

Yenidoğan Beslenmesinde Sık Karşılaşılan Sorunlar

Common Problems in Newborn Nutrition

Öz

Beslenme sorunu; yenidoğan dönemi ve erken çocukluk döneminde ortaya çıkan, bebeğin ihtiyaçlarına uygun besin alımında yetersizlik olarak ifade edilebilir. Ailenin ya da hekimin, çocuğun beslenmesinden memnun olmadığı her durum bu tanımlama içine girebilir. Beslenme sorunu, beslenmeyi reddetme sonucunda ya da anatomik, fizyopatolojik nedenlere bağlı olarak besin alımında yetersizlik sonucu ortaya çıkabilir. Pediatristlerin de içinde olduğu tüm sağlık çalışanlarına düşen rol, anne sütü ile beslemeye teşvik etmek, desteklemek ve bunu korumaktır. Sağlık çalışanları bu konuda eğitilmeli ve anne sütü ile beslenmeye zarar verecek uygulamalar hakkında bilgilendirilmelidir. Sosyal standartlar ve yasal düzenlemeler emzirmeyi kolaylaştırıcı yönde düzenlenmelidir.

Abstract

Feeding disorder during neonatal and early childhood refers to deficiency in a child's nutrient intake necessary for appropriate growth and development. Feeding disorders occur due to anatomical and pathophysiological reasons or due to the refusal of feeds without any of these problems. The role of health care workers, including paediatricians, is to protect, promote, and support breast-feeding. Health care workers should be trained in breast-feeding issues, and they should encourage practices that do not undermine breastfeeding. Societal standards and legal regulations that facilitate breast-feeding should be coordinated..

Giriş

Yenidoğan bebekler için en uygun beslenme şekli, annesi tarafından emzirilerek yapılan beslenmedir. Dünya Sağlık Örgütü bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay boyunca, su ve başka sıvı ve katı besinler almadan, sadece anne sütü almalarını, 6. aydan itibaren ek besinlerle beraber emzirmenin 2 yaş ve üzerine kadar sürdürülmesini önermektedir. Ülkemizde tek başına anne sütüyle beslenme oranının 2. aydan sonra azalması (ilk ay %68.9 iken, 2-3. ay %42) tüm gebe ve annelerin, bu konuda daha fazla eğitim ve desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir (1-2). Anne sütü tüm bebekler için en ideal besindir. Özellikle de prematürel ve hasta yenidoğanlar için elzem bir besin kaynağı olup, anneler emzirme konusunda teşvik edilmeli ve desteklenmelidir. Term bebeklerin hemen hemen tamamı ve bazı preterm bebekler

Yrd. Doç. Dr. Mustafa KARA,
Doç. Dr. İbrahim CANER,
Yrd. Doç. Dr.
Kadir Şerafettin TEKGÜNDÜZ
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD,
Yenidoğan BD

Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ye-
nidoğan BD, Erzurum

Tel/phone: (0442) 316 6333
mail: ibrahimcaner@hotmail.com

Anahtar Kelimeler:

Emzirme, beslenme sorunu,
yenidoğan.

Keywords:

Breastfeeding, feeding disorder,
newborn.

Geliş Tarihi - Received
28/03/2016
Kabul Tarihi - Accepted
07/04/2016

doğumdan sonra emebilecek düzeydedir. Çoğu yüksek riskli çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin emme refleksi gelişmemiştir. Bebek emebilecek düzeye gelene kadar anne sütü sağılarak bebeğe verilmelidir. Bazı özel durumlarda güçlendirilmiş anne sütü kullanılmasının önerildiği ve iyi tolere edildiği bilinmektedir (3).

Anne sütü ile beslenmenin hem bebek hem de anne için birçok yararları vardır. Başlıca yararları:

- 1- Antiinflamatuvar ajanlar içerir.
- 2- Antimikrobial ajanlar içerir.
- 3- Enfeksiyon riskini azaltır.
- 4- Diarenin insidansını ve ağırlığını azaltır.
- 5- Düşük renal solüt yük sağlar.
- 6- Sindirimi kolaydır.
- 7- Annenin doğum öncesi kiloya erken ulaşmasını sağlar.
- 8- Kemik remineralizasyonunu sağlar
- 9- Uterin involüsyonu sağlar.
- 10- Bazı kanser türlerini önler.

