A QUALITATIVE ANALYSIS ON THE EFFICIENCY OF BREASTFEEDING SUPPORT PROVIDED BY HEALTH PROFESSIONALS FROM A SOCIOLOGICAL PERSPECTIVE

Zeynep TEKİN BABUÇ
Asst. Prof., PhD, Osmaniye Korkut Ata University, zeyneptekinbabuc@gmail.com
ORCID: 0000-0002-2363-3236

Müjdat AVCI
Assoc. Prof., PhD, Osmaniye Korkut Ata University, mujdatavci24@gmail.com
ORCID: 0000-0003-4409-4523

ABSTRACT

Breastfeeding has many significant psychological and health benefits on infants and mothers. The breastfeeding support of health professionals play a considerable role on breastfeeding motivation of mothers in post-partum period. Promotion of breastmilk and breastfeeding policy of Turkish health system especially targets to give consultancy to mothers via specialized health professionals and the quality of counseling and support affects the initiation and continuation of breastfeeding. The aim of this study is to reveal the experiences of mothers and breastfeeding consultants on the quality and efficiency of breastfeeding support provided by health professionals and as a result to analyse to what extent the aims of breastfeeding promoting strategy correspond with the real life experiences. Within this context, semi-structured interviews are carried out with seven mothers who had given birth within a year and received breastfeeding support from a health professional and with five breastfeeding consultants who work in private or under a health institution. The participant groups of the study are constituted by using snowball sampling technique. Qualitative research methods are used in the study. Findings of the study are discussed in the light of sociological concepts as biopower, governmentality and medicalization of breastfeeding. Findings show that there is a gap between expectations and experiences of mothers regarding breastfeeding support and mothers experience pressure, inadequacy and weakened autonomy in their interactions with health professionals. There is a need of a long-term and individualized breastfeeding counseling and support which is empathetic and sensitive to psychological needs of mothers.

Keywords: Breastmilk, breastfeeding, bio-power, governmentality, medicalization.
INTRODUCTION

Breastfeeding has many significant psychological and health benefits on infants and mothers. Worldwide health authorities emphasize the importance of breastmilk and breastfeeding especially within the first 6 months of life and also recommend to continue breastfeeding for two years or beyond with complementary foods (World Health Organization, 2003). United Nations Children’s Fund (UNICEF) also declares that adequate and appropriate breastfeeding is one of the most crucial and effective ways of decreasing infant mortality rates (UNICEF, 2008).

Unfortunately, official figures show that breastfeeding duration worldwide within the first 6 months of life is around 36% (UNICEF, 2013). In Turkey, the ratios are far beyond the expectations, too. According to the data of Turkish Population and Health Survey conducted by Hacettepe University Institute of Population Studies (2014), while exclusive breastfeeding ratio is 58% within the first two months, it decreases monthly dropping off to 9,5% in the forth and fifth months. These findings show that although there are many efforts to promote breastfeeding, duration of breastfeeding in the long run is still lower than expected.

Despite the common understanding and consensus on the benefits of breastmilk and breastfeeding, obstacles that mothers face while breastfeeding can be an important factor that affects the breastfeeding duration. Most women in the worldwide experience breastfeeding difficulties and these negative experiences mostly result in early cessation of breastfeeding (Karaçam & Sağlık, 2018). Breastfeeding intention is an important determinant of breastfeeding decision but having a strong intention is not enough to have a problem-free breastfeeding experience (Alnasser et al., 2018). Findings show that mothers’ low trust on their breastmilk capacity and breastfeeding knowledge and receiving inadequate physical and psychological support while experiencing breastfeeding problems are from main reasons of negative breastfeeding experiences (Nesbitt et al., 2012). In this regard, counseling and support of health professionals play a considerable role on breastfeeding motivation of new mothers in prenatal and postnatal period.

As a part of the efforts to promote breastmilk and breastfeeding and to guide and motivate countries to integrate best quality standards for women and children in healthcare facilities, WHO and UNICEF started Baby-Friendly Hospital Initiative and they announced a report including “Ten Steps to Successful Breastfeeding” which summarizes policies and procedures to guide maternity and newborn services on breastfeeding support and counseling (Turkish Ministry of Health, n.d.). A systematic review of 58 studies on maternity and newborn care shows that implementation of the Ten Steps have a positive impact on early initiation of breastfeeding, exclusive breastfeeding and total duration of breastfeeding (Pérez-Escamilla et al., 2016). In alliance with UNICEF and WHO, Turkish Ministry of Health also implements “Promoting Breastmilk and Baby Friendly Hospital Initiative Programme” since 1991 (Turkish Ministry of Health, n.d.). The aim of this programme is to help and support mothers to initiate early breastfeeding and continue breastfeeding in line with the recommendations of health authorities. The breastfeeding promoting strategy of Turkish health system especially targets to give counseling to new mothers via specialized health professionals with a premise that
the quality of this counseling and support would affect the success and length of breastfeeding. Nevertheless, there are still concerns on the quality and long-term success of the counseling and support activities carried out as part of the “Promoting Breastmilk and Baby Friendly Hospital Initiative Programme” (Çaylan et al., 2019).

The studies to evaluate the effects of breastfeeding counseling provided by health professionals show that receiving counseling may have positive effect on early initiation and duration of breastfeeding (Durand et al., 2003; Erkul et al., 2010; Bolat et al., 2011). This statistically significant effects can be regarded as a determinant of the success of breastfeeding promoting policies but they don’t fully reflect the quality and efficiency of psychological and emotional support perceived by mothers who receive breastfeeding counseling. Studies show that breastfeeding counseling and support provided by health professionals can sometimes lead to mothers’ feelings of pressure and resistance to breastfeeding (Alianmoghaddam et al., 2017) and mothers need a supportive counseling which focuses on the individualized needs of the mother (Ranchar et al., 2019).

Negative experiences of women on breastfeeding support they received from health professionals can be a reflection of a battleground regarding breastfeeding through which power relations are generated, maintained and disputed (Wells, 2006). One of the concepts to define power relations on gaining control and management by institutionalization of knowledge is biopower which was proposed by the French social philosopher Michel Foucault. Bio-power, which has its roots inside the capitalist society, is a form of disciplinary and regulatory power on human body (Foucault, 1992). Biopower employs quiet and subtle coercions by objectifying human body and by organizing knowledge, thus it invisibly defines the appropriate and normal behavior (Alianmoghaddam et al., 2017).

Bio-power shows itself in the changing discourses on breastfeeding which represent the power and interests of the owner of knowledge to prescribe the optimal infant feeding method and ideal maternal behaviour (Welles, 2006). Expert-guided recommendations on what is best, proper and unrisksy are socially and ideologically mediated. Although nowadays the importance of breastfeeding for mothers and infants is widely accepted, this view could not find so many supporters until a few decades ago. Nutritional benefits associated with breastfeeding had been pronounced as apparently modest by health authorities who promoted formula milk as more valuable than breastmilk (Victora et al., 2016). But today’s dominant infant feeding discourse strongly promotes the importance of breastfeeding for babies’ health and wellbeing which means a return to accept breastfeeding as the cultural and biological norm (Knaak, 2010). However, contemporary medical discourse which positions breastfeeding as the proper and moral choice is also blamed for functioning “as a vehicle of persuasion rather than as a vehicle of education, characterised by informational biases, moral overtones, and a restrictive construction of choice” (Knaak, 2010: 346). In this respect, obeying medical breastfeeding discourse is strongly associated with suiting moral constructions of ideal motherhood because following expert-guided recommendations is seen as the best way to avoid risk and to do best for the baby. This discursive environment turns breastfeeding into a social and moral responsibility more than just a personal decision (Knaak, 2010).
Hospitals are important places in the practice of bio-power by using expert knowledge on persuasion and control. The predominant discourse also shape the practices and recommendations of health professionals. In case of breastfeeding, mothers rely on health professionals’ prescriptions on how they should feed their infant and not choosing the way recommended by health professionals can lead to loose of social support. As a result, the intention to breastfeed can not be regarded as a personal decision considering the risk to be labeled as an inadequate or bad mother in case of choosing an alternative infant feeding method.

The concept of governmentality is also important to understand how our acts, decisions and thoughts are governed and controlled by the dominant and institutionalized ideologies. The rationalization of society and institutionalization of knowledge bring the rise of a new rationality which is named as governmentality by Foucault (İnceoğlu et al., 2014). Governmentality is a form of rationality which involves the control of how we think and take care of our bodies and this governmental control shows itself in modern institutions, such as prison, hospital, school or asylum. They act as “the judges of normality” (Foucault, 1977: 304) and they are the application areas of systematization and institutionalization of knowledge and power (as cited in İnceoğlu et al., 2014). Within the context of governmentality, women’s body, maternal identity and the norms of good mothering are also shaped by dominant societal and medical discourse on ideal infant feeding practices.

Another sociological concept related with control of bodies via medical discourses is medicalization. The concept of medicalization is used in the way that everyday practices are exposed to increasing surveillance and control of medical discourse day by day and the natural phenomena of everyday life such as birth, aging and death are becoming medicalized with promises of a better life quality and a healthier and long-lasting life (Sezgin, 2011). Medicalization also walks hand in hand by bio-power relations and institutionalization of knowledge leading subordination of human body and decisions. Breastfeeding is also a natural daily life practice which is exposed to medicalization. Medicalization of breastfeeding experience involves the normalization, identification and promotion of optimal infant feeding practices.

Body is important because of its reproduction power and it should be controlled and organized as a machine to be more efficient and productive (Alianmoghaddam et al., 2017). The medical discourse about breastmilk emphasize the health benefits of breastmilk as a product which is natural, full of nutrients and antibodies and includes everything the baby need. This biomedical construction of breastmilk, which prioritizes its nutritional value, undermines the relational and intimate aspects of breastfeeding experience between mother and infant (Dykes, 2005). This dominant medical conceptualization of breastfeeding also effect the breastfeeding counseling practices of health professionals causing a dichotomy between nutritional and emotional aspects of breastfeeding (Dykes, 2005). The consultancy practices of health professionals are strongly influenced by the medicalization of breastfeeding experience and biopower relations which dominate medical and moral norms linking ideal motherhood with breastfeeding.

Consequently, breastfeeding experience can not just be regarded as a physical and psychological relation between infant and mother. It has very strong connections with the socio-cultural and political context in which
it is experienced. A mother has to negotiate and incorporate with the dominant ideologies, institutions and cultural norms with her personal experience and decisions regarding to breastfeeding (Dykes, 2005). These socio-political discourse on breastfeeding may also effect the practices and interactions of health professionals while providing breastfeeding support and counseling for mothers, and this will inevitably effect the experiences of women regarding the breastfeeding counseling and support they received from health professionals. In line with this viewpoint, studies point out a gap between real life experiences of mothers on breastfeeding counseling and support they received from health professionals and objectives of counseling activities provided as a part of breastfeeding promoting policies (Larsen et al., 2008; Schmied et al., 2011).

This study aims to explore this hypothetical gap by revealing experiences of mothers and breastfeeding consultants on the efficiency and quality of breastfeeding support provided by health professionals. The sociological concepts such as governmentality, biopower relations and medicalization of breastfeeding are used to discuss the findings of the study to reveal the socio-political factors effecting the counseling and support practices of health professionals on breastfeeding.

METHOD

A phenomenological methodology is used as the best means for this type of study. The data in our study is contained within the perspectives of mothers and consultants regarding their experiences about the phenomenon of breastfeeding counseling and/or support received from health professionals. In phenomenological approach, “the intent is to understand the phenomena in their own terms; to provide a description of human experience as it is experienced by the person herself” (Bentz & Shapiro, 1998: 96). Phenomenology involves “deeper understanding of lived experiences by exposing taken-for granted assumptions about these ways of knowing” and through close examination of individual experiences, common features, events or meanings are sought by the analysis (Starks & Trinidad, 2007: 1373).

