



Laktasyon döneminde gebelik ve lohusalık

Burçin Karamustafaoğlu Balcı, Gökhan Göynüner

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Özet

Annelerin bebeklerini emzirdikleri süre uzadıkça, tekrar gebe kaldıklarında halen emziriyor olma ihtimalleri artmaktadır. Çalışmalar laktasyon döneminde oluşan gebeliklerde düşük, preterm doğum ve intrauterin gelişme kısıtlanması riskinin artmadığını göstermektedir. Bununla beraber, gebe anne laktasyona devam ettiğinde doğacak bebeğin doğum ağırlığı azalıyor gibi durmaktadır. Literatürde emziren gebelerin günlük kalori, protein, vitamin ve mineral ihtiyacını gösteren bir kılavuza rastlanmamıştır, fakat gebe olup da süt veren annelerin enerji, protein, vitamin, mineral ve su ihtiyaçlarının arttığını göz önüne almak gerekir. Bu konudaki veriler gebelikte emzirmenin güvenli olduğu yönünde olsa da, mevcut çalışmalar gebelik döneminde laktasyonun ne anneye/fetüse/bebeğe zararlı olduğunu, ne de üçü için de tamamen güvenli olduğunu kanıtlayabilmektedir.

Anahtar sözcükler: Emzirme, gebelik, anne sağlığı, düşük riski, erken doğum.

Abstract: Pregnancy and puerperium during lactation

As the lactation period extends, the chance that they still breastfeed when they get pregnant increases. The studies show that there is no increase in the risk of miscarriage, preterm labor and intrauterine growth retardation. On the other hand, when pregnant woman maintains lactation, it seems that birth weight to be born decreases. No guidelines has been found in the literature showing the daily calorie, protein, vitamin and mineral needs of lactating pregnant women; however, it should be taken into consideration that energy, protein, vitamin, mineral and water needs of pregnant women who also lactate increase. Although the data in the literature indicates that lactating during pregnancy is safe, available studies cannot prove that lactation during pregnancy is either harmful or useful for mother/fetus/baby.

Keywords: Lactation, pregnancy, maternal health, miscarriage risk, early labor.

Giriş

Bu yazı laktasyon döneminde gebe kalma, gebe iken emzirmeye devam etme ve doğumdan sonra farklı yaşta iki kardeşe süt verme (tandem nursing) konusunda mevcut bilgileri derlemek amacıyla konuyla ilgili sağlık çalışanlarına (kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, ebeler, hemşireler, emzirme danışmanları) yönelik olarak hazırlanmıştır.

Anne sütünün bebek için emsalsiz bir besin olduğu bilinmektedir. Anne sütü, bebeklerin yaşamlarının ilk aylarındaki gereksinimleri olan besinlerin neredeyse tamamını içerir. Anne sütü temizdir, hazırlık gerektirmez, uygun ısıdadır, antikorlar içerir ve böylece bebeği

korur. Dünya Sağlık Örgütü 2001 yılından itibaren doğumdan sonra ilk 6 ay bebeğin sadece anne sütü ile beslenmesini, 6 aydan sonra ek gıdalar ile birlikte emzirmeye devam edilmesini önermektedir.^[1] Çoğu anne bebeğini beslemek, enfeksiyonlardan korumak ve emzirmenin duygusal yönünü yaşamak için uzun süre emzirmek ister. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 çalışması, 20-23 aylık bebeklerin %33.9'unun anne sütü aldığını ve 2013'ten önceki üç yıl içinde doğan tüm çocuklar için emzirme süresinin ortalama 16.7 ay olduğunu göstermiştir.^[2] Aynı araştırmanın verilerine göre Türkiye'de doğumların %18'i bir önceki doğumdan 24 aydan az bir süre sonra gerçekleşmiştir.^[2] Bu rakamlara göre polikliniklerde azımsanmayacak sayıda 2 yaşından

Yazışma adresi: Dr. Burçin Karamustafaoğlu Balcı, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.
e-posta: burcinkaramustafaoğlu@yahoo.com

Geliş tarihi: Ekim 15, 2015; **Kabul tarihi:** Kasım 13, 2015

Bu yazının atf künyesi: Karamustafaoğlu Balcı B, Göynüner G. Pregnancy and puerperium during lactation. Perinatal Journal 2015;23(3):194-200.

©2015 Perinatal Tıp Vakfı

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:
www.perinataljournal.com/20150233012
doi:10.2399/prn.15.0233012
Karekod (Quick Response) Code:



deomed®

küçük emzirdiği bir çocuğu olan yeni bir gebe ile karşılaşılıyor olmalıyız. Gebelik, doğum ve lohusalık dönemi kadınların sağlık personeli ile yakın ilişkide oldukları dönemlerdir. Bu nedenle bu dönemlerde sağlık bakım hizmetlerinin etkili sunumu önem taşımaktadır.