Anne sütünün saklanması özel bir dikkat gerektirir. Bir bebek kontamine sütle beslenmişse hastalık geçebilir. Ayrıca annede hepatit B yüzey antijeni pozitifse ve bebeğini emzirecekse, bebeğe hepatit B immünglobulin ve aşısı yapılmalıdır (4,5).

Anne sütünün içeriği, tüm formula mamalardan üstündür. Gestasyon yaşı, laktasyon ve annenin diyetine bağlı olarak değişiklik gösteren dinamik bir yapıya sahiptir (6). Prematüre bebeklerin annelerinin süt içeriği term bebeklerin anne sütü içeriğine göre değişiklik gösterir (7).

Emzirme sırasında sorun yaratabilecek risk faktörleri ve sık görülen sorunlar

Beslenme sorunu; yenidoğan dönemi, bebeklik ve erken çocukluk döneminde ortaya çıkan, bebeğin ihtiyaçlarına uygun besin alımında yetersizlik olarak ifade edilebilir. Ailenin ya da hekimin, çocuğun beslenmesinden memnun olmadığı her durum bu tanımlama içine girebilir. Beslenme sorunu, beslenmeyi reddetme sonucunda ya da anatomik, fizyopatolojik nedenlere bağlı olarak besin alımında yetersizlik sonucu ortaya çıkabilir (1-2).

Emzirmede sorun yaratabilecek faktörler maternal, neonatal ve çevresel risk faktörleri olarak üç başlıkta toplanabilir;

Maternal risk faktörleri

- Ciddi hastalıklar, perinatal komplikasyonlar
- İlk gebelik
- Önceden emzirme sorunları yaşamış olmak
- Emzik, biberon kullanımı ve mama verme düşüncesi
- Anne yaşı (adolesan yaş/ileri yaş)
- Annenin, sütünün yetersiz olduğunu düşünmesi
- İlaç kullanımı ve bununla ilgili yanlış bilgilendirme
- Psikososyal sorunlar (depresyon, aile desteğinde yetersizlik)

- Düz veya içe dönük meme ucu
- Geçirilmiş meme cerrahisi
- Obezite
- Aşırı/düzelmeyen meme ucu çatlağı
- Elle süt sağamama, yapay meme ucu kullanımı

“Neonatal ait risk faktörleri

- Düşük doğum tartısı, prematürite, çoğul gebelik
- Memeye yerleşme tekniğinde başarısızlık
- Oral anatomik sorunlar (mikrognati, yarı damak/dudak, makroglossi, kısa frenulum)
- Hastalıklar (solunum güçlüğü, sepsis)
- Aşırı uyukulu bebek

<Çevresel risk faktörleri

- Erken taburculuk (<48 saat)
- Anneden ayrılma
- Mama/emzik verilmesi
- Etkin emme sağlanmadan taburcu edilmesi

Beslenme sırasında sık rastlanan sorunlar

Anne sütü yetersizliği

Meme büyüklüğü ne olursa olsun tüm anneler yeterli süt üretebilir. Annelerin emzirmeyi kesmelerinin veya emzirirken ek besin başlamalarının en sık nedeni anne sütünün yetersiz olduğunu düşünmeleridir. İlk günlerde az miktarda oluşan kolostrum annelerin bu konudaki endişelerini başlatabilir. Oluşan kolostrum miktarının yeni doğmuş bir bebeğin mide kapasitesine uygun, ihtiyacı olan sıvıyı karşılayabilecek yeterlilikte olduğu anneye anlatılmalıdır. Ayrıca doğum sonrası bir miktar tartı kaybının olabileceği konusunda da aile bilgilendirilmeli, tartı takibi için tekrar hastaneye başvurmaları konusunda gerekli uyarılar yapılmalıdır. Yenidoğan bebeğin mide kapasitesi doğduğunda küçüktür ancak günler içinde artar. Anneye bu durum anlayabileceği şekilde, midenin büyüklüğü açısından benzer büyüklükteki nesnelere anlatılmaya çalışılmalıdır. Yenidoğan bir bebeğin mide kapasitesi yaklaşık olarak, birinci gün 5-7ml (cam bilye), üçüncü gün 20-27 ml (ceviz), birinci hafta 45- 60 ml (pinpon topu), birinci ay 80-150 ml (yumurta) olarak kabul edilir (8).