The study was carried out with seven mothers who had given birth within a year and who are first time mothers. The mothers in the study were aged between 25 and 37 and their babies were aged between 5 and 11 months. They were all living in Ankara province of Turkey and they declared to receive breastfeeding counseling and/or support from a health professional before and/or after birth. In order to better explore the common experiences regarding breastfeeding counseling and support, only first time mothers were included in the study to obtain a homogenous participant group who do not have any breastfeeding experience before. In line with the objectives of a phenomenological study, participants were expected to have relevant experience on the phenomenon aimed to be explored, and in this respect receiving breastfeeding counseling and/or support in prenatal and /or postnatal period was determined as an inclusion criteria of the study. Also five breastfeeding consultants who have completed the training conducted by Ministry of Health on Breastmilk and Breastfeeding Consultancy were participated in the study. All consultants were women aged between 32 and 48 and actively working as breastfeeding consultant in private or under a health institution in Turkey. Sample of the study was chosen by using snowball sampling procedure, which is a method of expanding the sample by
asking one informant or participant to recommend others for interviewing (Crabtree & Miller, 1992). In this regard, initially two breastfeeding consultants who were known by the researcher were reached to ask for their participation and referral to other breastfeeding consultants and first-time mothers because of the professional and social ties enabling them to know the probable participants that could be included in the study. All mothers and consultants were included in the study upon their own consent.

Although the number of participants was convenient with the sample size recommendations for a phenomenological study (Baltacı, 2018: 263), saturation criteria was also taken into account as a guiding principle in determining the sample size of the study (Mason, 2010). In the study, qualitative data was obtained by using a semi-structured open-ended interview form which is prepared by the researcher in line with the aims of the study and the interviews are recorded upon participants’ consent via voice recording device. The interviews of the study were realized between May 2019-September 2019. Interviews with the mother participants were carried out in the houses of the mothers in Ankara province to enable a comfortable and easy interview process for the first-time mother participants for whom making time and opportunity for participating in a study was a real generosity.

Interviews with consultant participants who were living in Ankara province were carried out face to face and they were carried out with a voice call with the consultant participants living in different cities at the time of the study. Face to face interviews were lasted approximately one and a half hour for each participant and in case of need, additional interviews were carried out with a voice call to ease the process for the participants. A semi-structured in depth interview form was used in the study which included questions on participants’ experiences and opinions on the quality and efficiency of breastfeeding counseling and/or support in prenatal and postnatal period and their suggestions on maximizing the quality and efficiency of breastfeeding counseling and/or support process. While mothers were interviewed on their individual experiences and opinions, consultants were interviewed on their professional experiences and opinions on breastfeeding counseling and/or support received from health professionals. Due to the difficulty of determining whether health professionals who were mentioned by mothers in this study had received a breastmilk and breastfeeding consultancy training, we regarded all interactions of mothers with health professionals on breastmilk and breastfeeding as breastfeeding support. Main themes of the interviews are shown with quotations in the findings and discussion section.

In terms of confidentiality, each mother was coded separately as M1, M2, M3, etc. and each breastfeeding consultant was coded as BC1, BC2, BC3, etc. The interview transcripts were analyzed by a thematic analysis process using manual coding techniques. Manually coded interview material are extracted to themes combining related patterns of transcripted conversations. Three main themes are revealed as a result of thematic analysis. These are “the gap between expectations and reality”, “feelings of pressure and inadequacy”, and “lack of a long-term and individualized support”.

680
FINDINGS (RESULTS)

The gap between expectations and reality

The experiences of mothers and consultants participated in our study reveal that there is a gap between real life experiences of mothers on breastfeeding and the information they received on breastmilk and breastfeeding from health professionals. The promotion of breastmilk and breastfeeding strategies frequently focus and feature two medical discourses: the nutritional value and health benefits of breastmilk and the romanticized discourses of breastfeeding. Nutritional and health related discourse of breastfeeding imply that breastmilk is the most natural, proper and unrisky method of infant feeding (Burns et al., 2010). The idealization of breastmilk is supported with the romanticized discourse of breastfeeding such as “every mother can breastfeed her baby and breastfeeding experience is natural, easy and effortless”. This creates a fantasy in which baby born, easily grasp the breast and this is a great feeling and the best experience taking stage between mother and infant. Infact, the real-life breastfeeding experiences rarely fits in this unrealistic picture of breastfeeding.

These breastfeeding promoting messages of medical discourse are widely used by health professionals and breastfeeding consultants in their interactions with mothers to motivate them to initiate and continue breastfeeding (Burns et al., 2010). The problem with these messages is that they do not reflect any clue about the challenges that mothers may or will experience about breastfeeding. However, most of the women experience various breastfeeding problems after birth and they feel unprepared and uneducated about the challenges waiting them. In contrary, they are supposed to have a natural, easy-going and problem-free breastfeeding experience. This gap between expectations and reality causes mothers to feel disappointment and anxiety:

**M1:** Nobody ever mentioned that how hard and painful breastfeeding can be. It was the last thing I expected when I thought on after birth. I had nipple fissure for over 2,5 months and it was so painful that I could hardly continue breastfeeding. I felt terrible in that period because it was a real disappointment for me not to be able to breastfeed.

**M2:** I could not sleep until my baby had a regular sleep pattern. No sleep means no rest and no rest means less breastmilk. I felt very unhappy and hopeless until I understand the relation between sleep and breastmilk. Also I was feeling very inadequate as a mother because the weight gain of my baby was not enough and the doctor advised to start formula. Everybody was advising something to eat or drink to increase the breastmilk but none of them was effective on me. All I needed was sleep and rest but I could only understand this when my baby started to sleep longer. If somebody has told me this before, this process could be less stressful and unhappy for me.

**BC1:** In breastfeeding trainings, we tell “every mother have breastmilk for her infant and there is always a way of breastfeed the infant”. These are very strict sentences and mothers can feel anxiety when they hear these
messages. They think that “then I am the problematic one if I can’t breastfeed”. We should emphasize that it is normal to be anxious at first and it is also normal that breastmilk can be little during the first days of breastfeeding. These empathetic messages could decrease the anxiety of the mother.

Mothers also feel disappointed when they realise that breastfeeding is a publicly owned experience rather than a personal and private one. Expecting a “they lived happily ever after” scene with their baby, they found themselves under supervision and surveillance of health professionals and their social network. A metasynthesis study shows that mothers’ confidence in breastfeeding is affected by the discourse which hold the mother responsible for the success of breastfeeding and giving the right to speak about breastfeeding to the breastfeeding experts rather than the mother herself (Larsen et al., 2008). The moral and medical discourses on breastfeeding ease the intervention of various undesirable voices around the mother when she experiences breastfeeding problems. She also has to carry the burden of guilt and responsibility if she could or does not choose to breastfeed. The pressure to fit the normative and moral expectations about breastfeeding results in feelings of loosing autonomy and control over body and decisions. Mothers in our study mention that they feel this weakened autonomy in their interactions with health professionals and other people:

**M3:** When I went to visit to a paediatrician for my son, the doctor asked me whether I could breastfeed or not. I said I could but she suddenly touched my breasts as if to check there is breastmilk or not. I was shocked and couldn’t react. Also people around was always asking whether I could breastfeed or not. And you had to hear comments like “the baby seems hungry” or “he is seen very tiny”. Everybody has a right to speak about you and your baby. But when you hear these kind of comments from health professionals, it affects you more.

**M4:** After birth, everybody comments when the baby cries. They think that she only cries because she is hungry. I have received a breastfeeding counseling at the hospital before birth. They said there that every women has enough milk for their baby. But after birth, you understand that it is not that easy. I think they should tell about how we could manage with these awful comments and how we could stay away from them. Or maybe they could train the family and the people around the mother, too. When I was experiencing this problems, a nurse from health care center called me to give breastfeeding counseling and I didn’t go for sure.

**Feelings of pressure and inadequacy**

Medicalization of breastfeeding gives the power of determining the moral codes of good mothering by defining and prescribing the optimal way of infant-feeding. The medical discourse on breastfeeding strengthen its arguments by prioritizing the nutritional value of breastmilk and focusing to increase the performance of the breastfeeding mother as a producer. In an social context where being a good breastmilk producer is morally and medically favored, negative breastfeeding experiences frighten mothers increasing their feelings of pressure and inadequacy. Most of the mothers in our study mention that they feel different forms of pressure from health professionals on breastfeeding:
M5: I gave birth in a private hospital. After birth, breastfeeding consultant came and took my photos while breastfeeding. Also they bring some documents to sign. These procedures make me feel uncomfortable. Their interaction style was also not good. They were trying to put my breast inside the baby's mouth and it was a little bit painful and irritating. Some of my friends and family members also made me feel worser telling that “never stop breastfeeding, don’t be lazy”. At first I was always checking the time because in hospital they told me to breastfeed in every two hours. But, when I realized that breastfeeding when my baby cries was better, this comforted me. I started to observe my baby more rather than listening the people around me.

M6: I was negatively effected from health professionals in the hospital. They said “if you don’t breastfeed, the babies’ immunity wouldn’t improve”, “if you give formula, they would stop breastfeeding and forget breastmilk”. These expressions increased my worries a lot. I realized that I have more breastmilk when I can rest. But because of having twins, it was impossible for me to rest. This increased my anxiety and stress. At some point, my mother felt sorry for me and offered to give formula once a night for me to sleep. I initially felt guilty and remorse. Also I felt like an inadequate mother for my babies. But now I don’t think like that. If I don’t feel good, how I can be a good and efficient mother.

BC3: In my opinion, if the mother is under less stress, she would have more breastmilk. But being under this much pressure, this is impossible for them to feel relaxed for an easy-going breastfeeding. Lactation is totally physiologic and it is largely effected from the psychology of mother. I heard a lot of times from mothers in my counseling sessions that they feel more stressed and depressed when they interact with nurses and midwifes about breastfeeding after birth. This shows that they are not empathetic to mothers.

Modern medical discourse not only promote expert-guided practices, but also an increasingly expert-endorsed one in which health professionals are perceived as the authority to control and determine the appropriate mothering practices on breastfeeding (Andrews & Knaak, 2013). Growing medical supervision and regulation over women’s body walk hand in hand with the commercialisation of breastmilk as a product (Dykes, 2005). This lead to the reduction of breastfeeding to a production process and women's experience become invisible unless there were problems that she would be blamed for not producing sufficient product (Dykes, 2005). As a result, health professionals can act as an inspector rather than a consultant and they can disregard the psychological and emotional needs of the mother:

M2: The nurses was checking so often in hospital saying that I must breastfeed. They were using a repressive language. I felt under pressure. I would prefer they say “this is normal to have difficulty in breastfeeding, other mothers can experience difficulties, too”. I think this approach is dictated by Ministry of Health and the nurses are just following this order. Because despite a lot of change of guards, every incoming nurse used the same words. This can’t be a coincidence.

BC2: The comments of health professionals can negatively affect the mother. As an example, when my cousin went to control for her daughter after birth, the doctor told that the baby become hepatitis because she made the baby starve. These kind of statements cause mothers feel inadequate and hopeless. The language used by
health professionals and especially doctors while interacting mothers is very important. Because mothers see them as an authority and being judged by them to be inadequate for their babies increases their anxiety even causing them to start formula unnecessarily.

Experiencing this expert-oriented government and control of the body may result in resistance to loosing the autonomy (Foucault, 1992). Likewise in the Marxist idea of ones’ alienation of his/her labour, women feel alienated to their personal breastfeeding experience by loosing their trust to their bodies, feelings and self-knowledge (Dykes, 2005). Medicalization of breastfeeding causes this alienation by giving the message that breastfeeding is a process that has to be learned via expert knowledge which can lead mothers to feel that they have a weak control and autonomy over their body.

This contradiction that mothers experience with regard to trust can also be related with the governmental control on women’s way of thinking on their body and maternal identity. Governmentality blurs the distinction between coercion and consent “by transforming the subjectivities of those who are to give consent or refuse it, by rendering aspects of themselves and their behavior amenable to observation, examination, comparisons and judgment” (Piil & Villadsen, 2013: 21). Women remain in between the dominant societal and medical discourses on mothering telling them how they should act and feel as a good mother and their actual feelings and experiences. As a result mothers feel inadequacy, disappointment and a weakened autonomy and control over their bodies and decisions with regard to breastfeeding.

Seeking for autonomy is usually challenged by worries on the results of personal decisions and it can be seen safer to follow expert advice, even if this means to loose control and autonomy over own decisions and body (Andrews & Knaak, 2013). This ambivalence is seen in the experiences of the mothers in our study leaving them in a betwixt and between situation. They neither can meet the expectations shaped by medical and moral discourse nor can escape or liberate from the worries and pressures derived from them:

**M7**: I think there are two issues that mothers should be trained well after birth. Breastfeeding and complementary feeding. It is so hard to receive trustable information on these two issues. Doctors and nurses are giving contradictory messages. Some of them advice to begin complementary food when the baby is forth months old. Some of them tell to wait until six months. I was very confused about which information to trust. It is the same in breastfeeding too. Some doctors say one year is enough for breastfeeding. But I know that they recommend to breastfeed at least two years.