Çeşitli çalışmalara göre doğum öncesi dönemde emzirme ile ilgili eğitim alan kadınlar ilk 6 ay anne sütü ile beslemeye ve sonrasında da emzirmeye devam etmeye diğer annelere kıyasla daha eğilimli olmaktadır.^[3,4] Emziren bir anne gebe kaldığında anneyi bilgilendirmemiz emzirmenin devamı veya kesilmesi konusunda kritik öneme sahiptir. Bizim de konu ile ilgili bilgilerimizin güncel, görüşlerimizin net olması gerekir. Laktasyon fertilitayı olumsuz etkiliyor mu? Gebe kalınca emzirmeyi kesmek gerekir mi? Gebeyken emzirmek abortus veya preterm doğum riskini artırır mı? Doğumdan sonra ne olacak? Biri yenidoğan, diğeri süt çocuğu iki kardeşi emzirmek mümkün mü? Annelere ve ailelerine neler önermeliyiz?

Laktasyon ve Subfertilite

Ön hipofizden salgılanan prolaktin hormonu süt yapımını sağlar. Prolaktin hormonu, gebeliğin beşinci haftasından itibaren, doğuma kadar giderek artan bir hızla yükselerek normal düzeyi olan 10–25 ng/ml'den gebeliğin sonunda maksimum düzeyi olan 200–400 ng/ml düzeyine ulaşır.^[5] Prolaktin düzeyi doğum sonrası ilk haftalarda yaklaşık term düzeyinin %50'si düzeyine iner.^[5] Ancak, annenin bebeği her emzirmesinde meme ucunda bulunan sinirler aracılığıyla hipotalamusa uyarı gönderilir. Yaklaşık bir saatlik süre içinde prolaktin hormonu sekresyonu 10–20 kat artış gösterir ve süt yapımı sağlanır.^[5] Prolaktin hormonu süt yapımını sağlarken aynı zamanda folikül uyarıcı hormonu (FSH) ve lüteinizan hormonu (LH) baskılar, östrojen düzeylerinin düşük kalmasını sağlar ve folikül gelişimini önleyerek ovülasyon baskılanır. Bu hipotez laktasyonun fertilitayı önlemesini açıklamaktadır.

Bebeğini sadece anne sütü ile besleyen ve adet görmeyen kadınların postpartum ilk 6 ay içerisinde gebe kalmaları beklenmez. Bu durum postpartum dönemde bir süre için doğum kontrol yöntemi olarak düşünülebilir. Laktasyonel amenore yöntemi olarak isimlendirilen bu yöntem, bazı koşullar sağlandığında, etkin bir kontrasepsiyon yöntemi seçilene kadar kullanılabilir bir yöntemdir. Bu koşullarda menstrüasyonun başlamamış

olması ve bebeği sadece anne sütü ile beslemesi gerekmektedir.^[6] İki koşul da mevcut ise laktasyonel amenore yöntemi %98–99.5 etkili bir yöntem olmaktadır.^[6]

Laktasyonel amenore yönteminin etkinliği annenin bebeğini emzirme süresi ve sıklığı ile doğrudan ilişkilidir. Yapılan araştırmalar bebeği sadece anne sütü ile beslemenin (tam emzirmek) kısmi emzirmeye göre laktasyonel amenore süresini uzatarak doğum sonrası doğurganlığın geri dönüşünü engellediğini göstermiştir.^[7–9] Bebeği sadece anne sütü ile beslemek iki emzirme arası gündüz en fazla 4 saat, gece en fazla 6 saat olması, bebeğin sıvı veya katı ek bir besin almaması^[10] ve emzirme süresinin en azından 4–5 dakika olması^[5] demektir. 6 aydan sonra ek gıdalara geçince annenin emzirme sıklığı azalır, annenin ürettiği süt miktarı da azalır ve böylece vücut yeni bir gebeliğe imkan verecek duruma gelir. Laktasyonel amenore yöntemi doğumdan sonraki ilk altı ayda etkilidir. Sonrasında çiftlerin başka bir doğum kontrol yöntemine geçmeleri gerekir.

Laktasyon ve Fertilita

Emzirme döneminde gebe kalmak ve genelde gebelikte emzirmeyi kesmek tüm dünyada karşılaşılan bir durumdur.^[11,12] Emzirmenin daha uzun sürdüğü, etkin kontrasepsiyon yöntemlerine erişimin kısıtlılığı olduğu gelişmekte olan ülkelerde ve düşük sosyoekonomik imkanlardaki toplumlarda emzirirken gebe kalmak eskiden beri seyrek değildi.^[13] Örneğin Mısır'da gebelik takibine gelenlerin %25'i emzirirken gebe kalmıştır.^[14] Guatemala'da^[11] gebeliklerin yarısının emzirirken gerçekleştiğini ve Hindistan'da^[15] kimi fakir bölgelerde annelerin %70'inin gebe kaldığında hala emzirdiğini biliyoruz. Bununla beraber literatürde laktasyon döneminde oluşan gebeliklerin gelişmiş ülkelerdeki sıklığı ile ilgili bilgiye rastlanamamıştır.^[13]

Gebeyken Süt Vermek ve Farklı Yaşlarda İki Kardeşe Süt Vermek: Tamam mı, Devam mı?