Dış ortama uyum sağlama döneminde hücre dışı sıvı kaybına bağlı belli miktarda tartı kaybı fizyolojik tartı kaybı olarak kabul edilmektedir. Sadece anne sütü alan sağlıklı bebeklerde maksimum tartı kaybı doğum sonrası 3-5. günde gerçekleşir ve doğum tartısının %8-10'u kadar kayıp olur (günlük %2 kadar). Yeterli anne sütü alan bebeklerin çoğunluğu doğum sonrası yaklaşık 7-10. günde doğum tartısına tekrar ulaşır.

Sağlıklı term bebeklerin tüm besin ve metabolik gereksinimlerini karşıladığından anne sütü ile beslenen bebekler-

de semptomatik hipoglisemi gelişmez. Doğum sonrası ilk 2-3 saatte sıklıkla görülen geçici hipoglisemi tedaviye ihtiyaç duymadan kendi kendine düzelir. Aynı zamanda yenidoğan beyni glukozu alternatif olarak keton cisimlerini kullanabilme kapasitesine sahiptir ve bu alternatif yolla gerektiğinde beyin fonksiyonlarını korumaktadır. Bu yüzden sağlıklı, term bebeklerde doğum sonrası ilk saatlerde kan şekeri ölçümü rutin olarak gerekli değildir. Ancak SGA, IUGR, LGA, diyabetik anne bebekleri, prematüre, polisitemi gibi hipoglisemi riski olan durumlar ve hipoglisemi semptomları olan bebeklerde kan şekeri ölçümü rutin olarak yapılmalıdır (8-9).

Annelerin, sütünün yeterli olup olmadığı konusunda endişelenmeleri doğaldır. Sütü olduğu halde bebeği yeterince besleyemediği endişesi anneyi ek besin başlama ya iten en önemli sebeptir. Bu yüzden anne sütünün yeterli olduğunu gösteren belirtiler iyi bilinmeli ve anneye iyi anlatılmalıdır. Bu belirtiler arasında en önemlileri yeterli tartı alımı ve yeterli idrar- gaita çıkarmı olarak söylenebilir. Doğum sonrası ilk 7-10 gün içerisinde doğum tartısına tekrar ulaşmış olması, ilk ay içerisinde en az 600 gr kilo artışı veya ilk 2 günden sonra günde 6 kereden fazla idrar, 3-8 kere gaita çıkarması bebeğin yeterli anne sütü aldığını gösteren güvenilir belirtiler olarak sayılabilir (8). Emzirmeye geç başlama, sık emzirmeme, kısa süre emzirme, memeye uygun yerleşmeme, emzik/biberon/ek besin verme gibi faktörlere bağlı olarak bebeğin memeyi boşaltamaması sonucu süt yapımı yeterli düzeye ulaşamayabilir. Ayrıca annenin yorgunluk, endişe, tükenmişlik durumu gibi psikolojik nedenler veya kullandığı ilaçlar, alkol, sigara kullanımı, ağır malnutrisyon durumu süt yapımının azalmasına ve bu sebeple bebeğin yeterli kilo almamasına neden olabilir. Bebekte ilk hafta %7 den fazla kilo kaybı olması, ilk 2-4. günlerde sütün gelmemesi ve kilo alımının başlamaması, bebeğin 10. günden sonra doğum ağırlığına hala erişmemesi ve 20-30 gr/gün kilo alımının olmaması anne sütünün yetersiz olduğunun göstergesidir.

Süt yapımı ve alımındaki yetersizlikler incelendiğinde en sık görülen nedenler annenin psikolojik durumu ve emzirme tekniği ile ilgili faktörlerdir. Bu problemlerin düzeltilmesi için annenin rahatlaması, teknik destek ile sütün sık ve tam olarak boşaltılmasının sağlanması, varsa altta yatan tıbbi sorunların tedavi edilmesi beslenme desteğine gerek kalmadan çoğu sorunu çözecektir. Tüm bunlar yapılsa da nadir olarak süt miktarı artana kadar geçici olarak beslenme desteği yapılması gereken durumlar olabilir (8-10).