**BC1**: Breastfeeding consultancy can lead undesirable outcomes unless there is a case-oriented and detailed observation of mother and baby. Doctors are not educated in breastfeeding issues but nevertheless they often give mothers wrong and insufficient messages about breastfeeding. An efficient breastfeeding consultancy can only be carried out by one-to-one contact and observation and the consultant should have up to date knowledge and expertise not to misdirect the mother.
Lack of a long-term and individualized support

Qualitative and relational aspects are very important on the perception of breastfeeding support. A metasynthesis study shows that an unempathetic and reductionist counseling can be perceived as ineffective or even discouraging by the mothers rather than helpful and supportive (Schmied et al., 2011). Experiences of the mothers in our study similarly reveal that mothers need an individual-centered, empathetic and empowering approach rather than an invasive and one-directional communication. Especially when a mother experience breastfeeding problems, the need of a case-centered counseling is highly important. Prescription of de facto informations on breastfeeding can negatively influence breastfeeding experience discouraging mothers about their breastfeeding capacity:

**M4:** I had breastfeeding problems after birth. At first, I couldn’t breastfeed because my daughter could not grasp my breast well. At the hospital, a lot of nurses tried to help but they couldn’t manage to solve the problem. When the problem continued at home, I took help from a specialized centre at Gazi University. The breastfeeding consultant helping there was very experienced. She observed me there and taught me different positions. Finally the problem is solved. If I didn’t receive help from this centre, probably I would quit breastfeeding very early.

**M6:** If they emphasize the importance of breastmilk this much, they should also prepare mothers to the problems they will face while breastfeeding. Because even me, as a woman considering herself educated and conscious on breastfeeding, have experienced problems. I think there is a need of a more practical and individualized support because giving mothers general knowledge on breastfeeding seems insufficient.

**BC4:** In theory, baby-friendly practices of Ministry of Health are very good, but actually they are very mechanic. For example, in real life, a breastfeeding consultant, mostly a nurse trained on this topic, come and begin to give the necessary knowledge to the mother like giving an order. Indeed, contacting with the mother and the baby and helping the mother practically to breastfeed by giving time and courage to the mother is much more effective than relaying information in five minutes. A hospital can be labeled as baby-friendly but generally nurses can tell the mother “the baby is crying because of hunger”. This statements make mothers feel hopeless.

Another important aspect regarding the efficiency of perceived support is continuity and sustainability of breastfeeding support and counseling. A study focusing on the qualitative aspects of breastfeeding support reveals that an individualized support and consistency of ongoing support are very important for mothers in order to feel confident, understood and heard (Bäckström et al., 2010). Mothers and breastfeeding consultants in our study also mentioned about the need for a long-term breastfeeding support because mothers can experience different challenges subsequently. Currently, breastfeeding counseling and support practices seems to be limited with giving support and training in the initial phase of breastfeeding:

**BC5:** Breastfeeding promoting activities should also focus on breastfeeding problems which can arise in the long-run if you recommend breastfeeding at least for two years and more. As I observe, giving the mother a
breastfeeding consultancy after birth is limited with her hospitalization period. There isn’t an effective follow-up system supporting mothers afterwards.

**M7:** After I came home from hospital, I didn’t receive any breastfeeding counseling. The doctor in the family health center was asking whether I could breastfeed or not but we didn’t talk anything detailly. I think they should ask detailly in doctor visits or in family health center. Because mother can forget to ask or maybe she doesn’t know everything right. For example, people often advice mother to eat sugary foods for better breastmilk, but this is not true. Breastmilk increases with drinking more water and eating healthy. Mothers need to hear this kind of knowledge from health professionals.

**BC4:** I think there should be routine breastfeeding counseling after birth which can be performed by family health centers. There could also be home visits because it is very hard for mothers to go outside with their baby after birth. In this way, mothers will think that they are not alone and can receive support even though they can’t go out.

**CONCLUSION and DISCUSSION**

The qualitative aspects of breastfeeding support provided by health professionals are as important as the quantitative criterias to evaluate the efficiency of its functioning. Evaluating the quantitative success of breastfeeding support is not enough to fully picture the efficiency and quality of psychological and emotional support perceived by mothers who receive breastfeeding counseling. Mothers need a person-centred approach and an empathetic relationship in breastfeeding support (Shmied et al, 2011). Nevertheless studies show that mothers’ expectations and their real-life experiences differ in many ways regarding breastfeeding and breastfeeding support they received from health professionals and this discrepancy may result in disappointment and shattered expectations of mothers (Larsen et al., 2008; Alianmoghaddam et al., 2017). This study aims to explore this gap between expectations and reality by presenting the experiences of mothers and breastfeeding consultants on the efficiency and quality of breastfeeding support provided by health professionals. The findings of the study are discussed under three main themes as “the gap between expectations and reality”, “feelings of pressure and inadequacy”, and “lack of a long-term and individualized support” in the light of sociological concepts as medicalization of breastfeeding, governmentality and biopower.

The findings of the study show that, the medical discourse and information on breastmilk and breastfeeding presented in breastfeeding counseling and support practices of health professionals do not fully coincide with the exact picture of breastfeeding experience of mothers. Indeed, breastfeeding can be hard and painful for the mother rather than an epic and naturally easy-going one. But although many women experience challenges regarding breastfeeding, dominant medical and moral discourse on breastfeeding lead mothers to expect a naturally easy and effortless experience. Breastfeeding is a socially-constructed experience in which moral and medical discourses play significant role to govern and control the expectations and decisions of mothers regarding breastfeeding. These discourses shape socially desirable and appropriate mothering behaviour.
framing breastfeeding as inherently pleasurable and convenient which is most of the time differ from the mothers’ actual breastfeeding experiences (Andrews & Knaak, 2013). This romanticized and unrealistic conceptualization of breastfeeding leads mothers to feel unprepared and inadequate when they experience breastfeeding problems. Being preinformed about these challenges can decrease the vulnerability of women against breastfeeding problems. In order to improve the efficiency of breastfeeding counseling and support practices, health professionals should pay attention to give realistic messages to mothers by emphasizing that breastfeeding problems are not exceptional and breastfeeding experience can be hard and stressful.

The experiences of mothers and consultants in our study also reveal that mothers can perceive pressure and surveillance regarding breastfeeding counseling and support they received from health professionals. This negative feelings can be related with mothers’ being exposed to both moral and medical discourse at the same time. While moral discourse says that breastfeeding is a natural event and every mother has the capacity to breastfeed her child, medical discourse points out that breastfeeding has to be taught to mothers through scientifically based, professional intervention (Andrews & Knaak, 2013). Both discourses increase the pressure and anxiety of the mother with the assumption that she needs expert guidance and also she is an inadequate mother if she cannot succeed in this very “natural” event. Mothers’ feelings of pressure and surveillance should be taken into account by prioritizing the actual needs and feelings of the mother rather than only imposing the moral and medical discourse on breastfeeding.

Findings of the study also reveal the need of an empathetic and individualized counseling and support system to enable to see the actuality of the mother as a unique individual. In line with medicalization of breastfeeding, prioritization of breastmilk and reduction of breastfeeding to a production process lead mothers to feel pressure of being always ready and waiting to produce breastmilk. A breastfeeding support which is under influence of production-focused medical discourse prioritizes the control and correction of breastmilk production process rather than to have an empathetic relation with the mother. Consequently, as in our study, women can experience lack of trust and confidence to their breastmilk quality and quantity and their breastfeeding experience is besieged by performance anxiety despite receiving breastfeeding support.

Our findings also reveal the fact that bio-power and governmental control of women body and maternal identity increase social control and pressure on mothers resulting in alienation of mothers to their own breastfeeding experience. Bio-power brings quiet and subtle coercions by subjectification of experience and institutionalisation of expert knowledge (Foucault, 1991). Participants of the study stated out that mothers experience a contradiction between relying on expert knowledge and their own experience and this stressful dilemma often results in relying medical experts more than their own experience. This can be related with the idea that relying on expert knowledge is safer and a better way of suiting the ideal mother norms shaped by medical and moral discourse. Unfortunately these weakened autonomy and control over their bodies and decisions with regard to breastfeeding result in mothers’ feelings of inadequacy and disappointment. An efficient breastfeeding counseling and support process should enable mothers to express their concerns and opinions on their actual breastfeeding experience. A breastfeeding support which is focused on a woman’s
unique needs is regarded good and supportive by mothers (Bäckström et al., 2010). But experiences stated out in the study reveal that breastfeeding support received from health professionals focuses mostly on the success and quantitative aspects of breastfeeding process neglecting the emotional and psychological needs of mothers.

Continuity is also an important determinant of the perceived authenticity and efficiency of the breastfeeding support (Shmied et al., 2011). Mothers and consultants participated in our study also state that there is a lack of long-term breastfeeding support and mothers feel lonely and confused when they can’t find a trustable source to consult them on subsequent breastfeeding problems. Considering the focus of breastmilk and breastfeeding promotion policies on duration of breastfeeding, breastfeeding support should not only be available in hospitalization period but also be sustainable and reachable for mothers in the long run.

In this study, breastfeeding counseling and support process provided by health professionals is aimed to be analyzed in the light of sociological concepts of bio-power, medicalization of breastfeeding and governmental control over woman body and maternal identity. It is important to emphasize that this study does not aim to undermine or argue the importance of the role of breastfeeding consultacy provided by health professionals as a part of breastmilk and breastfeeding promotion policies. Indeed, mothers need expert knowledge and support to cope better physically and psychologically with breastfeeding problems they face. But under the influence of medical and moral discourses on breastfeeding, health professionals can interact with mothers in a repressive, intrusive and unempathetic manner and can give subtle, authoritarian and judgemental messages regarding breastfeeding. Health professionals are also surrounded by the same socio-political environment and as a result they become the primary authority and moral gatekeepers of the predominant biomedical discourse on breastfeeding (Andrews & Knaak, 2013). Health professionals who support mothers on breastfeeding should focus not only the nutritional and productional value of breastmilk but also on the relational aspects of breastfeeding experience (Dykes, 2005). They should be aware of the negative influence of biomedical discourse on breastfeeding and they should be trained to be more empathetic prioritizing the needs and feelings of the mother rather than reducing breastfeeding support practice to a production control process. As a result, an efficient and qualitative breastfeeding support should be respectful to mothers’ needs of autonomy and self-control and should also be sensitive to mothers’ psychological and emotional needs appreciating their efforts against breastfeeding challenges.

RECOMMENDATIONS

Although, this study has limitations in terms of including a small sample size to represent the full and actual picture, we believe that the findings of the study are still noteworthy to reveal the importance of qualitative aspects of breastfeeding consultacy practices. As it is noted that increasing both the quantitative and qualitative aspects is very important to determine the perceived efficiency of breastfeeding support, there is a need for further studies using different methodologies and larger participant groups to comprehensively
explore the factors that can effect the success and efficiency of breastfeeding counseling and support provided by health professionals.

ETHICAL TEXT

Any content in this journal follows the writing rules and ethic rules of journal, publication principles, and the rules of research and publication ethic. Upon the submission of any content, author is responsible for charges via violations that may occur.

REFERENCES

Alianmoghaddam, N., Phibbs, S. & Benn, C. (2017). Resistance To Breastfeeding: A Foucauldian Analysis of Breastfeeding Support From Health Professionals. Women Birth. 30(6): 281-291. doi: 10.1016/j.wombi.2017.05.005

Alnasser, Y., Almasoud, N., Aljohni, D., Almisned, R., Alsuwaine, B., Almutairi, O. & Alhezayen, R. (2018). Impact Of Attitude and Knowledge On Intention To Breastfeed: Can Health Based Education Influence Decision To Breastfeed Exclusively? Annals of Medicine and Surgery, 35: 6–12.

Andrews, T. & Knaak, S. (2013). Medicalized Mothering: Experiences With Breastfeeding in Canada and Norway. Sociological Review, 61: 88–110

Baltaci, A. (2018). Nitel Araştırmalarda Örnekleme Yöntemleri ve Örnek Hacmi Sorunsağı Üzerine Kavramsaldır Bir İnceleme. BEÜ SBE Dergisi. 7(1), 231-274.

