beslenme ile aldığı yağlardan karşılanmaktadır. Bu sebeple annenin emziliklik dönemi boyunca alması gereken enerji miktarı artmaktadır.

Karbonhidrat içeriği

Anne sütünün karbonhidrat içeriğinin büyük bir kısmını oluşturan laktoz; kalsiyum, magnezyum gibi minerallerin emilimini arttırmakta ve beyin gelişimine katkı sağlamaktadır. Anne sütü bebeği enfeksiyonlardan koruyan oligosakkaritler, glikoz ve galaktoz gibi basit şekerler ile birlikte bazı kompleks karbonhidratları da içermektedir (75).

Protein içeriği

Anne sütünde 40/60 oranında (kazein/whey) kazein ve whey proteinleri bulunmaktadır. Bu sebeple anne sütün proteininin sindirilebilirliği ve emilimi daha yüksek olmakta aynı zamanda vücut proteinlerine dönüşme oranı da (Net Protein Kullanımı (NPU) %100) artmaktadır. Anne sütünde, inek sütündeki whey proteinlerinin büyük bir kısmını oluşturan ve allerjen özellik gösteren β -laktoglobulin bulunmazken, α -laktalbumin, laktoferrin, lizozim, immünoglobulinler ve serum albumin bulunmaktadır. β -laktoglobulin çocuklarda, solunum sisteminde bozukluk, allerji ve döküntülere yol açabilmektedir. Demir bağlayıcı özelliği olan laktoferrin, anne sütünde bulunan total proteinlerin %10-25'ini oluşturmaktadır. Bu protein bakteriyostatik etkisiyle bebekleri gastrointestinal enfeksiyonlara karşı korumakta ve anne sütündeki demirin biyoyararlılığını arttırmaktadır. Anne sütün düşük miktarda fenil alanin, tirozin, metionin, yüksek miktarda, büyüme faktörü olan taurin içermektedir (75,76).

Yağ içeriği

Anne sütünde bulunan yağların %98'i trigliseritlerden oluşmaktadır. Anne sütünün çoklu doymamış yağ asitleri içeriğinin yüksek olması retinal işlevler, beyin gelişimi ve hücre proliferasyonunun normal olmasına yardımcı olmaktadır. Bebek için elzem olan EPA (eicosapentaenoik asit), DHA (dokosaheksaenoik asit), LA (linoleik asit) ve LNA (linolenik asit) gibi yağ asitlerini içermektedir. Toplam yağ asidi miktarının %0,1-0,3'ü DHA'dan oluşmaktadır. Anne sütündeki elzem yağ asitlerinin miktarı inek sütün göre beş kat daha fazladır (75). Preterm bebeğe sahip annelerin sütlerinde uzun zincirli, poliansatüre yağ asitlerinin oranı daha yüksektir. Erken laktasyon döneminde anne sütünün kolesterol içeriği fazladır (76).

İnek sütün göre anne sütünün sindirimi ve emilimi daha kolay olmaktadır. Bunun sebebi ise içerdiği yağ asitlerinin bileşimi ve lipaz enziminin emilimi kolaylaştırmasıdır (75).

Vitamin ve mineral içeriği

Anne sütünün vitamin ve mineral içeriği annenin beslenmesine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Anne sütün, D ve K vitaminleri dışında diğer vitaminleri yeteri kadar içermektedir. Bu sebeple bebeğin yeteri kadar anne sütün aldığı durumlarda vitamin

gereksiniminin çoğunun karşılandığı söylenebilmektedir (75). Annenin D vitamini alımı anne sütündeki D vitamini içeriğini etkilemektedir. Bu nedenle anne sütünün bebeğe yeterli D vitamini sağlayıp sağlayamadığı kesin değildir (77). D vitamini ve kalsiyum bebeklerde raşitizmin önlenmesinde önemli bir role sahiptir (81). Mevcut öneriler sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin doğumdan bir kaç gün sonrasında itibaren günlük 400 IU D vitamini ile desteklenmesi gerektiğini belirtmektedir (77). Yenidoğanda K vitamini sentezleyen bağırsak florasının oluşmamasından dolayı hemorajik hastalıkların önlenmesi için kas içine 1 mg K vitamini uygulanmalıdır (76).

Anne sütünün mineral miktarı düşük olsa da işlevleri fazladır. Anne sütünde demir, bakır, magnezyum, çinko, selenyum ve krom gibi mineraller bulunmakta fakat bu minerallerin miktarları laktasyon süresine bağlı olarak değişmektedir. Çinko ve selenyum miktarı kolostrumda olgun sütte olduğundan daha fazla olsa da, demir ve bakır miktarı iki sütte de aynıdır. Anne sütünün Ca/P oranı 2/1 şeklindedir. Bu sebeple kalsiyumun emilimi ve kullanılabilirliği daha yüksek olmaktadır. İnek sütünde bulunan demirin %5-10'u emilirken anne sütünde bulunan demirin biyoyararlılığı yüksek olduğundan %50-60'ı emilmektedir. Bu durum da anne sütü ile beslenen bebeklerde demir eksikliğinin önüne geçmektedir (75,76).

2.9.3. Anne sütünün immünolojik özellikleri

Yenidoğanın matür bir immün sistemi bulunmadığından efektif bir immün cevap oluşturamamaktadır. Yenidoğanların enfeksiyonlardan korunması, doğumdan önce plasenta yoluyla doğum sonrasında ise anne sütünden aldıkları antikolar sayesinde olmaktadır. Anne sütü içerdiği proteinler sayesinde antimikrobiyal aktivite göstermektedir. Bu proteinler immunoglobulinler, laktoferrin, laktoperoksidaz, lizozim ve N-asetil- β -D-glukozaminidazdır. İmmunoglobulinler kolostrumda yüksek miktarda bulunmaktadır. Üç ana immünoglobulin olan IgG, IgM ve IgA'dan yalnızca IgG plasental bariyeri geçebilmektedir. Doğumda annenin IgG düzeyi ile eşit veya yüksek oranda bulunan IgG yaşamın ilk aylarında bebeğe pasif immünite sağlamaktadır. Anne sütünde en yüksek miktarda bulunan immunoglobulin IgA'dır (82).

Laktoferrin, demir bağlayıcı etkisi sayesinde patojen mikroorganizmaların üremesini engelleyen bakteriyostatik özelliği olan büyüme etkeni bir proteindir. Laktoferrin

aynı zamanda bağımsıklık sistemini güçlendirmekte ve GIS enfeksiyonlarına karşı koruyucu etki oluşturmaktadır (75,82).

Peroksidaz enzimler, oksidatif mekanizmalara bağılı olarak bakterileri öldürmektedir. Sütteki peroksidaz ise laktoperoksidaz olarak adlandırılmaktadır. Laktoperoksidaz anne sütünde bulunan immunoglobulin dışı proteinlerden biridir.

C- lizozim ve G-lizozim olmak üzere iki tipi bulunan lizozim anne sütünde c tipi olarak bulunmakta ve antitnflamatuvar etki göstermektedir (82).

Bifidus faktörü, bağırsak pH'ını düşürmektedir. Laktobasillus bifidus bakterisinin oluşumunu sağlayarak diyareye yol açan bakteri ve mantarların oluşumunu engellemektedir (75).

Adipokinler

Adipoz doku, karaciğer, beyin ve kas içindeki metabolik fonksiyonları düzenleyen adiponektinler, anne sütünde bulunan adipositler tarafından salgılanan bir aracı gruptur. Adiponektin, anne sütünde fazla miktarda bulunan bir adipokindir. Bağırsak bariyerini geçerek, insülin duyarlılığını düzenlemekte ve inflamatuvar yanıtı azaltmaktadır. Leptin ise anne sütünde bulunan adipokinlerden bir diğeridir. Bebek metabolizmasında ve kilo kontrolünde rol oynamaktadır. Bununla birlikte bağımsıklığı düzenleyici işleve de sahiptir (83).

Anne sütünün bağırsak florasına etkisi

Anne sütü, bağımsıklığı destekleyen, çocukluk dönemi boyunca bulaşıcı ve enflamatuvar hastalık süreçlerine karşı koruma sağlayan biyoaktif bileşenler içermektedir. Neonatal morbidite ve mortaliteye katkısı büyük olan nekrotizan enterokolite (NEK) karşı koruyucudur. Anne sütü ile beslenen bir bebeğin ilk ayda bağırsak mikrobiyotasının %25'ini sağladığı düşünülmektedir. Bu sebeple anne sütü, bağırsak mikrobiyotasının kazanılması ve erken yaşamda gelen bağımsıklıkta önemli bir rol oynamaktadır. Anne sütünde en yaygın olarak bildirilen cinsler arasında, genetik, anne sağlığı ve diyeti, coğrafi konum gibi faktörlere göre miktarı ve türü değişmekle birlikte Staphylococcus, Streptococcus, Lactobacillus, Enterococcus, Bifidobacterium, Propionibacterium ve ayrıca Enterobacteriaceae familyaları bulunmaktadır (83).

2.10. Anne Sütünün Avantajları

Anne sütü her zaman ideal ısıda ve sterildir (84). Anne sütü proteinleri, vücut proteinlerine dönüşme oranı %100 olan ve biyolojik değeri yüksek whey proteindir. Bu özelliğe sahip tek besin anne sütüdür. Bu sayede protein konsantrasyonu inek sütüne göre daha az olsa da ilk 6 ay yenidoğanın protein ihtiyacını tek başına karşılamaktadır. İçeriğinde bulunan laktobasillus bifidus sayesinde yenidoğanı E.coli gibi enfeksiyonlara karşı korumaktadır.

Emzirmenin sonlarına doğru anne sütünün yağ oranının artması bebekte doygunluk yaratarak fazla besin tüketiminin önüne geçmektedir. Bu da çocuklarda obezite gelişiminin önüne geçmektedir. Bu nedenle anne sütü ile beslenen çocuklarda obezite görülme oranı daha düşük olmaktadır. Buna ek olarak anne sütü alan bebeklerde gastrointestinal enfeksiyonlar, allerji, kronik hastalıklar, pnömoni ve menenjit gibi sorunlarla daha az karşılaşmaktadır. Nekrotizan Enterokolit (NEK) görülme oranının ise anne sütü alan bebeklerde 10 kat daha düşük olduğu bilinmektedir (75).

Anne sütü ilerleyen yaşlarda ortaya çıkan kronik hastalıkların görülme sıklığını azaltmakta ve aynı zamanda çene, diş eti ve diş gelişimini olumlu yönde etkileyerek diş sorunlarının da önüne geçmektedir. Yapılan bir çalışma 6 aydan daha uzun süre anne sütü alan çocukların lenfomaya yakalanma riskinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Süt çocuğunda yapay beslenme çölyak, Crohn ve ülseratif kolit için risk faktörü sayılmaktadır.

Anne sütündeki protein ve yağların bebeğin beyin gelişimi için en uygun yapıda olması bebeğin zeka gelişimini olumlu etkilerken konuşma sorunlarının da daha az görülmesini sağlamaktadır. Anne sütü alan bebeklerin almayanlara göre gelişim indekslerinin daha iyi olduğu bilinmektedir (76).

2.11. Anne Sütünün Verilemediği Durumlar

Annenin kemoterapi veya radyoterapi aldığı durumlarda anne sütü verilememektedir. Annede aktif tüberküloz olması da emzirmeyi engellemekte ve balgamda basil negatif olana kadar bebeğe anne sütü verilmemelidir. Memede ve meme çevresinde aktif herpes lezyonlarının bulunması, annede Rubella, Hepatit B taşıyıcısı olması, mastit ve meme absesi da emzirmeye engel olan durumlar arasındadır (76).

2.12. Anne Sütünün Saklanması

Kadınların iş hayatında yer alması veya sağlık sorunları nedeniyle bebeklerin annelerinden ayrı bakım altında tutulması anne sütünü depolama ihtiyacı yaratmaktadır. Anne sütünün hücresel içeriği cama yapışmaktadır. Bu nedenle tercihen polietilen veya polipropilen kaplarda saklanmalıdır. Anne sütü 25°C geçmeyecek şekilde oda ısısında 8 saat saklanabilmektedir. Buzdolabında 72 saat, ev tipi dondurucularda -20 derecede bir ay saklanabiliyorken -70 derecede çok daha uzun sürelerde dayanabilmektedir. Dondurucuda saklanan süt tekrar kaynatılmamalı veya mikrodalga radyasyonuna maruz kalmamalıdır. Sıcak suda bekletilerek çözdürülmelidir (85).

2.13. Bebek Beslenmesi

Gebelik döneminden başlayarak, bebeğin ilk 1000 gün içindeki beslenmesi ilerleyen yaşlardaki sağlığını da etkilemektedir. Büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu süt çocukluğu döneminde ailelerin beslenme konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir (9).

Bebeklerin 5 ila 6 aylıkken doğum ağırlıklarını ikiye katlamaları beklenmektedir. Doğumdan sonraki ilk 3 ayda ağırlık artışı daha hızlı olsa da bu hız ilk bir yılda giderek azalmaktadır. Boylarının ise ilk yılda yaklaşık 25 cm ve baş çevrelerinin yaklaşık 12 cm artması beklenmektedir (77).

Yaklaşık üç aylıktan sonra büyümenin yavaşlaması, gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak görülen bir durumdur. Bu yavaşlama üç veya dördüncü aylardan sonra sadece anne sütü ile alınan enerjinin yetersizliği ve enfeksiyonun olumsuz etkileri gibi çeşitli sebeplerden kaynaklanabilmektedir (78). Bir bebeğin alması gereken enerji ilk 6 ay 500 kcal/gün, ikinci 6 ay 750 kcal/gün olmaktadır. Protein ihtiyacı ise ilk 6 ay 9 gr/gün, ikinci 6 ay ise 14 gr/gün olmaktadır. Yenidoğanda demir gereksinimi 0,38 mg/gün iken 6-12 ay arasında bu gereksinim 10 mg/gün olmaktadır. Bu artışın karşılanabilmesi için demir içeriği zengin bir tamamlayıcı beslenme önem taşımaktadır (9).

2.13.1. 0-6 ay bebek beslenmesi

Anne sütü, yeterli enerji ve protein oranına sahip olması ve biyoyararlılığının yüksek olması sebebiyle ilk 4-6 ay bebek için tek başına yeterli olmaktadır. Bu aylarda böbreklerin konsantrasyon ve sekresyon kapasiteleri düşük olduğundan anne sütü, düşük

böbrek solit yüküne sahip olması ile en ideal besindir. Yenidoğanların mide kapasiteleri küçük ve bağırsak geçiş süreleri kısadır. Bu nedenle az az ve sık sık beslenmeleri gerekmektedir. Bağırsak laktaz, sukraz, maltaz ve glukoamilaz enzimleri term bebeklerde yeterli düzeyde olsa da tükrük amilazı çok düşüktür. Safra tuzları miçel oluşumu için yetersizdir. Bu dönemde bebeğin yutma refleksi zayıf olduğundan kaşıkla verilen besinleri çıkarma eğilimindedir (86).

Doğumdan sonraki ilk yarım-bir saatte emzirmeye başlanmalıdır. Emmenin en aktif olduğu ve bebeğin doğumdan sonra en uyanık olduğu dönem ilk yarım saattir. Bu sürenin iyi değerlendirilememesi emzirme başarısını olumsuz yönde etkilemektedir (76). İlk 6 ay bebek her istediğinde, sayı sınırlaması olmadan gece ve gündüz emzirme sağlanmalı ve bebek günde en az 8 kez emzirilmeli ve emzirme 2 yaşına kadar sürmelidir (15).

2.13.2. Ek gıdaya geçiş dönemi

Anne sütünün tek başına yeterli olmadığı dönemde bebeğin besin gereksinimlerini karşılayabilmek için anne sütüne ek olarak formül mama, ilaç veya vitamin ve mineral şurupları dışında gıdaların verilmeye başlanması tamamlayıcı beslenme olarak tanımlanmaktadır. DSÖ'ne göre anne sütü ilk altı ay bebeğin enerji, protein, vitamin ve mineral ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli olmaktadır. Daha sonrasında bebeği anne sütünün yanında ek gıdalara da başlatmak gerekmektedir. Sadece anne sütü alan bebekler için bu süre 6 ay olarak belirlenmiş olsa da formül mama alan bebekler için bu süre belirsizdir. Tamamlayıcı beslenmeye geçiş en erken 4. ayda olmalı ve 4. aydan önce veya 6. aydan sonra başlanmamalıdır. Kültürel faktörler ve ulaşılabilirlik sebebiyle tamamlayıcı beslenmeye başlama yaşı ülkelere göre değişiklik göstermektedir (9).

Besin gereksiniminin tam olarak karşılanabilmesi için çeşitli gıdalarla beslenme önemlidir. Günlük olarak A vitamini açısından zengin sebze ve meyve tüketimi sağlanmalıdır. Bir çok çalışma bitkisel ek gıdaların tek başına besin ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldığını söylemektedir. Bu nedenle kırmızı ve beyaz et, balık ve yumurtanın da beslenmeye dahil edilmesi gerekmektedir (8).

Bebeğin belirli kıvamlardaki yiyecekleri almaya hazır olup olmadığını nöromusküler gelişimi belirlemektedir. Altıncı ve yedinci aylarda besinler ezme şeklinde ve yumuşak bir kıvamda verilmelidir. Püre şeklinde ve çok pütürlü olmayan besinler 7-8. aylarda verilmeye başlanmalıdır. Bu aylarda bebeğin çiğneme ve sıvı tüketme becerileri

gözlemlenmeli ve bebek çiğneme yeteneğini kazanana kadar püre şeklinde beslemeye devam edilmelidir. İlerleyen aylarda ise kıvam dereceli olarak arttırılmalıdır (84).

Fizyolojik açıdan 4. aydan önce bebekler nişastayı sindirememektedir. Süt harici diğer besinleri metabolize etmeye 4. aydan sonra hazır olmaktadır. Protein ve minerallerin böbreklerden atılımı 4. aydan önce zor olmaktadır. Bu sebeplerle tamamlayıcı beslenmeye 4. aydan önce başlanmaması daha doğru olmaktadır. Bununla birlikte DSÖ ve Avrupa Gıda Güvenliği Derneği (EFSA) tamamlayıcı beslenmenin bebeğe ve anneye göre değerlendirilmesi gerektiğini, annenin beslenmesinin anne sütünün yeterliliğini etkileyebileceğini belirtmektedir.

Nörolojik açıdan ise bebek kaşık kullanarak püre ile beslenmeye 4 ile 6 ay arasında hazır olmaktadır. Dille geri itme refleksinin kaybolması ve oturması, baş kontrolünü yapabilmesi gerekmektedir (9). Bebek ilk 3-4 ayda emerek beslenme döneminde olduğundan yutma refleksi zayıftır. Bu nedenle kaşıkla verilenleri çıkarma eğilimi göstermektedir. Yarı katı besinleri ağız boşluğunun arka tarafına aktarmaya ve yutmaya 4-6. aylarda başlamaktadır (87). 6. ayda desteksiz oturabilmekte ve üst dudağı yardımıyla kaşığı sıyırarak beslenmeye başlamaktadır. Kendi kendini besleme, parmaklarını kullanarak sofraya yemeği yeme ve iki elini kullanarak bardaktan sıvı alımı 9. aydan sonra gerçekleşmektedir. Bebeğin giderek artan enerji ve protein ihtiyacı yalnızca anne sütü ile karşılanamamaktadır. Anne sütü almaya devam eden 6-8 aylık bir bebeğin 2 öğün, 9-11 aylık bir bebeğin ise 3 öğün alması yeterli olsa da 12-24 aylık bir bebeğin 3 ana öğüne ek olarak 2 ara öğün ile beslenmesi önerilmektedir (9).

Ülkelerin çoğunda başlanan ilk ek gıda meyve sularıdır. Meyve suyu ve meyve püresi enerji, vitamin ve mineral bakımından bebeği desteklese de fazla miktarda kullanılması bebeğin iştahının azalmasına yol açacağından verilen miktara dikkat edilmelidir. Sütlü ve unlu mamalar ve yoğurt da bebeğe verilecek ilk besinler arasındadır. Pirinç unu alerjik özelliği daha az olmasından dolayı unlu mamalar için sıklıkla tercih edilmektedir (87).

Tamamlayıcı besinlerin yüksek enerjili olması okul döneminde obezite riskini arttırmaktadır. Avrupa Gıda Güvenliği Derneği (EFSA) tamamlayıcı beslenmede kullanılacak yağ miktarının 6-12 ay için enerjinin %40'ını karşılayacak şekilde olmasını ve bu oranın %4'ünün linoleik asitten, %0,5'inin alfa linoleik asitten ve 100 mg/gün Dokosaheksaenoik Asitden (DHA) karşılanması gerektiğini belirtmektedir. Enerjinin en fazla %15'inin proteinden gelmesi gerektiği ve bu oranın %15-20 oranında olmasının

bebeğin büyümesini hızlandırarak BKI'nin yüksek olmasına sebep olduğu bilinmektedir. Hayvansal proteinler bitkisel proteinlere göre büyümeyi arttırmaktadır (9).

Bebeğin demir gibi diğer bazı besin öğelerine olan gereksiniminin de karşılanabilmesi için ek besinlere ihtiyacı olmaktadır. İntrauterin dönemin son üç ayında bebeğin demir depoları dolarken, yaşamın ilk 5-6 ayında bu depolar tükenmekte ve anne sütü ile sağlanan demir bebeğe yeterli gelmemektedir (87).