Emziren anne gebe kaldığında ve hem gebeliğin hem de emzirmenin devamına karar verdiğinde klinisyenin aklına şu noktalar takılır: Annenin beslenme ihtiyacı değişecektir. Emzirirken gebe kalan bir anneye beslenme ile ilgili neler önermek gerekir? Fetüs ile emziren bebeğin gelişimleri ve büyümeleri yavaşlar mı? Sütün miktarı/kalitesi/tadı değişir mi? Abortus veya preterm doğum tetiklenir mi?

Besin İhtiyacı

Gebelikte ve laktasyon döneminde besin maddelerinin önerilen günlük alım miktarı artar. Bu artış oranı gebelik haftasına veya emziren annenin yaşına göre değişmekle beraber kabaca enerji için %34.6, protein için %54'tür.^[16] Laktasyon gebelikten daha fazla besin ihtiyacını beraberinde getirir; laktasyonda karbonhidrat için %61.5, protein için %54.3 artış söz konusudur.^[16] Vitamin ve eser element ihtiyacı ise kimileri için hiç artmazken (biotin, potasyum ve klorid ihtiyacı), kimileri için neredeyse iki katına çıkabilir (örneğin A ve C vitaminleri).^[17-19] Doğumdan sonra bir sonraki gebelik ve doğuma kadar kadın vücudunun eksiklerini tamamlaması gerekir. Laktasyon döneminde de enerji, vitamin, mineral, protein ihtiyacı arttığı için "gebelikler arası sürenin" değil de, laktasyon bitimiyle sonraki gebelik arası sürenin daha önemli olduğu öne çıkmaktadır. Gebelikte olunmayan ve bebek emzirmeyen bu dönemin süresinin en az ne kadar olması gerektiği halen tartışmalıdır.

Emziren gebe annenin her trimester için günlük ihtiyacını gösteren bir kılavuz olmasa da, annenin diğer gebelere göre daha iyi beslenmesi ve protein/enerji/vitamin/mineral/su desteğini arttırması gerektiği aşikardır. Fetüsün en hızlı büyüdüğü 3. trimesterde süt veren gebenin beslenme ihtiyacının en fazla olacağı tahmin edilebilir. Ayrıca emzirme 1 yıldan uzun sürdüğünde sütün enerji ve yağ içeriği de kısa süredir emziren annelerin sütüne göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.^[20] Filipinler'de yapılmış bir çalışma,^[21] gebe iken emziren anneler ile emzirmeyen anneleri karşılaştırmış ve gebelik süresince toplam kilo alımı açısından fark saptamamış, fakat emzirirken gebe kalan kadınların 3. trimesterde anlamlı olarak daha hızlı kilo aldığını gözlemlemişlerdir. Bu çalışmada emzirirken gebe kalanların gebelik süresince ortalama emzirme süreleri 11.9±0.35 haftadır. Bununla beraber 3. trimesterde emzirmeye devam edenlerin kilo alımı ise olumsuz etkilenmiştir.^[21] Bu çalışmaya göre gebeliğin sadece başında emziren anneler gebeliğin sonunda hızlıca kilo alarak farkı kapatıyor, fakat tüm gebelik boyunca emzirenler ise nihai olarak düşük kilo almış olarak kalıyor sonucu çıkmaktadır. Gebelikte emziren 45 gebe ile emzirmeyen 120 gebeyi karşılaştıran bir çalışma, emziren gebelerin daha az kilo aldıklarını saptamıştır.^[22]

Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü emziren annelerin çeşitli sebze, meyve, tahılları içeren, kalsiyum

ve proteinden zengin bir diyet ile beslenmelerini önermektedir.^[23] Gelişmiş ülkelerde yağ ve şekeri bolca içeren besinler çok tüketildiği için kalori ihtiyacını karşılamak kolay olsa da hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde vitamin ve mineral eksikliklerine dikkat etmek gerekir. Gebelik süresince gebenin normal beslenmeye ek olarak ortalama ilk trimesterde 150 kcal/gün, ikinci ve üçüncü trimesterde 300 kcal/gün alması gerekir.^[24] Bebeğin sadece anne sütü ile beslendiği dönemlerde süt üretimi nedeniyle annenin her gün fazladan 628 kcal harcaması gerekir.^[25] Gıdalar ile fazladan bu kadar kalori alınması önerilmez, bir miktar daha az kalori alınabilir, çünkü normal bir gebelikte postpartum dönem için annenin vücudunda yağ depolanmıştır.^[25] Nitekim süt veren ve süt vermeyen kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada emziren annelerin ortalama olarak günde 580 kcal daha fazla tükettiği saptanmıştır (2460 kcal'e karşın 1880 kcal).^[26]

