



UNICEF ÇOCUK REFAHI SAĞLIK GÖSTERGELERİNE GÖRE OECD ÜLKELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

COMPARISON OF OECD COUNTRIES BY UNICEF CHILD WELFARE HEALTH INDICATORS

Mehmet GÜNEY¹, Mustafa KAYA²

1. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Öğrencisi, guney.akademik@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0962-5643>
2. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Öğrencisi, mustafa_519@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2005-5370>

Makale Türü Araştırma Makalesi
Article Type ResearchArticle

Başvuru Tarihi/Apply Date
24.11.2022

Yayına Kabul Tarihi/Acceptance Date
26.01.2023

DOI
10.20875/makusobed.1209799

Öz

Bu çalışmanın amacı OECD üye ülkelerinin UNICEF çocuk refahı sağlık göstergelerine göre karşılaştırılmasıdır. 38 üye ülke araştırmaya dâhil edilmiştir. İncelenen ülkelere ait UNICEF Çocuk Refahı Belgesi'nde yer alan göstergeler karşılaştırma değişkenleri olarak kullanılmıştır. Ülkelere ait değişkenlerin ulaşılabilen son yıl verileri kullanılarak MOORA-Oran Yöntemi ile analiz edilmiştir. Tüm değişkenlerin çocuk refahında önem arz etmesi kabul edilmekle birlikte bu çalışmada sıralamanın belirlenmesinde emzirme oranları etkili olmuştur. Çekya, Şili, Slovakya ve Macaristan ilk altı ay sadece anne sütüyle beslenme oranlarında ilk sıralarda yer almaktadır. Bu ülkelerden ilk altı ay sadece anne sütüyle emzirme oranı en düşük olan %43,6 iken bu oranı en yakın takip eden Litvanya'nın ilk altı ay anne sütüyle emzirme oranı %39,8'dir. UNICEF Çocuk Refahı sağlık göstergeleri çerçevesinde OECD ülkelerinin karşılaştırıldığı bu çalışmada beklenenin aksine OECD ülkeleri üzerinde gerçekleştirilen genel sağlık durumu araştırmaları sıralamalarından farklı bir sıralama elde edilmiştir. Bahsedilen çalışmalarda gelir seviyesi yüksek olan ülkeler ilk sıralarda yer alırken bu çalışmada Çekya, Slovakya ve Macaristan ilk sıralarda yer almıştır.

Anahtar Kelimeler: Aşılama, Çocuk Refahı, Emzirme, Ölüm Oranı, Sağlık Göstergeleri.

Abstract

The aim of this study is to compare OECD member countries according to UNICEF child welfare health indicators. 38 member countries were included in the study. Indicators in the UNICEF Child Welfare Document of the countries examined were used as comparison variables. The variables of the countries were analyzed with the MOORA-Ratio Method using the last year data available. Although it is accepted that all variables are important in child welfare, breastfeeding rates were effective in determining the ranking in this study. Czechia, Chile, Slovakia and Hungary are in the first place in terms of exclusive breastfeeding in the first six months. Among these countries, the lowest rate of exclusive breastfeeding in the first six months is 43.6%, while the rate of breastfeeding in the first six months of Lithuania is 39.8%. In this study, in which OECD countries were compared within the framework of UNICEF Child Welfare health indicators, a different ranking was obtained from the general health status surveys conducted on OECD countries, contrary to expectations. In the mentioned studies, while the countries with high-income rank in the first place, in this study, Czechia, Slovakia, and Hungary took the first place.

Keywords: Vaccination, Child Welfare, Breastfeeding, Mortality Rate, Health Indicators.

Bu makaleye atf yapmak için:

Güney, M. ve Kaya, M. (2023). UNICEF çocuk refahı sağlık göstergelerine göre OECD ülkelerinin karşılaştırılması. *MAKU SOBED*, (37), 64-74. <https://doi.org/10.20875/makusobed.1209799>

EXTENDED SUMMARY

Research Problem

The biggest investment in the future is the investment in children. The realization of this has led to the examination of the issue by many parties. The subject, which is examined with different concepts, is examined most comprehensively under the title of child welfare. From this point of view, it is aimed in this study to compare OECD member countries according to UNICEF child welfare health indicators.

Research Questions

What are child welfare indicators? What are the country's child welfare indicators? What indicators influence countries' child welfare rankings? Which countries are the most successful and unsuccessful in terms of child welfare indicators?

Literature Review

The concept of well-being is used as a state of well-being in the international literature. Well-being of children is defined as their ability to take an active role in regulating their own lives through physical, emotional and mental development. The policies implemented affect the welfare of children who cannot invest in themselves like adults. For this reason, it is important to monitor and develop the effects of the policies implemented on child welfare. There are many indicators used to express this well-being. While there are studies in which these indicators are used alone, there are also studies in which they are examined overlappingly. Among the institutions that deal with overlapping, OECD examines child welfare under the headings of health, education and participation. In this study, which compared child welfare according to health indicators, education and participation dimensions were not discussed. It has been seen that the number of countries or the number of variables discussed in the studies in the literature is low and it is thought that this study will contribute to the literature.

Methodology

In this study, it was aimed to compare OECD member countries according to UNICEF child welfare health indicators. 38 OECD countries were included in the research. OECD child welfare health indicators constitute the comparison criteria used in the research. Attention has been paid to the fact that the data on the Countries Examined and the Variables Considered are the most recent data. The data of the study were obtained from the OECD and WHO database. Academic publications and country reports were used for non-coexisting data on variables (for example: breastfeeding). The comparison of the variables of the examined countries was carried out in the Microsoft Office Excel program with the MOORA-Ratio method, which is one of the Multi-Criteria Decision Making Methods.

Results and Conclusion

According to the results obtained in the study, it was seen that, contrary to the literature, developed countries were not in the first place. According to the indicators used in this study, Czechia, Slovakia and Hungary were found to be in the first place. It has been determined that the most important factor affecting this situation is the rate of executive breastfeeding (feeding only with breast milk in the first 6 months). In line with the literature, discontinuation of executive breastfeeding at the end of the first 4 months reduces the rates after 6 months in developed countries. When the nutrition rate is fixed in order to reveal the importance of other indicators, Denmark and Norway are in the first place in the child welfare ratio. The fact that child welfare has a multidimensional structure including economic, political, social and psychological factors shows that multi-criteria evaluations give a healthier result.