Ek gıdaya önerilenden geç başlanması bebeğin enerji ve besin ihtiyacını karşılamakta yetersizliğe ve dolayısıyla büyüme geriliği ve malnütrisyon gibi sağlık problemlerine ek olarak ishali hastalıkların artmasına ve bağışıklıkta azalmaya neden olmaktadır. Erken başlanması ise anne sütünün alımını sınırlandırmakta ve proteinlerin günlük enerjiye olan katkısını azaltmaktadır. Aynı zamanda ek gıdalara erken başlamak büyüme hızını etkilemekte, aşırı beslenmeye yol açmakta ve alerjik hastalık görülme sıklığını arttırmaktadır (86,87).

Yaşamın ilk 4-6 ayında bağırsaklar büyük moleküllere geçirgen olmaktadır. Bu geçirgenliğin artmasına sebep olan gastroenteritler, besin alerjisi gelişmesine sebep olabilmektedir. İnek sütü veya soya proteinlerine duyarlı enteropatiler, geçici gluten intoleransı ve yumurta gibi besinlerle gelişen enteropatiler bu besinlere erken başlanması durumunda gelişen olaylardan bazılarıdır (87).

Elma, şeftali gibi meyveler ve yoğurt 4-6 aylar arasında az miktarda başlanabilmektedir. Kolayca sindirilen ve nadiren alerjik reaksiyona sebep olan pirinç muhallebi şeklinde verilebilir. Patates, havuç, kabak ve pirinç ile sebze püreleri hazırlanabilir. Hazırlanan çorbalara sıvı yağ ilave etmek bebeğin enerji ihtiyacını tamamlamada yardımcı olmaktadır. Altıncı aydan itibaren az miktarda yumurta sarısı verilmeye başlanabilir. Miktarı yavaş yavaş artırılarak 8-10 günde tam yumurta sarısına geçilebilir. Yedinci-dokuzuncu aylardan itibaren tam yumurta haftada 2-3 kez olacak şekilde verilebilir. Nitrat içeriği yüksek olan ıspanak, turp ve pancar gibi sebzeler bu dönemde önerilmemektedir. Etlı dolmalar, etli sebze yemekleri ve köfte gibi besinler yedinci aydan itibaren verilebilir. Dokuzuncu aydan itibaren birçok besini ısırarak yiyebilen çocuk bir yaşında aile ile birlikte sofrada yemek yiyebilir (86).

2.13.3. 6-12 ay bebek beslenmesi

Bu dönemde bebek her istediğinde emzirilmeye devam edilmelidir. Anne sütü almaya devam eden bebeklere günde 3, almayanlara ise günde 6 kez ek gıda verilmelidir (15). Demir içeriği yüksek olan sebzeler ile hazırlanan sebze çorbaları 6-8. aylarda bebeğin beslenmesine eklenmelidir. Çorbalara eklenen yağ, anne sütü ile karşılanamayan enerjinin karşılanmasına yardımcı olmaktadır. Besinlere eklenecek yağlar, büyüme için esansiyel olan linoleik asit gibi bazı yağ asitlerini içeren, bitkisel yağlardan tercih edilmelidir. Yine bu aylarda yumurtanın sarısı katı pişmiş halde ve az miktarda başlanarak verilebilmektedir. Takip eden 8-10 günde ise tam yumurta sarısı verilebilmektedir.

Hayvansal protein kaynaklarının diyeteye eklenmesi ise 7-8. aylarda olmalıdır. Başlangıçta kıyma olarak çorbalara eklenerek, bebek çiğnemeyi öğrendikten sonra ise köfte şeklinde verilebilmektedir. 7-9. aylarda pankreatik amilazın yeterli miktarda salınmaya başlanmasıyla birlikte pilav, makarna ve ekmek gibi nişastalı besinler verilmeye başlanabilmektedir. Bağırsakta gizli kanamaya neden olması, içeriğindeki demirin yeterli olmaması ve alerjiye neden olması sebebiyle ilk bir yıl içinde inek sütü verilmesi önerilmemektedir (87). Pastörize sütle yapılmış peynir, akşamdan suya konularak tuzu alınmış bir şekilde 8.ayını doldurduktan sonra bebeğe küçük miktarlarda verilmeye başlanmalıdır (84,88).

Bu aylarda ek besinlere geçiş yapılırken, ilk kez denenecek besinler bebeğe haftada bir çeşit olarak ve tek öğünde az miktarda verilmelidir. İlk kez denenecek besinler bebek açken kaşık yardımıyla verilmeli ve almazsa zorlanmamalıdır (87). Verilecek olan meyve ve sebze püreleri vitamin kaybını önlemek için cam rende kullanılarak hazırlanmalıdır (86). İlk verilecek meyve suyu veya püresi şeftali ya da elma olmalıdır. Turunçgillerin tüketimi bebekte gaz oluşumuna ve alerjen etkiye sebep olabileceğinden 8-9. aylardan sonra beslenmeye eklenmelidir. Bebeğe hazırlanan meyve pürelerine ilave şeker eklenmemelidir. Tatlandırıcı olarak demir ve kalsiyum içeriği yüksek olan pekmez tercih edilebilir. Bal, clostridium botulinum sporları taşıdığından botulizm riski taşımaktadır. Süt çocuklarının mide asidi düzeyleri düşüktür. Bu sebeple C. botulinum sporlarını öldüremediklerinden tatlandırıcı olarak bal tercih edilmemelidir (15).

Intrauterin dönemde bebeğin anneden sağladığı bağışıklık artık bu dönemde sağlanamamakta ve anne sütü alımı azaldığından bebeğin enfeksiyonlara karşı korunması da azalmaktadır. Bu nedenle bebeğe verilecek ek gıdalar hazırlanırken kontamine olduğu durumlarda bebeğin gastrointestinal enfeksiyonlara yakalanma riski artmaktadır. Geçirilen enfeksiyonların sıklığı, diyeteye eklenen inek sütü ve ek gıdaya geç başlanması bebekte

demir eksikliği anemisi görülme sıklığını arttırmaktadır (87). Bu dönemde karşılaşılan ve 3 aydan uzun süren kansızlık tedavi edilse bile okul çocukluğu dönemindeki performansı etkilemektedir. Bu nedenle zamanında doğan bebeklere, 4. aydan itibaren 1 mg/kg/gün demir takviyesi önerilmektedir.

Bebeğin bu dönemde tuza ihtiyacı olmadığından ilk bir yılda yemeklere tuz eklenmemesi önerilmektedir. Bu dönemde tuz tüketen bebeklerin yaşamlarının ilerleyen yıllarında da fazla miktarda tuzlu besin tükettikleri bilinmektedir (86). Verilecek ek gıdalara acı ve baharat eklememeye de özen gösterilmelidir (88).

Bebeğe ilk bir yılda çay ve bitki çayı vermekten kaçınılmalıdır. İçeriğinde tanin bulunan çay, demir bağlayıcı özelliği sebebiyle bebekte demir eksikliğine yol açabilmektedir. Buna ek olarak papatya çayı, yeşil çay vb. çaylar da demir eksikliği yaratabileceğinden tüketilmemelidir (84).

2.14. Dünya'da ve Türkiye'de Durum

Gebelik döneminde yeterli beslenme hem anne hem de çocuğun sağlığı için gereklidir. Küresel olarak 2000 yılından 2017 yılına kadar anne ölümleri üçte bir oranında azalmış olsa da (89) 2017 yılında yaklaşık 295.000 kadın hamilelik ve doğum sırasında ve sonrasında hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin neredeyse tamamı gelişmekte olan bölgelerde meydana gelmiştir (62,90,91).

DSÖ ve UNFPA, Önlenebilir Anne Ölümlerinin Sonlandırılması girişimi kapsamında Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerin karşılanması için 2025 yılına kadar ulaşılması amaçlanan beş hedef belirlemiştir. Bu hedefler;

1. Gebelerin %90'ının dört veya daha fazla doğum öncesi bakım hizmeti alması ve 2030 yılında bakım sayısının 8'e çıkarılması,
2. Nitelikli sağlık personelinin katıldığı doğum oranının %90'a çıkarılması,
3. Doğumdan sonraki iki gün içinde doğum sonrası bakım hizmetine erişebilen kadınların oranının %80 olması,
4. Nüfusun %60'ının seyahat süresinden sonraki iki saat içinde acil obstetrik bakıma erişiminin sağlanması,
5. Kadınların %65'inin kontraseptif kullanımı, cinsel ilişkiler ve üreme sağlığı konusunda bilinçli kararlar alabilmesi, olarak belirlenmiştir (89).

Gebelik döneminde uzun süreli annenin yetersiz beslenme, hastalık ve kötü sağlık bakımı, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin oranının artmasında sebep olan önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre 2500 gr'ın altındaki doğumlar düşük doğum ağırlığı olarak tanımlanmaktadır. Normal ağırlıkta doğan bebeklere göre, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin ölme olasılığı yaklaşık 20 kat daha fazladır. 2015 yılında, tüm bebeklerin tahmini olarak %14,6'sı düşük doğum ağırlığıyla dünyaya gelmiştir (90,91).

Konjenital anomaliler genellikle genetik, beslenme ve çevresel faktörler sonucu meydana gelse de kesin nedeni belirlenmemektedir. Bazı konjenital anomaliler aşılama, yeterli doğum öncesi bakım ve özellikle iyot ve folik asit gibi besin öğelerinin takviye edilmesiyle önlenmektedir. Dünya'da her yıl doğumdan sonraki ilk 28 günde tahmini olarak 295.000 yenidoğan konjenital anomaliler sebebiyle hayatını kaybetmektedir (92).

DSÖ ilk 6 ay bebeklere yalnızca anne sütü verilmesini önermektedir. Buna rağmen Dünya'da 6 aylıktan küçük bebeklerin yalnızca %40'ı anne sütü ile beslenmektedir (93). Bu oranın 2030 yılında %70 olması hedeflenmektedir (94). UNICEF ve DSÖ emzirme konusundaki kararlılığı arttırmak için Küresel Emzirme Kolektifi'ne liderlik etmektedir. Bu girişim, bebeği ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslemeyi, uygun, yeterli ve güvenli ek gıdalar ile birlikte anne sütü ile beslenmenin iki yıl veya daha uzun süre boyunca devam etmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Bu girişim ile birlikte; doğumdan sonraki iki yıl emzirmenin sağlanabilmesi için finansmanın artırılması, anne sütü yerine geçen ürünlerin pazarlanmasının düzenlenmesi, ücretli aile izni ve işyeri emzirme politikalarının yürürlüğe konması, doğum merkezlerinde başarılı emzirmenin 10 adımının uygulanması, nitelikli emzirme danışmanlığına erişimin sağlanması ve bu programın izleminin güçlendirilmesi amaçlanmaktadır (93).

Emzirme anne sağlığının korunmasını sağlayarak annenin meme kanseri, yumurtalık kanseri, tip 2 diyabet ve kalp hastalığına yakalanma riskini azaltmaktadır. Emzirmenin artmasının her yıl 20.000 anne ölümünü önleyeceği tahmin edilmektedir. 2021 yılında doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilen bebeklerin oranı %48, sadece anne sütü ile beslenen 6 aylıktan küçük bebeklerin oranı %44, bir yaşında hala anne sütüyle beslenen çocukların oranı %68 ve iki yaşında hala anne sütüyle beslenen çocukların oranı ise %44'dir. Bu oranlar 2030 yılı için hedeflenen oranların altındadır (94).

Türkiye'deki anne ve bebek ölümlerinde, gebelik öncesi ve gebelik döneminde yetersiz ve dengesiz beslenme, önemli bir yer tutmaktadır. Gebelik öncesi ve gebelik dönemi içinde gebenin beslenmesi, bebeğin doğum ağırlığı, beyin gelişimi ve sağlığı ile

yakından ilişkilidir. Gebelerin yaklaşık %58'inde beslenme bozukluklarına bağlı olarak demir eksikliği anemisi, folik asit, iyot ve kalsiyum eksikliği gibi sorunlar görülmektedir. Gebelik döneminde artan enerji ve besin öğeleri gereksinimi karşılanamadığı durumlarda düşük doğum ağırlıklı bebekler dünyaya gelmektedir. Gebenin ihtiyacı olan besin öğelerini yeteri kadar almaması, aynı zamanda, bebeğin büyüme ve gelişmesi için ihtiyaç duyduğu besin öğelerini annenin depolarından karşılamasına yol açarak annede çeşitli hastalıklar ortaya çıkmasına ve annenin enfeksiyonlara karşı direncinin azalmasına sebep olmaktadır.

Düşük doğum ağırlığı sadece annenin yetersiz beslenmesinin bir göstergesi olmamakla birlikte potansiyel yenidoğan ölümünün de nedenlerinden biridir. Düşük doğum ağırlığı ile dünyaya gelen bebeklerin, erken çocukluk döneminde ölüm riskinin daha yüksek olduğu bilinmektedir. 2018 TNSA verilerine göre doğum ağırlığı belirtilen çocukların %12'si düşük doğum ağırlığına sahiptir (8,95).

2019 yılı Türkiye Sağlık İstatistiklerine bakıldığında, anne ölüm oranı yüzbin canlı doğumda 13,1, bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 9,0, perinatal ölüm hızı bin canlı doğumda 10,8, neonatal ölüm hızı bin canlı doğumda 5,8, postneonatal ölüm hızı bin canlı doğumda 3,3, beş yaş altı ölüm hızı bin canlı doğumda 11,1'dir (96).

2.14.1. Güvenli annelik

Güvenli annelik yaklaşımı, gebeye gebelik öncesi, hem anne hem bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasında bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, yüksek riskli ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, oluşabilecek komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetilmesini kapsayan, anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasını hedefleyen bütüncül bir yaklaşımdır.

Dünyada her dakika 380 kadın gebe kalmakta ve bu gebeliklerin 190'ı istenmeyen gebeliklerden oluşmaktadır. Her dakika 110 kadın gebelikten kaynaklı bir komplikasyon yaşamakta, 40 kadın sağlıksız düşük yapmakta ve 1 kadın gebelikten kaynaklanan sebeplerle hayatını kaybetmektedir. Anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir. Her yıl Dünyada 500.000'den fazla gebe, gebelik ve doğum komplikasyonlarından kaynaklanan sebeplerle hayatını kaybetmekte ve 8 milyon bebek yaşamın ilk birkaç günü içinde yaşamını yitirmektedir.

Her kadının güvenli şartlarda gebeliğini yaşama ve doğum yapma hakkı vardır. Buna rağmen her yıl 20 milyon gebelik güvenli olmayan ortamlarda sonlandırılmakta ve bu

sebeple 80,000 anne ölümü yaşanmaktadır. Gebelik komplikasyonlarının yol açtığı anne ölümlerinin büyük bir kısmı önlenebilir sebeplerden kaynaklanmaktadır. Güvenli annelik yaklaşımı mevcut sağlık sistemine maliyet veya iş yükü getiren bir yaklaşım olmamakla birlikte hizmetin daha az maliyetle ve daha organize bir şekilde yapılmasını sağlamaktadır.

1987 yılında DSÖ güvenli annelik programını başlatmış ve bu programla 2000 yılında anne ve bebek ölümlerini %50 oranında azaltmayı amaçlamıştır. Nairobi'de 1987 yılında Birleşmiş Milletler kuruluşları, hükümetler, finansal destek veren kuruluşlar ve Sivil Toplum Örgütlerinin katılımıyla uluslararası bir konferans gerçekleştirilmiş ve bu konferansta gelişmekte olan ülkelerde meydana gelen anne ölüm oranlarının yüksekliğine dikkat çekilmiş ve Güvenli Annelik Girişimi başlatılmıştır. Sonraki yıllarda gerçekleştirilen; Kadın Sağlığı Uluslararası Eylem Günü (1988), Kahire'de yapılan Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) (1994), Sri Lanka'da gerçekleşen Güvenli Annelik Teknik İstişare Toplantısı (1997) ve New York'ta oluşan ICPD+ 5 değerlendirme süreci (1999) gibi diğer konferanslarda da bu konu ile ilgili girişimlerde bulunulmuştur (97). Günümüzde 100'den fazla ülkede uygulanmakta olan Güvenli Annelik Girişimi Türkiye'de 1994 yılından itibaren pilot uygulamalar ile başlamıştır.

Bu girişimin amaçları; aile planlamasını teşvik etmek ve bu sayede istenmeyen gebelikleri azaltmak, kürtajdan kaynaklanan anne ölümlerini azaltmak, gebelerin tümüne temel annelik bakımı sağlamak, emzirmeyi teşvik etmek, korumak ve desteklemek, gebelerde cinsel yolla bulaşan hastalıkları azaltmak, eklampsi ve kanamaya bağlı anne ölümlerini azaltmak, uzun süreli ve engelli doğuma bağlı gerçekleşen anne ölümlerini azaltmak, lohusalık ve kürtaj sonrasında sepsis nedeniyle meydana gelen anne ölümlerini azaltmak, yenidoğan tetanozunu ortadan kaldırmak, doğum asfiksisine bağlı veya doğumla ilgili meydana gelen yenidoğan ölümlerini azaltmak ve yenidoğan enfeksiyonlarını azaltmaktır (98).

2.14.2. Anne sütünün teşviki programı

Programın temel amacı bebeklerin doğumdan hemen sonra emzirmeye başlatılması, ilk 6 ay yalnızca anne sütü verilme ve 6. aydan sonra ise uygun ek gıdalarla birlikte emzirmenin en az 2 yaşına kadar devam ettirilmesini sağlamaktır. Emzirmenin korunması ve desteklenmesi amacıyla başarılı emzirmenin 10 adımı stratejisinin tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanarak devamlılığının sağlanması ve bununla birlikte beslenme

bozukluklarının önüne geçerek çocuklarda morbidite ve mortalite oranının azaltılması hedeflenmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 1991 yılından itibaren emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi amacıyla “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı” sürdürülmektedir. Bu program kapsamında, doğum yapılan sağlık kuruluşları ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında emzirme danışmanlığı uygulayıcı ve eğitici eğitimler düzenlenmektedir. Hastaneler Ulusal Değerlendirme Ekipleri tarafından değerlendirilmektedir. 80 puan ve üzeri alanlar Üst Komiteye sunulmakta ve yapılan değerlendirme sonucunda Bebek Dostu ünvanını almaktadır.

Bebek Dostu İl Kriterleri;

1. İl merkezindeki Çocuk Hastaneleri ve Doğum Yapılan Hastanelerin tümünün Bebek Dostu Hastane olmasının sağlanması,
2. Mama kodu uygulamalarıyla ilgili çalışmalar gerçekleştirilmesi,
3. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların en az %50'sinin Bebek Dostu olmasının sağlanması.

Altın Bebek Dostu İl Kriterleri;

1. İl merkezindeki tüm hastanelerin Bebek Dostu Hastane olması,
2. İlçelerdeki çocuk hastanelerinin ya da doğum yapılan hastanelerin %75'inin Bebek Dostu Hastane olması,
3. Birinci basamak sağlık kurumlarının %75'inin bebek dostu olması.

Bebek Dostu ünvanını alan tüm hastaneler 5 yıl süre ile tekrar değerlendirilmeye alınmaktadır. Yeniden değerlendirme sonrasında 50-80 puan arası alan kurumlara düzeltme için bir süre tanınmaktadır. 50 puan altında kalan kurumlardan ise Bebek Dostu ünvanı geri alınmaktadır (99).

2.14.3. Başarılı emzirmenin 10 adımı

1. Kurumda anne sütü ve emzirme uygulamasının korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesini amaçlayan bir emzirme politikası oluşturulur. Bu politika kapsamında “Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanmasıyla ilgili Uluslararası Yasa” ve Dünya Sağlık Asamblesi'nin ilgili kararları uygulanır. Buna ek olarak hem personel

hem de ebeveynlerle düzenli olarak paylaşılan “bebek beslenme politikası” oluşturulur.

2. Emzirme konusunda annelere destek olabilmek için personelin gereken bilgi ve becerilerle donatılması sağlanır.
3. Gebeler ve aileleri emzirmenin önemi ve yönetimi konusunda bilgilendirilir.
4. Annelerin bebeklerle doğar doğmaz ten tene temas kurması sağlanır ve en kısa sürede emzirmeye başlaması ve kesintisiz bir şekilde temasın sürdürülmesi için destek sağlanır.
5. Annelere emzirmenin başlatılması ve sürdürülebilmesiyle ilgili sık karşılaşılan sorunların yönetilmesi hakkında destek sunulur.
6. Tıbbi bir zorunluluk yoksa bebeğe anne sütünden başka herhangi bir besin veya sıvı verilmez.
7. Bebeklerin anneleri ile bir arada tutulması ve 24 saat aynı odada kalmaları sağlanır.
8. Bebeklerin acıktığı zaman verdiği işaretlerin tanınması ve yanıt verilmesi hakkında annelere destek sağlanır.
9. Emzik ve biberon kullanımının riskleri hakkında annelere danışmanlık sağlanır.
10. Ailelerin ve bebeklerin emzirme hakkında destek ve bakım hizmetlerine sürekli erişim sağlayabilecekleri merkezlerle ilgili bilgilendirme sağlanır (99).