Bentz, V.M. & Shapiro, J.J. (1998). Mindful Enguiry in Social Research. Thousand Oaks, CA:Sage

Bolat, F., Uslu, S. & Bolat, G. (2011). İlk Altı Ayda Anne Sütü ile Beslenmeye Etki Eden Faktörler. Çocuk Dergisi, 11(1) :5–13. doi:10.5222/j.child.2011.005

Bäckström, C.A., Hertfelt Wahn, E.I. & Ekström, A.C. (2010). Two Sides of Breastfeeding Support: Experiences of Women and Midwives. International Breastfeeding Journal, 5:20-28 http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/5/1/20

Burns, E., Schmied, V., Sheehan, A. & Fenwick, J. (2010). A Meta-ethnographic Synthesis of Women’s Experience of Breastfeeding. Maternal & Child Nutrition, 6: 201-219.

Crabtree, B.F. & Miller, W.L. (1992). Doing Qualitative Research: Research Methods for Primary Care (Vol.3). Newbury Park, CA:Sage

Çaylan, N., Kılıç, M., Kayhan Tetik, B., Armut, C. & Tezel, B. (2019). Breastfeeding Promotion and Baby-Friendly Health Facilities in Turkey: A Systematic Approach to Scale Up the Program, Ankara Medical Journal, 2019 (1): 32-40, DOI: 10.17098/amj.542159

Durand, M., Labarere, J., Brunet, E. & Pons, J.C. (2003). Evaluation of a Training Program For Healthcare Professionals About Breastfeeding. European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology, 106 (2): 134-138. https://doi.org/10.1016/S0301-2115(02)00225-7

Dykes, F. (2005). “Supply” and “Demand”:Breastfeeding as Labour. Social Science & Medicine, 60: 2283-2293
Erkul, P.E., Yalçın, S.S. & Kılıç, S. (2010). Evaluation of Breastfeeding in a Baby-Friendly City, Corum, Turkey. *Central European Journal of Public Health;* 18: 31-37.

Foucault, M. (1992). *Hapishanın Doğuşu.* Translated by Mehmet Ali Kılıçbay. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.

Hacettepe University Institute of Population Studies (2014). *2013 Turkey Demographic and Health Survey.* Hacettepe University Institute of Population Studies, T.R. Ministry of Development and TÜBİTAK, Ankara, Turkey.

İnceoğlu, Y., Özçetin, B., Gökmen Tol, M. & Alkurt, S. V. (2014). Health and Its Discontents: Health Opinion Leaders' Social Media Discourses and Medicalization Of Health. *İletişim,* 21: 103-128.

Karaçam, Z. & Sağlık, M. (2018). Breastfeeding Problems and Interventions Performed on Problems: Systematic Review Based on Studies Made in Turkey. *Türk Pediatri Arsivi.* 53(3):134–148. doi:10.5152/TurkPediatriArs.2018.6350

Knaak, S.J. (2010). Contextualising Risk, Constructing Choice: Breastfeeding and Good Mothering in Risk Society. *Health, Risk & Society;* 12 (4): 345–355

Larsen, J.S., Hall, E.O.C. & Aagaard, H. (2008). Shattered Expectations: When Mothers' Confidence in Breastfeeding is Undermined - A Metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* 22(4):653-661

Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. Forum: Qualitative Social Research, 11(3). Retrieved from http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1428/3028

Nesbitt, S.A., Campbell, K.A., Jack, S.M., Robinson, H., Piehl, K. & Bogdan, J. (2012). Canadian Adolescent Mothers' Perceptions of Influences on Breastfeeding Decisions: A Qualitative Descriptive Study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 12: 1-14

Pérez-Escamilla, R., Martinez, J. L. & Segura-Pérez, S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on Breastfeeding and Child Health Outcomes: A Systematic Review. *Maternal and Child Nutrition,* 12(3): 402–417.

Ranch, M.M., Jämtén, S., Thorstensson, S. & Ekström-Bergström, A.C. (2019). First-Time Mothers Have a Desire to Be Offered Professional Breastfeeding Support by Pediatric Nurses: An Evaluation of the Mother-Perceived-Professional Support Scale, *Nursing Research and Practice,* vol. 2019, Article ID 8731705, https://doi.org/10.1155/2019/8731705

Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C. & Dykes, F. (2011). Women’s Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. *Birth,* 38(1), 49-60. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x

Sezgin, D. (2011). Yaşam Tarzı Önerileri Bağlamında Sağlık Haberlerinin Analizi. Ankyra: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2(2): 52-78 DOI: 10.1501/sbeder_0000000034

Starks, H. & Trinidad, S.B. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis and Grounded Theory. *Qualitative Health Research,* 17:1372-1380
Turkish Ministry of Health (n.d.). Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programi. Retrieved May, 3, 2020 from https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/anne-sutunun-tesviki-ve-bebek-dostu-saglik-kurulussu-programi.html

United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2008). The State of the World’s Children. Oxford University Press, Oxfordshire, 8-47.

United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2013). Breastfeeding on the Worldwide Agenda Findings From a Landscape Analysis on Political Commitment for Programmes to Protect, Promote and Support Breastfeeding. NY USA:UNICEF.

Victora, C.G., Aluisio, J. D., Barros, A.J.D. & França, G.V.A. (2016) Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect. Lancet; 387: 475–90.

Wells, J.C.K. (2006). The Role of Cultural Factors in Human Breastfeeding: Adaptive Behaviour or Biopower? Journal of Human Ecology, 14: 39–47

World Health Organization (2003). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: World Health Organization.
SAĞLIK PROFESYONELLERİ TARAFINDAN SUNULAN EMZİRME DESTEĞİNİN SOSYOLOJİK BİR BAKIŞ AÇISIYLA NİTELİKSEL BİR ANALİZİ

ÖZ

Emzirmenin anne ve bebeğin fiziksel ve psikolojik sağlığı açısından çok önemli faydaları bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri tarafından sunulan emzirme danışmanlığı ve desteği, annelerin doğum sonrası dönemdeki emzirme motivasyonları üzerinde önemli rol oynamaktadır. Türk sağlık sisteminin anne sütü ve emzirmeyi teşvik politikası özellikle annelere bu konuda uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri yoluya destek verilmesini hedeflemektedir ve bu desteği niteliksel özellikleri emzirmeye başlama ve sürdürme üzerinde etkilidir. Bu çalışmının amacı, sağlık profesyonellerince sunulan emzirme desteğine ilişkin annelerin ve emzirme danışmanlarının deneyimlerinin ortaya konulması ve böylelikle emzirmenin teşvikine yönelik stratejilerin amaçları ile gerçek yaşam deneyimlerinin ne ölçüde örtüştüğünün analizinin yapılmasidir. Bu bağlamda, son bir yıl içinde doğum yapmış ve bir sağlık profesyonelinden emzirme desteği almış yedi anne ve özel ya da bir sağlık kuruluşu altında emzirme danışmanlığı yapmakta olan beş emzirme danışmanı ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın katılımcılarına kartopu örneklem tekniği ile ulaşılmıştır. Çalışmada nitel araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Çalışmanın bulguları biyo-iktidar, yönetimsevlik ve emzirme tibbileştirilmesi gibi sosyolojik kavramlar ışığında tartışılmıştır. Bulgular, emzirme desteğine ilişkin annelerin beklentileri ve daneyimleri arasında fark olduğunu ve annelerin sağlık profesyonelleri ile ilişkilerinde baskı, yetersizlik ve zayıflamış özrücklik deneylediklerini ortaya koymaktadır. Empatik ve annelerin psikolojik ihtiyaçlarına duyarlı, uzun vadeli ve bireyselleştirilmiş bir emzirme desteği ihtiyaç duyulmaktadır.

 Anahtar Kelimeler: Anne sütü, emzirme, biyo-iktidar, yönetimsevlik, tibbileştirme.
GİRİŞ

Emzirmenin bebekler ve anneler üzerinde birçok önemli psikolojik ve sağlık yararları vardır. Dünya çapındaki sağlık otoriteleri, özellikle yaşamın ilk 6 ayında anne sütü ve emzirmenin önemi vurgulamakta ve aynı zamanda tamamlayıcı gıdaları iki yıl veya daha uzun süre emzirmeye devam etmeyi önermektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2003). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) da yeterli ve uygun emzirmenin bebek ölüm oranlarını azaltmanın en önemli ve etkili yollarından biri olduunu beyan etmektedir (UNICEF, 2008).

Ancak ne yazık ki, resmi rakamlar, yaşamın ilk 6 ayında dünya genelinde emzirme süresinin % 36 civarında olduğunu göstermektedir (UNICEF, 2013). Türkiye'deki oranlar da beklentilerin altındadır. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2014) verilerine göre, ilk iki ayda emzirme oranı % 58 iken, dördüncü ve beşinci aylarda bu oran % 9,5'e düşmektedir. Bu bulgular, emzirmeyi teşvik etmeye yönelik birçok çaba olmasına rağmen, uzun süreli emzirme oranlarının hala beklenenenden daha düşük olduğunu göstermektedir.

Anne sütü ve emzirmenin yararları hakkındaki fikir birliğine rağmen, emzirirken annelerin karşılaştığı engeller emzirme süresini etkileyen önemli bir faktör olabilir. Dünyadaki kadınların çoğu emzirme güçlü ile olmuştur (Karaçam ve Sağlık, 2018). Emzirme niyeti emzirme kararının önemli bir belirleyicisidir, ancak güçlü bir niyeti olması sorunsuz emzirme deneyimine sahip olmak için yeterli değildir (Alnasser v.d., 2018). Bulgular, annelerin anne sütü kapasitelerine ve emzirme bilgilerine olan güvenlerinin düşük olduğunu ve emzirme problemlerini yaşanırken yetersiz fiziksel ve psikolojik destek almanın olumsuz emzirme deneyimlerinin ana nedenlerinden kaynaklandığını göstermektedir (Nesbitt v.d., 2012). Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin danışmanlığı ve desteği, yeni annelerin doğum öncesi ve doğum sonrası döneminde emzirme motivasyonunda önemli bir rol oynamaktadır.

Anne sütü ve emzirmeyi teşvik etme ve ülkelerle sağlık kuruluşlarında kadınlar ve çocukların için en iyi kalite standartlarını entegre etme konusunda rehberlik etme de başkalarının bir parçası olarak DSÖ ve UNICEF Bebek Dostu Hastane Girişimi'ni başlatıyor ve emzirme desteği ve danışmanlığı konusunda doğum ve yenidoğan hizmetlerine rehberlik eden politika ve prosedürleri özetleyen "Başarılı Emzirmeye 10 Adım" raporunu yayınladılar (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, t.y.). Annelik ve yenidoğan bakım üzerinde yapılan 58 çalışmanın sistematik bir incelemesi için bir çalışma, Başarı Emzirmeye On Adım’ın uygulanmasını, emzirmenin erken başlamasını ve toplam emzirme süresi üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir (Pérez-Escamilla vd., 2016). UNICEF ve DSÖ ile işbirliği halinde, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 1991 yılından bu yana “Anne Sütü ve Bebek Dostu Hastane Girişimi Programını” da uygulamaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, t.y.). Bu programın amacı, sağlık otoritelerinin önerileri doğrultusunda annelere erken emzirmeayı başlatmaları ve emzirmeye devam etmelerine yardımcı olmak ve onları desteklemektedir. Türk sağlık sisteminin emzirmeayı teşvik etme stratejisi, özellikle bu danışma ve desteğin kalitesinin emzirmenin başarısını ve uzunluğunu etkileyeceğine dair önculerle uzman sağlık uzmanları aracılığıyla yeni annelere...
Danışmanlık vermemek hedeflemektedir. Bu programın amacı, sağlık otoritelerinin önerileri doğrultusunda annelerin emzirmeye en erken şekilde başlattıkları ve emzirmeye devam etmelerine yardımcı olmak ve onları desteklemektir. Türk sağlık sisteminin emzirmeyi teşvik etme stratejisi, özellikle bu danışma ve destekin kalitesinin emzirmenin başarısını ve uzunluğunu etkileyeceği dair öngörü çerçevesinde uzman sağlık profesyonelleri aracılığıyla yeni annelere danışmanlık vermemek hedeflemektedir. Bununla birlikte, “Anne Sütü ve Bebek Dostu Hastane Girişimi Programı” kapsamında yürütülen danışmanlık ve destek faaliyetlerinin kalitesi ve uzun vadeli başarısı konusunda halen endişeler bulunmaktadır (Çaylan vd., 2019).

Sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan emzirme danışmanlığının etkilerini değerlendirerek için yapılan çalışmalar, danışmanlık almanın emzirmeye başlama ve emzirme süresi üzerinde olumlu etkisi olabileceğini göstermektedir (Durand vd., 2003; Erkul vd., 2010; Bolat vd., 2011). Bu istatistiksel olarak anlaşılan etkiler, emzirmeye teşvik eden politikaların başarısının belirleyicisi olarak görülebilir, ancak annelerin aldıkları danışmanlığa ilişkin algıları psikolojik ve duygusal desteği ve etkinliğini tam olarak yansıtacaklardır. Araştırmalar, sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan emzirme danışmanlığı ve destekinin bazen annelerin başında baskıya ve emzirmeye karşı direnç duygularına yol açabileceği göstermektedir (Alianmoghaddam vd., 2017) ve anneler annenin bireysel ihtiyaçlarına odaklanan, destekleyici bir danışmanlığa ihtiyaç duymaktadır (Ranch vd., 2019).

Kadınların sağlık profesyonellerinden aldıkları emzirme desteği konusundaki olumsuz deneyimlerini, güç ilişkilerinin üretildiği ve sürdürdüğü emzirme ile ilgili bir savaş alanının yansıması olabilir (Wells, 2006). Bilginin kurumsallaştırılması yoluya kontrol ve yönetim kazanmaya ilişkin güç ilişkilerini tanımlayan kavramlardan biri, Fransız sosyal filozof Michel Foucault tarafından ortaya konan biyo-iktidar kavramıdır. Kökleri kapitalist toplum içinde bulunan biyo-iktidar, insan vücudunu üzerinde bir tür disiplin ve düzenleyici güç oluşturur (Foucault 1992). Biyo-iktidar, insan vücudunu nesnelerleştirerek ve bilgiyi düzenleyerek sessiz ve kolay farklılmayan bir baskı uygular, böylece görünmeyecek şekilde uygun ve normal davranış tanımlar (Alianmoghaddam vd., 2017).

Emzirme özellikle, biyo-iktidar, bilgi sahibinin gücünü ve çıkarlarını yansıtan şekildedede en uygun bebek besleme yöntemi ve ideal anne davranışını reçete eden ve zaman içerisinde değişen emzirme ile ilgili söylemlerde kendini gösterir (Welles, 2006). Neyin en iyi, en uygun ve en risksız olduğuna ilişkin uzman rehberliğinde öneriler sosyolojik ve ideolojik olarak belirlenir. Günümüzde anneler ve bebekler için emzirmenin önemi geniş ölçüde kabul görmesine rağmen, bu görüş birkaç yıl öncesine kadar çok fazla destekle bulunamamaktaydı. Emzirmenin faydaları, formül sütü annenin sütünden daha değerli olarak gerçekleştiren ve zaman içinde değişen emzirme ile ilgili söylemlerde kendini gösterir (Victora vd., 2016).

Ancak günümüzün baskın söylemi, bebeklerin sağlıklı ve refahı için emzirmenin önemi güçlü bir şekilde desteklemektedir ve bu emzirmenin kültür ve biyolojik bir norm olarak kabul edilmesine de dönüş anlamına gelmektedir (Knaak, 2010). Bununla birikte, emzirmeyi en doğru ve en ahlaki seçim olarak konumlandıran çağdaş tıbbi söylem “bir eğitim aracı olmak yerine, önyargılı bilgiler, ahlaki tonlamalar ve kısıtlayıcı seçimler...”
sunan bir ikna aracı” olmakla suçlanmaktadır (Knaa, 2010: 346). Bu bağlamda, tıbbi emzirme söylemine uymak, ideal annelininahlaki normlarına uymakla güçlü bir şekilde ilişkilidir, çünkü uzmanların önerilerini takip etmek, riskten kaçınmanın ve bebek için en iyisini yapmanın en iyi yolu olarak görülmektedir. Bu söylemler anne için emzirmeyi kişisel bir karadan çok sosyal ve ahlaki bir sorumluluga dönüştür (Knaa, 2010).

Hastaneler, uzmanlık bilgilerinin kullanılarak ikna ve kontrolün sağlandığı biyo-iktidar uygulamalarının önemli mekanlarındandır. Baskın tıbbi söylem, sağlıklı profesyonellerin uygulamalarını ve önerilerini de şekillendirir. Emzirme özellikle, anneler sağlıklı profesyonellerin bebeklerini nasıl beslemeleri gerektiğine ilişkin önerileri de şekillendirir (Knaak, 2010).

Hastaneler, uzmanlık bilgilerinin kullanılarak ikna ve kontrolün sağlandığı biyo-iktidar uygulamalarının önemli mekanlarındandır. Baskın tıbbi söylem, sağlıklı profesyonellerin uygulamalarını ve önerilerini de şekillendirir. Emzirme özellikle, anneler sağlıklı profesyonellerin bebeklerini nasıl beslemeleri gerektiğine ilişkin önerileri de şekillendirir (Knaak, 2010).

Yönetimsellik kavramı da, eylemlerimizin, kararlarınımız ve düşüncelerimizin basın ve kurumsallaşmış ideolojiler tarafından nasıl yönetildiğini ve kontrol edildiğini anlamak için önemlidir. Toplumun rasyonelleşmesi ve bilginin kurumsallaştırılması Foucault tarafından yönetimsellik olarak adlandırılan yeni bir rasyonellikin yükselişini beraberinde getirir (İnceoğlu vd., 2014). Yönetimsellik, bedenlerimizle iigili ne düşünülüp özeğildiği ve onlara nasıl baktığımız kontrol etmevi içeren bir rasyonellik biçimidir ve bu devlet kontrolü kendini hapishane, hastane, okul veya eğitim yeri gibi modern kurumlarla gösterir. Bunlar “normalerlerin hakimleri” olarak hareket ederler (Foucault 1977: 304) ve bilgi ve iktidasın sistemleştirilmesi ve kurumsallaştırmanın uygulama alanlardır (akt. İnceoğlu vd., 2014). Yönetimsellik bağlamında, kadınların vücudu, anneye yönelikleri ve iyi annelik normları da ideal bebek besleme uygulamalarını belirleyen toplumsal ve tıbbi söylem olarak kabul edilemez.
Sağlık profesyonellerinin emzirme danışmanlığı uygulamaları, ideal anneliği emzirme ile ilişkilendirilen baskı tıbbi söylem ve biyo-ıktidar ilişkilerinden güçlü bir şekilde etkilenmektedir.

Sonuç olarak, emzirme deneyimi sadece bebek ve anne arasındaki fiziksel ve psikolojik bir ilişki olarak görülemez. İçinde yaşanan sosyo-kültürel ve politik bağlamla çok güçlü bağlantıları vardır. Kadınlar, emzirme konusundaki kişisel deneyimleri ve kararlarını baskı tıbbi ideolojiler, kurumlar ve kültürel normlar ile müzakere etmek ve uzlaştırılmak durumunda kalmaktadır (Dykes, 2005). Emzirmeye ilişkin sosyo-politik söylem, annelere emzirme desteği ve danışmanlığı sağlayan sağlık profesyonellerinin uygulamalarını ve annelerle olan etkileşimlerini de etkileyebilir ve bu da annelerin sağlık profesyonellerinden aldıkları emzirme destek ve danışmanlığı ile ilgili deneyimlerini качınmaz olarak etkileyecektir. Bu bakış açısı ile benzer şekilde, çalışmalar, annelerin sağlık profesyonellerinden aldıkları emzirme danışmanlığına ilişkin birçok deneyimi ile emzirmeyi teşvik eden politikaların bir parçası olarak sağlanan danışmanlık faaliyetlerinin amaçları arasında bir boşluk olduğuna işaret etmektedir (Larsen vd., 2008; Schmied vd., 2011).

Bu çalışma, annelerin sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan emzirme desteğinin etkinliği ve kalitesi konusundaki deneyimlerini ortaya koyarak bu varsayısın boşluğunu araştırmayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin emzirmeye yönelik destek ve danışmanlık uygulamalarını etkileyen sosyo-politik faktörleri ortaya koymaya yönelik, biyo-ıktidar ilişkileri ve emzirmenin tıbbileştirilmesi gibi sosyolojik kavramlar araştırmanın bulunmasına örnek bir çalışmadır (Bentz ve Shapiro, 1998: 96). Fenomenoloji, “bu bilme yolları hakkında kabul edilmiş varsayımları açıkça çıkararak yaşanmış deneyimlerin daha derin şekilde anlaşılmasını” içerir ve analiz yoluyla bireysel deneyimler, ortak özellikler, olaylar veya anıların aranmasıyla ilgilidir (Starks ve Trinidad, 2007: 1373).

Çalışma, son bir yıl içinde doğum yapmış ve ilk kez anne olan yedi anne ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma bulguları, anne ve emzirme danışmanlarının sağlık profesyonelleri tarafından sunulan emzirme destek ve/veya danışmanlığı olgusu ile ilgili deneyimlerine ilişkin büyük açılarını içermektedir. Fenomenolojik yaklaşımda “amaç, fenomenleri kendi ifadeleriyle anlamaktır; kişinin deneyimlerindeki olayın bir anlamını yapımayı sağlamaktır” (Bentz ve Shapiro, 1998: 96). Fenomenoloji, “bu bilme yolları hakkında kabul edilmiş varsayımları açıkça çıkararak yaşanmış deneyimlerin daha derin şekilde anlaşılmasını” içerir ve analiz yoluyla bireysel deneyimler, ortak özellikler, olaylar veya anıların aranmasıyla ilgilidir (Starks ve Trinidad, 2007: 1373).

Çalışma, son bir yıl içinde doğum yapmış ve ilk kez anne olan yedi anne ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan anneler 25 ile 37 yaş arasındadır, bebekleri ise 5 ile 11 ay arasındaki. Tüm anneler Türkiye’nin Ankara ilinde yaşamaktadır ve doğumdan önce ve/veya sonra bir sağlık profesyonelinde emzirme danışmanlığı ve /veya desteği aldıklarını ifade etmiştirler. Emzirme danışmanlığı ve desteğiyle ilgili ortaktaki deneyimleri daha iyi araştırmak ve homojen bir katılmcı grubu elde etmek için çalışmaya daha önce hiç emzirme deneyimi olmayan, ilk kez anne olan kadınlar dahil edilmiştir. Fenomenolojik bir çalışmanın amaçları doğrultusunda, katılmıcının araştırılması amaçlanan fenomenle ilgili deneysel sahip olmaları beklenmiştir ve bu bağlamda doğum öncesi ve / veya doğum sonrası dönemde emzirme danışmanlığı ve / veya desteği alınması çalışmaya katılan anneler için çalışmaya dahil edilmeleri kriterlerinden bir diğer olmuştur. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan Anne
Sütü ve Emzirme Danışmanlığı eğitimi tamamlayan beş emzirme danışmanı da çalışmaya katılmıştır. Tüm danışmanlar, 32-48 yaşları arasında olan ve Türkiye’de özel olarak veya devlete bağlı bir sağlık kuruluşunda aktif olarak emzirme danışmanı olarak çalışan kadınlardır. Çalışmanın katılımcıları, bilgi veren veya katılımcıdan görüşme için başvurulacak tavlere etmeleri isteyerek örnek genişletme yöntemi olan kartopu örneklem yöntemi kullanılır (Crabtree ve Miller, 1992). Çalışma, araştırmaçının tarafından tanınan iki emzirme danışmanından profesyonel ve sosyal bağları nedeniyle tanıyor olabilecekleri, çalışma dahil edilebilecek olan katılımcılarını istenmiştir. Çalışma dahil olmak üzere tüm anne ve danışmanlara çalışanın detaylarını konuşuza bilgi verilerek çalışmaya dahil olma konusunda onamları alınmıştır.