1. GİRİŞ

Günümüzde çocuğun yüksek yararı düşünülerek bütüncül bir şekilde ele alınan refah kavramı uluslararası literatürde iyi olma hali olarak kullanılmaktadır. Çocukların iyi olma hali ise fiziksel, duygusal, zihinsel gelişim aracılığıyla kendi hayatlarını düzenlemede aktif rol alabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Beşpınar ve Aybars, 2013). Çocuğun iyilik halinin ülke politikalarında ön planda olması Dünya Sağlık Örgütü'nün çocuk sağlığı noktasındaki öncelikleri arasında yer almaktadır. Bunun için de ölüm oranlarının azaltılması ve hastalıkların önlenmesinin yanı sıra çocukların gelişiminin desteklenmesinin önemi vurgulanmaktadır (WHO, 2014). Diğer OECD ülkelerinde de olduğu gibi ülkemizde çocuğun iyi olma hali gelir, sağlık, eğitim ve sosyal katılım olmak üzere dört boyutta incelenmektedir (UNICEF, 2013). Bu çalışma bundan sonraki bölümlerde sadece sağlık boyutuna odaklanacaktır. Sağlık boyutuna ilişkin farklı göstergeler mevcut olsa da UNICEF raporlarında yer alan OECD kriterlerinden bebek ölüm oranı, düşük doğum ağırlığı oranı, emzirme oranı, aşılama oranı, fiziksel aktivite oranı ve intihar oranı incelenecektir (OECD, 2009). Toplumların genel sağlık düzeylerini belirlemede en önemli göstergelerden biri olarak kabul edilen bebek ölüm oranının sağlık alanındaki gelişmeler ve ekonomik kalkınmalar sonucunda düşmesi beklenmektedir. Ancak sağlık harcamalarının yüksek olduğu bazı ülkelerde Japonya, İzlanda gibi bazı ülkelere göre beklenen yaşam süresinin kısa olması sağlık harcamalarının tek başına bir ön koşul olmadığını göstermektedir (Çevik, 2013). Bu durum temel ihtiyaçların sağlanması düzeyinde ekonomik gelişmelerden sonra daha çok sosyoekonomik göstergelerin ve toplumsal faktörlerin ön plana çıkmasından kaynaklanmaktadır. Belli bir gelir düzeyinden sonra sağlık harcamalarının etkisi giderek azaldıkça gelir dağılımı, eğitim düzeyi gibi faktörlerin etkisi artmaktadır (Filmer ve Pritchett, 1997). Türkiye'ye ait veriler incelendiğinde ise, bebek ölüm oranının AB ve OECD ortalamasının çok altında olduğu görülmektedir. Yenidoğan ve önleyici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve ücretsiz sağlanmasının bu verilerde iyileşmeyi sağlayacağı önerilmektedir (Sayılı vd., 2017). Sağlık temellerinden biri olan ruh sağlığı alanında incelenen intihar göstergesi yoksunluk, eğitim ve depresyonla ilişkili olarak görülmektedir. Bebek ölüm oranı ve düşük doğum ağırlığının aksine intihar oranlarında Türkiye birçok gelişmiş ülkeye nazaran daha düşük bir orana sahiptir. Bunun sebebi olarak temelde kültürel ve inanç faktörleri ön plana çıksa da sebeplerden biri olarak ruh sağlığı alanındaki düşük veri girdisi gösterilmektedir (Çakmak ve Konca, 2019; OECD, 2018). Özellikle genç nüfus için göz ardı edilen bir sağlık kriteri olarak fiziksel aktivite akademik başarı başta olmak üzere çocukların gelişimini bütüncül bir şekilde desteklemesi ve obezitenin önüne geçmesinden dolayı önemli bir faktör olarak ele alınmaktadır (Taras, 2005). OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye Sağlık ve Beslenme araştırmaları sonucunda ülkemizde çocuk ve gençler arasında ortalama %71,9 oranında fiziksel aktivite yapılmadığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Diğer faktörlerden farklı olarak emzirme oranlarına ilişkin çalışmalarda DSÖ'nün ilk 6 ay sadece anne sütü politikası benimsense de özellikle yüksek gelirli ülkelerde farklı yaklaşımlar uygulanmaktadır. En sık görülen görüşlerin başında ek gıdaya geçiş için 4-6 ay arasının uygun olduğu, 17. haftadan sonra ve 27. haftadan önce başlanmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. AB ülkeleri arasında yaygın olan farklı tavsiyeler nedeniyle DSÖ ile uyumsuz farklı istatistikler oluşmaktadır (Bosi vd., 2016). Gelişmiş ülkelerde konulan ulusal hedefler olmasına rağmen emzirme oranı hedeflerin en gerisinde kalınan sağlık göstergesi olarak görülmektedir. Birçok ülkede yenidoğanda her on çocuktan dokuzu sadece anne sütü ile beslenirken altıncı ayda sadece dördte biri anne sütüne devam etmektedir. Bu sebeple özellikle gelişmiş ülkelerde emzirme oranlarına yönelik daha güçlü yöntemlere ve daha kalıcı yaptırımlara ihtiyaç bulunmaktadır (Vaz vd., 2021). Temel sağlık hizmetleri çerçevesinde gittikçe önemi artan koruyucu sağlık hizmetlerinin içinde ise aşılama daha fazla ön plana çıkmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri denildiğinde araştırmalarda ilk sırada aşılamanın çıkması da yaygınlığının ve öneminin bir göstergesidir (İlhan vd., 2006). Tüm bu kriterler göz önünde bulundurulduğunda çocuk refahı için belirlenen sağlık göstergelerinin her birinin ayrı öneme sahip olduğu görülmektedir. Bu çalışmada sağlık kriterleri tek başına değerlendirildiğinde ülkelerin ve ülkemizin durumunu ortaya koymak adına önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üye ülkelerinin UNICEF çocuk refahı sağlık göstergelerine göre karşılaştırılması amaçlanmıştır. OECD'ye üye olan 38 ülke araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırmada incelenen ülkelere ait UNICEF Çocuk Refahı Belgesinde yer alan OECD Göstergeleri "Bebek ölüm oranı, düşük doğum ağırlığı oranı, emzirme oranı (ilk 6 ay sadece anne sütü), aşılama oranı (difteri, tetanoz, boğmaca-kızamık), fiziksel aktivite (okul dışında fiziksel aktivite yapmama, okul dışında yoğun fiziksel aktivite oranı), 15-24 yaş arası intihar oranı değişkenleri kullanılmıştır (UNICEF,