2.14.4. Doğuma hazırlık eğitici eğitimi

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından kadın sağlığının korunması, desteklenmesi ve sürdürülmesi, anne ve bebek ölümlerinin en aza indirilmesi amacı ile “Gebe Bilgilendirme Sınıfı Programı” sürdürülmektedir. Program sağlık kurum ve kuruluşlarında gebe bilgilendirme sınıfı oluşturularak gebelere gebelik, doğum ve doğum sonrası ile ilgili bilgi ve eğitimlerin verilmesini amaçlamaktadır (100).

2.14.5. Türkiye'de gebelik ve anne sütüne yönelik mevzuat

16/8/2013 tarihli, 28737 sayılı Resmi gazetede, gebe, yeni doğum yapmış veya emziren annelerin işyerlerindeki güvenliğinin sağlanması ve geliştirilmesini destekleyecek önlemlerin alınması ve hangi dönemlerde ve ne gibi işlerde çalıştırılmasının yasak

olduğunu, çalışacakları işlerde hangi şartlara uyulacağını, emzirme odalarının nasıl ve hangi şartlarda kurulacağını belirlemek amacıyla yayınlanan gebe veya emziren kadınların çalıştırılma şartlarıyla emzirme odaları ve çocuk bakım yurtlarına dair yönetmelik yayınlanmıştır.

Bu yönetmeliğe göre gebe veya emziren çalışanın bulunduğu işyeri koşulları değerlendirilmekte ve çalışan için risk faktörü bulunması durumunda çalışan bilgilendirilerek, bu riske maruz kalınmasını önleyecek şekilde geçici olarak görevi değiştirilmektedir. Çalışanın sağlık raporu bulunması durumunda, sağlığına uygun daha hafif işlerde çalıştırılarak herhangi bir ücret kesintisi uygulanmaz.

İlgili yönetmelik üçüncü bölüm, madde 8'e göre; kadınlar gebe olduklarını sağlık raporu ile beyan ettikten sonra doğuma kadar geçen sürede gece çalışmaya zorlanamazlar. Yeni doğum yapmış olan çalışanların sise ilk bir yıl boyunca gece çalıştırılması yasaktır. Madde 9'a göre; gebe veya emziren çalışanlar günde yedi buçuk saatten fazla çalıştırılmazlar. Madde 11'e göre, gebe çalışanlara gebelikleri süresince periyodik kontrolleri için ücretli izin verilmektedir. Emziren çalışanların doğum izni bittikten sonra çalışmalarına engel bir durum olup olmadığı raporla belirlenmelidir. Çalışması riskli olan çalışanlar raporda belirtilen sürede çalıştırılmamaktadır.

Yönetmeliğin dördüncü bölümünde yer alan 13. maddeye göre, yaşları ve medeni halleri fark etmeksizin, 100-150 kadın çalışanı olan iş yerlerinde, emziren çalışanların bebeklerini emzirebilmesi için, iş yerine en fazla 250 metre uzaklıkta bir emzirme odası ve 0-6 yaşındaki çocukların bırakılması ve bakımı için iş yerine yakın bir yurt kurulması zorunludur. Yurdun iş yerine 250 metreden uzak olması durumuna işveren taşıt sağlamakla yükümlüdür. 19. maddeye göre, bu yurtlarda çocukların ihtiyaçlarına uygun besinler verilir. Çocuklara ayrıca günde 250 gr süt veya yoğurt verilir (101).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde Haziran 2021 – Eylül 2021 tarihleri arasında kadın doğum polikliniğine başvuran gebe kadınlardan gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 202 gebe üzerinde yürütülmüştür.

Bu araştırma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no: KA21/230) (EK 1) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırmanın yeri, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği (KHD)'dir.

3.1.1 Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nin tanıtımı

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Haberal Eğitim Vakfı ile Türkiye Organ Nakli Yanık ve Tedavi Vakfı'nın deneyim ve birikimleriyle 1982 yılında başlatılan çalışmalarla kurulmuştur. Ankara'nın Çankaya ilçesinde bulunan yerleşkede hizmet vermektedir. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi 41.000 metrekarelik alanda olup 340 yatak, 70 yoğun bakım yatağı ve 14 ameliyathaneden oluşmaktadır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği; genetik hastalıklar tanı merkezi, üremeye yardımcı tedavi merkezi, jinekolojik onkoloji, üreme endokrinoloji ve infertilite, endometriozis kliniği, tıbbi genetik, perinatoloji ve beslenme ve diyet olmak üzere 8 birimden oluşmaktadır. Bir ayda ortalama olarak 30 yeni gebe izlemi, 35 doğum (sezaryen doğum + normal doğum) yapılmakta olan 10'u özel oda olmakla birlikte 17 yataklı bir servistir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem

Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'nun onayı alınıp anket formunun ön denemesi yapıldıktan sonra Haziran 2021 – Eylül 2021 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran gebeler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örnek alınmamış olup KHD Polikliniği'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 202 gebeye yüz yüze anket formu uygulanmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında polikliniğe toplam 404 gebe başvurmuştur. Ankete katılmayı kabul etmeyen veya randevuya gelmeyen gebelerin sayısı 202'dir. Gebelerin araştırma tarihleri arasında hastaneye ilk geldikleri tarihte anket uygulaması yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Süresi

Bu çalışmanın planlanması, uygulanması, analizlerin yapılması ve araştırma raporunun yazılması sürecinin 22 Şubat - 6 Aralık 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'nun onayı alındıktan sonra anket formunun ön denemesi gerekli izinler alınarak başka bir özel hastanenin KHD Polikliniği'ne başvuran 10 gebede gerçekleştirilerek, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra anket formunun son hali çoğaltılarak Başkent Üniversitesi KHD Polikliniği'ne Haziran 2021 – Eylül 2021 tarihleri arasında uygulanmıştır.

3.5. Veri Yönetimi

Gebelere uygulanmak üzere oluşturulan anket formu toplamda dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm katılımcının tanımlayıcı bilgilerine yönelik olup toplam 43 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm gebe beslenmesi ile ilgili bilgilerin ölçülmesi amacıyla 3'lü Likert ölçeğine göre hazırlanan ve yirmi bir önermeden oluşan gebe beslenmesiyle ilgili bilgilerden ve üçüncü bölüm anne sütü ve bebek beslenmesi ile ilgili bilgilerin ölçülmesi amacıyla 3'lü Likert ölçeğine göre hazırlanan ve yirmi iki sorudan oluşan anne sütü ve bebek beslenmesiyle ilgili bilgilerden oluşmaktadır (EK 2). Dördüncü bölümde isetoplam 17 önermeden oluşan 5'li IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (102) (EK 3) uygulanmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra gizlilik ve mahremiyet ilkelerine uyulacağı belirtilerek araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere anket formu

uygulanmıştır. Planlanan süre içerisinde KHD Polikliniği'ne başvuran gebelere, pandemi şartlarında gereken tüm önlemler alınarak yüz yüze anket formu uygulanmıştır.

3.5.1. Antropometrik ölçümler

Araştırmaya katılan gebelerin boy uzunluğu, gebelik öncesi vücut ağırlığı ve mevcut vücut ağırlığı, bireylerin kendi beyanına göre alınmıştır.

Gebelerin vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları kullanılarak BKİ'leri formül ile $[BKİ (kg/m^2) = Vücut\ ağırlığı\ (kg) / Boy\ uzunluğu\ (m^2)]$ hesaplanmıştır. BKİ sonuçları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflamasına göre değerlendirilmiş (103) ve anket formuna kaydedilmiştir.

Tablo 3.5.1.1. Beden Kitle İndeks (BKİ) sınıflandırması

Sınıflama	BKİ değeri (kg/m ²)
Zayıf	<18.5
Normal	18.5-24.99
Obezite öncesi	25.0-29.99
Obezite sınıfı I	30.0-34.9
Obezite sınıfı II	35.0-39.9
Obezite sınıfı III	≥40.0

3.5.2. Gebe beslenmesi bilgi sorularının değerlendirilmesi

Gebelere gebe beslenmesi hakkındaki bilgilerini ölçmek üzere 21 adet ifade yöneltilmiştir ve bu ifadelerden doğru olduklarını düşündükleri ifadelere 'doğru', yanlış olduğunu düşündükleri ifadeler 'yanlış' ve bilmedikleri ifadeler ise 'bilmiyorum' seçeneklerini işaretlemeleri istenmiştir. Sorular, "gebelikte çay/kahve tüketimi sınırlandırılmalıdır", "gebelik döneminde sıvı ihtiyacı artmaktadır" gibi çeşitli ifadeler içermektedir. Doğru cevaplar bir puan, yanlış ve bilmiyorum cevapları ise sıfır puan kabul edilerek gebelerin ölçekten aldıkları toplam puan hesaplanmıştır. Bu puanlar üzerinden $\bar{x} \pm 1$ SD baz alınarak istatistiksel analiz yöntemiyle iyi (19-21), orta (14-18) ve kötü (0-13) olmak üzere üç grup oluşturulmuş ve gebelerin aldıkları puanlar bu gruplara göre sınıflandırılmıştır.

3.5.3. Anne Sütü ve Bebek beslenmesi bilgi sorularının değerlendirilmesi

Gebelere bebek beslenmesi hakkındaki bilgilerini ölçmek üzere 22 adet ifade yöneltilmiştir ve bu ifadelerden doğru olduklarını düşündükleri ifadelere ‘doğru’ , yanlış olduğunu düşündükleri ifadeler ‘yanlış’ ve bilmedikleri ifadeler ise 'bilmiyorum' seçeneklerini işaretlemeleri istenmiştir. Sorular, bebeklere ilk 6 ay yalnızca anne sütü verilmelidir, bebeklere verilecek ek gıdalara tuz eklenebilir gibi çeşitli ifadeler içermektedir. Doğru cevaplar bir puan, yanlış ve bilmiyorum cevapları ise sıfır puan kabul edilerek gebelerin ölçekten aldıkları toplam puan hesaplanmıştır. Bu puanlar üzerinden $\bar{x} \pm 1$ SD baz alınarak istatistiksel analiz yöntemiyle iyi (19-22), orta (9-18) ve kötü (0-8) olmak üzere üç grup oluşturulmuş ve gebelerin aldıkları puanlar bu gruplara göre sınıflandırılmıştır.

3.5.4. Iowa Bebek beslenmesi tutum ölçeği

Gebelere, emzirmeye karşı tutumlarını değerlendirmek ve bebek besleme yönteminin seçimi ile birlikte emzirme süresinin tahmini için Iowa Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği uygulanmıştır. Ölçek, kesinlikle katılmıyorum ile kesinlikle katılıyorum arasında değişen 5’li Likert tipi bir ölçek olup 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 9 maddesi anne sütüyle besleme konusunu olumlarken, kalan 8 madde ise formül mama ile beslenme konusunu olumlamaktadır. Formül mama ile beslenme maddeleri tersten puanlandırılarak hesaplanmaktadır. Toplam tutum puanı 17 ile 85 puan arasında değişiklik göstermektedir. 17 puan biberonla beslenmede olumlu tutum gösterildiğini, 85 puan ise emzirmede pozitif tutum gösterildiğini ifade etmektedir. Ölçeğin Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği 2016 yılında Ekşioğlu A. ve ark tarafından yapılmıştır (102).

3.6. Veri Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizlerinde IBM SPSS Staticstics (version 24.0) kullanılmıştır. Kesikli verilere ilişkin tanımlayıcı değerler yüzde hesaplama ile, sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı değerler ise Ortalama, Standart Sapma, Ortanca, Minimum ve Maksimum değerleri hesaplanarak verilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama, frekans tabloları, istatistiksel analizde yüzdeler arasındaki farkın anlamlılığını saptamak için Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır. %95 güven aralığında

$p < 0.05$ değerinin anlamlı kabul edilmesine karar verilmiştir. Elde edilen değerler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri:

Bağımsız değişkenler:

- Yaş
- Gebenin eğitim durumu
- Gebenin mesleği
- Gebenin medeni durumu
- Gebenin evlilik sũresi
- Gebenin evlenme yaşı
- Eşinin yaşı
- Eşinin eğitim durumu
- Eşinin mesleği
- Eř akrabalık durumu
- Aile tipi
- İkamet edilen yer
- Ailenin gelir dũzeyi
- Sigara ve alkol kullanma durumu
- Hastalığa sahip olup/olmama durumu
- İlk gebelik yaşı
- Gebelik sayısı
- Canlı doğum sayısı
- Çocuklarını emzirme durumu ve sũresi
- Son iki gebeliğinin arasında geçen sũre (ay olarak)
- Gebelik haftası
- Gebelik sũresince sağlık kontrolũ yaptırma durumu
- Gebelik sũresince kilo alma durumu
- Vũcut Ağırlığı (gebe kalmadan önce)
- Vũcut ağırlığı (gũncel)

- Boy uzunluğu
- Vitamin takviyesi kullanma durumu

Bağımlı değişkenler:

- Gebenin anne sütü ile ilgili bilgi durumu
- Gebenin kendi beslenmesiyle ilgili bilgi durumu
- Gebenin bebek beslenmesi ile ilgili bilgi durumu
- Gebenin bebek beslenmesi ile ilgili tutumu

3.8. Tez Çalışma Takvimi

22 Şubat – 16 Nisan 2021	Tez konusunun belirlenmesi ve araştırma önerisinin hazırlanması
19 Nisan - 12 Mayıs 2021	Çalışma için gerekli izinlerin alınması
17 Mayıs - 30 Mayıs 2021	Anket formunun ön test uygulaması ve son halinin çoğaltılması
01 Haziran - 31 Ağustos 2021	Anket uygulaması ve veri girişı
01 Eylül - 31 Ekim 2021	Veri analizi, bulgular ve yorumlaması
1 Kasım - 30 Kasım 2021	Raporun yazılması
10-15 Aralık 2021	Tezin teslimi

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

2020-2021 eğitim döneminde yapılacak olan araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'ndan, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı ve Ankara Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izin yazılı olarak alınmıştır. Katılımcılara anket formuna isim/soyisim gibi kişisel bilgilerinin yazılmayacağı ve tüm bilgilerin gizlilik ve mahremiyet ilkelerine uygun olarak gizli tutulacağı, araştırma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı açıklanarak onam formu imzalatılmıştır.

3.10. Beklentiler ve Bilimsel Katkılar:

Gebelik döneminde önemli halk sağlığı sorunlarından biri olan yetersiz beslenme ve bebek beslenmesinde büyük öneme sahip anne sütü, bebek beslenmesi ve gebe beslenmesi ile ilgili gebelerin bilgi düzeyi, tutum ve alışkanlıkları incelenerek kişilerin bu dönemde beslenme konusunda daha bilinçli hareket etmesini sağlayacak eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarına katkıda bulunmaktadır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın planlanma sürecinde Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran gebelerin %80'ine ulaşılması hedeflenmiştir. Fakat çalışma sonucunda polikliniğe başvuran gebelerin yalnızca %50'sine ulaşılabilmiştir. Anket formundaki sorular kişilerin beyanlarına göre doldurulmuştur.

Araştırmanın sınırlılıkları örneklem sayısının yeteri kadar büyük olmaması ve kişilerin yanlış veya eksik bilgi verme ihtimalinden oluşmaktadır.

Araştırma Bütçesi:

Fotokopi ücretleri	100 TL*
Ulaşım ücretleri	250 TL*
İletişim giderleri	150 TL*
Toplam	500 TL*

*(Araştırmanın mali giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.)

4. BULGULAR

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerin gebelikte beslenme, anne sütü ve bebek beslenmesine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesini amaçlayan bu araştırmaya toplam 202 gebe katılmıştır. Araştırmanın bulguları 4 bölümde değerlendirilmiştir.

1. Tanımlayıcı bilgiler
2. Gebe beslenmesiyle ilgili bilgiler
3. Anne sütü ve bebek beslenmesiyle ilgili bilgiler
4. IOWA bebek beslenmesi tutum ölçeği

4.1. Tanımlayıcı Bilgiler:

Tablo 4.1.1. Araştırmaya katılan gebelerin ikamet yerlerinin dağılımı (Haziran - Eylül 2021)

İkamet yeri (n=202)	Sayı	%
Ankara	179	88,6
Ankara dışı	23	11,4
Toplam	202	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin ikamet yerleri incelendiğinde; %88,6'sı Ankara, %11,4'ü ise Ankara dışında ikamet etmektedir (Tablo 4.1.1.).

Tablo 4.1.2. Araştırmaya katılan gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (Haziran - Eylül 2021)

Sosyodemografik özellikler (n=202)	Sayı	%
Yaş, yıl		
≤24	2	1,0
25-29	65	32,2
30-34	76	37,6
35-39	46	22,8
≥40-44	13	6,4
Yaş grupları		
≤28	42	20,8
29-34	100	49,5
≥35	60	29,7
Yaş ortalaması: 32,09±4,34; ortanca: 32±4,34; min-max : 23-45		
Eğitim durumu		
Lise ve altı	31	15,3
Yüksekokul/üniversite ve üstü	171	84,7
Toplam	202	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin bazı sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamaları $32,09 \pm 4,34$ yıl olup yaşları 23 - 45 yaş arasında değişiklik göstermektedir. %32,2'si 25-29 ve %37,6'sı 30-34 yaş aralığında, %29,2'si ise 35 yaş ve üzerindedir. Gebelerin %15,3'ü lise ve altı, %84,7'si ise yüksekokul / üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahiptir (Tablo 4.1.2.). Çalışmaya dahil olan gebelerin tümü evlidir.

Tablo 4.1.3. Araştırmaya katılan gebelerin sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

Sigara ve alkol kullanma durumu	Sayı	%
Sigara kullanma durumu (n=202)		
Hayır	189	93,6
Evet	13	6,4
Sigara kullanma sıklığı (n=13)		
Günde 1 - 5 adet	8	61,5
Günde 6 - 10 adet	4	30,8
Günde 11 - 15 adet	-	-
Günde 16 adet ve üzeri	1	7,7
Alkol kullanma (n=202)		
Hayır	197	97,5
Evet	5	2,5
Alkol kullanma sıklığı		
Ayda bir	1	20,0
Çok nadir (sosyal içici)	4	80,0

Araştırmaya katılan gebelerin sigara ve alkol kullanma durumları incelendiğinde 13'ünün (%6,4) sigara kullandığı belirlenmiştir. Sigara kullananların 8'i günde 1-5 adet sigara kullandığını, bir kişi ise günde 16 adet ve üzerinde sigara kullandığını bildirmiştir. Gebelerin 5'i gebelikleri sürecinde alkol kullanmıştır. Alkol kullananların 4'ü sosyal içici olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.1.3.).

Tablo 4.1.4. Araştırmaya katılan gebelerin ilk evlilik yaşı ve evlilik sürelerinin dağılımı (Haziran - Eylül 2021)

İlk evlilik yaşı ve evlilik süreleri	Sayı	%
İlk Evlilik yaşı (n=202)		
≤18	5*	2,5
19-24	26	12,9
25-29	108	53,4
30-34	43	21,3
35-39	16	7,9
≥40	4	2,0
Ortalama: 27,06±4,52; Ortanca: 26,0±4,52; Min-Max: 17-45		
Evlilik süresi (yıl) (n=202)		
<1	6	3,0
1-4	132	65,3
5-9	48	23,8
≥10	16	7,9
Ortalama: 4,76±3,43; Ortanca: 4,0±3,43; Min-Max: 2 ay-19 yıl		
Toplam	202	100,0

* Gebelerin biri 17, dördü 18 yaşında evlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin ilk evlilik yaşı ve evlilik süreleri incelendiğinde; ilk evlilik yaşı ortalaması 27,06±4,52 olup minimum ve maksimum ilk evlilik yaşları 17 - 45 arasında değişiklik göstermektedir. Beşi 18 yaş ve öncesinde, yarısından çoğu ise (%53,4) 25-29 yaş aralığında evlenmiştir. Evlilik süreleri ortalama 4,76±3,43 olmakla birlikte 2 ay ile 19 yıl arasında değişiklik göstermektedir. Gebelerin %65,3'ünün evlilik süreleri 1 - 4 yıl aralığındadır (Tablo 4.1.4.).

Tablo 4.1.5. Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

Sosyo-demografik özellikler (n=202)	Sayı	%
Yaş grupları		
≤24	2	1,0
25-29	31	15,3
30-34	72	35,6
35-39	63	31,2
40-44	29	14,4
≥45	5	2,5
Yaş ortalaması: 34,67±5,12; Ortanca: 34,0±5,12; Min-Max: 23-53		
Eğitim durumu		
İlköğretim	1	0,5
Ortaöğretim	5	2,5
Lise	34	16,8
Yüksekokul/üniversite ve üstü	162	80,2
Toplam	202	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin bazı sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamaları $34,67 \pm 5,12$ yıl olup yaşları 23 ile 53 yaş arasında değişiklik göstermektedir. İki gebenin eşleri 24 yaş ve altında iken, eşlerin %35,6'sı 30-34 yaş aralığındadır. Eşlerden biri ilköğretim, %80,2'si ise yüksekokul / üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahiptir (Tablo 4.1.5.).