Çalışmanın katılımcı sayısı fenomenolojik bir çalışma için yetenekli örnek büyükliği önerilerine uygundur (Baltacı, 2018: 263), doygunluk kriteri de çalışmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde yol gösterici bir iki olarak dikkate alınmıştır (Mason, 2010). Çalışma, araştırmaçının tarafından çalışanın amaçları doğrultusunda hazırlanan yarı yapılandırılmış açık uçlu bir görüşme formu kullanılarak nitel veriler elde edilmiş ve görüşmeler katılımcıların onayı doğrultusunda ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Çalışma, katılmayıdan ancle ve/veya destek konusundaki bireysel deneyimleri ve görüşleri hakkında görüşülürken, emzirme danışmanı olan katılımcılarla profesyonel deneyimleri ve görüşleri hakkında görüşülmüştür. Çalışma, katılımcıların sağlık danışmanı ve/veya emzirme danışmanı konusundaki bireysel deneyimleri ve görüşleri hakkında üst düzeyde nasıl çalışabileceğini konusundaki önerilerine ilişkin soruları içeren yarı yapılandırılmış bir derinlemesine görüşme formu kullanılmıştır. Çalışma katılmaları ile sağlık profesyonellerinden alınan emzirme danışmanlığı ve/veya destek konusundaki bireysel deneyimleri ve görüşleri hakkında görüşülmüştür. Çalışma, katılmaları ve temalara olan emarım ve emzirme danışmanlığı eğitimi alıp almadıkları belirleme güçlü nedeniyle, ancelerinin anne sütü ve emzirme konusunda sağlık profesyonelleri ile olan tüm etkileşimleri ancel sütü ve emzirme destek ve/veya danışmanlığı olarak değerlendirilmiştir. Görüşmelerin ana temaları bulgular ve tartışma bölümünde alıntılarla gösterilmiştir.

Katılmcıların kimlik bilgilerinin gizliliği açısından, ancel olan katılmalar A1, A2, A3 vb. şeklinde ve emzirme danışmanı katılmaları ED1, ED2, ED3 v.b. şeklinde ayrı ayrı kodlanmıştır. Görüşme bulguları manuel kodlama teknikleri kullanılarak tematik bir analiz süreci ile analiz edilmiştir. Deşifre edilmiş olan görüşme materyalleri, tematik analiz sonucunda çıkan ortak temalar truths and discussi olarak değerlendirilmiştir. Bu temalar, “beklentiler ve geçerler arasındaki bozukluk”, “hissedilen baskı ve yetersizlik duyguları” ve “uzun süreli ve bireyselleştirilmiş bir destek eksikliği” şeklindedir.
BULGULAR

Beklentiler ve Gerçekler Arasındaki Boşluk

Çalışmamızda katılan annelerin ve emzirme danışmanlarının deneyimleri, annelerin emzirme ile ilgili gerçek yaşam deneyimleri ile anne süüt ve emzirme konusunda sağlıklı profesyonellerinden aldıkları bilgiler arasında bir farklılık olduğunu ortaya koymaktadır. Anne süüt ve emzirmenin teşvik edilmesi stratejileri sıklıkla iki tıbbi söylem üzerinde yoğunlaşmaktadır: anne süütünün besin değeri ve sağlık yararları ve emzirmeye ilişkin romantik söylem. Emzirme ve sağlığa ilgili tıbbi söyley, anne süütünün bebek beslenmesinin en doğal, uygun ve riskiz yöntemi olduğunu ifade eder (Burns vd., 2010). Anne süütünün idealleştirilmesi, “her anne bebeğini emzirebilir ve emzirme deneyimi doğal, kolay ve zahmetli değildir” gibi romantik emzirme söylemiyle desteklenir. Bu, bebeğin doğmadan memeyi kolayca kavradığı ve bunun anne ve bebek arasında gerçekleşen muhteşem bir deneyim ve harika bir duygu etkileyen bir romantik emzirme söylemidir. Emzirme deneyimi etkileyen bu tıbbi söylemler, sağlık profesyonelleri ve emzirme danışmanları tarafından anlamanın her ne kadar pozitif ve motivasyonlu olduğunu söylemektedir (Burns vd., 2010). Bu mesajlardaki sorun, annelerin emzirme konusunda yaşayacakları veya yaşayabilecekleri zorluklar hakkında herhangi bir ipucu yansıtmamaktadır. Ancak, kadınların çoğu doğumdan sonra çeşitli emzirme problemleri yaşarlar ve kendilerini prejudice ve eğitsiz hissederler. Aksine, bekledikleri doğal, kolay ve sorunsuz bir emzirme deneyimidir. Beklentiler ve gerçekte deneyimledikleri arasındaki bu boşluk, annelerin hayal kırıklığı ve endişe hissetmesine neden olur:

A1: Hiç kimse emzirmenin ne kadar zor ve acı verici olabileceğinden bahsetmedi. Doğumdan sonrasında düşündüğümde beklendiğim en son şey buydu. 2,5 aydan fazla meme bası yaralarım vardı ve o kadar acı vericiydi ki emzirmeyi neredeyse devam edemedim. O dönemde kendimi korkunç hissettim ve emzirme eğitimlerinde “her annenin bebeği için yeterli sütü vardır ve her zaman bebeği emzirenin bir yolu vardır” diyordu. Bunlar çok keskin cümleler ve anneler bu mesajları duydularında endişe hissetmeleri. İlk başta endişeli olmanın normal olduğu ve
emzirmenin ilk günlerinde anne sütünün çok az olabileceğini de vurgulanmalıdır. Bu empatik mesajlar annenin kaygısını azaltabilir.

Anneler ayrıca, emzirmenin kişisel ve özel olmaktan ziyade kamuya açık bir deneyim olduğunu fark ettiklerinde de hayal kırıklığına uğramaktadır. Bebekleriley “sonsuzda de mutlu yaşadılar” sahnesini beklenen, kendilerini sağlıklı profesyonellere ve sosyal çevrelerinin gözetimi ve denetimi altında bulmaktadırlar. Bir metasentez çalışması, annelerin emzirme kapasitelerine ilişkin güvenlerinin, annenin emzirme başarısından sorumlu tutan ve anneden ziyade emzirme uzmanlarına konuşma hakkını veren söylemden etkilendiğini göstermektedir (Larsen v.d., 2008). Emzirmeye ilişkin ahlaki ve tıbbi söylemler, emzirme sorunları yaşadığı zaman annenin etrafında beliren, istenmeyen seslerin müdahalesini kolaylaştırır. Ayrıca aynı zamanda, emzirmeyle gerçekleştirilmiş bir seçim sorgusunda bunun suçlu olduğunu anlattıkları. Emzirmeye ilişkin ahlaki ve tıbbi söylemler, emzirme sorunları yaşadığı zaman annenin etrafında beliren, istenmeyen seslerin müdahalesini kolaylaştırır.

A3: Öğlüm için bir çocuk doktorunu ziyaret etmeye gittiğimde, doktor bana emzirip emzirmedigimi sordu. Emzirdiğimi söyledi ama aniden göğsüme anne sütü olup olmadığını kontrol etti. Şok oldum ve tepki veremedim. Ayrıca etraftaki insanlar her zaman emzirip emzirmadığımı sordu. Ve “baba çocuğunun” veya “çok küçük” gibi yorumlar duyuyordum. Ancak sağlıklı profesyonellere ve diğer insanlarla etkileşimlerinde bu zayıflamış özgürlüğü hissettiklerini belirtmektediler:

A4: Doğumdan sonra, bebek ağladiğında herkes yorum yapıyordu. Sadece aç olduğu için ağladığı düşündüler. Doğumdan önce hastanede emzirme danışmanlığı vardı. Orada her kadının bebekini için yeterli sütü olduğunu söyledi. Ama doğumdan sonra, bunun kadar kolay olmadığını anlıyorduyuz. Bu korkunç yorumlarla nasılsın başa çıkabileceğimizi ve onlardan nasılsın uzak kalabileceğimizi anlatmaları gerektiğini düşünüyoruz. Herkesin siz ve bebeğiniz hakkında konuşma hakkı olsular. Ancak sağlıklı profesyonellere bu tüm yorumları duyduğunu, bu sizi daha fazla etkiliyor.

Hissedilen Başı ve Yetersizlik Duyguları

Emzirmenin tıbbileştirilmesi, bebeği beslemenen en uygun yolunu tanımlayıp seçene ederek iyi anlamlı birahi kodlarını belirleme gücünü verir. Emzirmeyle ilişkin tıbbi söylem, memenin besin değeri ve emzire annenin bir üretici olarak performansını artırmak için argümanlarını güçlendirir. İyi bir anne sütü üretici olmanın ahlaki ve tıbbi açıdan önemlidir. Bu sosyo-politik bağlama, negatif emzirme deneyimleri annelerin hissettikleri baskı ve yetersizlik duygularını artırmak için endişelerini artırmaktadır. Çalışmamızda katılan annelerin çoğu, emzirme konusunda sağlıklı profesyonellere ve diğer insanlarla etkileşimlerinde bu zayıflamış özgürlüğü hissettiklerini belirtmektediler:
A5: Özel bir hastanede doğum yaptım. Doğumdan sonra, emzirme danışmanı geldi ve emzirme sırasında fotoğraflarını çekti. Ayrıca imzalamak için bazı belgeler getirdiler. Bu prosedürleri beni rahatsız etti. Etkileşim tarzları da iyi değildi. Göğümü bebeğin ağızına sokmaya çalışıyorlardı ve bu biraz acı vericiydi. Bazı arkadaşlarım ve aile üyelerim de bana “emzirme yaşamı bırakma, tembellik yapma bu konuda” demesi beni daha da kötüleştirdi. İlk bașta her zaman zaman kontrol ediyordum çünkü hastanede bana her iki saatte bir emzirmem söylediler. Ancak, bebeğim ağladiuma emzirmenin daha iyi olduğunu fark ettiğimde bu beni rahatlattı. Çevremdeki insanlar dinlemek yerine bebeğimi daha fazla gözlemleye başladım.

A6: Hastanedeki sağlık çalışanlarından olumsuz etkilendim. “Emzirmezseniz, bebekin bağışıklığı olmaz”, “formül süt verirseniz emzirme birakır ve anne sütünü unutur” dediler. Bu ifadeler endişelerimi çok artırdı. Dinlenebildiğim zaman daha fazla sütüm olduğunu fark ettim. Ayrıca ikizlerim olduğu için dinlenmek imkansızdı. Bu endişesi ve stresimi arttırdı. Bir noktada annem benim için üzüldü ve uyumak için gecede bir kez formül süt vermekteckfet efli. Başlangıçta kendimi suçlu ve pişman hissettirdim. Ayrıca bebeklerim için yetersiz bir anne gibi hissettim. Ama şimdi böyle düşünüyorum. Kendimi iyi hissetmezsem, nasıl iyi ve verimli bir anne olabilirim.

ED3: Bence, anne daha az stres altındaysa, daha fazla anne sütü olur. Ancak bu kadar baskı altında iken, kolay bir emzirme için kendilerini rahat hissettirmeleri imkansız bir durum. Laktasyon tamamen fizyolojiktir ve büyük ölçüde anne psikolojisinden etkilenir. Danışmanlık seanslarından birçoquk kez, doğumdan sonra hemşireler ve ebeler ile etkileşime girdiklerinde kendilerini daha stresli ve depresif hissettiklerini duyдум. Bu,annelere empatik yaklaşılmadığını göstermektedir.

Modern tıbbi söylem sadece uzman rehberliğinde uygulamaları teşvik etmekle kalmaz, aynı zamanda sağlıklı profesyonellerine emzirme konuşusunda anneyi kontrol etme kontrol etme ve uygun olanı belirleme yetkisini de vermektedir (Andrews ve Knaak, 2013). Anne sütünün bir ürün olarak ticarileştirilmesiyle, kadınların vücudun üzerinde artan tıbbi denetim ve düzenleme el ele yürümektedir (Dykes, 2005). Bu, emzirmenin bir üretim sürecine indirgenmesine yol açar ve yeterli ürün üretim mesesi nedeniyle suçlanan kadınların gerçek deneyimleri görünmez hale gelir (Dykes, 2005). Sonuç olarak, sağlıklı profesyonelleri bir danışmandan ziyade bir müfettiş olarak hareket edebilir ve annenin psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını göz ardı edebilir.