Emzirmeme / emmeyi reddetme

Bebek, memeye uygun şekilde yerleşememiş, isteksiz veya emmesinde yetersizlik olması sonucu yeterince beslenemez. Emmede zorlanan bebek hırçınlaşarak emmeyi

birakır ve ağlar. Bunun nedenleri arasında; uygun olmayan emzirme tekniği, meme başı sorunları, emzirme süresi ve sıklığının uygun olmaması, annenin açlık, susuzluk ve yorgunluğu, göğüsten aşırı süt akışı veya yeterli süt gelmemesi, bebeğin aç olmaması, burun tıkanıklığı, bebeğin üşümüş veya hasta olması, biberon alışkanlığı, anne kokusundaki değişiklikler ve annenin hasta olması sayılabilir. Emzirmeme veya emmeyi reddetme nedeniyle beslenemeyen bir bebekte problemin çözümünde asıl hedef problemi oluşturan nedeni ortadan kaldırmak olmalıdır. Örneğin; emzirme tekniği ve göğüse yerleşme problemlerinin çözümü için bu konudaki tecrübeli kişilerden veya sağlık görevlilerinden yardım alınarak, huzursuz ve hırçın bir bebek ise bebeğin anne ile ten-ten teması sağlanıp sakin bir ortamda, kendi isteğiyle emmesini sağlayarak, üşüyen veya aşırı sıcak nedeniyle uyuklayan bir bebekte uygun dış ortam şartları oluşturularak bebeği zorlamadan yarım saat ara ile emzirmeyi tekrar denemek problemlerin çözümünde izlenmesi gereken yol olmalıdır (8,10,11).

Regürjitasyon ve Kusma

Yutulmuş gıdanın az bir kısmının yeme esnasında veya kısa süre sonra ağıza geri gelmesine regürjitasyon, yemekten bir süre sonra midenin tama yakın boşalmasına kusma denir. İlk 6 ay içerisinde regürjitasyon normal olarak kabul edilebilir. Bebeği yiyebileceği miktarda besleme, beslenirken hava yutmasının önlenmesi, beslenme sonrası gazının çıkarılması uygun pozisyonda yedirme, beslenme sonrası az girişim ve nazik davranma regürjitasyonu azaltabilir. Gastroözefageal reflü 1. ay başlar, 4. ayda pik yapar, 12-24. aylarda %90-100 sona erer. Kusma başka hastalıkların belirtisi olabilir. Sürekli kusan çocuklarda bu semptomun alt ve üst solunum yolları, gastrointestinal sistem, üriner sistem, santral sinir sistemi ve metabolik hastalıklara ait olabileceği akılda tutulmalı ve bu nedenlere yönelik tetkikler yapılmalıdır. Patolojik bir neden bulunması durumunda nedene yönelik tedavi yapılmalı, bulunmaması halinde ise bu durumun fizyolojik olduğu konusunda aile bilgilendirilmeli, yeterli büyüme ve gelişme açısından izleminin yapılması konusunda ikna edilmelidir (10,12).

Meme başı çatlağı

Emzirme sırasında karşılaşılan meme sorunları arasında en sık görülendir. Normalde emzirme ağrılı değildir. Sadece bazı anneler ilk günlerde emzirme sonrası meme uçlarında bir miktar hassasiyet hissedebilir; ancak bu kısa sürede ortadan kalkar. Eğer ağrı çok fazlaysa veya meme başında görülebilir bir zedelenme varsa, müdahale edilmelidir. Meme başı çatlağı basit ve önlenbilir nedenlerle oluşur. Meme ucu çatlaklarının en sık nedeni genelde yanlış emzirme teknikleridir. Bebek, annesini emerken meme-

nin areola bölümünü tam olarak kavramayıp yalnızca meme başını emmeye çalışırsa, meme başı sonuçta zedelenir ve ağrılı meme başı ortaya çıkar. Bu durum düzeltilmezse, meme başı çatlağı ve yarıkları gelişir. Bir diğer neden ise laktasyon döneminde göğüs uçlarının ıslanması ve kuruması ile, bebeğin meme emmesinin yarattığı sürekli nem ve sıcaklık sonucu, göğüs uçlarının kurumasıdır. Bu durumda da meme uçlarında çatlak oluşur. Bunun dışında bebeği memeden “çekerek” ayırmaya çalışmak, meme pompasının aşırı basınç uygulaması, kandida enfeksiyonu ve dil bağı da neden olabilir (8-13)