2013). Değişkenler ağırlıklandırılmamış ve her birinin çocuk refahı oluşturmada eşit etkide olduğu varsayılmıştır. Araştırmada kullanılan alternatifler (ülkeler) i ve kriterler (UNICEF Çocuk Refahı Sağlık Göstergeleri) j karakterleri ile ifade edilmiştir. İfade ediliş Avustralya (i1), Avusturya (i2), Belçika (i3), Kanada (i4), Şili (i5), Kolombiya (i6), Kosta Rika (i7), Çekya (i8), Danimarka (i9), Estonya (i10), Finlandiya (i11), Fransa (i12), Almanya (i13), Yunanistan (i14), Macaristan (i15), İzlanda (i16), İrlanda (i17), İsrail (i18), İtalya (i19), Japonya (i20), Güney Kore (i21), Letonya (i22), Litavya (i23), Lüksemburg (i24), Meksika (i25), Hollanda (i26), Yeni Zelanda (i27), Norveç (i28), Polonya (i29), Portekiz (i30), Slovakya (i31), Slovenya (i32), İspanya (i33), İsveç (i34), İsviçre (i35), Türkiye (i36), Birleşik Krallık (i37), Amerika Birleşik Devletleri (i38), bebek ölüm oranı (j1), düşük doğum ağırlığı oranı (j2), 15-24 yaş arası intihar oranı (j3), okul dışında fiziksel aktivite yapmama (j4), okul dışında yoğun fiziksel aktivite oranı (j5), emzirme oranı (j6), aşılama oranı (difteri, tetanoz, boğmaca-kızamık) (j7), aşılama oranı (kızamık) (j8) şeklindedir. Ülkelere ilişkin veriler OECD ve Dünya Sağlık Örgütü veri tabanından elde edilmiştir. Emzirme oranı değişkeni verileri toplu halde sunulmadığı için farklı kaynaklardan derlenmiştir. Ülkelerin emzirme oranı verilerine ilişkin kaynaklar Tablo 1’de belirtilmiş ve kaynakçada kaynak sonuna sıra numarası eklenerek verilmiştir.

İncelenen ülkelere ait değişkenlerin ulaşılabilen son yıl verileri kullanılarak MOORA-Oran Yöntemi ile analiz edilmiştir. “Ayrık alternatiflerle çok amaçlı optimizasyon için önerilen yeni bir yöntem” olarak açıklanan MOORA (Multi-objective Optimization By Ratio Analysis) yöntemi 2006 yılında William Karel M. Brauers ve Edmundas Kazimieras Zavadskas’ın “The MOORA Method And Its Application To Privatization In Transition Economy” isimli çalışmada tanıtılmıştır. Tüm amaçları dikkate alması ve alternatifler ile amaçlar arasındaki tüm etkileşimleri aynı anda göz önünde bulundurabilmesi bu analizi güçlü ve tercih edilir kılmıştır. MOORA yöntemi literatürde MOORA-Oran Yöntemi, MOORA-Referans Noktası Yaklaşımı, MOORA-Önem Katsayısı, MOORA Tam Çarpım Formu, MULTİ-MOORA Yaklaşımı gibi farklı şekillerde kullanılmaktadır (Önay, 2015). Bu çalışmada MOORA-Oran Yöntemi kullanılmıştır.

İlk olarak araştırmada ele alınan alternatiflere ilişkin kriterlerin değerlerinin yer aldığı karşılaştırma matrisi oluşturulur. Araştırmada kullanılan değişkenlere ilişkin verilerin karşılaştırılabilir benzer hale (0 ile 1 arasındaki değerler) dönüştürülmesi için öncelikle normalizasyon işlemi yapılmalıdır. $i=1,2,\dots,m$ alternatif sayısı, $j=1,2,\dots,n$ kriter olmak üzere normalizasyon işlemi eşitlik 1’deki formülle gerçekleştirilir.

$$X_{ij}^* = \frac{1}{\sqrt{\sum_{i=1}^m x^2_{ij}}} \quad (1)$$

Normalizasyon işlemi sonucunda elde edilen X_{ij} , i alternatifinin j kriterine göre normalleştirilmiş değeridir ve 0-1 arasında değer alır. Normalizasyon işlemi sonrası kriterler minimum veya maksimum olmalarına göre belirlenir. Bahsi geçen minimum ve maksimum kavramları kullanılan değişkenleri nitelendirmektedir. Burada amaç değişkenlere ilişkin değerlerin maksimum veya minimum olmasıdır. Örneğin 0-6 ay emzirme oranının yüksek olması istenen bir durumdur. Bu sebeple bu değişkene ilişkin sütundaki değerler analize dahil edilirken maksimum olması istenir. Yani 0-6 ay emzirme oranı en yüksek olan en iyi olan şekilde değerlendirmeye alınır. Sonrasında maksimum veya minimum olması istenen değerler toplanır ve toplanan maksimum kriterlerin değerinden minimum kriterlerin değeri çıkarılır. Bu işlem eşitlik 2’de verilen formülle gerçekleştirilir.

$$Y_i^* = \sum_{j=1}^g x^*_{ij} - \sum_{j=g+1}^n x^*_{ij} \quad (2)$$

Formülde yer alan Y_i^* , i alternatifinin tüm kriterlere göre normalleştirilmiş değeridir. Elde edilen değerlerin sıralanmasıyla işlem sonlandırılır ve elde edilen sıralama karşılaştırılan alternatiflerin başarı sıralamalarını gösterir.

3. BULGULAR

Moora Oran Yöntemi için hazırlanan değişkenlere ilişkin karar matrisi Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. MOORA yöntemi için karar matrisi