Gebelikte büyüyen fetüs, gelişen plasenta, annede kan hacminin artması ve doğumdaki kaybı tolere edebilmek için artan kan yapımı demir ihtiyacını da arttırır. Annenin emzirmedeği bir gebelikte gerekli demir desteği gebelik boyunca günlük 30-60 mg elementer demir^[27] iken, yine annenin gebe olmadığı laktasyon döneminde 19 yaşından sonra 9 mg/gün, 14-18 yaşında 10 mg/gün demir gereksinimi mevcuttur.^[18] Gebelikte demir desteği verilmesi ve verilmemesi karşılaştırıldığında preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, maternal anemi ve demir eksikliği, demir desteği verilmeyenlerde daha yüksek oranda görülür.^[27] Demirin hem fetüslerin^[28] hem de bebeklerin mental gelişimi için önemi^[29] ve ayrıca preeklampsi ve intrauterin gelişme geriliği gibi kimi gebelik hastalıklarındaki rolü^[30] de bilinmektedir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde en sık rastlanan vitamin/mineral eksikliği demir eksikliğidir.^[31] Ayrim ve ark. gebelikte laktasyona devam eden kadınların hemogloblin değerlerinde süt vermeyen gebelere kıyasla anlamlı derecede düşme saptamışlardır.^[22] Sonuç olarak süt veren gebelerin demir desteği almalarının hem fetüs, hem anne, hem de emzirilen bebek için önemi vardır.

Gebelik süresince idrarda folik asit atılımı arttığı ve gebenin vücudunda çok hızlı bölünen çok fazla sayıda hücre olduğu için gebelerin folik asit ihtiyacı artmıştır.^[27] Nöral tüp 28. günde kapanır ve bazen bu kadar erken dönemde gebelik tespit bile edilmemiş olabilir. Gebelik tespit edildikten sonra folik asit desteği nöral

tüp gelişimi için yararlı olamayacaktır, ancak annenin ihtiyaçlarını karşılamak için gereklidir.^[27] Dünya Sağlık Örgütü gebelik boyunca günlük 400 µg folik asit alımını önermektedir.^[27] Laktasyon döneminde ise günlük 500 µg folik asit alımı önerilmektedir.^[17]

Gebelikte artan kalsiyum ihtiyacı ön planda gastro-intestinal sistemden kalsiyum emiliminin artması ile karşılanır.^[32] Kemiklerden kalsiyum salınımı da gebelikteki artan ihtiyacı karşılamaya yardım eder.^[32] Bu nedenle gebelikte ek olarak kalsiyum desteğine gerek yoktur.^[33] Gebelerin beslenme ile 1200 mg/gün kalsiyum almaları önerilir.^[34] Kalsiyumdan zengin gıdaların tüketiminin yetersiz olduğu toplumlarda ise 20. gebelik haftasından doğuma kadar günde 1.5–2 gram elementer kalsiyum takviyesi önerilmektedir.^[35] Laktasyon döneminde süte geçen kalsiyumun en büyük kaynağının iskelet sistemi olduğu, bir miktar da renal geri emilim ile kalsiyum sağlandığı görülmektedir.^[32] Beslenme ile alınan kalsiyumun gebelikte, vücutta depolanmış kalsiyumun da laktasyon döneminde ihtiyaca cevap veren en önemli kaynaklar olduğu anlaşılmaktadır.^[32] Bir gebelik geçiren, sonra bebeğini emziren, ikinci gebelik yaşayıp laktasyona devam eden annenin kalsiyum ihtiyacının yüksek olacağı aşikardır, fakat emziren gebeye günde tam olarak ne kadar kalsiyum desteği sağlamak gerektiğine yönelik bir bilgi yoktur.

A vitamininin hücre bölünmesinde, fetal organların ve iskelet sisteminin gelişmesinde, görmede ve immün sistemde önemli rolü vardır. Rutin gebe takibinde A vitamini takviyesi önerilmemekle birlikte A vitaminin eksikliğinin halk sağlığı sorunu olduğu ülkelerde gebelikte ve postpartum dönemde A vitamini takviyesi, önce fetüsü sonra da laktasyon ile bebeği besleyip A vitamini eksikliğinden korumak için önerilmektedir.^[36] Önerilen, gebelikte besinlerle günlük 800 µg retinol alınmasıdır, fakat düşük gelirli ülkelerde A vitamini sebze, meyve, et ve süt ürünleri gibi rahatlıkla ulaşılamayan gıdalarda bulunduğu için bu ülkelerde farmakolojik olarak takviye gerekir.^[36] Takviye, gebelik boyunca en az 12 hafta boyunca günde en fazla 10.000 IU veya haftada en fazla 25.000 IU A vitamindir.^[36] Bebekler çok düşük A vitamini rezervi ile doğar ve bebekleri beslemek için anne sütünde yeterince A vitamini olmalıdır. Yine de rutin olarak lohusalara A vitamini takviyesi önerilmez; postpartum A vitamini takviyesi maternal ve fetal mortalite ve morbiditeyi etkilemez.^[37] Gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde hem süt veren hem de gebe olan annelerin A