Tablo 4.1.6. Araştırmaya katılan gebelerin eşleriyle olan akrabalık durumlarının ve aile tiplerinin dağılımı (Haziran - Eylül 2021)

Eşle akrabalık durumu ve aile tipleri (n=202)	Sayı	%
Eşle akrabalık durumu		
Var	5	2,5
Yok	197	97,5
Aile tipi		
Geniş aile	8	4,0
Çekirdek aile	194	96,0
Toplam	202	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin eşleriyle olan akrabalık durumları ve aile tipleri incelendiğinde; 5'i eşi ile akraba ve %96,0'sı çekirdek aile yapısına sahiptir (Tablo 4.1.6.).

Tablo 4.1.7. Araştırmaya katılan gebelerin ve eşlerinin mesleki durumları ve haneye giren aylık gelirlerinin dağılımı (Haziran - Eylül 2021)

Meslek ve gelir ile ilgili özellikler (n=202)	Sayı	%
Gebelerin çalışma durumu		
İşçi	4	2,0
Serbest meslek	9	4,5
İşsiz	12	5,9
Ev hanımı	36	17,8
Özel sektör	69	34,2
Memur / Kamu sektörü	72	35,6
Eşlerinin çalışma durumu		
İşçi	11	5,4
Serbest meslek	22	10,9
Memur / kamu sektörü	84	41,6
Özel sektör	85	42,1
Haneye giren aylık gelir		
2001 TL - 3500 TL	7	3,5
3501 - 5000 TL	26	12,9
5001 TL ve üzeri	169	83,6
Toplam	202	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin ve eşlerinin mesleki durumları ve haneye giren aylık gelirleri incelendiğinde; gebelerin dördünün işçi, %17,8'inin ev hanımı, %35,6'sının memur olduğu, eşlerinin ise on birinin (%5,4) işçi olduğu ve %42,1'inin ise özel sektörde çalıştığı saptanmıştır. Gebelerin %35,6'ı kamu sektöründe çalışmaktayken eşlerin %42,1'i özel sektörde çalışmaktadır. Ailelerin %3,5'inin hanesine aylık 2001-3500 TL, %83,7'sinin ise aylık 5001 TL ve üzeri gelir girmektedir (Tablo 4.1.7.).

Tablo 4.1.8. Araştırmaya katılan gebelerin bazı gebelik özelliklerinin dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

Gebeliğe ilişkin özellikler	Sayı	%
İlk gebelik yaşı (n=202)		
≤18	4*	2,0
19-24	14	6,9
25-29	72	35,6
30-34	70	34,7
35-39	34	16,8
40-44	7	3,5
≥45	1	0,5
Ortalama: 29,59±4,88; Ortanca: 29,0±4,88; Min-Max: 17-45		
Gebelik sayısı (n=202)		
1	114	56,4
≥2	88	43,6
Canlı doğum sayısı (n=65)		
1	56	86,2
2	9	13,8
Yaşayan çocuk sayısı (n=64)		
1	55	85,9
2	9	14,1

*Gebelerin biri 17, üçü 18 yaşında gebe kalmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin bazı gebelik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; ilk gebelik yaşlarının ortalaması 29,59±4,88 olup yaşları 17-45 arasında değişiklik göstermektedir. Gebelerin dördünün ilk gebelik yaşı 18 yaş ve altındadır. Gebelerden birinin ilk gebelik yaşı 17, üçünün ise 18'dir. Gebelerin %35,6'sının ilk gebelik yaşı 25-29 yaş aralığındadır. Gebelerin %56,4'ünün ilk gebeliği %43,6'sının birden fazla gebeliği olmuştur. Canlı doğum yapmış gebelerin sayısı 65 olmakla birlikte bu gebelerin 56'sının bir, 9'unun ise iki canlı doğumu bulunmaktadır. %85,9'unun halen yaşayan bir çocuğu, %14,1'inin iki çocuğu bulunmaktadır (Tablo 4.1.8.).

Tablo 4.1.9. Araştırmaya katılan gebelerin düşük öykülerinin dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

Gebelerin düşük öyküleri ile ilgili özellikler	Sayı	%
Kendiliğinden düşük yapma (n=202)		
Hayır	171	84,6
1 kere	28	13,9
2 kere	2	1,0
3 kere	1	0,5
İsteyerek düşük yapma (n=202)		
Hayır	190	94,0
1 kere	10	5,0
2 kere	2	1,0

Araştırmaya katılan gebelerin düşük öyküleri incelendiğinde %13,9'u bir defa, biri ise üç defa kendiliğinden düşük yaptığını, %5'i bir defa, %1,0'i ise iki defa isteyerek düşük yaptığını belirtmiştir (Tablo 4.1.9.).

Tablo 4.1.10. Araştırmaya katılan gebelerin son iki gebelikleri arasındaki süre ve gebelik haftasının dağılımı (Haziran - Eylül 2021)

Gebelik ile ilgili özellikler	Sayı	%
Son iki gebelik arası süre (n=88)		
<12 ay	17	19,3
12-24 ay	10	11,4
>24	61	69,3
Gebelik haftası (n=202)		
1.trimester (1-13 hafta)	45	22,3
2.trimester (14-26 hafta)	76	37,6
3.trimester (27-41 hafta)	81	40,1

Araştırmaya katılan gebelerin son iki gebeliklerinin arasındaki süre ve gebelik haftaları incelendiğinde; %69,3'ünün son iki gebeliği arasındaki süre 24 aydan fazla iken %19,3'ünde bu süre 12 ayın altındadır. Gebelerin %22,3'ü birinci trimesterde, %40,1'i ise üçüncü trimesterdedir (Tablo 4.1.10.).

Tablo 4.1.11. Araştırmaya katılan gebelerin riskli gebeliğe sahip olma durumlarının dağılımları (Haziran- Eylül 2021)

Gebelikte risk faktörleri	Sayı	%
Yaş, yıl (n=202)		
≥35 yaş	59	29,2
Son iki gebelik arasındaki süre (n=88)		
< 12 ay	17	19,3
12-24 ay	10	11,4

Araştırmaya katılan gebelerin yaklaşık üçte biri 35 yaş ve üzerinde ve üçte biri de iki yıldan kısa aralıklarla gebe kalmıştır (Tablo 4.1.11.).

Tablo 4.1.12. Araştırmaya katılan gebelerin çocuklarını emzirme durumlarının dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

Emzirme ile ilgili özellikler	Sayı	%
Birinci çocuk emzirme durumu (n=65)		
Hayır	3	4,6
<6	8	12,3
6-12	11	16,9
13-24	36	55,4
>24	7	10,8
İkinci çocuk emzirme durumu (n=9)		
6-12	5	55,6
13-24	4	44,4

Araştırmaya katılan gebelerin çocuklarını emzirme durumları incelendiğinde; bir canlı doğum yapmış olan gebelerin üçü bebeğini emzirmediğini, %12,3'ü 6 aydan az, %55,4'ü 13-24 ay emzirmiştir. İki canlı doğum yapmış olan gebelerin %55,6'sı 6-12 ay, %44,4'ü ise 13-24 ay boyunca emzirdiğini bildirmiştir. (Tablo 4.1.12.)

Tablo 4.1.13. Araştırmaya katılan gebelerin bazı antropometrik özelliklerinin dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

Antropometrik ölçümler (n=202)	(\bar{x} ±SS)	Ortanca (Alt-Üst)
Boy uzunluğu (cm)	164,5 ± 5,75	164,5 (150,0 - 182,0)
Gebelik öncesi ağırlık (kg)	64,04 ± 10,38	63,0 (45,0 - 110,0)
Güncel ağırlık (kg)	69,44 ± 10,88	68,0 (47,0 - 110,0)
Gebelik öncesi BKİ (kg/m ²)	23,69 ± 3,85	23,16 (15,17 - 41,91)
Güncel BKİ (kg/m ²)	25,68 ± 3,98	24,98 (16,46 - 41,91)

Araştırmaya katılan gebelerin bazı antropometrik özellikleri incelendiğinde boy uzunluğu ortalaması $164,5 \pm 5,75$ cm iken boy uzunlukları 150,0 cm ile 182,0 cm arasında değişiklik göstermektedir. Gebelerin gebelik öncesi ağırlık ortalamaları $64,04 \pm 10,38$ kg ve ağırlıkları 45,0 kg ile 110,0 kg arasında değişmekte; güncel ağırlık ortalamaları ise $69,44 \pm 10,88$ kg olup güncel ağırlıkları 47,0 kg ile 110,0 kg arasında değişmektedir. Gebelik öncesi BKİ değerlerinin ortalamasının $23,69 \pm 3,85$ kg/m² ve güncel BKİ değerlerinin ortalamasının ise $25,68 \pm 3,98$ kg/m² olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.13.).

Tablo 4.1.14. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik öncesi BKİ değerlerinin dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

Gebelik Öncesi BKİ	Sayı	%
Zayıf (<18.5)	7	3,5
Normal (18.5-24.9)	133	65,8
Obezite öncesi (25-29.9)	51	25,2
Obezite sınıfı I (30.0-34.9)	10	5,0
Obezite sınıfı II (35.0-39.9)	-	-
Obezite sınıfı III (≥ 40.0)	1	0,5
Toplam	202	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik öncesi BKİ değerleri incelendiğinde; gebelik öncesi dönemde gebelerin %65,8'inin BKİ değeri normal değer aralığındayken %3,5'inin BKİ değerinin ise zayıf olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.14.).

Tablo 4.1.15. Araştırmaya katılan gebelerin güncel BKİ değerlerinin dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

Güncel BKİ	Sayı	%
Zayıf (<18.5)	2	1,0
Normal (18.5-24.9)	103	51,0
Obezite öncesi (25-29.9)	68	33,7
Obezite sınıfı I (30.0-34.9)	27	13,4
Obezite sınıfı II (35.0-39.9)	1	0,5
Obezite sınıfı III (≥ 40.0)	1	0,5
Toplam	202	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin güncel BKİ değerleri incelendiğinde; %51,0'i normal değer aralığında, %13,4'ü ise obezite sınıfı I değer aralığındadır (Tablo 4.1.15.).

Tablo 4.1.16. Araştırmaya katılan gebelerin doğum öncesi bakım hizmeti alma durumlarının dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

Doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu ile ilgili özellikler	Sayı	%
Doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu (n=202)		
Hayır	7	3,5
Evet	195	96,5
Doğum öncesi bakım hizmeti almaya başlama zamanı (hafta) (n=202)		
1	25	12,4
2	7	3,5
3	6	3,0
4	43	21,3
5	52	25,7
6	37	18,3
≥7	32	15,8
Doğum öncesi bakım alma sayısı (n=195)		
≤3	35	17,9
≥4	160	82,1
Doğum öncesi bakım hizmeti alma sıklığı (n=195)		
Haftada bir	18	9,2
On beş günde bir	53	27,2
Üç haftada bir	23	11,8
Ayda bir	97	49,7
Daha seyrek	4	2,1

Araştırmaya katılan gebelerin doğum öncesi bakım hizmeti alma durumları incelendiğinde; %3,5'i gebe kaldığını öğrendiğinden beri sağlık kontrolüne gitmediğini bildirmiştir. %25,7'si sağlık kontrolüne gitmeye 5. haftada başladığını belirtmiştir. Sağlık kontrolüne giden gebelerin %49,7'si ayda bir, %9,2'si haftada bir kontrole gittiğini belirtirken %2,1'i sağlık kontrolüne daha seyrek gittiğini belirtmiştir (Tablo 4.1.16.).

Tablo 4.1.17. Araştırmaya katılan gebelerin genel sağlık durumlarının dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

Gebelerin genel sağlık durumları	Sayı	%
Sürekli kontrol gerektiren bir sağlık sorunu (n=202)		
Hayır	161	79,7
Evet	41	20,3
Sağlık sorunu türü (n=41)*		
Boşaltım sistemi hastalıkları	1	2,4
Hematolojik hastalıklar	1	2,4
Üreme sistemi hastalıkları	2	4,9
Solunum sistemi hastalıkları	3	7,3
Sinir sistemi hastalıkları	4	9,8
Sindirim sistemi hastalıkları	4	9,8
Kalp damar sistemi hastalıkları	11	26,8
Endokrin sistem hastalıkları	14	34,1
Diğer	9	21,9
Diyet uygulama (n=41)		
Hayır	33	80,5
Evet	8	19,5
Diyet türü (n=8)**		
Az yağlı az kolesterolü	-	-
Zayıflama diyeti	1	12,5
Diyabetik diyet	2	25,0
Az tuzlu / tuzsuz	4	50,0
Diğer	2	25,0

*Bir kişide birden fazla hastalık görülebildiğinden yüzdeler n=41 üzerinden hesaplanmıştır.

** Bir kişi birden fazla diyet uygulayabildiğinden yüzdeler n=41 üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin genel sağlık durumları incelendiğinde; %79,7'si sürekli kontrol gerektiren bir sağlık sorunu bulunmadığını bildirmiştir. Sürekli kontrol gerektiren bir sağlık problemi olduğunu belirten gebelerin %34,1'i endokrin sistem hastalığı olduğunu, %4,9'u üreme sistemi hastalığı olduğunu bildirmiştir. Bu gebelerden %80,5'i hastalığı ile ilgili bir diyet uygulamadığını, %19,5'i ise hastalığı ile ilgili diyet uyguladığını bildirmiştir. Diyet uyguladığını bildiren gebelerin %50'si az tuzlu/tuzsuz diyet uygularken, bu gebelerden yalnızca biri zayıflama diyeti uygulamaktadır (Tablo 4.1.17.).

Tablo 4.1.18. Araştırmaya katılan gebelerin gebeliklerinde ortaya çıkan hastalık durumlarının dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

Genel sağlık durumları ve gebelik kontrolleri	Sayı	%
Gebelik sırasında ortaya çıkan sağlık sorunu (n=202)		
Hayır	173	85,6
Evet	29	14,4
Sağlık sorunu türü (n=29)		
Hipertansiyon	1	3,4
Kabızlık	1	3,4
Sindirim sistemi hastalıkları	1	3,4
Sinir sistemi hastalıkları	2	6,9
Gestasyonel diyabet	4	13,8
Anemi	4	13,8
Endokrin sistem hastalıkları	9	31,1
Diğer*	7	24,2

*amniyon sıvısı azlığı, erken doğum riski, gelişim geriliği riski, gebelik ürtikeri, iyot eksikliği, kan pıhtılaşması, oligohidroamniyoz

Araştırmaya katılan gebelerin gebeliklerinde ortaya çıkan hastalık durumları incelendiğinde; %14,4'ü gebeliği sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığını bildirmiştir. Sağlık sorunu yaşayan gebelerin %31,1'i endokrin sistem hastalıklarına, %13,8'i gestasyonel diyabete, %13,8'i anemiktir (Tablo 4.1.18.).

Tablo 4.1.19. Araştırmaya katılan gebelerin iştah, bulantı, kusma ve vitamin-mineral kullanma durumlarının dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

Beslenme ile ilgili özellikler	Sayı	%
İştah durumu (n=202)		
Arttı	78	38,6
Azaldı	43	21,3
Değişmedi	81	40,1
Bulantı ve kusma varlığı (n=202)		
Hayır	77	38,1
Evet	125	61,9
Takviye vitamin ve mineral kullanımı (n=202)		
Hayır	18	8,9
Evet	184	91,1
Vitamin ve mineral türü (n=184)*		
C vitamini	1	0,5
B12 vitamini	7	3,8
Magnezyum	10	5,4
Folik asit	33	17,9
Demir	35	19,0
Multivitamin	70	38,0
Omega 3	75	40,8
D vitamini	83	45,1

*Bir kişi birden fazla vitamin kullanabildiğinden yüzdeler n=184 üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin iştah, bulantı, kusma ve vitamin-mineral kullanma durumları incelendiğinde %40,1'inin gebelikleri süresince iştahı değişmemişken %21,3'ünün iştahı azalmıştır. %61,9'u gebeliklerinde bulantı ve kusma yaşadığını, %38,1'i ise bulantı ve kusma yaşamadığını belirtmiştir. Gebelerin %91,1'i takviye vitamin ve mineral kullanmaktadır. Takviye vitamin kullananların %45,1'i D vitamini, %40,8'i omega 3, %3,8'i B12 vitamini kullanmakta ve bir kişi ise C vitamini kullanmaktadır (Tablo 4.1.19.).

Tablo 4.1.20. Araştırmaya katılan gebelerin bazı beslenme alışkanlıklarının dağılımları
(Haziran - Eylül 2021)

Beslenme alışkanlıkları ile ilgili özellikler (n=202)	Sayı	%
Ana öğün tüketme sayısı		
1	1	0,5
2	84	41,6
3	117	57,9
Ara öğün tüketme sayısı		
1	45	22,3
2	97	48,0
3	48	23,7
4	7	3,5
5	5	2,5
Öğün atlama (n=202)		
Hayır	101	50,0
Evet	101	50,0
Atlanılan öğün (n=101)		
Sabah	7	6,9
Öğle	68	67,3
Akşam	5	5,0
Ara öğün	21	20,8
Öğün atlama nedeni (n=101)		
İştahı olmadığı için	14	13,9
Bulantı	17	16,8
Alışkanlığı yok	24	23,8
Canı istemediği için	29	28,7
Diğer	17	16,8
Aşerme durumu (n=202)		
Kil / toprak / sıvı alçı	1	0,5
Besin değeri olan gıdalar	92	45,5
Hayır	109	54,0

Araştırmaya katılan gebelerin bazı beslenme alışkanlıkları incelendiğinde %57,9'u günde 3 ana öğün tüketmektedir. %48,0'i günde 2 ara öğün, %2,5'i günde 5 ara öğün tüketmektedir. %50,0'si öğün atlamaktadır. Öğün atlayan gebelerin %67,3'ü öğle öğününü atlamaktadır. Bu gebelerin %28,7'si canı istemediği için, %16,8'i bulantısı olduğu için,

%16,8'i ise diğer sebeplerden oğun atlamaktadır. Gebelerin %54,0'ü gebeliğinde aŗermediđini, %45,5'i besin değeri olan gıdaları aŗerdiđini ve bir kiŗi ise kil/toprak/sıvı alçı vb. ürünleri aŗerdiđini bildirmiŗtir (Tablo 4.1.20.).

4.2. Gebe Beslenmesi İle İlgili Bilgiler

Tablo 4.2.1. Araştırmaya katılan gebelerin Gebe Beslenmesi ile ilgili önermelere verdikleri yanıtların dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

İfadeler	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Gebelik döneminde yiyecek tüketimi kısıtlanmamalıdır.(D)	89	44,1	97	48,0	16	7,9
2. Gebelikte çay/kahve tüketimi sınırlandırılmalıdır.(D)	190	94,0	7	3,5	5	2,5
3. Gebelikte günde en az 3-4 porsiyon et ve et ürünleri tüketilmelidir.(D)	51	25,2	123	60,9	28	13,9
4. Gebelikte annenin beslenmesi bebeğin ağırlığını etkilemez.(Y)*	49	24,2	125	61,9	28	13,9
5. Gebelikte iyotlu tuzun kullanılması hem anne hem de bebeğin sağlığı açısından önemlidir.(D)	141	69,8	15	7,4	46	22,8
6. Gebelik döneminde gebelerin her zaman tükettikleri kadar yemek yemeleri yeterlidir.(Y)*	118	58,4	69	34,2	15	7,4
7. Gebelik öncesi dönemden başlayarak, gebeye folik asit desteği verilmesi ve gebeliğin ilk 3 ayı boyunca da bu desteğin devam ettirilmesi gerekmektedir.(D)	196	97,0	1	0,5	5	2,5
8. Gebelik döneminde D vitamini takviyesi kullanmaya gerek yoktur.(Y)*	6	3,0	172	85,1	24	11,9
9. Gebelik döneminde her türlü balık tüketilebilir.(Y)*	28	13,9	160	79,2	14	6,9
10. Gebelik döneminde sıvı ihtiyacı artmaktadır.(D)	200	99,0	1	0,5	1	0,5
11. Gebelik döneminde zayıflamak için diyet yapılabilir.(Y)*	41	20,3	132	65,3	29	14,4
12. Gebelik döneminde demir takviyesi kullanmak hem anne hem bebeğin sağlığı açısından önem taşır.(D)	174	86,1	4	2,0	24	11,9
13. Gebelik döneminde süt ve süt ürünlerinin tüketimi bebeğin kemik, göz ve dişlerinin gelişimini etkilemez.(Y)*	22	10,9	165	81,7	15	7,4
14. Gebelik döneminde protein ihtiyacı artmaktadır.(D)	178	88,1	4	2,0	20	9,9
15. Gebelik döneminde kalsiyum ihtiyacını karşılayabilmek için günde 2 su bardağı süt içilmelidir.(D)	147	72,8	18	8,9	37	18,3
16. Gebelik döneminde karaciğer tüketmenin gebe ve bebeğin sağlığı için bir zararı yoktur.(Y)*	20	9,9	88	43,6	94	46,5
17. Gebelik döneminde sigara kullanmak; erken doğum, düşük ve gebelik zehirlenmesi gibi birçok sağlık probleminin riskini arttırmaktadır.(D)	192	95,0	5	2,5	5	2,5
18. Gebelik döneminde alkol kullanmakta bir sakınca yoktur.(Y)*	3	1,5	195	96,5	4	2,0
19. Gebelik döneminde günde iki fincandan fazla kahve vb. kafeinli içeceklerin tüketiminden kaçınılmalıdır.(D)	191	94,5	5	2,5	6	3,0
20. Gebelik döneminde asitli içeceklerden (kola vb.) kaçınılmalıdır.(D)	195	96,5	5	2,5	2	1,0
21. Gebelik döneminde az ama sık beslenerek bulantı ve mide yanması gibi sorunların önüne geçilebilir.(D)	183	90,6	5	2,5	14	6,9

Puan ortalaması: 16,01±2,37; **Ortanca:** 16,0; **Min-Max değer:** 8-21

*İşaretili maddeler ters puanlanmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin gebe beslenmesiyle ilgili önermelere verdikleri yanıtlar incelendiğinde; "Gebelik döneminde yiyecek tüketimi kısıtlanmamalıdır" ifadesini %44,1'i doğru, yanıtlamıştır. "Gebelikte çay/kahve tüketimi sınırlandırılmalıdır" ifadesini %94'ü doğru yanıtlamıştır. "Gebelikte günde en az 3-4 porsiyon et ve et ürünleri tüketilmelidir" ifadesini %25,2'si doğru, yanıtlamıştır. "Gebelikte annenin beslenmesi bebeğin ağırlığını etkilemez" ifadesini %61,9'u doğru, yanıtlamıştır. Gebelerin %22,8'i "Gebelikte iyotlu tuzun kullanılması hem anne hem de bebeğin sağlığı açısından önemlidir" ifadesinin yanıtını bilmediğini belirtmiştir. "Gebelik döneminde gebelerin her zaman tükettikleri kadar yemek yemeleri yeterlidir" ifadesinin yanlış olduğunu gebelerin %34,2'si bilmiştir. Gebelerin %97'si gebelik öncesi dönemden başlayarak, gebeye folik asit desteği verilmesi ve gebeliğin ilk 3 ayı boyunca da bu desteğin devam ettirilmesi gerektiğini doğru bilmiştir. Gebelerin %85,1'i "Gebelik döneminde D vitamini takviyesi kullanmaya gerek yoktur" ifadesinin yanlış olduğunu bilmiştir. Gebelik döneminde zayıflamak için diyet yapılamayacağını gebelerin sadece %65,3'ü bilmiştir. Gebelik döneminde kalsiyum ihtiyacını karşılayabilmek için günde 2 su bardağı süt içilmelidir" ifadesine %8,9'u yanlış, %18,3'ü ise bilmiyorum yanıtını vermiştir. "Gebelik döneminde karaciğer tüketmenin gebe ve bebeğin sağlığı için bir zararı yoktur" ifadesine %46,5'i bilmiyorum yanıtını vermiştir.