Alternatifler	Kriterler							
	Min	Min	Min	Min	Maks	Maks	Maks	Maks
	<i>j1</i>	<i>j2</i>	<i>j3</i>	<i>j4</i>	<i>j5</i>	<i>j6</i>	<i>j7</i>	<i>j8</i>
<i>İ1</i>	3,3	6,5	11,80	6,5	52,5	29,1 ¹	95	95
<i>İ2</i>	2,9	6,4	7,77	6,1	42,7	32,6 ²	82	95
<i>İ3</i>	3,6	6,7	6,83	7,2	45,1	11,8 ²	98	96
<i>İ4</i>	4,5	6,5	11,06	4,8	58,7	25,9 ³	91	90
<i>İ5</i>	7	6,3	7,43	8	41,2	57 ⁴	95	93
<i>İ6</i>	16,8	10	5,68	12,6	39,5	36,1 ⁴	92	93
<i>İ7</i>	7,9	7,5	11,01	10,1	37,2	32,5 ⁴	94	94
<i>İ8</i>	2,7	7,4	8,09	3,3	56,5	73,3 ⁵	96	96
<i>İ9</i>	3,8	4,9	3,97	4	62,7	11 ⁶	97	95
<i>İ10</i>	2,3	4,2	14,64	5,4	55,7	23 ⁷	92	87
<i>İ11</i>	2	4,2	16,05	3,8	54,4	9 ⁷	99	96
<i>İ12</i>	3,8	7,6	4,11	8,8	37	1,5 ⁸	96	90
<i>İ13</i>	3,3	6,6	5,99	3,1	54,5	21,4 ⁹	95	97
<i>İ14</i>	3,5	9,3	2,10	7,9	50,8	24,5 ¹⁰	99	97
<i>İ15</i>	3,5	8,3	6,94	4,7	58,2	43,9 ²	99	99
<i>İ16</i>	2,7	3,8	17,32	5	70	13 ²	91	93
<i>İ17</i>	3	5,7	7,55	5	56,9	15 ¹¹	95	92
<i>İ18</i>	3,1	7,7	3,22	11,8	49,9	20 ¹²	98	98
<i>İ19</i>	2,7	7,4	2,68	6,76	52,3	5,5 ¹³	95	93
<i>İ20</i>	1,9	9,4	12,44	18	46,8	37,4 ¹⁴	99	97
<i>İ21</i>	2,8	6,2	14,28	13,8	36	2,3 ¹⁵	98	98
<i>İ22</i>	4,1	4,4	10,01	3,9	57,6	16,4 ²	96	98
<i>İ23</i>	3	4,9	13,19	4,7	55,7	39,8 ¹⁶	92	92
<i>İ24</i>	3,2	6,3	5,25	7,1	51,1	6 ²	99	99
<i>İ25</i>	12,1	6	7,08	6,2	47,8	30,1 ⁴	88	97
<i>İ26</i>	3,6	5,9	6,37	3,1	53,3	18 ²	93	93
<i>İ27</i>	4,3	6	12,53	6,7	52,3	34,3	93	92
<i>İ28</i>	2,3	4,6	7,74	4,1	62,3	7 ²	96	96
<i>İ29</i>	4	5,7	8,54	3,5	63,8	3,7 ²	95	93
<i>İ30</i>	2,7	8,9	2,93	9,5	44,8	34 ²	99	99
<i>İ31</i>	4,5	7,5	5,67	4,2	55,6	49,3 ²	97	96
<i>İ32</i>	2,1	6,6	7,67	3,6	58,5	0,6 ¹⁷	93	93
<i>İ33</i>	2,7	7,8	2,71	9,5	45,7	28,5 ²	93	97
<i>İ34</i>	2,4	4,5	10,98	5,3	60,2	14 ²	97	97
<i>İ35</i>	3,5	6,4	6,55	3,6	54,2	14 ²	97	95
<i>İ36</i>	9,2	8,1	2,86	11,5	38,2	30,1 ⁴	96	96
<i>İ37</i>	3,9	6,9	4,94	7,4	41,7	1 ¹⁸	94	92
<i>İ38</i>	5,8	8,3	14,40	6,6	61,8	34,7 ⁴	94	92

Kaynak: ¹ Australian Bureau of Statistics (2022), ² Bosi, vd., (2016), ³ Government of Canada (2022), ⁴ The World Bank (2022), ⁵ Vignerová, vd., (2015), ^{6,7} Vaz, vd., (2021), ⁸ Salanave, vd., (2014), ⁹ Kohlhuber, vd., (2008), ¹⁰ Tavoulari, vd., (2016), ¹¹ Health Service Executive (2022), ¹² State of Israel Ministry of Israel (2022) ¹³ Lauria, vd., (2016), ¹⁴ Jakaitė, vd., (2021), ¹⁵ Yeo ve Kim (2022), ¹⁶ Jakaitė, vd. (2021), ¹⁷ Republica Slovenija Ministrstvo Za Zdravje (2022), ¹⁸ National Health Service (2022).

Ülkelere ait ilgili kriterlere ilişkin ham veriler matrise yerleştirilmiş bebek ölüm oranı (j1) en düşük olan ülkelerin Japonya (i20) ve Finlandiya (i11) olduğu görülmüştür. Düşük doğum ağırlığı (j2) oranlarında ise en düşük orana sahip olan ülkeler Estonya (i10) ve Finlandiya (i11)'dir. Aşılama oranı birçok gelişmiş ülkede %99'larda yer alırken ilk 6 ay sadece emzirme oranında (i6) ilk sırada Çekya (j8) bulunmaktadır. Normalizasyon işlemi yapabilmek için hesaplanan her bir alternatifin karelerine, karelerinin toplamlarına, toplamlarının kareköklerine ve elde edilen referans değerlerine ilişkin veriler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Değişkenlere ait normalizasyon öncesi değerler ve referans değerleri