A2: Hemşireler emzirmeme söylemek için çok sık kontrol ediyorlardi. Baskıcı bir dil kullanıyorlardı. Kendimi baskı altında hissettım. “Emzirmede zorluk çekmek normaldir, diğer annerler de zorluk yaşamabilir” demelerini tercih ederdim. Bu yaklaşımanın Sağlık Bakanlığı tarafından belirlendiğini ve hemşirelerin bu direktifi izlediğini düşünüyorum. Çünkü birçok vardiya değişikliğe rağmen, her gelen hemşire aynı kelimelere kullanıyordu. Bu bir tesadüf olamaz.

ED2: Sağlık profesyonellerinin yorumları anneyi olumsuz etkileyebilir. Örnek olarak, kuzeýim doğumdan sonra kızını kontrol etmeye götürdüğünde, doktor bebeği aç bırakmıştı için sanlık olduğunu söylemişti. Bu tüm ifadeler annerin yetersiz ve umutsuz hissettirmelerine neden olur. Sağlık uzmanları ve özellikle doktorlar tarafından annerle etkileşimlerinde kullandıkları çok çok önemlidir. Çünkü anneler onları bir otorite olarak görüyor ve
bebekleri için yetersiz oldukları konusunda yargılanmalar, gerekşiz yere kaygılanılamaları ve formül süte başlamaları neden olabilirdi.

Sağlık profesyonellerinin beden üzerindeki denetim ve kontrolü özerkliği kaybetmesine yol açabilecek olan durumlar, kadınların bekenme dönemlerindeki denetim ve kontrolü kaybetmesine neden olabiliyor. 

Marksist düşünceye göre, emekin yabancılaşması fikrinde olduğu gibi, kadınlar da emzirme deneyimleri ve onların emzirmenin uzman bilgisi ve yönlendirmesi yoluya öğrenmesi gereken bir süreç olduğunu belirtir (Dykes, 2005). Emzirmenin tibbileştirilmesi, emzirme deneyimlerinin uzman bilgisi ve yönlendirmesi yoluya öğrenilmesi gereken bir süreç olduğu mesajını vererek annelerin bedenleri üzerinde zayıf bir kontrol ve özerkliğe sahip olduklarını hissettirmeye neden olur.

Annelerin güven konusunda deneyimlediği bu çelişki, kadınların kimliklerine dair düşünceleri üzerindeki yönetici kontrol ile de ilgili olabilir. Yönetimsellik “rizo” gösterecek veya reddedecek olan kişilerin özellenmelerini dönüştürebilir, benlik ve davranışlarını gözlem, inceleme, karşılaştırma ve yargılama açık hale getirerek zorlama ve rıza arasındaki farkı zayıflatmakta ve haksızlıkla ilgili olabilir (Pii ve Villadsen, 2013: 21). kadınlar, iyi bir anne olarak nasıl davranmaları ve hissetmeleri gerektiğini emzirme deneyimleri arasında kalırlar. Sonuç olarak emzirme ile ilgili kararlar üzerinde zayıflamış bir özgürlük ve kontrol, yetersizlik ve hayal kırıklığı hissedebilir.

Özerklik arayışı genellikle kişisel kararların sonuçlarıyla ilgili endişeler ile çatışma halindedir ve bu kendi kararları ve bedeni üzerindeki kontrolü ve özgürlüğü kaybetmek anlamına gelir, uzman tavsıyelerini takip etmek daha güvenli görülülebilir (Andrews ve Knaak, 2013). Bu kararsızlık, çalışma yapan annelerin deneyimlerinde görüldüğü üzere, onları iki arada bir derede bırakmaktadır. Ne tıbbi ve ahlaki söylemin şekillendirdiği beklenmesi gereken, ne de onların yol açtığı endişe ve baskıdan kurtulabilmesi kartalarda kurulamaktadır.

A7: Bence annevi egitimden sonra eğitilmesi gerekken iki konu var. Emzirme ve tamamlayıcı beslenme. Bu iki konuda güvenilir bilgi almam çok zor. Doktorlar ve hemşireler çok ihtiyaçlidir mezajlar veriyorlar. Bazıları bebek beş aylıkta tamamlayıcı gidaya başlama tavsiyesinde bulunurken, bazıları altı aya kadar beklemeşler söylüyor. Hangi bilgileri güveneneceğimi çok şaşırdım. Emzirme için de bu aynı. Bazı doktorlar emzirme için bir yılın yeterli olduğunu söyleyor. Ama en az iki yıl emzirmenin tavsıye edildiği biliyorum.

ED1: Annelere ve bebek vaka odaklı ve ayrıntılı bir yaklaşım gidaya başlama tavsiyesinde bulunun. Bazıları altı tarea kadar beklemeleri söylüyor. Hangi bilgileri güveneneceğimi çok şaşırdım. Emzirme için de bu aynı. Bazı doktorlar emzirme için bir yılın yeterli olduğunu söyleyorum. Ama en az iki yıl emzirmenin tavsıye edildiği biliyorum.

Uzun Süreli ve Bireyselleştirilmiş Bir Destek Eksikliği

Emzirme deşettiği algısında nitel ve iliskisel hususlar çok önemlidir. Bir metasente çalışması, emzirme danışmanlığı istenmeyen sonuçlara yol açabilir. Doktorlar emzirme konularda eğitim almazlar, ancak yine de annelere emzirme hakkında yanılış ve yetersiz mesajlar verirler. Etkili bir emzirme danışmanlığı sadece birbir tema ve gözlem yoluyla gerçekleştirebilir ve danışman anneyi yanılış yönlendirmemek için güncel bilgi ve uzmanlığa sahip olmalıdır.
deneyimleri de benzer şekilde, annelerin baskı ve tekn yönlü bir iletişimden ziyade birey odaklı, empatik ve güçlendirici bir yaklaşıma ihtiyaç duydukları ortaya koymaktadır. Özellikle bir anne emzirme problemleri yaşadığında, vaka odaklı bir danışma ihtiyacı çok önemlidir. Emzirme hakkındaki genel geçerligili bilgilerin sunulması, annelerin emzirme kapasitelerini konusunda cesaretlerini kıracak emzirme deneyimini olumsuz etkileyebilir:

**A4:** Doğumdan sonra emzirme sorunları yaşadım. İlk başta emziremedim çünkü kızım göğsümü iyi kavrayamadı. Hastanede, birçok hemşire yardımcı etmeye çalıştı, ancak sorunu çözülememişlerdi. Sorun evde de devam ettiği Gazi Üniversitesi’ndeki bu konuda uzman bir merkezden yardım aldım. Oradaki emzirme danışmanı çok deneyimliydi. Beni orada gözlemledi ve bana farklı pozisyonlar öğretti. Sonunda sorun çözüldü. Eğer bu merkezden yardım almasaydım, muhtemelen emzirmeyi çok erken bırakırdım.

**A6:** Anne sütünün bu kadar önemli olduğunu vurguluyorlarsa, anneleri emzirirken karşılaşacakları sorunlara da hazırlamalılar. Çünkü ben bile, kendini eğitimli ve bilinçli biri olarak kabul eden bir kadın olarak emzirme konusunda sorunlar yaşadım. Bence daha uygulamalı ve kişiselleştirilmiş bir desteği deki ihtiyaç var çünkü annelere emzirme konusunda genel bilgiler vermek yetersiz görünüyor.

**ED4:** Teoride, Sağlık Bakanlığı’nın bebek dostu uygulamaları çok iyi, ancak aslında çok mekanik. Örneğin, gerçek hayatta, çoğunlukla bu konuda eğitimli bir hemşire olan bir emzirme danışmanı gelir ve emir verir gibi anneye gerekli bilgileri vermeye başlar. Gerçekte, anne ve bebekle temas kurmak ve anneye zaman ve cesaret vererek annenin emzirmesine uygulamaları olvarken etmek, beş dakika içinde bilgi aktarmaktan çok daha etkilidir. Bir hastane bebek dostu olarak etiketlenebilir, ancak genellikle hemşireler anneyle “bebek açıktan ağlıyor” diyebilir. Bu ifadeler anneleri umutsuz hissettiriyor.

Emzirme desteği etkinliği ile ilgili bir diğer önemli husus, emzirme desteği ve danışmanlığının sürekliliği ve sürdürülebilirliği. Emzirme destekinin netel yönlerine odaklanan bir çalışma, bireyselleştirilmiş ve sürekli bir destekin annelerin kendilerine güvenmesi, anlaşıldığı ve duyulmuş hissetmesi açısından çok önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Bäckström v.d., 2010). Çalışmamızdaki anneler ve emzirme danışmanları da uzun vadeli bir emzirme destekine ihtiyaç duyuldugundan bahsetmişlerdir, çünkü anneler doğum sonrası dönemde sonra da farklı zorluklara karşılaşabilmektedir. Mevcut emzirme danışmanlığı ve desteği uygulamaları emzirmenin ilk aşamasında destek ve eğitim vermekle sınırlı kalıyor görünmektedir:

**ED5:** Emzirme teşvik etmeye yönelik uygulamalar, emzirmenin en az iki yıl ve üzerinde tavsiye edildiği düşünüldüğünde, uzun vadede ortaya çıkabilecek emzirme sorunlarına da odaklanmalıdır. Gözlemlediğim kadardan, anneye doğumdan sonra emzirme danışmanlığı verilmesi annenin hastaneye yatış süresi ile sınırlıdır. Daha sonra anneleri destekleyen etkili bir emzirme takip ve destek sistemi yoktur.

**A7:** Hastaneden eve geldikten sonra herhangi bir emzirme danışmanlığı almamışım. Aile sağlığı merkezindeki doktor emzirip emzirmediğini sordu ama emzirme hakkında detaylı konuşmadık. Bence doktor ziyaretlerinde veya aile sağlığı merkezinde ayrıntılı olarak sormaları gerekir. Çünkü anne sormayı unutabilir ya da belki her şeyi...
doğru bilmiyor olabilir. Örneğin, insanlar genellikle anneye daha çok anne sütü olmasını için şekerli yiyecekler yeymesini tavsiye eder, ancak bu doğru değildir. Anne sütü daha fazla su içip sağlıklı beslenerek artar. Annelerin bu tür bilgileri sağlık profesyonellerinden duyması gerekir.

ED4: Bence doğumdan sonra aile sağlığı merkezleri tarafından yapılabilecek rutin emzirme danışmanlığı ömali. Ev ziyaretleri de olabilir, çünkü annelerin doğumdan sonra bebekleriyle dışarı çıkmaları çok zor. Bu şekilde anneler yalnız olmadıklarını ve dışarı çıkamasalar bile destek alabileceklerini düşünecektir.

SONUÇ ve TARTIŞMA

Sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan emzirme desteği nitel yönleri, işleyişinin etkinliğini değerlendirmek için nicel kriterler kadar önemlidir. Emzirme desteği neticenin nicel başarısını değerlendirir, emzirme danışmanlığı alan anneler tarafından algılanan psikolojik ve duygusal desteğin etkinliğini ve kalitesini tam olarak ortaya koymak için yeterli değildir. Annelerin birey merkezli bir yaklaşım ve emzirme desteği esnasında empatik bir ilişkiyi ihtiyaçlara dayatmalı ve bu tutarsızlık annelerin hayat kırıklığına ve yapanmalarına neden olabilir. (Larsen vd., 2008; Alianmoghaddam, vd., 2017). Bu çalışma, beklentiler ve gerçeklik arasındaki farkı anlamak, annelerin gerçek yaşam deneyimlerinin emzirme ile ilişkisini bilmeleri ve sağlık profesyonellerince sunulan emzirme desteğinin amaçlarından birçoğunun farklı olduğunu göstermektedir ve bu tutarsızlık annelerin hayat kırıklığına ve yapanmalarına neden olabilir. (Larsen vd., 2008; Alianmoghaddam, vd., 2017). Bu çalışma, beklentiler ve gerçeklik arasındaki farkı anlamak, annelerin gerçek yaşam deneyimlerinin emzirme ile ilişkisini bilmeleri ve sağlık profesyonellerince sunulan emzirme desteğinin amaçlarından birçoğunun farklı olduğunu göstermektedir. Araştırma bulguları, emzirme'nin tıbbileştirilmiş, biyo-iktidar ve yönetimsel kavramları ışığında, "bentleniler ve gerçeklik arasındaki boşluk", "hissetilen baskı ve yetersizlik duyuları" ve "uzun vadeli ve bireyselleştirilmiş bir destek eksikliği" şeklinde üç ana tema altında tartışılmaktadır.