Gebelerin gebe beslenmesi ile ilgili ifadelere verdikleri doğru yanıtların ortalaması $16,01 \pm 2,37$ olarak bulunmuştur. (Tablo 4.2.1.)

Tablo 4.2.2. Araştırmaya katılan gebelerin Gebe Beslenmesi ile ilgili ifadelere verdikleri yanıtlardan aldıkları toplam puanlarının dağılımı (Haziran - Eylül 2021)

Gebe beslenmesi puanı	Sayı	%
0-13 (kötü)	29	14,3
14-18 (orta)	147	72,8
19-21 (iyi)	26	12,9
Toplam	202	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin gebe beslenmesi ile ilgili ifadelere verdikleri yanıtlardan aldıkları toplam puanlar incelendiğinde; %12,9'unun puanının iyi, %14,3'ünün puanının kötü, %72,8'inin puanının ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.2.).

4.3. Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi İle İlgili Bilgiler

Tablo 4.3.1. Araştırmaya katılan gebelerin Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi ile ilgili ifadelere verdikleri yanıtlarının dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

İfadeler	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Bebeklere ilk altı ay yalnızca anne sütü verilmelidir. (D)	193	95,5	4	2,0	5	2,5
2. Altıncı aydan önce bebeğe inek sütü verilmesinde bir sakınca yoktur. (Y)*	4	2,0	168	83,2	30	14,8
3. Peynir tuzsuz bir şekilde sekizinci aydan sonra verilebilir. (D)	106	52,5	4	2,0	92	45,5
4. Bir yaşından önce bebeklerin yemeklerine salça koymakta bir sakınca yoktur. (Y)*	14	6,9	111	55,0	77	38,1
5. Sekiz aylık bir bebeğe bal verilebilir. (Y)*	7	3,5	146	72,3	49	24,2
6. Altıncı aydan sonra bebeklere tüm yumurta verilebilir. (Y)*	24	11,9	104	51,5	74	36,6
7. Bebeklere verilecek ek gıdalara tuz eklenebilir.(Y)*	10	5,0	140	69,3	52	25,7
8. Sadece anne sütü alan bebeklere ekstra su verilmesine gerek yoktur. (D)	142	70,3	37	18,3	23	11,4
9. Bebekler için cam rende kullanılmalıdır. (D)	151	74,7	5	2,5	46	22,8
10. Tamamlayıcı beslenmeye (ek gıdaya) başlarken ilk önce yoğurt veya sebze çorbaları denenmelidir.(D)	160	79,2	11	5,4	31	15,4
11. Bebeğe altıncı aydan sonra çay/bitki çayı verilebilir. (Y)*	18	8,9	115	56,9	69	34,2
12. Tamamlayıcı beslenmeye (ek gıdaya) başlarken alerji ihtimaline karşı bebeğe besinler tek tek denetilmelidir.(D)	182	90,1	3	1,5	17	8,4
13. Az miktarda tüketilen kahve bile anne sütüne geçerek bebekte hiperaktivite ve uykusuzluk gibi sorunlara yol açabilir.(D)	102	50,5	23	11,4	77	38,1
14. Anne sütü bebeği alerjiye karşı korur.(D)	138	68,3	12	5,9	52	25,8
15. Emzirme annenin sağlığını korur.(D)	164	81,2	4	2,0	34	16,8
16. Doğumdan sonraki ilk yarım-bir saatte emzirmeye başlanmalıdır.(D)	158	78,2	3	1,5	41	20,3
17. Altıncı ayda bebeğe havuç, salatalık gibi sert sebzeler çubuk şeklinde kesilerek verilebilir.(Y)*	59	29,2	87	43,1	56	27,7
18. Tamamlayıcı beslenmeye (ek gıdaya) erken başlamak anne sütünün verimini olumsuz etkilemez.(Y)*	68	33,7	66	32,6	68	33,7
19. Tamamlayıcı beslenmeye (ek gıdaya) erken başlamak bebeğin sağlığını olumsuz etkiler.(D)	84	41,6	45	22,3	73	36,1
20. Turunçgillerin suyu bebekte gaza neden olabilir. (D)	90	44,5	5	2,5	107	53,0
21. Turunçgillerin suyu bebeğe 6-9. aylardan sonra verilmelidir.(D)	83	41,1	8	4,0	111	54,9
22. Pekmez 0-1 yaş arası çocuklara verilmemelidir.(Y)*	89	44,1	23	11,4	90	44,5

Puan ortalaması : 13,45±4,37; **Ortanca:** 14,0; **Min-Max değer:** 1-21

*İşaretli maddeler ters puanlanmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin anne sütü ve bebek beslenmesi ile ilgili ifadelerle verdikleri yanıtlar incelendiğinde; "Peynir tuzsuz bir şekilde sekizinci aydan sonra verilebilir" ifadesine %45,5'i; "Bir yaşından önce bebeklerin yemeklerine salça koymakta bir sakınca yoktur" ifadesine %38,1'i; "Sekiz aylık bir bebeğe bal verilebilir" ifadesine ise %24,2'si bilmiyorum yanıtını vermiştir. "Altıncı aydan sonra bebeklere tüm yumurta verilebilir" ifadesinin yanlış olduğunu gebelerin sadece %51,5'i bilmiştir. "Bebeklere verilecek ek gıdalara tuz eklenebilir" ifadesinin yanlış olduğunu gebelerin %69,3'ü bilmiştir buna karşın %25,7'si ise bilmiyorum yanıtını vermiştir. "Bebeğe altıncı aydan sonra çay/bitki çayı verilebilir" ifadesinin yanlış olduğunu gebelerin %56,9'u bilmiştir ancak %34,2'si bilmiyorum yanıtını vermiştir. "Az miktarda tüketilen kahve bile anne sütüne geçerek bebekte hiperaktivite ve uykusuzluk gibi sorunlara yol açabilir" ifadesinin doğru olduğunu gebelerin %50,5'i bilmiştir "Anne sütü bebeği alerjiye karşı korur" ifadesine %25,8'i, "Doğumdan sonraki ilk yarım-bir saatte emzirmeye başlanmalıdır" ifadesine %20,3'ü bilmiyorum yanıtını vermiştir. "Altıncı ayda bebeğe havuç, salatalık gibi sert sebzeler çubuk şeklinde kesilerek verilebilir" ifadesinin yanlış olduğunu gebelerin sadece %43,1'i bilmiştir, %27,7'si ise bilmiyorum yanıtını vermiştir. "Tamamlayıcı beslenmeye (ek gıdaya) erken başlamanın anne sütünün verimini olumsuz etkilemeyeceği ifadesinin yanlış olduğunu gebelerin sadece %32,6'sı bilmiştir. "Tamamlayıcı beslenmeye (ek gıdaya) erken başlamanın bebeğin sağlığını olumsuz etkileyeceğini gebelerin sadece %41,6'sı doğru bilmiştir. "Turunçgillerin suyu bebekte gaza neden olabilir" ifadesine gebelerin %53,0'ü ve "Turunçgillerin suyu bebeğe 6-9. aylardan sonra verilmelidir" ifadesine de %54,9'u bilmiyorum yanıtını vermiştir. "Pekmez 0-1 yaş arası çocuklara verilmemelidir" ifadesinin yanlış olduğunu gebelerin sadece %11,4'ü bilmiştir ve gebelerin %44,1'i bu ifade doğru, %44,5'i ise bilmiyorum yanıtını vermiştir.

Gebelerin anne sütü ve bebek beslenmesi ile ilgili ifadelerle verdikleri doğru yanıtların ortalaması $13,45 \pm 4,37$ olarak bulunmuştur. (Tablo 4.3.1.)

Tablo 4.3.2. Araştırmaya katılan gebelerin Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi ile ilgili ifadelerle verdikleri yanıtlardan aldıkları toplam puanların dağılımı (Haziran - Eylül 2021)

Anne sütü ve bebek beslenmesi puanı	Sayı	%
0-8 (kötü)	27	13,4
9-18 (orta)	151	74,7
19-22 (iyi)	24	11,9
Toplam	202	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin Anne sütü ve bebek beslenmesi ile ilgili ifadelere verdikleri yanıtlardan aldıkları toplam puanlar incelendiğinde; %11,9'unun puanının iyi, %13,4'ünün puanının kötü, %74,7'sinin puanının ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.3.2.).

4.4. IOWA Bebek Beslenmesi Tutum leği

Tablo 4.4.1. Araştırmaya katılan gebelerin Iowa Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeğine vermiş oldukları yanıtların dağılımları (Haziran - Eylül 2021)

İfadeler	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	1. Anne sütünün besleyici faydaları anne sütünü kesinceye kadar sürer.*	6	3,0	32	15,8	31	15,3	81	40,1	52
2. Hazır mama ile beslenme emzirmekten pratiktir.*	105	52,0	57	28,2	13	6,4	25	12,4	2	1,0
3. Emzirme, anne ile bebek arasındaki bağlantıyı artırır.	5	2,5	2	1,0	2	1,0	52	25,7	141	69,8
4. Anne sütünde demir yetersizdir.*	42	20,8	76	37,6	63	31,2	13	6,4	8	4,0
5. Hazır mamalar ile beslenen bebekler anne sütü ile beslenen bebeklere göre daha kiloludur.	17	8,4	37	18,3	64	31,7	66	32,7	18	8,9
6. Anne ev dışında çalışmayı planlıyorsa mama ile beslenme en iyi seçimdir.*	58	28,7	102	50,5	26	12,9	15	7,4	1	0,5
7. Bebeğini mama ile besleyen anneler, anneliğin en büyük zevklerinden birini kayırlar.	15	7,4	33	16,3	25	12,4	83	41,1	46	22,8
8. Anneler, lokanta gibi halka açık yerlerde emzirmemelidir.*	80	39,6	62	30,7	19	9,4	29	14,4	12	5,9
9. Anne sütü ile beslenen bebekler, mama ile beslenen bebeklerden daha sağlıklıdır.	10	5,0	18	8,9	20	9,9	73	36,1	81	40,1
10. Anne sütü ile beslenen bebekler formül mama ile beslenen bebeklerden daha kiloludur.*	18	8,9	73	36,1	91	45,0	16	7,9	4	2,0
11. Eğer bir anne bebeğini anne sütü ile besliyorsa /emziriyorsa babalar kendilerini ihmal edilmiş hissedeler.*	91	45,0	72	35,6	25	12,4	12	5,9	2	1,0
12. Anne sütü bebekler için ideal besindir.	6	3,0	-	-	2	1,0	52	25,7	142	70,3
13. Anne sütü, hazır mamadan daha kolay sindirilir.	7	3,5	4	2,0	37	18,3	66	32,7	88	43,6
14. Mama bebek için anne sütü kadar sağlıklıdır.*	46	22,8	84	41,6	55	27,2	15	7,4	2	1,0
15. Emzirme ile besleme mama ile beslemeden daha rahattır.	4	2,0	12	5,9	42	20,8	73	36,1	71	35,1
16. Anne sütü mamadan daha ucuzdur.	3	1,5	13	6,4	4	2,0	68	33,7	114	56,4
17. Ara sıra alkol alan anne bebeğini anne sütü ile beslememelidir.*	18	8,9	27	13,4	60	29,7	61	30,2	36	17,8

Puan ortalaması: 64,36±6,85; **Ortanca:** 64; **Min-Max değeri:** 42-78

*İşaretleli maddeler ters puanlanmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeğine vermiş oldukları yanıtlar incelendiğinde; "Anne sütünde demir yetersizdir" ifadesine gebelerin %31,2'si, "Hazır mamalar ile beslenen bebekler anne sütü ile beslenen bebeklere göre daha kiloludur" ifadesine %31,7'si, "Anne sütü ile beslenen bebekler formül mama ile beslenen bebeklerden daha kiloludur" ifadesine %45,0'i, "Mama bebek için anne sütü kadar sağlıklıdır" ifadesine %27,2'si, "Emzirme ile besleme mama ile beslemeden daha rahattır" ifadesine %20,8'i kararsızım yanıtını vermiştir. "Ara sıra alkol alan anne bebeğini anne sütü ile beslememelidir" ifadesine %29,7'si kararsızım, %30,2'si katılıyorum, %17,8'i kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin Iowa bebek beslenmesi tutum ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması $64,36 \pm 6,85$ olup 42-78 arasında değişiklik göstermektedir. (Tablo 4.4.1.)

Tablo 4.4.2. Araştırmaya katılan gebelerin IOWA puanlarının sınıflandırılması (Haziran - Eylül 2021)

IOWA puanı	Sayı	%
17-48 (formüle ile beslenmeye yatkın)	5	2,5
49-69 (kararsız)	146	72,3
70-85 (emzirmeye yatkın)	51	25,2
Toplam	202	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin IOWA puanları incelendiğinde; %2,5'inin formüle ile beslenmeye yatkın olduğu, %72,3'ünün kararsız olduğu ve %25,2'sinin ise emzirmeye yatkın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.2.).

4.5. Araştırmaya Katılan Gebelerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Gebe Beslenmesi Bilgi Düzeylerinin, Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi Bilgi Puanlarının ve IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.5.1. Araştırmaya katılan gebelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Gebe Beslenmesi bilgi düzeyleri (Haziran - Eylül 2021)

Değişken	Sayı	Gebe beslenmesi bilgi puanı (%)*		
		Kötü (0-13)	Orta (14-18)	İyi (19-21)
Yaş grubu				
≤28	42	9,5	78,6	11,9
29-34	100	16,0	72,0	12,0
≥35	60	15,0	70,0	15,0
		$\chi^2=1,455$	p=0,835	
Eğitim durumu				
Lise ve altı	31	9,7	83,9	6,4
Yüksekokul ve üzeri	171	15,2	70,8	14,0
		$\chi^2=2,351$	p=0,309	
Gebelik haftası				
1.trimester (1-13 hafta)	46	21,7	71,7	6,6
2.trimester (14-26 hafta)	83	14,5	73,5	12,0
3.trimester (27-41 hafta)	73	9,6	72,6	17,8
		$\chi^2=5,783$	p=0,216	
Gebelik sayısı				
1	114	13,2	69,3	17,5
2 ve daha fazla	88	15,9	77,3	6,8
		$\chi^2=5,135$	p=0,077	

*satur yüzdesi

Araştırmaya katılan gebelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre gebe beslenmesi bilgi puanları incelendiğinde; yaş grubu, eğitim durumu, gebelik haftası ve gebelik sayısı ile gebe beslenmesi bilgi puanları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (p>0,05) (Tablo 4.5.1.).

Tablo 4.5.2. Araştırmaya katılan gebelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi bilgi puanları (Haziran - Eylül 2021)

Değişken	Sayı	Anne sütü ve bebek beslenmesi bilgi puanı (%)*		
		Kötü (0-8)	Orta (9-18)	İyi (19-22)
Yaş grubu				
≤28	42	14,3	78,6	7,1
29-34	100	13,0	72,0	15,0
≥35	60	13,3	76,7	10,0
		$\chi^2=2,04$	$p=0,728$	
Eğitim durumu				
Lise ve altı	31	9,7	83,9	6,4
Yüksekokul ve üzeri	171	14,0	73,1	12,9
		$\chi^2=1,689$	$p=0,430$	
Gebelik haftası				
1.trimester (1-13 hafta)	46	19,6	60,8	19,6
2.trimester (14-26 hafta)	83	15,7	75,9	8,4
3.trimester (27-41 hafta)	73	6,8	82,2	11,0
		$\chi^2=8,879$	$p=0,064$	
Gebelik sayısı				
1	114	21,1	72,8	6,1
2 ve üzeri	88	3,4	77,3	19,3
		$\chi^2=18,958$	$p=0,0007$	

*sadır yüzdesi

Araştırmaya katılan gebelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre anne sütü ve bebek beslenmesi bilgi puanları incelendiğinde; yaş grupları, eğitim durumu ve gebelik haftası ile anne sütü ve bebek beslenmesi bilgi puanları arasında anlamlı bir fark saptanmazken ($p>0,05$), gebelik sayısı ile anne sütü ve bebek beslenmesi bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$); gebelik sayısı 2 ve üzeri olan annelerde anne sütü ve bebek beslenmesi bilgi puanı orta ve iyi olanların oranı gebelik sayısı bir olan annelere göre daha yüksektir (Tablo 4.5.2.).

Tablo 4.5.6. Araştırmaya katılan gebelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği puanları (Haziran - Eylül 2021)

Değişken	Sayı	IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Puanı (%)*		
		70-85 (emzirmeye yatkın)	49-69 (kararsız)	17-48 (formüla ile beslenmeye yatkın)
Yaş grubu				
≤28	42	21,4	73,8	4,8
29-34	100	25,0	75,0	-
≥35	60	28,3	66,7	5,0
		$\chi^2=5,756$	$p=0,218$	
Eğitim durumu				
Lise ve altı	31	9,7	83,9	6,4
Yüksekokul ve üzeri	171	28,1	70,2	1,7
		$\chi^2=6,537$	$p=0,038$	
Gebelik haftası				
1.trimester (1-13 hafta)	46	36,9	60,9	2,2
2.trimester (14-26 hafta)	83	16,9	80,7	2,4
3.trimester (27-41 hafta)	73	27,4	69,9	2,7
		$\chi^2=6,685$	$p=0,153$	
Gebelik sayısı				
1	114	22,8	74,6	2,6
2 ve daha fazla	88	28,4	69,3	2,3
		$\chi^2=0,832$	$p=0,66$	

*sattır yüzdesi

Araştırmaya katılan gebelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Iowa bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları incelendiğinde; yaş grubu, gebelik haftası ve gebelik sayısı ile Iowa bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Eğitim durumu ile Iowa puanları arasında ise anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir ($p<0,05$); lise ve altında eğitim alan grupta kararsız olanların yüzdesi (%83,9) yüksekokul ve üzerinde olanlara göre (%70,2) daha yüksektir (Tablo 4.5.6.).

5. TARTIŞMA

Türkiye nüfusunun %49,9'unu kadınlar oluşturmaktadır (104). Bu nedenle anne ve kadın sağlığı dikkat edilmesi gereken bir konudur. TNSA 2018 verilerine göre 15-49 yaş arası kadınların; %44'ü 15-29 yaş grubunda, %14,5'i 30-34, %41,5'i 35-49 yaş grubunda yer almaktadır (8).

Haziran 2021 - Eylül 2021 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, kadın doğum polikliniğine başvuran 202 gebenin gebe beslenmesi, anne sütü ve bebek beslenmesiyle ilgili bilgi, tutum ve alışkanlıklarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada kadınların %20,8'i 28 yaş ve altı, %49,5'i 29-34 yaş, %29,7'si ise 35 yaş ve üzerinde bulunmaktadır. Gebelerin yaş ortalamaları $32,09 \pm 4,34$ olup yaşları 23-45 arasında değişmektedir (Tablo 4.1.2.).