vitamini desteği alması gerekip gerekmediği ve gerekiyorsa miktarı ile ilgili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Gebelikte 3 litre/gün, laktasyon döneminde 3.8 litre/gün su alımı gereklidir.^[19] Emziren ve gebe annelerin günde içmeleri gereken su miktarı ile ilgili de net veriler olmasa da hem süt üretimini arttırmak, hem de gebeliğin getirdiği ihtiyacı karşılamak için normale göre daha fazla su içmeleri gerekir.

Anne Süt Verdiğinde Fetüsün Büyüme ve Gelişmesi

Literatür gözden geçirildiğinde, gebe iken emzirmenin yaşına göre küçük bebek doğurma veya in utero gelişme kısıtlanması sıklığını artırıp arttırmadığını göstermek için planlanmış çalışma görülememektedir. Bununla beraber literatürde bulunan çalışmalar farklı sonuçlar ortaya çıkartmıştır. Eski bir çalışma, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, süt veren annelerin çocuklarının süt vermeyen annelere göre ortalama 57 gram daha hafif doğduklarını saptamıştır.^[11,12] 2013'te ülkemizde yapılan bir çalışma ise doğumdan sonra 2 yıl içerisinde yeniden gebelik yaşayan 61 kadın hastayı içermektedir; bu çalışmada emziren gebeler ile emzirmeyen gebelerin gebelik sonuçları karşılaştırılmış ve emziren gebelerin oluşturduğu grupta doğum kilosu diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha düşük tespit edilmiştir (p=0.006).^[38] Başka bir çalışmada laktasyon ile gebeliğin üst üste gelmesi yaşına göre küçük bebek doğurmak ile ilişkili bulunmamıştır.^[39]

Süt Veren Anne Gebe Kaldığında Bebeğin Büyüme ve Gelişmesi

Emzirdiği bebeği olan bir kadınlar gebe kaldığında emzirilen bebeğin gelişiminin geride kalıp kalmadığını saptamak güçtür. Kaldı ki, böyle bir durum saptansa bile emzirme veya sütün kalitesi/içeriği ile gelişme arasında neden sonuç ilişkisi çıkartılamaz. Yeni bir gebelik ile ilgi, çocuğa ayrılan zaman, gösterilen özen de azalacaktır. Literatürde de gebelik döneminde emzirmenin çocuk sağlığı açısından etkilerini inceleyen az sayıda araştırma bulunmaktadır. Devcioğlu ve ark. ilki postpartum 3. ayda, ikincisi 15. ayda gebe olduğunu öğrenen ve hem gebelik boyunca hem de doğumdan sonra ilk bebeğini emzirmeye devam eden iki anneyi sunmuşlardır.^[40] İki annenin her iki bebeği aynı klinikte düzenli olarak takip edilmiş ve dört bebeğin de ilk 6 ay kon-

trollerinde gelişimleri normal olduğu için sadece anne sütü ile beslenmeleri yeterli bulunmuştur. İlk annenin birinci çocuğu makale hazırlandığında 25 aylıktır ve anne halen emzirmeye devam etmektedir. İkinci anne birinci çocuğunu emzirmeyi 26 aylıken kesmiştir. Her iki annenin her iki çocuğunun da büyüme ve gelişimi yaşlarına uygun olarak seyretmektedir.^[40] Bohler ve ark. gebelik döneminde emzirmenin kesildiği çocukların büyüme hızını, daha önce hiç emzirilmemiş veya hamilelik döneminde emzirmenin devam edildiği çocuklara oranla daha düşük bulmuşlardır.^[41] Büyük çocuğun gelişimi sadece emzirilmeye bağlı olmadığından bu konu belirsiz kalmaktadır.

Sütün Miktarı/Kalitesi/Tadı Değişir mi?

Emzirme sıklığı azaldıkça sütün içeriğindeki sodyum ve protein konsantrasyonu artarken glukoz, laktoz ve potasyum konsantrasyonu azalır.^[42] Bu değişiklikler emzirme sıklığının ne kadar azaldığı ile uyumlu olarak meydana gelir.^[42] Gebeliğin başlarında ise, emzirme sıklığından bağımsız olarak, aynı değişiklikler oluşur (sodyum ve protein konsantrasyonu artar, glukoz, laktoz ve potasyum konsantrasyonu azalır).^[42] Gebeliğin başında süt üretiminin emzirmenin yarattığı stimulusa direnç göstererek azaldığı sonucu ortaya çıkmaktadır.^[42] Gebelikte anne sütünde olan bu değişiklikler sütün tadını da değiştirecektir. Bu değişiklik emen bebek için sorun yaratabilir, bebek emmeyi azaltabilir, emmek istemeyebilir veya hiç sorun olmayabilir, eskisi gibi emmeye devam edebilir. Zaten anne sütünün tadının annenin beslenmesi ile sürekli değiştiği, bebeğin her emdiğinde farklı tadı olan bir süt emdiği bilinmektedir.^[43,44]