Alternatifler	Kriterler							
	Min	Min	Min	Min	Maks	Maks	Maks	Maks
	<i>j1</i>	<i>j2</i>	<i>j3</i>	<i>j4</i>	<i>j5</i>	<i>j6</i>	<i>j7</i>	<i>j8</i>
<i>i1</i>	10,89	42,25	139,24	42,25	2756,25	846,81	9025,00	9025,00
<i>i2</i>	8,41	40,96	60,37	37,21	1823,29	1062,76	6724,00	9025,00
<i>i3</i>	12,96	44,89	46,65	51,84	2034,01	139,24	9604,00	9216,00
<i>i4</i>	20,25	42,25	122,32	23,04	3445,69	670,81	8281,00	8100,00
<i>i5</i>	49,00	39,69	55,20	64,00	1697,44	3249,00	9025,00	8649,00
<i>i6</i>	282,24	100,00	32,26	158,76	1560,25	1303,21	8464,00	8649,00
<i>i7</i>	62,41	56,25	121,22	102,01	1383,84	1056,25	8836,00	8836,00
<i>i8</i>	7,29	54,76	65,45	10,89	3192,25	5372,89	9216,00	9216,00
<i>i9</i>	14,44	24,01	15,76	16,00	3931,29	121,00	9409,00	9025,00
<i>i10</i>	5,29	17,64	214,33	29,16	3102,49	529,00	8464,00	7569,00
<i>i11</i>	4,00	17,64	257,60	14,44	2959,36	81,00	9801,00	9216,00
<i>i12</i>	14,44	57,76	16,89	77,44	1369,00	2,25	9216,00	8100,00
<i>i13</i>	10,89	43,56	35,88	9,61	2970,25	457,96	9025,00	9409,00
<i>i14</i>	12,25	86,49	4,41	62,41	2580,64	600,25	9801,00	9409,00
<i>i15</i>	12,25	68,89	48,16	22,09	3387,24	1927,21	9801,00	9801,00
<i>i16</i>	7,29	14,44	299,98	25,00	4900,00	169,00	8281,00	8649,00
<i>i17</i>	9,00	32,49	57,00	25,00	3237,61	225,00	9025,00	8464,00
<i>i18</i>	9,61	59,29	10,37	139,24	2490,01	400,00	9604,00	9604,00
<i>i19</i>	7,29	54,76	7,18	45,70	2735,29	30,25	9025,00	8649,00
<i>i20</i>	3,61	88,36	154,75	324,00	2190,24	1398,76	9801,00	9409,00
<i>i21</i>	7,84	38,44	203,92	190,44	1296,00	5,29	9604,00	9604,00
<i>i22</i>	16,81	19,36	100,20	15,21	3317,76	268,96	9216,00	9604,00
<i>i23</i>	9,00	24,01	173,98	22,09	3102,49	1584,04	8464,00	8464,00
<i>i24</i>	10,24	39,69	27,56	50,41	2611,21	36,00	9801,00	9801,00
<i>i25</i>	146,41	36,00	50,13	38,44	2284,84	906,01	7744,00	9409,00
<i>i26</i>	12,96	34,81	40,58	9,61	2840,89	324,00	8649,00	8649,00
<i>i27</i>	18,49	36,00	157,00	44,89	2735,29	1176,49	8649,00	8464,00
<i>i28</i>	5,29	21,16	59,91	16,81	3881,29	49,00	9216,00	9216,00
<i>i29</i>	16,00	32,49	72,93	12,25	4070,44	13,69	9025,00	8649,00
<i>i30</i>	7,29	79,21	8,58	90,25	2007,04	1156,00	9801,00	9801,00
<i>i31</i>	20,25	56,25	32,15	17,64	3091,36	2430,49	9409,00	9216,00
<i>i32</i>	4,41	43,56	58,83	12,96	3422,25	0,36	8649,00	8649,00
<i>i33</i>	7,29	60,84	7,34	90,25	2088,49	812,25	8649,00	9409,00
<i>i34</i>	5,76	20,25	120,56	28,09	3624,04	196,00	9409,00	9409,00
<i>i35</i>	12,25	40,96	42,90	12,96	2937,64	196,00	9409,00	9025,00
<i>i36</i>	84,64	65,61	8,18	132,25	1459,24	906,01	9216,00	9216,00
<i>i37</i>	15,21	47,61	24,40	54,76	1738,89	1,00	8836,00	8464,00
<i>i38</i>	33,64	68,89	207,36	43,56	3819,24	1204,09	8836,00	8464,00

(Tablo 2'nin devamı)

Alternatifler	Kriterler							
	Min	Min	Min	Min	Maks	Maks	Maks	Maks
	<i>j1</i>	<i>j2</i>	<i>j3</i>	<i>j4</i>	<i>j5</i>	<i>j6</i>	<i>j7</i>	<i>j8</i>
Toplam	997,59	1751,52	3161,56	2162,96	104074,84	30908,33	343010,00	341533,00
Toplam Karekök	31,58	41,85	56,23	46,51	322,61	175,81	585,67	584,41
Referans	3,61	14,44	4,41	9,61	4900,00	5372,89	9801,00	9801,00

Normalizasyon işlemine hazırlık için ilk tablodaki ham verilerin tamamının kareleri alınmış ve kareler toplamı ile kareler toplamının karekök değerleri elde edilmiştir. Normalizasyon işlemi için ham olarak elde edilen her değer kareler toplamının kareköküne bölünmüştür.

Tablo 2.'deki veriler kullanılarak yapılan normalizasyon işlemine ait veriler Tablo 3.'de verilmiştir.

Tablo 3. Normalizasyon işlemi sonrası değerler

Alternatifler	Kriterler							
	Min	Min	Min	Min	Maks	Maks	Maks	Maks
	<i>j1</i>	<i>j2</i>	<i>j3</i>	<i>j4</i>	<i>j5</i>	<i>j6</i>	<i>j7</i>	<i>j8</i>
<i>İ1</i>	0,104	0,155	0,210	0,140	0,163	0,166	0,162	0,163
<i>İ2</i>	0,092	0,153	0,138	0,131	0,132	0,185	0,140	0,163
<i>İ3</i>	0,114	0,160	0,121	0,155	0,140	0,067	0,167	0,164
<i>İ4</i>	0,142	0,155	0,197	0,103	0,182	0,147	0,155	0,154
<i>İ5</i>	0,222	0,151	0,132	0,172	0,128	0,324	0,162	0,159
<i>İ6</i>	0,532	0,239	0,101	0,271	0,122	0,205	0,157	0,159
<i>İ7</i>	0,250	0,179	0,196	0,217	0,115	0,185	0,160	0,161
<i>İ8</i>	0,085	0,177	0,144	0,071	0,175	0,417	0,164	0,164
<i>İ9</i>	0,120	0,117	0,071	0,086	0,194	0,063	0,166	0,163
<i>İ10</i>	0,073	0,100	0,260	0,116	0,173	0,131	0,157	0,149
<i>İ11</i>	0,063	0,100	0,285	0,082	0,169	0,051	0,169	0,164
<i>İ12</i>	0,120	0,182	0,073	0,189	0,115	0,009	0,164	0,154
<i>İ13</i>	0,104	0,158	0,107	0,067	0,169	0,122	0,162	0,166
<i>İ14</i>	0,111	0,222	0,037	0,170	0,157	0,139	0,169	0,166
<i>İ15</i>	0,111	0,198	0,123	0,101	0,180	0,250	0,169	0,169
<i>İ16</i>	0,085	0,091	0,308	0,108	0,217	0,074	0,155	0,159
<i>İ17</i>	0,095	0,136	0,134	0,108	0,176	0,085	0,162	0,157
<i>İ18</i>	0,098	0,184	0,057	0,254	0,155	0,114	0,167	0,168
<i>İ19</i>	0,085	0,177	0,048	0,145	0,162	0,031	0,162	0,159
<i>İ20</i>	0,060	0,225	0,221	0,387	0,145	0,213	0,169	0,166
<i>İ21</i>	0,089	0,148	0,254	0,297	0,112	0,013	0,167	0,168
<i>İ22</i>	0,130	0,105	0,178	0,084	0,179	0,093	0,164	0,168
<i>İ23</i>	0,095	0,117	0,235	0,101	0,173	0,226	0,157	0,157
<i>İ24</i>	0,101	0,151	0,093	0,153	0,158	0,034	0,169	0,169
<i>İ25</i>	0,383	0,143	0,126	0,133	0,148	0,171	0,150	0,166
<i>İ26</i>	0,114	0,141	0,113	0,067	0,165	0,102	0,159	0,159
<i>İ27</i>	0,136	0,143	0,223	0,144	0,162	0,195	0,159	0,157
<i>İ28</i>	0,073	0,110	0,138	0,088	0,193	0,040	0,164	0,164
<i>İ29</i>	0,127	0,136	0,152	0,075	0,198	0,021	0,162	0,159
<i>İ30</i>	0,085	0,213	0,052	0,204	0,139	0,193	0,169	0,169
<i>İ31</i>	0,142	0,179	0,101	0,090	0,172	0,280	0,166	0,164
<i>İ32</i>	0,066	0,158	0,136	0,077	0,181	0,003	0,159	0,159
<i>İ33</i>	0,085	0,186	0,048	0,204	0,142	0,162	0,159	0,166