Konya'da farklı trimesterlerdeki gebelerin beslenme alışkanlıkları ve bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla Atalay'ın yaptığı çalışmada gebelerin %63,7'sinin 19-29 yaş aralığında olduğu, %22,9'unun 30-34, %13,4'ünün ise 35-45 yaş aralığında olduğu gözlemlenmiştir (105).

Akaç'ın gebelerin beslenme bilgileri ve yenidoğan üzerine etkilerini araştırdığı çalışmasında, gebelerin %29'unun 25 yaş ve altında, %60'ının 26-35 yaş aralığında ve %11'inin ise 36 yaş ve üzerinde olduğunu gözlemlenmiştir (106).

TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de kadınların %41'i lise ve üzeri eğitim düzeyine sahipken %58'i ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip veya eğitimsizdir (8). Yurtsal ve Eroğlu yaptıkları çalışmada gebelerin %57,7'sinin lise eğitim düzeyine sahip olduğunu tespit etmişlerdir (107). Akaç, yaptığı çalışmada gebelerin büyük çoğunluğunun (%35) ortaokul mezunu olduğunu gözlemlenmiştir (106). Çiçek, çalışmasında gebelerin %62,9'unun ilkokul-ortaokul mezunu olduğunu tespit etmiştir (108). Benzer şekilde Atalay, yaptığı çalışmada gebelerin çoğunluğunun %34,3 oranla ortaokul mezunu olduğunu gözlemlenmiştir (105).

Bu araştırmada ise bu çalışmalardan farklı olarak gebelerin büyük çoğunluğunun (%84,7) yükseköğretim ve üzeri eğitim seviyesine sahip olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.1.2.). Bunun sebebinin araştırmacının özel bir hastanede yapılmış olmasından ve araştırma popülasyonunun gelir düzeyi yüksek gebelerden oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelik döneminde sigara tüketmek veya sigara dumanına maruz kalmak, fetüsün gelişimini ve doğumu olumsuz etkilemekte, düşük ağırlıklı doğum, erken doğum veya ölü doğum gibi riskli sonuçlara yol açabilmektedir (16). Akaç, yaptığı çalışmada gebelerin hiç alkol kullanmadığını ve %9'unun ise sigara kullandığını (106), Tarhan ve Yılmaz gebelerin %11,9'unun (16), Çiçek, gebelerin %8,5'inin (108), Atalay ise gebelerin %3'ünün (105) sigara kullandığını gözlemlemiştir.

Bu çalışmada sigara içen gebelerin oranı benzer şekilde düşük çıkmıştır. Gebelerin %6,4'ünün gebelikleri süresince sigara kullanmaya devam ettikleri, %2,5'inin ise alkol kullandığı gözlemlenmiştir (Tablo 4.1.3.). Bu oranın düşük olması araştırma grubunun eğitim seviyesinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

TNSA 2018 verilerine göre 25-49 yaş arası kadınların %39'u 20 yaşındayken, %21'i 18 yaşından önce ve %4'ü 15 yaşından önce evlenmiştir. Ortanca ilk evlilik yaşı ise 21,4'tür (8). Benzer olarak Aksu ve Akgün yaptıkları çalışmada gebelerin ilk evlilik yaşı ortalamasını $21,66 \pm 3,43$ (109), Akaç ise $22,82 \pm 3,36$ olarak tespit etmiştir (106). Dibek, Ankara'nın Gölbaşı ilçesinde yaptığı benzer bir çalışmada gebelerin %39,2'sinin ilk evlilik yaşının 20'nin altında olduğunu, %49,1'inin 20-24 yaş aralığında olduğunu ve %11,7'sinin ise 25 yaş ve üzerinde olduğunu gözlemlemiştir (110).

Bu çalışmada ise gebelerin çoğunluğunun (%53,4) ilk evlilik yaşının 25-29 yaş grubunda olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmaya katılan gebelerden biri 17 yaş, dördü 18 yaş olmak üzere toplamda 5 kişinin 18 yaş ve altında evlendiği gözlemlenmiştir. İlk evlilik yaşı ortalaması ise $27,06 \pm 4,52$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.4.). Diğer araştırmaların sonuçlarıyla kıyaslandığında bu çalışmada 18 yaş ve altında evlenen gebe sayısının az olması ve de ilk evlilik yaşı ortalamasının yüksek olmasının araştırma grubunun eğitim seviyesinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Türkiye'de akraba evliliği göreceli olarak yaygın bir durumdur. TNSA 2018 verilerine göre kadınların %24'ünün eşi ile arasında akrabalık bağı bulunmaktadır. Kırdaki yaşayan kadınlar arasında akraba evliliği, kenttekilere göre daha yaygın görülmektedir (8). Akaç, Bursa'da yaptığı çalışmada gebelerin %3'ünün (106), Atalay ise Konya'da yaptığı çalışmada %15,5'inin eşi ile arasında akrabalık durumunun olduğunu gözlemlemiştir (105).

Bu çalışmada ise gebelerin %2,5'inin eşi ile arasında akrabalık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.6.). Bu oranın düşük olmasının sebebi bu çalışmada kırdaki yaşayan gebe oranının az olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Akrabalık durumunun eğitim seviyesi düşük olan kadınlar arasında eğitim seviyesi yüksek olanlardan daha

yaygın olduğu bilinmektedir (8). Bu araştırmada gebelerin eğitim seviyesi yüksek olduğundan akrabalık oranının da düşük olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada gebelerin %96,0'sının çekirdek aile yapısına, %4,0'ünün ise geniş aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.6.). Aksu ve Akgün Bursa'da yaptıkları çalışmada çalışmamızla benzer olarak gebelerin %88,8'inin çekirdek ailede yaşadığını gözlemlemiştir (109). Çiçek, çalışmasında gebelerin %78,6'sının (108), Atalay ise %78,1'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğunu gözlemlemiştir (105).

TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de kadınların %28'i çalışmakta, %64'ü çalışmamaktadır (8). Aksu ve Akgün yaptıkları çalışmada gebelerin %56,3'ünün (109), Yurtsal ve Eroğlu %68,8'inin (107), Akaç %70'inin (106), Atalay ise %84,5'inin (105) gelir getiren bir işte çalışmadığını belirtmiştir.

Bu araştırmada ise bu çalışmalardan farklı olarak gelir getiren bir işte çalışmayan gebelerin oranının %23,7 olduğu, çalışan gebelerin %35,6'sının memur/kamu sektörü alanında, %34,2'sinin özel sektör alanında çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.7.). Araştırmaya katılan gebelerin %83,6'sının hanelerine giren ortalama aylık gelir düzeyinin 5001 TL ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.7.). Gelir getiren bir işte çalışmayan gebelerin oranı düşükken, haneye giren ortalama gelir seviyesinin yüksek olmasının sebebinin araştırmanın özel bir hastanede yürütülmesinden ve araştırma grubunun eğitim seviyesinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

TNSA 2018 verilerine göre, ilk doğumda ortanca anne yaşının 23,3 olduğu görülmektedir (8). Bu araştırmada ise ilk gebelik yaşı ortanca değeri $29,0 \pm 4,88$ olarak hesaplanmıştır. Akaç yaptığı çalışmada gebelerin %46'sının ilk gebeliklerinin 21-25 yaşları arasında olduğunu (106), buna benzer olarak Atalay da gebelerin %47,8'inin ilk gebelik yaşının 20-24 yaş grubunda olduğunu gözlemlemiştir (105). Dibek yaptığı çalışmada gebelerin %29,3'ünün ilk gebelik yaşının 20'nin altında olduğunu, %52,4'ünün 20-24 yaş aralığında, %18,3'ünün ise 25 yaş ve üzerinde olduğunu gözlemlemiştir (110).

Bu araştırmada gebelerin %35,6'sının ilk gebelik yaşının 25-29 yaş aralığında, %34,7'sinin ise 30-34 yaş aralığında olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmaya dahil edilen gebelerden biri ilk gebeliğini 17 yaşında, üçü ise 18 yaşında yaşamıştır (Tablo 4.1.8.). Bu araştırmanın popülasyonu eğitim seviyesi yüksek ve çoğunlukla kentsel bölgelerde yaşayan kadınlardan oluştuğundan ve ilk evlilik yaşı da diğer çalışmalara göre göreceli olarak yüksek olduğundan dolayı erken yaşta ilk gebeliğini yaşayan kadınların oranı düşük bulunmuştur.

Kendiliğinden düşükler ve ölü doğumlar tamamen tıbbi durumlardır. Fakat buna rağmen anne sağlığı düşünüldüğünde; ileride çocuk sahibi olma ihtimalini azaltması, anne ölümü ve perinatal ölümü arttırması sebebiyle kadınların sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek bir faktördür. Aile planlaması hizmetlerinin yaygınlığının ve ulaşılabilirliğinin az olması veya olmaması gibi durumlarda veya gebeliği önleyici yöntemlerin başarısız olması durumunda isteyerek düşük oranları artış gösterebilmektedir (8).

Dünyada 2010-2014 yılları arasında ortalama 56 milyon kadın istenmeyen gebelikler sonucunda kürtaj yaptırdığını belirtmiştir (111). Türkiye’de kadınların %22’si en az bir kez kendiliğinden düşük yaparken, %15’i en az bir kez isteyerek düşük yapmıştır (8). Bu araştırmada gebelerin %15,3’ü en az bir kez kendiliğinden, %5,9’u ise en az bir kez isteyerek düşük yaptığını belirtmiştir (Tablo 4.1.9.).

Vücuttaki besin ögesi yedekleri kullanıldığı ve bir önceki doğumda dokular yenilenmediği için annenin sık doğum yapması hem fetüs hem de anne sağlığı açısından tehlikeli bir durumdur. Bu sebeple bir sonraki gebelik için normal aralık 2-3 yıl olarak verilirken, annenin yetersiz beslenmesi durumunda bu süre daha da uzamaktadır (110). TNSA 2018 verilerine göre, Türkiye’de ortalama doğum aralığı 3,5 yıldan fazla iken, doğumların %21’inin bir önceki doğum ile arasında 24 aydan az bir süre sonra bulunmaktadır (8). Atalay yaptığı çalışmada gebelerin %51,7’sinin son iki gebeliği arasında 2 yıldan fazla süre bulunmaktayken, %24,9’unda ise bu süre 2 yıldan daha az bir süre bulunduğunu gözlemlemiştir (105). Dibek yaptığı çalışmada gebelerin %10,8’inin son iki gebeliği arasındaki sürenin 1 yıldan azken, %23,5’inde bu sürenin 1-2 yıl, %37,4’ünde 3-4 yıl, %28,3’ünde ise 4 yıl ve üzeri olduğunu gözlemlemiştir (110). Bu araştırmada gebelerin %69,3’ünün son iki gebeliği arasındaki süre 2 yıl ve üzerindeyken, %30,7’sinde bu sürenin 2 yıldan daha kısa olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.1.10.).

Gebelerin 35 yaş ve üzerinde olması ve son iki gebeliği arasındaki sürenin 2 yıldan az olması gebenin riskli bir gebeliğe sahip olduğunu göstermektedir. Atalay yaptığı çalışmada gebelerin %13,4’ünün 35 yaş ve üzerinde, %24,9’unun son iki gebeliği arasındaki sürenin ise 2 yıldan az olduğunu gözlemlemiştir (105). Bu araştırmada ise gebelerin yaklaşık üçte birinin (%29,2) 35 yaş ve üzerinde olduğu ve yaklaşık üçte birinin (%30,7) de son iki gebeliği arasında 2 yıldan az süre olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.1.11).

Çocuğun normal gelişimi için emzirme süresi ve yoğunluğu kadar, ek gıdaya başlama dönemi de oldukça önemlidir (8). Yenidoğan için en uygun besin maddesi anne

sütüdür. DSÖ bebeklerin ilk 6 ay boyunca yalnızca anne sütü almalarını ve altıncı aydan sonra ek gıdalarla birlikte emzirmenin iki yaşına kadar devam ettirilmesini önermektedir (108). TNSA 2018 verilerine göre, 0-6 ay arası çocukların %41'i sadece anne sütü ile beslenmektedir. Ortanca emzirme süresi ise 16,7 aydır (8). Çiçek yaptığı çalışmada gebelerin %57,4'ünün bir önceki çocuklarını 13-24 ay süre ile emzirdiğini gözlemlemiştir (108). Bu araştırmada gebelerin %4,6'sının ilk çocuğunu emzirmediği belirlenmiştir. Emzirenlerin ise %58,1'i 13-24 ay süreyle bebeklerini emzirdiğini belirtmiştir. Bebeğini 6 aydan az emzirdiğini söyleyen gebelerin oranı %12,9'dur (Tablo4.1.12.). Araştırma popülasyonundaki gebelerin eğitim seviyesi, bebek beslenmesi bilgi puanları ve IOWA bebek beslenmesi tutum ölçeği puanlarına bakıldığında emzirme oranının yüksek olması beklenen bir durumdur.

Gebenin düşük BKİ değerine sahip olması; intrauterin büyüme yetersiliği, anemi ve preterm doğum gibi olumsuzluklara yol açarken, yüksek BKİ ise infertilite, hipertansiyon, GDM, preeklampsi, makrozomi ve sezaryen doğum gibi durumlara yol açabilmektedir (112). Obez kadınlarda obez olmayanlara göre makrozomik bebek dünyaya getirme oranının iki kat daha fazla olduğu bilinmektedir (46). TNSA 2018 verilerine göre, kadınların BKİ ortalaması 27,3 kg/m²'dir (8). Akaç yaptığı çalışmada gebelerin gebelik öncesi BKİ değerlerinin ortalama 25,23±4,43 kg/m² olduğunu, gebelik sırasında BKİ değerlerinin ise ortalama 28,7±4,66 kg/m² olduğunu gözlemlemiştir (106). Dibeck, gebelerin büyük bir çoğunluğunun (%39,5) BKİ değerinin hafif şişman kategorisinde olduğunu ve bunu %39 oranla normal olanların takip ettiğini gözlemlemiştir (110).

Bu araştırmada bu çalışmalara benzer olarak gebelerin gebelik öncesi BKİ ortalaması 23,69±3,85 kg/m² iken, güncel BKİ ortalamalarının 25,68±3,98 kg/m² olduğu gözlemlenmiştir. (Tablo 4.1.13.) Beklenildiği gibi gebelik süresince yaşanan kilo alımı sonucunda BKİ ortalaması da artış göstermiştir. Gebelerin %51,0'i normal BKİ aralığında bulunmaktadır. (Tablo 4.1.15.) Gebelerin gebe beslenmesi ile ilgili bilgi düzeylerine bakıldığında bilgi düzeyi kötü olan gebelerin oranının oldukça düşük olmasından kaynaklı olarak gebelerin büyük çoğunluğunun bu dönemde sağlıklı beslendiği ve bu nedenle BKİ oranlarının normal aralıkta olduğu düşünülmektedir.

DSÖ 2017 yılında günde yaklaşık 8-10 kadının gebelik ve doğum komplikasyonları sebebiyle yaşamını yitirdiğini belirtmektedir. Bu ölümlerin ise yaklaşık %94'ü düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (107). Sağlık bakanlığının önerilerine göre Türkiye'de tüm gebelerin doğum öncesi en az dört kez izlenmesi gerekmektedir (113). DSÖ ise bundan farklı olarak en az sekiz doğum öncesi bakım alınmasını önermektedir

(22). TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'deki gebelerin %90'ı 4 veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım alırken, %4'ü doğum öncesinde hiç bakım almamıştır (8). Çiçek yaptığı çalışmada gebelerin %98'inin doğum öncesi bakım hizmeti aldığını gözlemlemiştir (108). Atalay çalışmasında gebelerin %75,1'inin ayda bir, %19,9'unun on beş günde bir, %5'inin ise haftada bir gebelik kontrolüne gitmekte olduğunu gözlemlemiştir (105).

Bu araştırmada gebelerin %3,5'i doğum öncesi bakım hizmeti almadığını belirtirken, %96,5'i doğum öncesi bakım hizmeti aldığını belirtmiştir. Doğum öncesi bakım hizmeti almadığını belirten gebeler, gebeliğinin ilk haftalarında olmasından dolayı hastaneye yeni başvuranlardan oluşmaktadır. Doğum öncesi bakım hizmeti aldığını belirten gebelerin %82,1'i 4'ten fazla sayıda bakım hizmeti almıştır. Gebelerin %49,7'si ayda bir bakım hizmeti almaktadır (Tablo 4.1.16.). Doğum öncesi bakım hizmeti alma oranının yüksek olmasının nedeni, araştırma popülasyonunun bir hastanenin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerden oluşmasından ve gebelerin sosyo-ekonomik düzeyleri ile eğitim seviyelerinin yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Gebelik döneminde preeklampsi, hiperemesis gravidarum, anemi, konstipasyon, pika ve GDM sık karşılaşılan sağlık problemleri arasındadır (105). Akaç yaptığı çalışmada gebelerin %92'sinin (106), Atalay %83,6'sının gebeliği süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşamadığını gözlemlemiştir (105). Bu araştırmada benzer olarak gebelerin %85,6'sı gebeliği sırasında herhangi bir sağlık problemi yaşamadığını belirtirken, %14,4'ü ise gebeliği sırasında bir sağlık sorunu ile karşı karşıya kalmıştır. Sağlık sorunu yaşayanların %31,1'i endokrin sistem hastalıklarına sahiptir. %13,8'inde GDM, %13,8'inde anemi görülmektedir (Tablo 4.1.18.). Gebelerin doğum öncesi bakım hizmeti alma oranının yüksek olmasından kaynaklı olarak, gebelik sırasında hastalığa sahip olma oranları da düşük bulunmuştur.

Gebelik döneminde vitamin mineral ihtiyacı da artış göstermektedir (2). Dibek yaptığı çalışmada gebelerin %73,3'ünün (110), Akaç ise %88'inin takviye vitamin ve mineral kullandığını belirtmiştir (106). Bu araştırmada gebelerin %91,1'i takviye vitamin ve mineral kullanmaktadır (Tablo 4.1.19.). Araştırmaya dahil edilen gebeler doktor kontrolüne başvuranlar arasından seçildiğinden, gebelerin vitamin ve mineral kullanma oranı yüksek bulunmuştur.

Gebelik döneminde en sık karşılaşılan yeme bozukluklarından biri, toprak, kil, kömür, kül ve tebeşir gibi besin dışı maddeleri tüketme isteğidir. Bu durum gebede bulantı, kabızlık, riskli gebelik, prematüre doğum gibi sorunlara yol açabilmektedir (60). Atalay çalışmasında gebelerin %8'inin (105), Dibek ise %10,6'sının ise besin dışı madde

tükettiğini belirtmiştir (110). Bu araştırmada gebelerin yalnızca %0,5'i besin dışı madde tüketmek istediğini belirtmiştir (Tablo 4.1.20.). Bu oranın diğer çalışmalardan daha az olmasının takviye vitamin ve mineral desteği alan gebelerin oranının yüksek olmasından dolayı gebelerde vitamin ve mineral eksikliğine rastlanmamasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Akaç çalışmasında gebelerin gebe beslenmesi hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmiş ve %37'sinin bilgi düzeyinin iyi, %2'sinin ise çok kötü olduğunu gözlemlemiştir. Çalışmada gebelerin yaşı, eğitim düzeyi ve çocuk sayısı ile gebe beslenmesi bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (106). Dibek ise gebelerin %46,9'unun bilgi düzeyinin çok iyi, %36,2'sinin iyi, %15,8'inin orta, %1,1'inin ise bilgi düzeyinin kötü olduğunu gözlemlemiştir (110). Bu araştırmada bu çalışmalardan farklı olarak gebelerin %12,9'unun gebe beslenmesi ile ilgili bilgi düzeyinin iyi, %72,8'inin orta ve %14,3'ünün kötü seviyede olduğu gözlemlenmiştir. (Tablo 4.2.2.). Bilgi düzeyi ile gebe yaşı, eğitim durumu, gebelik haftası ve gebelik sayısı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5.1.). Araştırma grubunun büyük çoğunluğunun eğitim düzeyi yüksek gebelerden oluşması sebebiyle istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamadığı düşünülmektedir.