Tedavi yaklaşımı olarak; anneye bu durumun düzeleceği ve daha sonra da önlenebileceği anlatılmalı ve nedene yönelik tedavi yapılmalıdır. Bebeği, memeye doğru yerleştirmek ve pozisyon vermek genellikle yeterli olur. Eğer varsa kandida enfeksiyonu için hem bebeğe ağızdan, hem de anneye lokal antifungal tedavi verilmelidir. Nedenin dil bağı olduğu kesinleşirse frenotomi yapılabileceği akılda tutulmalıdır. Sezaryenle doğum yapan annelerde memebaşı sorunu yaşanma riski, vajinal doğum yapanlara göre daha fazladır. Bu durum, sezaryenle doğum yapan annelerin ameliyat sonrası ağrı nedeniyle emzirirken bebeği memeye doğru yerleştirememelerinden kaynaklanabilir (13). Norveç Anne ve Çocuk Kohort çalışmasında da sezaryenle doğum yapan annelerin, ilk bir aylık sürede anne sütüyle besleme oranlarının düşük olduğu bildirilmiştir (14).

İnfanıl Kolik

İnfanıl kolik aşırı ağlamalara neden olan, ebeveynleri rahatsız eden dolayısıyla doktorları tedirgin eden bir durumdur. Altta herhangi bir organik neden olmaksızın hayatın ilk aylarında (2 hafta-4 ay) sık görülen paroksizmal nitelikte, aşırı ağlama ile karakterize, davranışsal bir sendromdur (15,16). Ağlama nöbetleri genellikle akşam saatlerinde görülür, spontan oluşur, önceden tahmin edilemez, çevresel etkenlerle ilişkili değildir ve çocuk beslenmeyle bile sakinleşmeyebilir. Bazı kaynaklarda ağlama ile birlikte bacakları karına doğru çekme, yumrukları sıkma, yüzde kızarma, ekstansiyon pozisyonu, zorlu dışkılama olarak tanımlanmıştır (16-17). Farklı tanı kriterleri olması ve genel bir fikir birliği olmamasına rağmen Wessel’in üçler kuralı halen en yaygın kabul gören kuraldır. Wessel’e göre iyi görünen, diğer yönlerden sağlıklı ve gelişimi normal olan bebeklerde, üç haftada uzun süren, haftada en az üç gün, günde en az üç saat devam eden huzursuzluk, ajitasyon ve ağlama nöbeti olması infanıl kolik olarak tanımlanır (16,18). Ağlama nöbetleri nedeniyle doktora götürülen altı bebekten birinde neden infanıl kolik olarak belirlenmiştir. İnanıl kolik insidansı yapılan retrospektif çalışmalarda %8-40 arasında değişmektedir (19). Aşırı ağlama şikayeti nedeniyle dokto-

ra getirilen bebeklerde altta yatan organik nedenler olabileceği unutulmamalı, dikkatli bir öykü ve fizik muayene ile bu nedenler dışlanmalıdır. Çocuğun; kilo alımı iyi, görünümü sağlıklı ve muayenesi normal ise laboratuvar testleri gerekli olmayabilir.

Patogenez açık olmadığı için tedavide ampiriktir. Tedavi üç aylık olup davranışsal, farmakolojik ve diyet tedavisinden oluşur. Davranışsal tedavide ağlayan bebeğin rahatlatılması, ağlamaya terkedilmemesi, bakım eksikliklerinin giderilmesi, sık emzirilmesi, kucağa alınarak teskin edilmesi sayılabilir. Bu yaklaşımların etkin olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi etkin olmadığını ancak herhangi bir yan etkisinin olmadığını da gösteren kontrollü çalışmalar literatürde yer almaktadır. Farmakolojik tedavide sedasyon etkisi olan bitkisel ürünler, probiyotikler ve antikolinerjikler kullanılmaktadır. Papatya, rezene, meyan kökü gibi bitkisel çayların bir haftalık tedavi sonucunda plaseboya üstün oldukları bir randomize kontrollü çalışmada ortaya konmuştur. Ancak fazla tüketmelerinin nutrisyonel problemlere yol açabileceği de vurgulanmaktadır (20,21).