Laktasyon ve Abortus İlişkisi

Laktasyonun abortus yapabileceği düşüncesi iki hormonun tehlikeli olarak görülmesine dayanır: prolaktin ve oksitosin. Hirahara ve ark. hiperprolaktinemi olan hastaların gebelik oranlarının bromokriptin ile tedavi edilirse tedavi edilmeyenlere göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır.^[45] Bromokriptin prolaktin üretimini inhibe ederek etki gösterir ve prolaktin seviyesini düşürür. Prolaktin seviyesi normale gelince de ovülasyon ve sonrasında fertilizasyon gerçekleşebilir. Hirahara ve ark. aynı zamanda düşük yapan kadınlarda gebeliğin ilk dönemlerinde prolaktin düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır.^[45] Bu iki veri sonucundan emzirirken meydana gelen prolaktin artışının ilk trimesterde spon-

tan gebelik kaybı riskini arttırabileceği hipotezi ortaya çıkmaktadır. İkinci sorun da bebek meme başını emdikçe hipotalamustan oksitosin salınımının artmasıdır. Oksitosin hem memedeki mioepitelial hücrelerin kontraksiyonu ile sütün boşalmasını sağlar hem de uterin kontraksiyonları tetikler. Bu etki postpartum dönemde uterin kanamayı azaltarak hemodinami için faydalı olsa da acaba gebelik olduğunda düşüğe neden olarak zararlı olur mu? Emzirme ile oluşan oksitosin salınımı 3 açıdan gebelerde tehlike yaratmıyor gibi durmaktadır. Birincisi miyometriyumdaki oksitosin reseptörleri ve uterusun oksitosine duyarlılığı gebeliğin sonlarında, özellikle de doğumda artar ve doğumdan sonra oksitosin reseptörleri hızla azalır.^[46] Doğum eyleminin öncesinde ve sonrasında oksitosine görece direnç vardır.^[46] İkincisi, meme başı uyarısına cevaben oksitosin salınımı zamanla azalır;^[47] doğumdan aylar sonra emzirmeye oluşan oksitosin salınımı postpartum ilk günlerdeki kadar güçlü değildir. Son olarak, meme başı uyarısından sonra oksitosinin ne kadar arttığı gebe kadınlarda, postpartum emziren kadınlarda ve normal siklusları olan kadınlarda incelendiğinde gebelerdeki oksitosin artışının diğer gruptakiler kadar yüksek olmadığı saptanmıştır.^[48] Hem prolaktinin hem oksitosinin emziren gebelerde normal gebelere göre yüksek değerlerde oluşu ilk trimesterde düşük riskini arttırabilecek gibi dursa da şu an elimizde olan üç çalışma^[22,49,50] emzirmeyi erken gebelik kayıpları ile ilişkili bulmamıştır. Ishii^[49] süt veren 110 gebe kadın ile süt vermeyen 774 gebe kadından oluşan 2 grubu karşılaştırmış ve iki grup arasında abortus oranlarını benzer bulmuştur. Vitzthum ve ark.^[50] erken gebelik kaybı olarak 7. gebelik haftasından önceki düşükleri ele almışlar ve emzirme ile düşük oranlarında artış saptamamışlardır. Ayrim ve ark. emziren gebelerde düşük tehdidi riskinde artış saptamamışlardır.^[22] Sengul ve ark.,^[38] 39 emziren ve 22 emzirmeyen annenin gebeliklerini karşılaştırdıklarında emziren annelerin gebeliklerinde 3 missed abortus gelişmişken diğer grupta hiç abortus olmamıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir fakat hasta sayısının düşük olduğu da göz önüne alınmalıdır.^[38]

Laktasyon ve Preterm Doğum İlişkisi

Doğum indüksiyonu amacıyla kullanılan farmakolojik yöntemlerden biri de oksitosindir. Sadece IV yolla oksitosin verilmesi değil, meme başı uyarısı ile salgılanan oksitosinin de doğum indüksiyonu yaptığı düşünülür. Bununla beraber literatürde emzirme nedeniyle

oksitosin salgılanması sonucu erken doğum yaptığı düşünülen bir olguya rastlanmamıştır. Literatürdeki çalışmalar emziren annelerin gebelikleri ile emzirmeyen annelerin gebeliklerinin sonuçlarını karşılaştırmış ve preterm doğum açısından ilişki saptamamıştır.^[22,38]