(Tablo 3'ün devamı)

Alternatifler	Kriterler							
	Min	Min	Min	Min	Maks	Maks	Maks	Maks
	<i>j1</i>	<i>j2</i>	<i>j3</i>	<i>j4</i>	<i>j5</i>	<i>j6</i>	<i>j7</i>	<i>j8</i>
<i>İ34</i>	0,076	0,108	0,195	0,114	0,187	0,080	0,166	0,166
<i>İ35</i>	0,111	0,153	0,116	0,077	0,168	0,080	0,166	0,163
<i>İ36</i>	0,291	0,194	0,051	0,247	0,118	0,171	0,164	0,164
<i>İ37</i>	0,123	0,165	0,088	0,159	0,129	0,006	0,160	0,157
<i>İ38</i>	0,184	0,198	0,256	0,142	0,192	0,197	0,160	0,157

Normalizasyon işlemi sonrası bütün kriter değerleri her ülke için standart hale getirilmiştir. Her veriye aynı işlem uygulandığında ilk tabloda yer alan ham veri sıralamaları ile benzer bir sıralama oluştuğu görülmektedir. Normalizasyon sonrası bütün kriterlerin ortak etkisi ile ülkelerin sıralamaları belirlenmiştir. Tablo 3'teki veriler ve eşitlik 2'de yer alan formül yardımıyla MOORA-Oran değerleri hesaplanmış ve sıralama Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Y_i değeri ve alternatiflerin sıralaması.

Alternatifler	Y_i	Sıralama	Alternatifler	Y_i	Sıralama
<i>İ1</i>	0,0436	22	<i>İ20</i>	-0,2002	35
<i>İ2</i>	0,1063	13	<i>İ21</i>	-0,3278	37
<i>İ3</i>	-0,0118	29	<i>İ22</i>	0,1066	12
<i>İ4</i>	0,0410	23	<i>İ23</i>	0,1658	6
<i>İ5</i>	0,0970	16	<i>İ24</i>	0,0331	24
<i>İ6</i>	-0,4988	38	<i>İ25</i>	-0,1501	33
<i>İ7</i>	-0,2208	36	<i>İ26</i>	0,1506	8
<i>İ8</i>	0,4431	1	<i>İ27</i>	0,0270	25
<i>İ9</i>	0,1911	4	<i>İ28</i>	0,1526	7
<i>İ10</i>	0,0598	19	<i>İ29</i>	0,0502	21
<i>İ11</i>	0,0223	26	<i>İ30</i>	0,1162	10
<i>İ12</i>	-0,1231	32	<i>İ31</i>	0,2698	2
<i>İ13</i>	0,1835	5	<i>İ32</i>	0,0647	18
<i>İ14</i>	0,0916	17	<i>İ33</i>	0,1042	15
<i>İ15</i>	0,2349	3	<i>İ34</i>	0,1051	14
<i>İ16</i>	0,0136	27	<i>İ35</i>	0,1182	9
<i>İ17</i>	0,1084	11	<i>İ36</i>	-0,1652	34
<i>İ18</i>	0,0103	28	<i>İ37</i>	-0,0824	31
<i>İ19</i>	0,0594	20	<i>İ38</i>	-0,0731	30

Tablo 4 incelendiğinde Çekya (*İ8*), Slovakya (*İ31*), Maceristan (*İ15*)'ın ilk üç sırayı aldığı, Kolombiya (*İ6*), Güney Kore (*İ21*), Kosta Rika (*İ7*)'nin ise son üç sırayı aldığı görülmektedir. Ülkemiz (*İ36*) ise bu sıralamada 34. sırada yer almaktadır.

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çocuk refahı, ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren ve ülke karşılaştırılmalarında sıkça kullanılan bir göstergedir. Sağlık, eğitim ve katılım başlıkları altında incelenen çocuk refahı, sağlık ve eğitim hizmetlerine yapılan yatırımlar, ülkenin genel ekonomik durumu ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminden etkilenmektedir. Çocuk refahı sağlık göstergelerine göre OECD ülkelerinin karşılaştırıldığı bu çalışmada bebek ölüm oranı, düşük doğum ağırlığı oranı, 15-24 yaş arası intihar oranı, okul dışında fiziksel aktivite yapmama, okul dışında yoğun fiziksel aktivite oranı, emzirme oranı, aşılama oranı (difteri, tetanoz, boğmaca-kızamık) ve aşılama oranı (kızamık) değişkenleri kullanılmıştır. Bu değişkenler özelinde ve kalitatif yöntem kullanılarak gerçekleştirilen bu çalışmada genel çocuk refahını etkileyen eğitim hizmetlerine

yapılan yatırımlar ve ülkenin genel ekonomik durumu göz ardı edilmeye çalışılmıştır ve sadece çocuk refahı sağlık göstergeleri göz önünde bulundurulmuştur.