Kabızlık

Kabızlık tanımı dışkıının kıvamına göre yapılmalıdır. Dışkı normal kıvamda, 2-3 günde bir uyarısız ve bol şekilde yapılıyorsa kabızlık olmadığı kabul edilir. Anne sütü ile beslenen çocuklarda kıvamı normal olmasına rağmen, dışkılamada iki gün veya daha uzun süreli gecikmeler olabilmektedir. Gecikme süresi iki haftaya kadar uzayabilmektedir. Genellikle bu tablo altıncı aydan sonra ek gıdaya geçilmesi ile düzelmektedir. İyi beslenen, yeterince kilo alan, karın şişliği oluşmayan ve sert dışkılamayan çocuklarda bu durum yalancı kabızlık veya seyrek dışkılama olarak adlandırılmaktadır (22).

Anne sütü sindirimi kolay bir besindir. Bunun nedeni içeriğindeki sindirimi kolay olan ve bağırsak florası üzerine olumlu katkısı olan whey proteindir. Anne sütü alan bebeklerde bağırsak hareketlerini arttıran bir hormon olan motilin plazma seviyeleri yaşamın ilk haftalarında yüksek olarak bulunmuştur. Bebekler her emzirmeden sonra dışkılama hareketi yapmaya yatkındırlar. Bu refleks ilk haftalardan sonra hızla azalır ve bebeklerin bir kısmında seyrek dışkılama başlar. Bu tablonun oluşum mekanizması tam olarak bilinmez. Bu konuda üç farklı görüş öne sürülmüştür. Birincisi, anne sütünün sindiriminin çok iyi olmasından dolayı geride bıraktığı posa oranının az olmasıdır. İkincisi, sindirilmiş anne sütünün kalın bağırsağa ulaşmadan ince bağırsaklarda daha uzun süre bekleyebilmesidir. Bu durum ince barsak immatüritesi ile açıklanmaktadır (23). Üçüncüsü ise anne sütü içeriğinin, annenin beslenme alışkanlığından doğrudan etkilenmesi sonucu bağırsak hareketleri ve sindirim paterninin bebek-

ten bebeğe değişmesidir (24). Seyrek dışkılamanın, kabızlıktan ayrımı önemlidir. Doğumsal intestinal bir patolojiye sahip çocuklarda kabızlık, yaşamın erken dönemlerinde önemli bir semptom olarak karşımıza çıkar. Yenidoğan döneminde kabızlık şikayeti ile başvuran hastalarda hirschprung hastalığı, intestinal pseudo-obstrüksiyon ve hipotiroidi ayırıcı tanıda akılda tutulmalı ve dikkatli olunmalıdır. Bu tabloya abdominal distansiyon ve kusma da eşlik edebilir. Tanıya yönelik yapılacak medikal ya da cerrahi tedavi ile kabızlık sorunu çözülebilir. Kabızlık bazen bebeğin beslenmesi ile ilgili olabilir. Kabızlığı olan bebeklerde anal stenoz ve anal fissür tabloya eşlik edebilir. Bebek yaşamın ilk günlerinde normal dışkılar. Seyrek dışkılama 2.-3. haftalarda başlar (25). Anne sütünün çok az posa bırakması nedeniyle rektumda dışkılama refleksini oluşturacak kadar gaita birikimi için süre geçmesi gerekmektedir. Seyrek dışkılamada dışkı hiçbir zaman sertleşmez. Bebeğin keyfi çoğunlukla bozulmaz. Bu durum bebek altı aylık olduktan ve ek gıdalara başlandıktan sonra genellikle kaybolur (26).

Sonuç

Anne sütünün desteklenmesi ve emzirme danışmanlığı, yalnızca bebeğin pozisyonu, meme başını kavraması ve meme başı problemlerinin çözümü gibi dar kalıplar içerisinde değerlendirilmemelidir. Bu danışmanlık kapsamında, anne, bebek ve perinatal dönem riskli durumları gözönüne alınmalı, toplumsal yapı ve olayın psiko-sosyal boyutuda düşünülerek değerlendirilmeli ve bütüncül bir yaklaşım sergilenmelidir. Beslenme sorunu, beslenmeyi reddetme sonucunda ya da anatomik, fizyopatolojik nedenlere bağlı olarak besin alımında yetersizlik sonucu ortaya çıkabilir. Tüm sağlık çalışanlarına düşen rol, anne sütü ile beslemeye teşvik etmek ve desteklemektir. Sağlık çalışanları anne sütü ile beslenmeye zarar verecek uygulamalar hakkında eğitilmeli ve bu uygulamalardan kaçınmaları konusunda bilgilendirilmelidir. Sosyal yaşam standartları ve yasal uygulamalarda emzirmeyi kolaylaştırıcı yönde düzenlenmelidir.