Dibek, çalışmasında gebelerin bebek beslenmesi ile ilgili bilgi düzeylerini incelemiş ve %12,1'inin bilgi düzeyinin orta, %25,6'sının iyi, %62,3'ünün ise çok iyi olduğunu gözlemlemiştir (110). Bu araştırmada gebelerin %11,9'unun anne sütü ve bebek beslenmesi ile ilgili bilgi düzeylerinin iyi, %74,7'sinin orta ve %13,4'ünün ise kötü seviyede olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.3.2.). Gebelik sayısı ile anne sütü ve bebek beslenmesi bilgi seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), gebelik sayısı 2 ve üzerinde olan gebelerin bilgi puanlarının ilk gebeliği olanlardan daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.5.2.). Gebelerin bebek beslenmesi ile ilgili bilgileri daha önceki gebeliklerindeki deneyimlerinden yola çıkarak öğrendiği bu sebeple bilgi düzeylerinin ilk gebeliği olanlara oranla daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Doğan yaptığı çalışmada annelerin IOWA puanlarını değerlendirmiş ve %78,1'inin kararsız, %11,4'ünün emzirmeye yatkın, %10,5'inin ise formüle ile beslenmeye yatkın olduğunu gözlemlemiştir (114). Aydın yaptığı çalışmada annelerin eğitim düzeyi ile Iowa puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu gözlemlemiş ve eğitim seviyesi arttıkça emzirmeye yatkınlığın da arttığı sonucuna ulaşmıştır (115). Twells ve arkadaşları Kanada'da yaptıkları çalışmada gebelerin bebek beslenmesi tutumlarını değerlendirmiş ve araştırmaya dahil olan gebelerin %78,8'inin emzirmeye yatkın,

%17,3'ünün formüla ile beslemeye yatkın ve %3,9'unun ise kararsız olduğunu gözlemlemiştir (116). Duran ve arkadaşları yaptıkları çalışmada gebelerin IOWA puan ortalamasının $61\pm 6,6$ olduğunu ve yaş ve eğitim durumu ile IOWA puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu gözlemlemiştir (117). Topal ve arkadaşları yaptıkları çalışmada IOWA puan ortalamasını $48,11\pm 6,57$ olarak tespit etmiştir (118). Bu araştırmada ise IOWA puan ortalaması $64,36\pm 6,85$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.4.1.). Gebelerin %72,3'ünün emzirme konusunda kararsız olduğu, %25,2'sinin emzirmeye yatkınken, %2,5'inin ise formüla ile beslenmeye yatkın olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.4.2.). Diğer araştırmalarla benzer olarak eğitim durumu ile IOWA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve eğitim seviyesi lise ve altı olanlarda kararsız ve formüla ile beslenmeye yatkın olanların sayısının yüksekokul ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanlardan daha fazla olduğu bunun aksine emzirmeye yatkın olanların sayısının ise yüksekokul ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan gebelerde daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.5.6.). Eğitim seviyesi arttıkça gebelerin emzirmeye daha olumlu yaklaştıkları ve bu araştırmadaki gebelerin eğitim seviyesi yüksek olduğu için bu oranın yüksek çıktığı düşünülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerin gebelikte beslenme, anne sütü ve bebek beslenmesine ilişkin bilgi, tutum ve alışkanlıklarını belirlemek amacıyla yapılmış ve çalışmaya toplam 202 gebe katılmıştır.

Gebelerin %88,6'sı Ankara'da ikamet etmektedir. Yaş ortalaması $32,09 \pm 4,34$ olup 23-45 arasında değişmektedir. %84,7'si yükseköğretim ve üniversite üzeri eğitim seviyesine sahiptir. İlk evlilik yaşı ortalaması $27,06 \pm 4,52$ olup evlilik süreleri ortalama $4,76 \pm 3,43$ yıldır. Gebelerin ilk gebelik yaşı ortalaması $29,59 \pm 4,88$ 'dir. Gebelerden biri 17 yaşında, üçü 18 yaşında gebe kalmıştır. Gebelerin %56,4'ünün ilk gebeliğidir. %40'ı üçüncü trimesterdedir. BKİ ortalamaları $25,68 \pm 3,98 \text{ kg/m}^2$ 'dir.

Doğum öncesi bakım hizmeti alan gebelerin oranı %96,5'tir. Gebeliği süresince sağlık problemi yaşayan gebelerin oranı ise %14,4'tür.

Gebelerin %40,1'i bu dönemde iştahında bir değişim olmadığını, %61,9'u bulantı ve kusma yaşadığını, %91,1'i takviye vitamin ve mineral kullandığını, %50,0'si öğün atladığını ve biri kil/toprak/sıvı alçı gibi besin değeri olmayan maddeleri tüketme isteği olduğunu belirtmiştir.

Gebe beslenmesi ile ilgili bilgi düzeylerine bakıldığında; %14,3'ünün bilgi düzeyinin kötü, %85,7'sinin ise orta ve iyi düzeyde olduğu gözlemlenmiştir. Gebelerin çoğunlukla, gebelik döneminde tüketilmesi gereken et ve et ürünlerinin miktarını, bu dönemde besin ihtiyacının arttığını ve her zaman tükettikleri kadar besin tüketmelerinin yeterli olmayacağını ve karaciğer tüketilmemesi gerektiğini bilmedikleri gözlemlenmiştir. Gebelerin yaş grubu, eğitim durumu, gebelik haftası ve gebelik sayısı ile gebe beslenmesi bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Anne sütü ve bebek beslenmesi ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde; %13,4'ünün bilgi düzeyinin kötü, %86,6'sının ise orta ve iyi düzeyde olduğu gözlemlenmiştir. Gebelerin çoğunun anne sütüne erken başlamanın olumsuz etkileri ile peynir, turunçgiller ve pekmez gibi bazı besinlerin bebeğe verilme zamanı hakkında bilgi eksikliği olduğu gözlemlenmiştir. Gebelik sayısı birden fazla olan annelerde anne sütü ve bebek beslenmesi bilgi puanı orta ve iyi olanların oranı gebelik sayısı bir olan annelere göre daha yüksek bulunmuştur.

Iowa bebek beslenmesi tutum ölçeği sonuçları incelendiğinde; %2,5'inin formüla ile beslenmeye yatkın olduğu, %72,3'ünün kararsız, %25,2'sinin ise emzirmeye yatkın olduğu gözlemlenmiştir. Eğitim durumu lise ve altında olan gebelerde kararsız olanların yüzdesi yüksekokul ve üzerinde olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin çoğunun gebelikte beslenme, anne sütü ve bebek beslenmesi ile ilgili bilgi seviyelerinin orta ve iyi seviyede olduğu gözlemlenmiştir.

Beslenme; anne karnından başlayarak dikkat edilmesi gereken bir faktördür ve anne karnından başlayan bu beslenme sürecinin tüm hayatı etkilediği unutulmamalıdır. Gebelik döneminde yetersiz beslenme hem anne hem de fetüs için bir takım sağlık problemlerine yol açabilmekte ve laktasyon döneminde emzirmeyi de etkileyebilmektedir. Bu nedenle mümkünse gebelik öncesinden başlayarak yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterilmelidir. Bu dönemde yetersiz beslenme sonucunda annede anemi, diş çürükleri ve osteomalasia gibi sağlık problemleri görülebilirken, bebekte ise gelişim geriliği, hipokalsemi, konjenital anomaliler ve hatta bebek ölümlerine yol açabilmektedir.

Bebeğin yeteri kadar anne sütü alamaması bebeğin yeteri kadar gelişmemesine ve erken dönemde ek gıdaya başlanması bebekte ilerleyen dönemlerde obezite ve allerjik hastalık görülme riskinin artmasına yol açmaktadır. Ek gıdaya geç başlamak ise bebekte büyüme geriliğine ve ishalleri hastalık riskinin artmasına sebep olmaktadır.

Öneriler

- Gebenin ve bebeğin doğru bir şekilde ve yeterli beslenebilmesi için gebelerin bu konuda bilgilendirilmesi önem taşımaktadır. Gebelerin var olan bilgi seviyelerini arttırmak ve hem kendileri hem de bebekleri için beslenmelerini düzenleyebilmeleri için beslenme konusunda eğitim verilmesi sağlanabilir.
- İlk 6 ay yalnızca anne sütü verilmesi, ek gıdalara başlama zamanları ve ek gıdaya geçiş dönemi ile ilgili bilgilendirici çalışmalar yapılmalıdır. Bu çalışmalar gebenin kontrole gittiği hastane/aile sağlığı merkezi gibi kurumlarda beslenme uzmanı desteği ile broşür vb. basılı ve görsel yayın organları ile desteklenerek uygulanabilir.
- Gebelerin doğum öncesi bakım hizmeti aldıkları kurumlardaki diyetisyenlere yönlendirilerek bu dönemde uygun ağırlık kazanımı, doğru besin seçimi ve yanlış beslenme uygulamaları hakkında bilgilendirilerek ve kendilerine özgü bir beslenme programı oluşturularak sağlıklı beslenmeleri sağlanmalıdır.

- Bakım hizmeti alınan kurumlarda diyetisyen bulunmaması durumunda bu eğitimin doktor, hemşire ve ebe tarafından verilmesi gerektiğinden, bu sağlık personellerine beslenme uzmanı tarafından eğitim verilmesi sağlanabilir.
- Erişilebilir ve karşılanabilir sağlık hizmetlerinin sunulması, gebe ve bebek sağlığının korunması, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için önem taşımaktadır. Hem Dünyada hem Türkiye’de gebelerin doğru beslenmesini sağlamak ve anne ve bebek ölümlerinin önüne geçmek amacıyla bir çok çalışma yapılmaktadır. Gebelerin bu çalışmalara katılımının sağlanması oldukça önemlidir.
- Gebelerin doğum öncesi bakım hizmeti aldığı kurumlarda beslenme konusunda bilinçlenmelerini sağlayacak eğitimler verilmeli, sadece sağlık sorunu ve/veya kilo problemi olan gebelerin değil tüm gebelerin diyetisyen desteği alması sağlanarak gebelik dönemini daha sağlıklı bir şekilde geçirmeleri sağlanmalıdır.
- Doğum sonrası gebelerin gereken desteği alması sağlanmalı ve tüm gebelere emzirme danışmanlığı verilmelidir. Buna ek olarak annelere emzirmenin, anne ve bebek açısından faydaları anlatılmalı ve anneler emzirme konusunda desteklenmelidir.
- Gebelikte risk faktörleri konusunda gebelerin bilgilendirilmesi sağlanmalı, risk grubunda olan gebelerin düzenli kontrol alması sağlanmalıdır.
- Gebeler anne sütü hakkında bilgilendirilmeli, anne sütünün faydaları, hangi durumlarda verilemeyeceği, mama kullanımı, anne sütünün yetersiz geldiğini gösteren belirtiler, ek gıdaya başlama zamanı ve verilecek ek gıda miktarları gebeye ayrıntılı bir şekilde anlatılarak gerekiyorsa görsel materyallerle (broşür, poster, sunum vb.) desteklenmelidir.
- Doğum sonrası bebeklerin gelişimi düzenli olarak takip edilmelidir.
- Bebekte gelişim geriliği veya fazla kilo artışı gibi durumlar gözlemlenmesi durumunda sebebi araştırılarak önüne geçilmesi sağlanmalıdır.
- Günümüzde sosyal medya kişilerin hayatında önemli bir yere sahiptir. Bu sebeple sosyal medyadaki bilgi kirliliklerinin önüne geçilmesi önem taşımaktadır. Gebeler sosyal medyada veya televizyonda gördükleri yanlış bilgiler ve yönlendirmeler sebebiyle strese girebilmekte ve bu da olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Medyadaki bu bilgi kirliliğini önlemeye yönelik çalışmalar yapılmalı ve uzman kişilerden doğru bilgiler alınması sağlanmalıdır.

- Gebelik döneminde verilecek olan eğitimler ve bakım hizmetleri sayesinde gebenin sorunsuz bir gebelik ve doğum süreci geçirmesi desteklenebilir.
- Düzenli kontroller sayesinde karşılaşılabilecek sağlık problemleri ile erken dönemde başa çıkılması ve bu sayede daha kolay ve daha az maliyetle tedavisi sağlanabilir.
- Doğum sonrasında ise anne sütü teşvik programları ile anneler emzirmeye teşvik edilmelidir. Doğum sonrası alınan bakım hizmetleri sayesinde ise bu süreçte karşılaşılabilecek olan komplikasyonlarla daha kolay başa çıkılabilir.
- Beslenmenin anne karnından başlayarak hayatın sonuna kadar sağlığı etkileyen önemli bir faktör olduğu unutulmamalıdır. Bilgisizliğin yanlış uygulamalar konusundaki en önemli etken olduğu düşünülerek hiçbir çocuğun eğitim hakkı elinden alınmamalı ve eğitim seviyesi yüksek bir toplum olma yolunda çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Özalper B. Gebelikte beslenme. Muş Alparslan Üniversitesi Fen Bilim Derg. 2014;2(2):270–278.
2. Samur G. Gebelik ve emzicilik döneminde beslenme. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı; 2008.
3. Most J, Dervis S, Haman F, Adamo KB, Redman LM. Energy intake requirements in pregnancy. *Nutrients*. 2019;11(8):1-18.
4. Yılmaz G. 0-24 aylık bebeklerin beslenme şekillerinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2019;8(4):343–352.
5. WHO. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization; 2019.
6. WHO. Global health statistics 2014. Ice Press; 2015.
7. WHO. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief. World Health Organization; 2014.
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.2019
9. Yazıcı B. Tamamlayıcı beslenme. *Klin Tıp Pediatri Derg*. 2018; 10(1):7–16.
10. T.C., Milli Eğitim Bakanlığı. Gebelik ve fetüs fizyolojisi. 2012.
11. Demir M. Maternal fizyoloji, Güncel Obstetrik Yaklaşımlar. 2021. 17–34.
12. Sarıyıldız L, Akdağ T. Some haematological and metabolic changes observed in pregnancy. *J Clin Anal Med*. 2016;4(3):245–248.
13. Genç F. Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerde yaşam kalitesi: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*; 2018.
14. Mousa A, Naqash A, Lim S. Macronutrient and micronutrient intake during pregnancy: an overview of recent evidence. *Nutrients*. 2019;11(2):443.
15. Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015 , T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031 , Ankara 2016.

16. Tarhan P, Yılmaz T. Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. HSP. 2016;3(3):140–147.
17. Mustad VA, Huynh DTT, López-Pedrosa JM, Campoy C, Rueda R. The role of dietary carbohydrates in gestational diabetes. *Nutrients*. 2020;12(2):385.
18. Middleton P, Gomersall JC, Gould JF, Shepherd E, Olsen SF, Makrides M. Omega-3 fatty acid addition during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(11).
19. Kabaran S, Ayaz A. Maternal ve fetal sağlık üzerinde B12, folik asit, A, D, E ve C vitaminlerinin etkileri. *Türk Hij ve Deney Biyol Derg*. 2013;70(2):103–112.
20. Parr CL, Magnus MC, Karlstad Ø, Holvik K, Lund-Blix NA, Haugen M, et al. Vitamin A and D intake in pregnancy, infant supplementation, and asthma development: the Norwegian Mother and Child Cohort. *Am J Clin Nutr*. 2018;107(5):789–798.
21. Güler B, Bilgiç D, Okumuş H, Yağcan H. Gebelikte beslenme desteğine ilişkin güncel rehberlerin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg*. 2019;12(2):143–151.
22. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization; 2016.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Gebelere D Vitamini destek programı rehberi. 2011.
24. Heyden EL, Wimalawansa SJ. Vitamin D: Effects on human reproduction, pregnancy, and fetal well-being. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2018;180:41–50.
25. Guideline WHO. Vitamin D supplementation in pregnant women. Geneva World Health Organization. 2012.
26. WHO. Guideline: optimal serum and red blood cell folate concentrations in women of reproductive age for prevention of neural tube defects. 2015;
27. Berti C, Biesalski HK, Gärtner R, Lapillonne A, Pietrzik K, Poston L, et al. Micronutrients in pregnancy: current knowledge and unresolved questions. *Clin Nutr*. 2011;30(6):689–701.
28. Stephenson J, Heslehurst N, Hall J, Schoenaker DAJM, Hutchinson J, Cade JE, et al. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet*. 2018;391(10132):1830–1841.

29. DeRegil LM, PeñaRosas JP, FernándezGaxiola AC, RaycoSolon P. Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane database Syst Rev.* 2015;(12).
30. Kourogrou E, Anagnostis P, Daponte A, Bargiota A. Vitamin B12 insufficiency is associated with increased risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine.* 2019;66(2):149–156.
31. Peppard L, Oh KM, Gallo S, Milligan R. Risk of depression in pregnant women with low-normal serum vitamin B12. *Res Nurs Health.* 2019;42(4):264–272.
32. Ayaz R, Asoglu MR. Neural tube defects in eastern Turkey; Is low folate status or vitamin B12 deficiency or both associated with a high rate of NTDs? *J Matern Neonatal Med.* 2020;33(22):3835–3840.
33. Küçükceran H, Başer DA, Ağadayı E, Alsancak AD, Kahveci R. Ankara ili Akyurt bölgesindeki gebelerde demir eksikliği anemisi prevalansı ve demir eksikliğine sebep olan faktörler. *Konuralp Med J.* 2018;10(1):13–9.
34. Juul SE, Derman RJ, Auerbach M. Perinatal iron deficiency: implications for mothers and infants. *Neonatology.* 2019;115(3):269–274.
35. Schaefer E, Nock D. The impact of preconceptional multiple-micronutrient supplementation on female fertility. *Clin Med Insights Women’s Health.* 2019; 12:1-6.
36. Park S-G, Choi H-N, Yang H-R, Yim J-E. Effects of zinc supplementation on catch-up growth in children with failure to thrive. *Nutr Res Pract.* 2017;11(6):487-491.
37. Tian X, Anthony K, Neuberger T, Diaz FJ. Preconception zinc deficiency disrupts postimplantation fetal and placental development in mice. *Biol Reprod.* 2014;90(4):81–83.
38. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Gebelik ve emzicilikte beslenme. 2014.
39. World Health Organization. Guideline: Calcium supplementation in pregnant women. World Health Organization; 2013.
40. Mohammed H, Marquis GS, Aboud F, Bougma K, Samuel A. Pre-pregnancy iodized salt improved children’s cognitive development in randomized trial in Ethiopia. *Matern Child Nutr.* 2020;16(3):1-10.

41. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Tiroid hastalıkları tanı ve tedavi kılavuzu. 2020.
42. Pieczyńska J, Grajeta H. The role of selenium in human conception and pregnancy. *J trace Elem Med Biol.* 2015;29:31–38.
43. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal.* 2017;5(3):290–299.
44. Özgül S, Taşpınar A. Maternal obezitenin anne ve yenidoğan sağlığına etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg.* 3(3):178–189.
45. Samur G. Obezite ve gebelik. Ankara; 2008.
46. Ata Kk, Şahin Nh. Gebelik öncesi beden kitle indeksinin perinatal ve neonatal sonuçlara etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni.* 2015;46(4):112–117.
47. Schummers L, Hutcheon JA, Bodnar LM, Lieberman E, Himes KP. Risk of adverse pregnancy outcomes by prepregnancy body mass index: a population-based study to inform prepregnancy weight loss counseling. *Obstet Gynecol.* 2015;125(1):133-143.
48. Anemia [Internet]. World Health Organization. Available from: https://www.who.int/health-topics/anaemia#tab=tab_1 (Erişim tarihi: 10.07.2021)
49. McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, De Benoist B. Worldwide prevalence of anaemia, 1993-2005. World Health Organization. 2009.
50. Cantürk Karbancıoğlu F, Songur Dağlı S. Maternal Aneminin Perinatal Sonuçlara Etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Derg.* 2019;16(1):22–26.
51. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA). Ankara; 2019.
52. Cinaz P, Aycan S ve ark. Türkiye’de 6-17 aylık çocuklarda ve annelerinde hemoglobin ferritin d -vitamini düzeyi ve demir eksikliği anemisi durum belirleme. yürütülen programların değerlendirilmesi araştırması. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2011.
53. Goddard WP, Murray I, Long RG, Scott B, Barton R, Salman M, et al. Iron deficiency anaemia. World Health Organization. 2001.
54. Raziye K, Karaçam Z. Gestasyonel diyabet görülme sıklığı ve anne-bebek sağlığı ile ilişkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg.* 2019;9(1):10–18.

55. Zhu Y, Zhang C. Prevalence of gestational diabetes and risk of progression to type 2 diabetes: a global perspective. *Curr Diab Rep.* 2016;16(1):1–11.
56. Chen P, Wang S, Ji J, Ge A, Chen C, Zhu Y, et al. Risk factors and management of gestational diabetes. *Cell Biochem Biophys.* 2015;71(2):689–694.
57. Pérez-Pérez A, Vilariño-García T, Guadix P, Dueñas JL, Sánchez-Margalet V. Leptin and nutrition in gestational diabetes. *Nutrients.* 2020;12(7):1-18.
58. Nerenberg KA, Johnson JA, Leung B, Savu A, Ryan EA, Chik CL, et al. Risks of gestational diabetes and preeclampsia over the last decade in a cohort of Alberta women. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2013;35(11):986–994.
59. Clausen TD, Mathiesen ER, Hansen T, Pedersen O, Jensen DM, Lauenborg J, et al. Overweight and the metabolic syndrome in adult offspring of women with diet-treated gestational diabetes mellitus or type 1 diabetes. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(7):2464–2470.
60. Çelik MN, Samur FG. Gebelik ve yeme davranış bozuklukları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Derg.* 2018;15(3):130–134.
61. Martínez-Olcina M, Rubio-Arias JA, Reche-García C, Leyva-Vela B, Hernández-García M, Hernández-Morante JJ, et al. Eating disorders in pregnant and breastfeeding women: a systematic review. *Medicina (B Aires).* 2020;56(7):1-18.
62. UNICEF. Maternal health [Internet]. 2018. Available from: <https://data.unicef.org/topic/gender/maternal-health-gender/> (Erişim tarihi: 15.07.2021)
63. Bokslag A, van Weissenbruch M, Mol BW, de Groot CJM. Preeclampsia; short and long-term consequences for mother and neonate. *Early Hum Dev.* 2016;102:47–50.
64. Göral V. Gebelik reflüsüne ideal yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji.* 2018;22(2):115-118
65. Bülbül M, Kaplanoğlu M, Yıldırım Ea, Yılmaz B. Hiperemesis gravidarum. *Arşiv Kaynak Tarama Derg.* 2017;26(3):269–296.
66. Matsuo K, Ushioda N, Nagamatsu M, Kimura T. Hyperemesis gravidarum in Eastern Asian population. *Gynecol Obstet Invest.* 2007;64(4):213-216.
67. Outlaw WM, Ibdah JA. Impaired fatty acid oxidation as a cause of liver disease associated with hyperemesis gravidarum. *Med Hypotheses.* 2005;65(6):1150–1153.