Kişiyi Özel Karar

Literatürden elde edilen bilgiler gebeyken emzirmenin ne anneye/fetüse/bebeğe zararlı olduğunu ne de üçü için de tamamen güvenli olduğunu kanıtlayabilmektedir. Bu nedenle gebe kalınca emzirmeyi kesmeyi önerecek kadar güçlü veriler olmasa da gebe anneleri bu durumun tamamen güvenli olmayabileceği konusunda da bilgilendirmek gerekir. Süt veren gebelere bilgi verirken emziren bebeğin kaç aylık olduğu da önemlidir; 7 aylık bebeğin laktasyona ihtiyacı 24 aylık bebek ile aynı değildir. Annenin ek hastalıkları olup olmadığı, annenin beslenme imkanları, mineral ve vitamin desteği ile kalsiyum ve proteinden zengin diyetle erişimi, gebenin obstetrik anamnezi (önceden düşük/preterm doğum öyküsü olup olmadığı), gebeliğin seyri ve fetüsün ultrason ile takiplerde yeterli büyüyüp büyümemesi de karar verilirken göz önüne alınması gereken diğer noktalar dır.

Annenin gebe iken emzirmeye devam edip etmemesi aldığı bilgiler ışığında bireysel bir karar olmalıdır. Laktasyonu kesme kararı alınırsa bu süreç her zaman çok hızlı ve kolay olmayabilir. Ayrıca bir çalışma gebe annelerin %39'unun emzirmeye devam ettiklerini kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinden sakladığını saptamıştır.^[51] Bu iki nedenden ötürü her koşulda süt veren gebeye beslenmesine önem vermesi, bol sıvı tüketmesi önerilmeli, gebelikte emzirmek ve gebelik sonrası farklı yaşta iki bebeği emzirmek konusunda bilinçlenmesi sağlanmalıdır.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding, report of an expert consultation. Geneva: WHO; 2001.
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 2014.
3. Bağ Ö, Yaprak I, Halıcıoğlu O, Parlak Ö, Harputluoğlu N, Astarıcıoğlu G. Annelerin anne sütü hakkındaki bilgi düzeyi ve sadece anne sütü ile beslenmeyi etkileyen psikososyal faktörler. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi 2006; 16:63-70.
4. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. Pediatrics 2003;112:108-15.
5. Senturk Erenel A. Doğal bir aile planlaması yöntemi: laktasyonel amenore yöntemi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2010;9:383-90.
6. Kennedy KI, Rivera R, McNeilly AS. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. Contraception 1989;39:477-96.
7. Kennedy KI, Lobbok MH, Van Look PFA. Lactational amenorrhea method for family planning. Int J Gynaecol Obstet 1996;54:55-7.
8. Kennedy KI, Rivare R, McNelly AS. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. Contraception 1989;39:477-96.
9. Pérez A, Lobbok MH, Queenan JT. Clinical study of the lactational amenorrhoea method for family planning. Lancet 1996;339:968-70.
10. Tilley IB, Shaaban OM, Wilson M, Glasier A, Mishell DR Jr. Breastfeeding and contraception use among women with unplanned pregnancies less than 2 years after delivery. Int J Gynaecol Obstet 2009;105:127-30.
11. Merchant K, Martorell R, Haas J. Maternal and fetal responses to the stresses of lactation concurrent with pregnancy and of short recuperative intervals. Am J Clin Nutr 1990;52:280-8.
12. Merchant K, Martorell R, Haas JD. Consequences for maternal nutrition of reproductive stress across consecutive pregnancies. Am J Clin Nutr 1990;52:616-20.
13. Cetin I, Assandro P, Massari M, Sagone A, Gennaretti R, Donzelli G, et al.; Working Group on Breastfeeding, Italian Society of Perinatal Medicine and Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. Breastfeeding during pregnancy: position paper of the Italian Society of Perinatal Medicine and the Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. J Hum Lact 2014;30:20-7.
14. Shaaban OM, Glasier AF. Pregnancy during breastfeeding in rural Egypt. Contraception 2008;77:350-4.
15. WHO Collaborative study on breast-feeding. Contemporary patterns of breastfeeding: report on the who collaborative study on breast-feeding. Geneva: WHO; 1981.
16. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids (macronutrients). Washington, DC: National Academies Press; 2005.
17. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies. Dietary reference intakes for thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, pantothenic acid, biotin, and choline. Washington, DC: National Academies Press; 1998.
18. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies. Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc. Washington, DC: National Academies Press; 2001.

19. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies. Dietary reference intakes for water, potassium, sodium, chloride, and sulfate. Washington, DC: National Academies Press; 2005.
20. Mandel D, Lubetzky R, Dollberg S, Barak S, Mimouni FB. Fat and energy contents of expressed human breast milk in prolonged lactation. *Pediatrics* 2005;116:432–5.
21. Siega-Riz AM, Adair SL. Biological determinants of pregnancy weight gain in a Filipino population. *Am J Clin Nutr* 1993;57:365–72.
22. Ayrim A, Gunduz S, Akcal B, Kafali H. Breastfeeding throughout pregnancy in Turkish women. *Breastfeed Med* 2014;9:157–60.
23. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies. Nutrition during lactation. Washington, DC: National Academies Press; 1991.
24. Samur G, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Gebelik ve emzilik döneminde beslenme. Yayın No: 726. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2008.
25. Butte NF, King JC. Energy requirements during pregnancy and lactation. *Public Health Nutr* 2005;8:1010–27.
26. English RM, Hitchcock NE. Nutrient intakes during pregnancy, lactation and after the cessation of lactation in a group of Australian women. *Br J Nutr* 1968;22:615–24.
27. WHO. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: WHO; 2012.
28. WHO/UNICEF/UNU. Iron deficiency anaemia assessment, prevention, and control: a guide for programme managers. Geneva: WHO; 2001.
29. Chang S, Zeng L, Brouwer ID, Kok FJ, Yan H. Effect of iron deficiency anemia in pregnancy on child mental development in rural China. *Pediatrics* 2013;131:755–63.
30. Berti C, Biesalski HK, Gartner R, Lapillonne A, Pietrzik K, Poston L, et al. Micronutrients in pregnancy: current knowledge and unresolved questions. *Clin Nutr* 2011;30:689–701.
31. Milman N. Iron and pregnancy – A delicate balance. *Ann Hematol* 2006;85:559–65.
32. Kovacs CS. Calcium and bone metabolism in pregnancy and lactation. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:2344–8.
33. National Institute of Medicine. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. New York, NY: National Academies Press, 2011.
34. World Health Organization, Food and Agricultural Organization of the United Nations. Vitamin and mineral requirements in human nutrition. 2nd ed. Geneva: WHO; 2004.
35. Nutrition. Maternal, infant and young child nutrition: draft comprehensive implementation plan. In: Sixth-fifth World Health Assembly, Geneva, 21–26 May 2012. Resolutions and decisions, and list of participants. Geneva, World Health Organization, 2012 (A65/11) Annex: 5–23.
36. WHO. Guideline: vitamin A supplementation in pregnant women. Geneva: WHO; 2011.
37. WHO. Guideline: vitamin A supplementation in postpartum women. Geneva: WHO; 2011.
38. Sivaslioglu AA, Kokanali MK, Ustuner I, Avsar AF. The outcomes of the pregnancies of lactating women. *Turk J Med Sci* 2013;43:251–4.
39. Merchant K, Martorell R. Frequent reproductive cycling: does it lead to nutritional depletion of mothers? *Prog Food Nutr Sci* 1988;12:339–69.
40. Devocioğlu E, Güneş Kürkçü D, Kural B, Eren T, Gökçay G. Gebelik döneminde ve iki farklı yaşta kardeş emzirme: olgu sunumları. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2014;77:60–3.
41. Böhler E, Bergström S. Child growth during weaning depends on whether mother is pregnant again. *J Trop Pediatr* 1996;42:104–9.
42. Prosser CG, Saint L, Hartmann PE. Mammary gland function during gradual weaning and early gestation in women. *Aust J Exp Biol Med Sci* 1984;62:215–28.
43. Hausner H, Bredie WL, Mølgaard C, Petersen MA, Møller P. Differential transfer of dietary flavour compounds into human breastmilk. *Physiol Behav* 2008;95:118–24.
44. Yoshida M, Shinohara H, Sugiyama T, Kumagai M, Muto H, Kodama H. Taste of milk from inflamed breasts of breastfeeding mothers with mastitis evaluated using a taste sensor. *Breastfeed Med* 2014;9:92–7.
45. Hirahara F, Andoh N, Sawai K, Hirabuki T, Uemura T, Minaguchi H. Hyperprolactinemic recurrent miscarriage and results of randomized bromocriptine treatment trials. *Fertil Steril* 1998;70:246–52.
46. Yulia A, Johnson MR. Myometrial oxytocin receptor expression and intracellular pathways. *Minerva Ginecol* 2014;66:267–80.
47. Leake RD, Waters CB, Rubin RT, Buster JE, Fisher DA. Oxytocin and prolactin responses in longterm breastfeeding. *Obstet Gynecol* 1983;62:565–8.
48. Amico JA, Finley BE. Breast stimulation in cycling women, pregnant women and a woman with induced lactation: pattern of release of oxytocin, prolactin and luteinizing hormone. *Clin Endocrinol* 1986;25:97–106.
49. Ishii H. Does breastfeeding induce spontaneous abortion? *J Obstet Gynaecol Res* 2009;35:864–8.
50. Vitzthum VJ, Thornburg J, Spielvogel H. Seasonal modulation of reproductive effort during early pregnancy in humans. *Am J Hum Biol* 2009;21:548–58.
51. Moscone SR, Moore MJ. Breastfeeding during pregnancy. *J Hum Lact* 1993;9:83–8.