Kaynaklar

1. American Academy of Pediatrics Policy Statement. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115: 496-506
2. ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants (Original Protocol March 2004; Revision #1 March 2010). *Breastfeeding Medicine* 2010;5(3):127-130.
3. Ammaniti M, Ambruzzi AM, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F. Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: clinical assessment and research implications. *J Am Coll Nutr* 2004; 23: 259-271.
4. Manikam R, Perman JA. Pediatric feeding disorders. *J Clin Gastroenterol* 2000; 30: 34-46.
5. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS. Human milk, breastfeeding, and transmission of human immunodeficiency virus in the United States. *Pediatrics*. 1995 ; 96:977-9.
6. Kunz C, Rodriguez-Palmero M, Koletzko B, Jensen R. Nutritional and biochemical properties of human milk, Part I: General aspects, proteins, and carbohydrates. *Clin Perinatol*. 1999 ;26:307-33.
7. Anderson GH, Atkinson SA, Bryan MH. Energy and macronutrient content of human milk during early lactation from mothers giving birth prematurely and at term. *Am J Clin Nutr*. 1981 ;34:258-65.
8. Kültürsay N, Bilgen H, Türkyılmaz C. Türk neonatoloji Derneği, Sağlıklı term bebeğin beslenmesi rehberi 2014.
9. Meier PP, Engstrom JL, Janes JE, Jegier BJ, Loera F. Breast pump suction patternsth at mimic the human infant during breastfeeding: greater milk output in less time spent pumping for breast pump dependent mothers with premature infants. *J Perinatol* 2012; 32:103-110.
10. Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. *Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics*. 2005;115(2):496-506.
11. Carlos H. Lifschitz, Feeding Problems in Infants and Children Current Treatment Options in Gastroenterology 2001, 4:451-457.
12. Manikam, Ramasamy Ph.D.; Perman, Jay A. M.D. *Pediatric Feeding Disorders Journal of Clinical Gastroenterology: January 2000 - Volume 30 - Issue 1 - pp 34-46.*
13. Riordan J, Wambach K. Perinatal and intrapartum care. *Breastfeeding and human lactation. 4th ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2010: 236-9.*
14. Häggkvist AP, Brantsæter AL, Grjibovski AM, Helsing E, Meltzer HM, Haugen M. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutr* 2010; 13(12): 2076-86.
15. Roy CC, Silverman A, Alagille D. Acute and chronic viral hepatitis. *Pediatric Clinical Gastroenterology. St. Louis: Mosby, 1995 : 684-711.*
16. Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, van Eijk JT, van Geldrop WJ, Neven AK. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ*. 1998 May 23;316 (7144):1563-9.
17. Wade SI, Kilgour T. Extracts from "clinical evidence": Infantile colic. *BMJ*. 2001 Aug 25;323(7310):437-40.
18. Roberts DM, Ostapchuk M, O'Brien JG. Infantile colic. *Am Fam Physician*. 2004 Aug 15;70(4):735-40.
19. PLBJ Lucassen, WJ, Assendelft, J Th M van Eijk, J W Gubbels, A C Douwes, W J van Geldrop Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch Dis Child* 2001;84:398-403.
20. Garrison MM, Christakis DA. A systematic review of treatments for infant colic. *Pediatrics* 2000; 106:184-90.
21. Olafsdottir E, forshei S, Fluge G, Markestad T. Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation. *Arch Dis Child* 2001; 138-41.
22. Barness L, Curran JS. The feeding of infants and child- ren. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM (eds) *Nelson text-book of pediatrics, 15th edn. Saunders, Philadelphia; 1996, pp.151-166.*
23. Bullen CL, Tearle PV, Willis AT. Bifidobacteria in the intestinal tract of infants; an in-vivo study. *J Med Microbiol* 1976;9:325-333.
24. Weaver LT, Laker MF, Nelson R, Lucas A. Milk feeding and changes in intestinal permeability and morphology in the newborn. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1987;6:351-358.
25. Caner İ, Alp H. İnfantil kolik ve tedavi modelleri. *Çocuk dergisi* 5(3): 171-175, 2005.
26. Choe YH, Lee JE, Moon KB, Hwang JH, Seo JM. The frequent bowel movements in young infants who are exclusively breast-fed. *Eur J Pediatr* 2004;163:630-633.