68. Paauw JD, Bierling S, Cook CR, Davis AT. Hyperemesis gravidarum and fetal outcome. *J Parenter Enter Nutr.* 2005;29(2):93–96.
69. Odabaş Rk, Taşpınar A. Gebelikte konstipasyon görülme durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg.* 2020;23(2):250–258.
70. Shin GH, Toto EL, Schey R. Pregnancy and postpartum bowel changes: constipation and fecal incontinence. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG.* 2015;110(4):521–529.
71. Body C, Christie JA. Gastrointestinal diseases in pregnancy: nausea, vomiting, hyperemesis gravidarum, gastroesophageal reflux disease, constipation, and diarrhea. *Gastroenterol Clin.* 2016;45(2):267–283.
72. Uysal N, Khorshid L, Eşer İ. Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull.* 2010;9(2):127-132.
73. Türkay Ö, Saka M. Konstipasyon ve diyet. *Güncel Gastroenteroloji.* 2016;20(3):234–9.
74. Baysal A. Gebe ve emzikli kadınların beslenmesi. *Beslenme.* 2014. 453–464.
75. Samur G. Anne sütü. *Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.* 2008;1–21.
76. Giray H. Anne sütü ile beslenme. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2004;13(1):12–15.
77. DiMaggio DM, Cox A, Porto AF. Updates in infant nutrition. *Pediatr Rev.* 2017;38(10):449–462.
78. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. 2001;
79. World Health Organization. Infant and young child feeding [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> (Erişim tarihi: 02.08.2021)
80. UNICEF. Uluslararası çocuk haklarına dair sözleşme. 2004; Türkiye UNICEF
81. Bae YJ, Kratzsch J. Vitamin D and calcium in the human breast milk. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2018;32(1):39–45.
82. Köksal N, Aydoğdu H, Şentürk E, Perçin K, Özkan H. Anne sütünün immünolojik özellikleri. *Güncel Pediatr.* 2005;3(2):74–77.

83. Thai JD, Gregory KE. Bioactive factors in human breast milk attenuate intestinal inflammation during early life. *Nutrients*. 2020;12(2):581.
84. Köksal G, Özel HG. *Bebek beslenmesi*. Ankara/Türkiye. 2008
85. Çan G, Topbaş M. Anne sütünün saklanması. *TSK Koruyucu Hekim Bülteni*. 2007;6(5):375–9.
86. Yalçın Ss. Ek besinlere geçiş dönemi "Weaning" Available from: http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/1999/sayi_2/baslik3.pdf (Erişim tarihi: 03.08.2021)
87. Tokatlı A. Bebeklerde ek besinlere geçiş;“Weaning” dönemi. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg*. 2003;12(4):134–136.
88. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ruh Sağlığı Programları Daire Başkanlığı. *Çocuğun psikososyal gelişimini destekleme programı*. 2015
89. World Health Organization. New global targets to prevent maternal deaths [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/news/item/05-10-2021-new-global-targets-to-prevent-maternal-deaths> (Erişim tarihi: 06.11.2021)
90. World Health Organization. Maternal health [Internet]. Available from: https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1 (Erişim tarihi: 03.08.2021)
91. World Health Organization. Maternal mortality [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>(Erişim tarihi: 03.08.2021)
92. World Health Organization. Congenital anomalies [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies> (Erişim tarihi:03.08.2021)
93. World Health Organization, UNICEF. *Global breastfeeding collective: A call to action*. 2017.
94. World Health Organization. *Global breastfeeding scorecard 2021: protecting breastfeeding through bold national actions during the COVID-19 pandemic and beyond*. World Health Organization; 2021.

95. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Gebelik döneminde beslenme[Internet].2017.Availablefrom:<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/gebelik-doneminde-beslenme.html> (Erişim tarihi: 08.07.2021)
96. Başara BB, Çağlar İS, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, Uzun SB, et al. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 . T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2021.
97. TC Sağlık Bakanlığı. Güvenli annelik katılımcı kitabı. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. 2009.
98. World Health Organization. Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries: practical guide. World Health Organization; 1996.
99. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Anne sütünün teşviki ve bebek dostu sağlık kuruluşları programı [Internet]. 2017. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/anne-sütünun-tesviki-ve-bebek-dostu-saglik-kuruluslari-programi.html>(Erişim tarihi: 01.12.2021)
100. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Doğuma hazırlık eğitici eğitimi [Internet]. 2017. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kadinureme-haberler/doguma-hazirlik-egitici-egitimi-2.html>(Erişim tarihi: 01.12.2021)
101. Gazete TCR. Gebe veya emziren kadınların çalıştırılma şartlarıyla emzirme odaları ve çocuk bakım yurtlarına dair yönetmelik. Eylül. 2013;21(2018):20130816–18.
102. Ekşioğlu A, Yeşil Y, Çeber Turfan E. Bebek beslenmesi tutum ölçeğinin (IOWA) Türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma. 2016;13(3):209–215.
103. World Health Organization. Body mass index - BMI [Internet]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>(Erişim tarihi: 01.07.2021)
104. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle kadın, 2020 [Internet]. 2021. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2020-37221> (Erişim tarihi: 21.11.2021)
105. Atalay Z. Konya il merkezinde 1. 2. ve 3. trimesterlerinde olan gebe kadınların beslenme alışkanlıkları, beslenme durumları ile gebe beslenmesi konusundaki bilgi

- düzelelerinin belirlenmesi. T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı Beslenme Eğitimi Bilim Dalı; 2020.
106. Akaç Eİ. Gebe kadınların beslenme bilgileri, beslenme alışkanlıkları ve yeni doğan üzerine etkileri. Bursa Uludağ Üniversitesi; Yüksek Lisans Tezi, 2021.
 107. Yurtsal Z, Eroğlu V. Gebelerin dünya sağlık örgütü'nün pozitif gebelik deneyimi için tavsiye ettiği rutin doğum öncesi bakımı alma durumlarının değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2020; 29(3):197–206.
 108. Tatar Çiçek GM. Kahramanmaraş il merkezindeki gebe kadınların anne sütü ve bebek beslenmesine ilişkin bilgi, tutum ve davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi, 2009.
 109. Aksu S, Akgün T. Balıkesir il merkezindeki gebe kadınların prenatal bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. E-Balıkesir Sağlık Bilim Derg. 2020;9(3):179–188.
 110. Dibek G. Gebe kadınların, gebe ve çocuk beslenmesi konusundaki bilgileri ve beslenme davranışları. Ankara Üniversitesi; Yüksek Lisans Tezi; 2007.
 111. Şenoğlu A, Çoban A, Karaçam Z. İstenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşüklerin değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Derg. 2019;28(4):300–305.
 112. Kabaran S, Samur G. Maternal obezite ve gebelik. Beslenme ve Diyet Derg. 2010;38(1–2):45–52.
 113. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. 2008
 114. Doğan G. Annelerin bebek beslenmesine yönelik bilgi, tutum davranışları ile postpartum depresyon durumlarının değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi; 2019.
 115. Aydın E. Annelerin demografik özelliklerine göre bebek beslenmesi tutumlarının iowa ölçeğine göre değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; Tıpta Uzmanlık Tezi; 2021.
 116. Twells LK, Midodzi WK, Ludlow V, Murphy-Goodridge J, Burrage L, Gill N, et al. Assessing infant feeding attitudes of expectant women in a provincial population in Canada: validation of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale. J Hum Lact. 2016;32(3):9–18.

117. Duran S, Kaynak S, Karadaş A. The relationship between breastfeeding attitudes and perceived stress levels of Turkish mothers. *Scand J Caring Sci.* 2020;34(2):456–463.
118. Topal S, Yuvaci HU, Erkorkmaz U, Cinar N, Altinkaynak S. The determination of infant feeding attitudes among Turkish mothers using the Iowa Infant Feeding Attitude Scale. *J Pak Med Assoc.* 2017;67(10):1567–1573.

EK 1 : Proje Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 04.05.2021-31552



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Sayı : E-94603339-604.01.02-31552
Konu : Proje Onayı

04.05.2021

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Halk Sağlığı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Betül Oymak tarafından yürütülecek olan KA21/230 nolu "Bazı gebelerin gebelikte beslenme, anne sütü ve bebek beslenmesine ilişkin bilgi, tutum ve alışkanlıklarının belirlenmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanın eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

NOT: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu kullanılmasına gerek yoktur.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2 : Anket Formu

BAZI GEBELERİN GEBELİKTE BESLENME, ANNE SÜTÜ VE BEBEK BESLENMESİNE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE ALIŞKANLIKLARININ BELİRLENMESİ

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmada Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne kayıtlı gebelerin gebelikte beslenme, anne sütü ve bebek beslenmesine ilişkin bilgi, tutum ve alışkanlıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu anket çok fazla zamanınızı almayacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır.

Ankete **adınızı ve soyadınızı ya da kimliğinizi belirten herhangi bir bilgi yazmayınız.** Lütfen her soruya mümkün olduğunca açık ve anlaşılır bir şekilde cevap veriniz. Verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır.

Seçenek işaretlenerek yanıt verilecek sorularda size uygun olan seçeneğin yanındaki rakamı daire içine alınız. Seçenekler arasında yanıtınıza uygun olan yanıt yoksa yanıtınızı “Diğer” seçeneğinin yanındaki boşluğa yazınız. Anketi yanıtlarken herhangi bir yanlış olduğunu düşündüğünüzde, lütfen silmeyiniz, üstünü çiziniz ve sizin için doğru olanı işaretleyiniz.

Bu çalışmaya yapmış olduğunuz katkı için teşekkür ederiz.

Formun doldurulduğu tarih / /

Gebenin halen ikamet il/ilçe:/.....

TANIMLAYICI BİLGİLER

1. Doğum tarihiniz (gün/ay/yıl) :/...../.....

2.Eğitim Durumunuz:

1. Okur yazar değil
2. ilköğretim
3. Ortaöğretim
4. Lise
5. Yüksekokul / Üniversite ve üstü

3. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1. Ev hanımı
- 2.İşsiz

3. İşçi
4. Memur / kamu sektörü
5. Serbest meslek /esnaf
- 6.Özel sektör
7. Diğer.....

4.Medeni Durumunuz:

1. Bekar
2. Evli
3. Ayrı yaşıyor
4. Dul / Boşanmış

5. Kaç senedir evlisiniz? Senedir.

6.Eşinizin doğum tarihi (gün/ay/yıl) :/...../.....

7.Eşinizin eğitim durumu:

1. Okur yazar değil
2. ilköğretim
3. Ortaöğretim
4. Lise
5. Yüksekokul / Üniversite ve üstü

8.Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

1. İşsiz
2. İşçi
3. Memur / kamu sektörü
4. Serbest meslek / esnaf
- 5.Özel sektör
6. Diğer.....

9. Haneye giren aylık gelir ne kadardır?

1. 2000 TL ve altı
2. 2001 - 3500 TL
3. 3501 - 5000 TL
4. 5001 TL ve üzeri

10. Eşle Akrabalık Durumu:

- 1.Var
- 2.Yok

11. Aile tipiniz nedir?

1. Çekirdek aile (anne, baba, çocuk)
2. Geniş aile (anne, baba, çocuk, büyükanne, büyükbaba...)
3. Tek ebeveynli aile (anne veya baba, çocuk)

12. Kaç yaşında evlendiniz?

13. Bu kaçınıcı gebeliğiniz? (düşük dahil): (İlk gebeliğiniz ise 21. Soruya geçiniz)

14. İlk gebelik yaşıınız:

15. Hiç kendiliğinden düşük yaptınız mı?

1. Hayır
2. Evet (..... kez)

16. Hiç isteyerek düşük (kürtaj, çocuk aldırma) yaptırdınız mı?

1. Hayır
2. Evet (..... kez)

17. Kaç canlı doğum yaptınız?

18. Yaşayan çocuğunuz var mı? Var ise sayısını belirtiniz.

19. Yaşayan çocuklarını emzirme durumu?

Çocuk sayısı	Hayır	Evet	Emzirme süresi (ay)
Birinci			
İkinci			
Üçüncü			
Dördüncü			

20. Son iki gebeliğiniz arasındaki süre: ay
21. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız? Belirtiniz..... haftası
22. Gebelik öncesi ağırlığınız nedir? Belirtiniz (kg)
23. Şuan ki ağırlığınız nedir? Belirtiniz (kg)
24. Boyunuz kaç cm? Belirtiniz (cm)
25. Gebe kaldığınızı öğrendiğinizden beri sağlık kontrolüne gittiniz mi?
1. Hayır 2. Evet (..... kere)
26. Sağlık kontrolüne gitmeye kaçınıcı haftadan itibaren başladınız?
27. Sağlık kontrolüne ne sıklıkla gidiyorsunuz?
1. Haftada bir 2. On beş günde bir 3. Üç haftada bir 4. Ayda bir 5. Daha seyrek
28. Sürekli ilaç kullanmanızı ve kontrol muayenesine gitmenizi gerektiren bir hastalığınız var mı?
(Cevabınız hayır ise 31. Soruya geçiniz.)
1. Hayır 2. Evet (Hastalığınızın adını belirtiniz:))
29. (28.Soruya cevabınız) evet ise hastalığınızla ilgili herhangi bir diyet uyguluyor musunuz?
1. Hayır 2. Evet
30. (29.Soruya cevabınız) evet ise ne tür diyet uyguluyorsunuz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)
1. Az tuzlu/tuzsuz
2. Az yağlı az kolesterollü
3. Diyabetik diyet
4. Zayıflama Diyeti
5. Diğer
31. Şu anki gebeliğiniz sırasında herhangi bir sağlık sorunuz var mı?
1. Hayır 2. Evet

32. (31.Soruya cevabınız) evet ise aşağıdaki sağlık sorunlarından uygun olanları işaretleyiniz (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

1. Tansiyon yüksekliği (Hipertansiyon)
2. Preeklampsi
3. Eklampsi
4. Gestasyonel diyabet
5. Anemi
6. Diğer:.....

33. Gebelik süresince iştahınızda bir değişme oldu mu?

1. Arttı
2. Azaldı
3. Değişmedi

34. Gebelik boyunca bulantı ve kusmanız oldu mu?

1. Hayır
2. Evet

35. Takviye vitamin kullanıyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet (hangi vitaminler belirtiniz:

36. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet (..... senedir (belirtiniz))

37. Eğer kullanıyorsanız ne sıklıkla?

1. Günde 1 - 5 adet
2. Günde 6 - 10 adet
3. Günde 11 - 15 adet
4. Günde 16 adet ve üzeri

38. Gebeliğiniz süresince alkol kullandınız mı?

1. Hayır
2. Evet

39. Eğer kullandıysanız ne sıklıkla?

1. Her gün
2. Haftada bir
3. Ayda bir
4. Çok nadir (sosyal içici)

40. Genellikle günde kaç öğün tüketirsiniz:

Ana öğün: _____ kez,

Ara öğün: _____ kez

41. Öğün atlar mısınız? (Cevabınız hayır ise 44. Soruya geçiniz.)

1.Hayır 2.Evet

42. (41. soruya cevabınız) evet ise en çok hangi öğünü atlarsınız?.....

43.Öğün atlama nedeniniz nedir?

1.Bulantı

2.İştahım olmadığı için

3.Canım istemediği için

4.Alışkanlığım yok

5. Diğer.....

44. Gebeliğiniz sırasında hiç aşerdiniz mi?

1.Hayır

2.kil/toprak/sıvı alçı

3.besin değeri olan gıdalar

GEBE BESLENMESİYLE İLGİLİ BİLGİLER

	DOĞRU (1)	YANLIŞ (2)	BİLMİYORUM (3)
1. Gebelik döneminde yiyecek tüketimi kısıtlanmamalıdır.			
2. Gebelikte çay/kahve tüketimi sınırlandırılmalıdır.			
3. Gebelikte günde en az 3-4 porsiyon et ve et ürünleri tüketilmelidir.			
4. Gebelikte annenin beslenmesi bebeğin ağırlığını etkilemez.			
5. Gebelikte iyotlu tuzun kullanılması hem anne hem de bebeğin sağlığı açısından önemlidir.			
6. Gebelik döneminde gebelerin her zaman tükettikleri kadar yemek yemeleri yeterlidir.			
7. Gebelik öncesi dönemden başlayarak, gebeye folik asit desteği verilmesi ve gebeliğin ilk 3 ayı boyunca da bu desteğin devam ettirilmesi gerekmektedir.			
8. Gebelik döneminde D vitamini takviyesi kullanmaya gerek yoktur.			
9. Gebelik döneminde her türlü balık tüketilebilir.			
10. Gebelik döneminde sıvı ihtiyacı artmaktadır.			
11. Gebelik döneminde zayıflamak için diyet yapılabilir.			
12. Gebelik döneminde demir takviyesi kullanmak hem anne hem bebeğin sağlığı açısından önem taşır.			
13. Gebelik döneminde süt ve süt ürünlerinin tüketimi bebeğin kemik, göz ve dişlerinin gelişimini etkilemez.			
14. Gebelik döneminde protein ihtiyacı artmaktadır.			
15. Gebelik döneminde kalsiyum ihtiyacını karşılayabilmek için günde 2 su bardağı süt içilmelidir.			
16. Gebelik döneminde karaciğer tüketmenin gebe ve bebeğin sağlığı için bir zararı yoktur.			
17. Gebelik döneminde sigara kullanmak; erken doğum, düşük ve gebelik zehirlenmesi gibi birçok sağlık probleminin riskini arttırmaktadır.			
18. Gebelik döneminde alkol kullanmakta bir sakınca yoktur.			
19. Gebelik döneminde günde iki fincandan fazla kahve vb. kafeinli içeceklerin tüketiminden kaçınılmalıdır.			
20. Gebelik döneminde asitli içeceklerden (kola vb.) kaçınılmalıdır.			
21. Gebelik döneminde az ama sık beslenerek bulantı ve mide yanması gibi sorunların önüne geçilebilir.			

ANNE SÜTÜ VE BEBEK BESLENMESİYLE İLGİLİ BİLGİLER

	DOĞRU (1)	YANLIŞ (2)	BİLMİYORUM (3)
1. Bebeklere ilk altı ay yalnızca anne sütü verilmelidir.			
2. Altıncı aydan önce bebeğe inek sütü verilmesinde bir sakınca yoktur.			
3. Peynir tuzsuz bir şekilde sekizinci aydan sonra verilebilir.			
4. Bir yaşından önce bebeklerin yemeklerine salça koymakta bir sakınca yoktur.			
5. Sekiz aylık bir bebeğe bal verilebilir.			
6. Altıncı aydan sonra bebeklere tüm yumurta verilebilir.			
7. Bebeklere verilecek ek gıdalara tuz eklenebilir.			
8. Sadece anne sütü alan bebeklere ekstra su verilmesine gerek yoktur.			
9. Bebekler için cam rende kullanılmalıdır.			
10. Tamamlayıcı beslenmeye (ek gıdaya) başlarken ilk önce yoğurt veya sebze çorbaları denenmelidir.			
11. Bebeğe altıncı aydan sonra çay/bitki çayı verilebilir.			
12. Tamamlayıcı beslenmeye (ek gıdaya) başlarken alerji ihtimaline karşı bebeğe besinler tek tek denetlenmelidir.			
13. Az miktarda tüketilen kahve bile anne sütüne geçerek bebekte hiperaktivite ve uykusuzluk gibi sorunlara yol açabilir.			
14. Anne sütü bebeği alerjiye karşı korur.			
15. Emzirme annenin sağlığını korur.			
16. Doğumdan sonraki ilk yarım-bir saatte emzirmeye başlanmalıdır.			
17. Altıncı ayda bebeğe havuç, salatalık gibi sert sebzeler çubuk şeklinde kesilerek verilebilir.			
18. Tamamlayıcı beslenmeye (ek gıdaya) erken başlamak anne sütünün verimini olumsuz etkilemez.			
19. Tamamlayıcı beslenmeye (ek gıdaya) erken başlamak bebeğin sağlığını olumsuz etkiler.			
20. Turunçgillerin suyu bebekte gaza neden olabilir.			
21. Turunçgillerin suyu bebeğe 6-9. aylardan sonra verilmelidir.			
22. Pekmez 0-1 yaş arası çocuklara verilmemelidir.			

EK 3 : IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği

BEBEK BESLENMESİ TUTUM ÖLÇEĞİ (IOWA)

	Kesinlikle katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle katılıyorum (5)
1. Anne sütünün besleyici faydaları anne sütünü kesinceye kadar sürer.					
2. Hazır mama ile beslenme emzirmekten pratiktir.					
3. Emzirme, anne ile bebek arasındaki bağlantıyı 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 hissedeler.					
12. Anne sütü bebekler için ideal 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.					