Çocuk refahı göstergelerinin kriter olarak dahil edildiği analiz sonucunda sırasıyla Çekya, Slovakya, ve Macaristan ilk sırada yer alırken; Kosta Rika, Güney Kore ve Kolombiya son sırada yer almıştır. Tüm değişkenlerin çocuk refahında önem arz etmesi kabul edilmekle birlikte bu çalışmada sıralamanın ilk sıralarının belirlenmesinde emzirme oranları etkili olmuştur. Çekya, Slovakya ve Macaristan ilk altı ay sadece anne sütüyle beslenme oranlarında ilk sıralarda yer almaktadır. Bu ülkelerden ilk altı ay sadece anne sütüyle emzirme oranı en düşük olan %43,6 iken bu oranı en yakın takip eden Litvanya'nın ilk altı ay anne sütüyle emzirme oranı %39,8'dir. İlk altı ay sadece anne sütüyle beslenme oranlarında ilk sıralarda yer alan bu ülkeler genel sıralamada da ilk sıralarda yer almaktadır. Bu çalışmada sıralamanın oluşmasında etkili olan emzirmenin çocuk refahı üzerindeki olumlu etkileri literatürde sıkça belirtilmiştir (Haider, Jackowitz ve Schoeni, 2003; Roberts, Carnahan ve Gakidou, 2013; Colen ve Ramey, 2014; Fosu-Brefo, Arthur, 2015). OECD ülkeleri üzerine yapılan genel sağlık göstergesi çalışmalarında elde edilen sıralamalar bu çalışma ile paralellik göstermemektedir. Bunun sebebinin sadece çocuk refahı göstergelerinin ele alınması ve konuyla ilgili otoritelerin görüşleri aksine birçok ülkede farklı uygulamaların yer almasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde gelir seviyesi yüksek olan ülkelerdeki kadınların işgücüne katılım oranlarının yüksek olması ve bu sebeple emzirmeyi erken aylarda kesmeleri çocuk sağlığı refahı sıralamasını etkilemektedir. Bu ülkelerde doğumdan sonraki ilk aylarda emzirme oranları çok yüksek olmakla birlikte doğumdan birkaç ay sonra %10'un altına düşmektedir (Bosi vd., 2016). Bunda en büyük etkinin birçok Avrupa otoritesi olan komisyonların tamamlayıcı gıda için 4-6 ay arasını işaret etmesi gösterilmektedir (EFSA, 2009). Bu sebeple bu çalışmada çıkan emzirme oranının etkisinin literatürün paralelinde olduğu görülmektedir. Genel sıralamada son sıralarda yer alan Kosta Rika, Kore ve Kolombiya ele alınan kriterlerin çoğunda da son sıralarda yer almaktadır.

Araştırmada ele alınan bebek ölüm oranı, düşük doğum ağırlığı oranı, 15-24 yaş arası intihar oranı, okul dışında fiziksel aktivite yapmama, okul dışında yoğun fiziksel aktivite oranı, aşılama oranı (difteri, tetanos, boğmaca-kızamık) ve aşılama oranı (kızamık) verileri ülkelere göre küçük değişiklikler göstermesine rağmen sıralama üzerinde çok büyük etkiye sebep olmamıştır. Çocuk refahının ekonomik, siyasi, sosyal ve psikolojik faktörlerin dahil olduğu çok boyutlu bir yapıya sahip olması çok kriterli değerlendirmelerin daha sağlıklı bir sonuç verdiğini göstermektedir. Özellikle çocuk yoksunluğunun çocuk refahı ile birbiriyle zıt yönde yüksek ilişkili olduğu görülmekte ve çocuk refahı değerlendirmelerinde yer alması gerekliliği ön plana çıkmaktadır (Bradshaw vd., 2007; OECD, 2009).

UNICEF Çocuk Refahı sağlık göstergeleri çerçevesinde OECD ülkelerinin karşılaştırıldığı bu çalışmada beklenenin aksine OECD ülkeleri üzerinde gerçekleştirilen genel sağlık durumu araştırmaları sıralamalarından farklı bir sıralama elde edilmiştir. Bahsedilen çalışmalarda gelir seviyesi yüksek olan ülkeler ilk sıralarda yer alırken bu çalışmada Çekya, Slovakya ve Macaristan ilk sıralarda yer almıştır. Emzirme oranlarının büyük etkisinin olduğu bu çalışma kadınların işgücüne katılım oranlarının yüksek olduğu ve bu sebeple doğumdan sonraki ilk aylarda emzirmeyi bırakmalarının çocuk refahı sıralamasını olumsuz etkilediğini göstermiştir. Farklı zaman çerçevelerinin kullanılması karşılaştırılabilmeyi olumsuz etkilemektedir. Bu çalışma kapsamında emzirme oranı sabitlendiğinde de ülkeler sıralaması değişerek Danimarka ve Norveç'in ilk sıralara çıktığı, Türkiye'nin ise 34. sıradaki yerinin değişmediği görülmektedir. Mevcut sonuçlar çalışma kapsamında ilk 6 ay sadece anne sütü emzirme oranlarının kritik bir öneme sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışma gerçekleştirilirken literatürde konu hakkında ülke karşılaştırmalarının incelendiği çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Başta çocuk refahı olmak üzere her alanda yapılacak çalışmaların kendi özelinde yer alan mikro değişkenlerle gerçekleştirilmesinin ilgili alandaki eksikliklerin belirlenmesinde fayda sağlayacağı düşünülmekte ve önerilmektedir.



Bu çalışma için etik kurul onayı gerekmemektedir.

Makale ile ilgili notlar

Makale araştırma ve yayın etiğine uygun olarak hazırlanmıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmanın tüm süreçlerinde araştırmanın yazarları eşit derecede katkı sağlamıştır.

KAYNAKÇA

- Australian Bureau of Statistics (2022). *Breastfeeding*. <https://www.abs.gov.au/statistics/health/health-conditions-and-risks/breastfeeding/latest-release#data-download>
- Beşpınar, F.U. ve Aybars, A.İ. (2013). *Erken yaşlarda çocuk refahı ve kadın istihdamı politika belgesi*. <https://www.unicef.org/turkiye/media/4381/file/Erken%20Ya%C5%9Flarda%20C3%87ocuk%20Refah%C4%B1%20ve%20Kad%C4%B1n%20C4%B0stihdam%C4%B1%20Politika%20Belgesi.pdf>
- Bosi, A.T.B., Eriksen, K.G., Sobko, T., Wijnhoven, T. M. ve Breda, J. (2016). Breastfeeding practices and policies in who european region member states. *Public Health Nutrition*, 19(4), 753-764.
- Bradshaw, J., P. Hoelscher ve Richardson, D. (2007) *Comparing child well-being in OECD countries: Concepts and methods, Innocenti Working Paper*. <https://www.unicef-irc.org/publications/464-comparing-child-well-being-in-oecd-countries-concepts-and-methods.html>
- Colen, C.G. ve Ramey, D.M. (2014). Is breast truly best? Estimating the effects of breastfeeding on long-term child health and wellbeing in the United States using sibling comparisons. *Social Science & Medicine*, (109), 55-65. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.027>
- Çakmak, C. ve Konca, M. (2019). Seçilmiş OECD ülkelerinin ruh sağlığı hizmetleri performansının değerlendirilmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 51-56. <http://dx.doi.org/10.18506/anemon.426087>
- Çevik, S. (2013). Kamu sağlık harcamalarının sağlık sonuçları üzerindeki etkisi: Ülkelerin gelir seviyelerine göre bir karşılaştırma. *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, (48), 113-133.
- European Food Safety Authority (EFSA), (2009). Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. *EFSA Journal*, 7(12), 1423.
- Filmer, D. ve Pritchett, L. (1997). *Child mortality and public spending on health: How much does money matter*, World Bank Policy Research Working Paper, No. 1864
- Fosu-Brefo, R. ve Arthur, E. (2015). Effect of timely initiation of breastfeeding on child health in Ghana. *Health Economics Review*. 5(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13561-015-0044-8>
- Government of Canada (2022). *Duration of exclusive breastfeeding in Canada: Key statistics and graphics (2009-2010)*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/food-nutrition-surveillance/health-nutrition-surveys/canadian-community-health-survey-cchs/duration-exclusive-breastfeeding-canada-key-statistics-graphics-2009-2010.html>
- Haider, S.J., Jackowitz, A. ve Schoeni, R.F. (2003). Welfare work requirements and child well-being: Evidence from the effects on breast-feeding. *Demography*. 40(3), 479-497.
- Health Service Executive (2022). *Breastfeeding in a Healthy Ireland Health Service Breastfeeding Action Plan 2016–2021*. <https://www.hse.ie/eng/about/who/healthwellbeing/healthy-ireland/publications/breastfeeding-in-a-healthy-ireland.pdf>
- Inano, H., Kameya, M., Sasano, K., Matsumura, K., Tsuchida, A., Hamazaki, K., ve Hasegawa, T. (2021). Factors influencing exclusive breastfeeding rates until 6 months postpartum: The Japan environment and children's study. *Scientific Reports*, 11(1), 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85900-4>
- Jakaitė, V., Peštenytė, A., Zakarevičienė, J., Sniečkuvienė, V., Žitkutė, V., Ramašauskaitė, D., ve Domža, G. (2021). Predictors of exclusive breastfeeding in the first six months: Four consecutive surveys in a tertiary hospital in lithuania. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00364-6>
- Kohlhuber, M., Rebhan, B., Schwegler, U., Koletzko, B. ve Fromme, H. (2008). Breastfeeding rates and duration in Germany: A bavarian chort study. *British Journal of Nutrition*, 99(5), 1127-1132. <https://doi.org/10.1017/S0007114508864835>

- Lauria, L., Spinelli, A. ve Grandolfo, M. (2016). Prevalence of breastfeeding in Italy: A population based follow-up study. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 52(3), 457-461. https://doi.org/10.4415/ANN_16_03_18
- National Health Service (2022). *Infant feeding survey - UK, 2010*. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/infant-feeding-survey/infant-feeding-survey-uk-2010>
- OECD, (2009). *Doing better for children, the way forward*. Paris: OECD Publications. <https://www.oecd.org/els/family/43570597.pdf>
- OECD, (2018). *Mental health systems in OECD countries*. Paris <https://www.oecd.org/health/mental-health.htm>
- Önay, O. (2015). Moora. B. F. Yıldırım, E. Önder (Eds.) içinde, *Çok kriterli karar verme yöntemleri (2. Baskı, ss. 245-257)*. Dora Yayınevi.
- Republica Slovenija Ministrstvo Za Zdravje (2022). *Prehranska priporočila za dojenčke*. <https://www.prehrana.si/moja-prehrana/dojencki>
- Roberts, T.J., Carnahan, E. ve Gakidou, E. (2013). Can breastfeeding promote child health equity? A comprehensive analysis of breastfeeding patterns across the developing world and what we can learn from them. *BMC medicine*, 11(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-254>
- Sağlık Bakanlığı (2014). *Türkiye beslenme ve sağlık araştırması*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Salanave, B., Castetbon, K., Boudet Berquier, J. ve De Launay, C. (2014). Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (27), 450-457.
- Sayılı, U., Sayman, Ö.A., Vehid, S., Köksal, S.S. ve Erginöz, E. (2017). Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırılması. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1-12. <https://doi.org/10.26453/otjhs.321742>
- State of Israel Ministry of Israel (2022). *The ministry of health is marking breastfeeding week for 2018*. https://www.health.gov.il/English/News_and_Events/Spokespersons_Messages/Pages/29072018_1.aspx
- Taras, H. (2005). Physical activity and student performance at school. *Journal of School Health*, 75(6), 214-218.
- Tavoulari EF, Benetou V, Vlastarakos PV, Psaltopoulou T, Chrousos G ve Kretsas G (2016). Factors affecting breastfeeding duration in Greece: What is important? *World J Clin Pediatr*, 5(3), 349-357. doi: 10.5409/wjcp.v5.i3.349. PMID: 27610353; PMCID: PMC4978630.
- The World Bank (2022). *Exclusive breastfeeding (% of children under 6 months)*. [https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.BFED.ZS?locations=BE%20\(2015\)](https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.BFED.ZS?locations=BE%20(2015))
- Unicef, (2013). *Çocuk refahı belgesi*. Kalkınma Bakanlığı ve UNICEF Türkiye Temsilciliği.
- Vaz, J.S., Maia, M.F.S., Neves, P.A., Santos, T.M., Vidaletti, L.P. ve Victora, C. (2021). Monitoring breastfeeding indicators in high-income countries: Levels, trends and challenges. *Maternal & Child Nutrition*, 17(3), 13137. <https://doi.org/10.1111/mcn.13137>
- Vignerová, J., Shriver, L., Paulová, M., Brabec, M., Procházka, B. ve Riedlová, J. (2015). Growth of Czech breastfed infants in comparison with the World Health Organization standards. *Central European Journal of Public Health*, 23(1), 32-38.
- World Health Organization, (2014). *Investing in children: The European child and adolescent health strategy 2015-2020*. Copenhagen.
- Yeo, J.H. ve Kim, E.Y. (2022). Social policies and breastfeeding duration in South Korea: A survival analysis of the national data. *Midwifery*, (107), 103282. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103282>