Çalışmanın bulguları, sağlık profesyonellerinin emzirme danışmanlığı ve desteği uygulamalarında anne sütü ve emzirme hakkında sundukları bilgilerin, annelerin emzirme dünyasını tam olarak örtümsızliğini göstermekteydi. Gerçekte, emzirme, doğal olarak kolay giden bir süreç yerine anne için zor ve acı verici olabilmekteydi. Ancak birçoğunun kadın emzirme konusunda zorluklar yaşamamasına rağmen, emzirme ile ilgili basın tibbi ve ahlaki söylem anlayışı doğa doğrultusunda, şükran edilen sosyal destek olup olmadığı, emzirme sorunları yaşadıklarında hazırlıksız ve yetersiz hissetmelerine yol açabiliyor. Bu söylemler, emzirme için, çoğunlukla annelerin gerçek emzirme deneyimlerinden farklı olan, doğası gereği keyifli ve elverişli bir beslenme yöntemi olarak tanımlayarak sosyal olarak arzu edilen ve uygundan çıkarılması çağrılımı (Andrews ve Knaak, 2013). Emzirmenin bu romantik ve gerçekçi olmayan kavramsallaştırılması, annelerin emzirme sorunları yaşadıkları için hazırlıksız ve yetersiz hissetmelerine neden olur. Bu zorluklar hakkında önceden bilgi sahibi olmak kadınların emzirme sorunlarına karşı savunmasını azaltabilir. Emzirme danışmanlığı ve destek uygulamalarının verimliliğini artırarak için, sağlıklı kişileri emzirme sorunlarının istisnai olmadığını ve emzirme deneyiminin zor ve stresli olabileceği vurgulayarak annelere gerçekçi mesajlar vermeye dikkat etmelidir.
Ayrıca, çalışmamızdaki annelerin ve danışmanların deneyimleri sağlık profesyonellerinden alınan emzirme danışmanlığı ve desteğin konusunda baskı ve gözetim altında hissedebildiklerini ortaya koymaktadır. Bu olumsuz duygular, annelerin aynı anda hem ahlaki hem de tıbbi söyleme maruz kalmasıyla ilişkili olabilir. Ahlaki söylem, emzirmenin doğal bir olay olduğunu ve her annenin çocuğunu emzirme kapasitesine sahip olduğu söylerken, tıbbi söylem, emzirmenin bilimsel temelli profesyonel müdahale yoluyla anlamlı olmaması gerektiğine işaret etmektedir (Andrews ve Knaak, 2013). Bu iki söylem, hem emzirme için uzman rehberliğine ihtiyaç duyduğu varsayımıyla ve aynı zamanda bu “doğal” olayda başarılı olamayana yetersiz bir anne olşuna karşı varsayımında annenin baskısı ve endişesini artırır. Annelerin baskı ve gözetim duyguları, yalnızca emzirme konusundaki ahlaki ve tıbbi söylem empoze etmek yerine annenin gerçek ihtiyaç ve duygularına öncelik verecek şekilde bir danışmanlık sunulmasıyla dikkate alınmalıdır.

Çalışmanın bulguları, benzersiz bir birey olarak annenin gerçekliğini görmeyi sağlamak için empatik ve bireyselleştirilmiş bir diagnostika ve destek sistemine duylan ihtiyacı ortaya koymaktadır. Emzirmenin tibbileştirilmesi, emzirmenin üretim sürecine indirgenmiş olan sütünün önemlenmesi annelerin her zaman emzirmeye istekli ve hazır olma konusunda baskı hissettiklerine neden olmaktadır. Üretim odaklı tibbi söylemin etkisi altında olan bir emzirme desteği, istekle emzirmenin kurumsal bir rolü olduğu yerine gazeteyi kontrolüne ve düzenlenmesine önlemler vermektedir. Sonuç olarak, çalışmamızda olduğu gibi, kadınlar anne sütü kalitesine ve miktarına ilişkin güven eksikliği yaşayabilir ve emzirme deneyimleri, emzirme desteği alınmasında rahmen performans kaygısı ile karşılaştırılabilir.

Bulgularımız ayrıca, kadınların beden ve anne kimliğinin biyo-iktidar ve yönetimsel kontrol altında olmasının anneler üzerindeki sosyal kontrol ve baskı artırdığını ve annelerin kendi emzirme deneyimlerine yabancılaşmasına neden olduğunu ortaya koymaktadır. Biyo-iktidar, deneyimin nesneleştirilmiş ve uzman bilgisinin kurumsallaşmasına bağlı olarak sessiz ve görünmeyen bir baskı yaratmaktadır (Foucault, 1991). Çalışmaya katılan anneler, uzman bilgisine veya kendi deneyimlerine güvenmek arasındaki çelişkileri ve bu stres verici ikileme genellikle tıp uzmanlarına kendi deneyimlerinden daha fazla güvenmeleri ile sonuçlandığı belirtmişlerdir. Bu durum, uzman bilgisine güvenmelerin daha güvenli olduğunu ve tıbbi ve ahlaki söylemle şekilde ideal anne normlarına daha uygundu olduğu ifade edebilir. Ne yazık ki, yapılan araştırmalar ve emzirme kararları üzerindeki azalan özveri ve kontrol duygusu annelerin yetersizliği ve hayal kırıklığı duygularına neden olmaktadır. Etkili bir emzirme danışmanlığı ve destek süreci, annelerin gerçek emzirme deneyimleri hakkındaki endişelerini ve görüşlerini ifade etmelerini sağlamalıdır. Annelerin bireysel ihtiyaçlarını odaklanan bir emzirme desteği, anneler tarafından iyi ve destekleyici olarak kabul edilmektedir (Backström v.d., 2010). Ancak çalışmada belirtilen deneyimler, sağlık profesyonellerinden alınan emzirme desteğinin, annelerin duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını ihmal ederek, emzirme süreçinin başarısı ve niceliksel yönlerine odaklandığı ortaya koymaktadır.

SUREKLİLİK DE EMZİRME DESTEĞİNIN ALGILANAN ÖZGÜNLÜĞÜ VE ETKİNLİĞİNİN ÖNEMLİ BİR BELİRLEYICISIDIR (Shmied v.d., 2011). Çalışmamızda katılan anneler ve danışmanlar da uzun vadeli bir emzirme desteği ihtiyaç olduğu ve annelerin uzun vadeli emzirme sorunları hakkında danışacak güvenilir bir kaynak bulamadıklarında kendilerini
yalnız ve kafası karışmış hissettiklerini belirtmektedir. Emzirme ve emzirme teşvik politikalarının emzirme süresini uzatmayı hedeflediği düşündüğünde, emzirme desteği sadece hastanede yaşlı dönemde değil, aynı zamanda uzun vadede anlener için sürdürelibilir ve ulaşılabilir olmalıdır.

Bu çalışmada, sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan emzirme danışmanlığı ve desteği süreçinin, biyo-iktidar, emzirmenin tibbileştilmesi ve kadın vücudu ve anne kimliği üzerindeki yönetimsel kontrol gibi sosyolojik kavramlar ışığında analiz edilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın, anne sütünü ve emzirme teşvik politikalarının bir parçası olarak sağlık profesyonelleri tarafından tanımlanan emzirme danışmanlığının rolünü, zayıflatmayı veya tartışmayı amaçlamaktadır. Annelerin karşılaştıkları emzirme sorunlarıyla fiziksel ve psikolojik olarak daha iyi başa çıkmak için uzman bilgi ve desteği ihtiyaçları vardır.

Ancak, emzirme destek ve danışmanlığı sunan sağlık profesyonelleri tıbbi ve ahlaki söylemlerin etkisi altında, annelerle başkacı, müdahaleci ve empatik olmayan bir şekilde etkileşime girebilir ve emzirme ile ilgili keskin, otoriter ve yargısal mesajlar verebilir. Sağlık profesyonelleri de aynı sosyo-politik ortamla çevrilidir ve sonuç olarak emzirme konusunda şunları ve biyomedikal söyleminin birincil otoritesini ve ahalki beklentileri haline gelebilirler (Andrews ve Knaak, 2013). Anneler emzirme desteği veren sağlık profesyonelleri sadece anne sütünün besin ve üretimsel değerine değil, aynı zamanda emzirme deneyiminin ilişkisini ve duygularını ön planda tutarak daha empatik olmaları için eğitimlendirirler. Sonuç olarak, etkili ve netikli bir emzirme desteği, annelerin özerklik ve öz kontrol ihtiyaçlarını saygılı olmalı ve ayrıca annelerin emzirme sorunlarına karşı çabalarını dikkate alarak, psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını karşı duyarlı olmalıdır.

ÖNERİLER

Sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan emzirme danışmanlığının ve desteği etkinliğini değerlendirmek bağlamında, bu çalışma her ne kadar tam ve gerçek tabloyu ortaya koymada küçük bir örnekleme büyükliği gibi sınırlıklar içerse de, çalışmanın bulgularının emzirme destek ve danışmanlığının netiksel yönlerinin önemini ortaya koyma katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir. Emzirme desteğinin algılanan etkililiğini belirlemek için hem niceliksel hem de netiksel yönleri dikkate alınmasını önemlidir. Emzirme destek ve danışmanlığın başarısını etkileyebilecek faktörleri kapsamlı bir şekilde araştırımda farklı yöntemler ve daha büyük katılmaci grupları ile çalışılan daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

ETİK METNİ

Bu makalede dergi yazım kurallarına, yayın ilkelerine, araştırma ve yayın etiği kurallara, dergi etik kurallarına uyulmuştur. Makale ile ilgili doğablecek her türlü ihlallerde sorumluluk yazara aittir.
Alianmoghaddam, N., Phibbs, S. ve Benn, C. (2017). Resistance To Breastfeeding: A Foucauldian Analysis of Breastfeeding Support From Health Professionals. *Women Birth*. 30(6): 281-291. doi: 10.1016/j.wombi.2017.05.005

Alnasser, Y., Almasoud, N., Aljohni, D., Almisned, R., Alsouwaine, B., Almutairi, O. ve Alhezayen, R. (2018). Impact Of Attitude and Knowledge On Intention To Breastfeed: Can Health Based Education Influence Decision To Breastfeed Exclusively? *Annals of Medicine and Surgery*, 35: 6–12.

Andrews, T. ve Knaak, S. (2013). Medicalized Mothering: Experiences With Breastfeeding in Canada and Norway. *Sociological Review*, 61: 88–110

Baltacı, A. (2018). Nitel Araştırmalarda Örnekleme Yöntemleri ve Örnek Haçını Sorunsal Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. BEÜ SBE Dergisi. 7(1), 231-274.

Bentz, V.M. ve Shapiro, J.J. (1998). *Mindful Enquiry in Social Research*. Thousand Oaks, CA:Sage

Bolat, F., Uslu, S. ve Bolat, G. (2011). İlk Altı Ayda Anne Sütü ile Beslenmeye Etki Eden Faktörler. *Çocuk Dergisi*, 11(1):5–13. doi:10.5222/j.child.2011.005

Bäckström, C. A., Hertfelt Wahn, E. I. ve Ekström A. C. (2010). Two Sides of Breastfeeding Support: Experiences of Women and Midwives. *International Breastfeeding Journal*, 5: 20-28

http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/5/1/20

Burns, E., Schmied, V., Sheehan, A. ve Fenwick, J. (2010). A Meta-ethnographic Synthesis of Women’s Experience of Breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, 6: 201-219.

Crabtree, B.F. ve Miller, W.L. (1992). *Doing Qualitative Research: Research Methods for Primary Care* (Vol.3). Newbury Park, CA:Sage

Çaylan, N., Kılıç, M., Kayhan Tetik, B., Armut, C. ve Tezel, B. (2019). Breastfeeding Promotion and Baby-Friendly Health Facilities in Turkey: A Systematic Approach to Scale Up the Program, *Ankara Medical Journal*, 2019 (1): 32-40, DOI: 10.17098/amj.542159

Durand, M., Labarere, J., Brunet, E. ve Pons, J.C. (2003). Evaluation of a Training Program For Healthcare Professionals About Breastfeeding. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 106 (2): 134-138. https://doi.org/10.1016/S0301-2115(02)00225-7

Dünya Sağlık Örgütü (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü.

Dykes, F. (2005). “Supply” and “Demand”:Breastfeeding as Labour. *Social Science & Medicine*, 60: 2283-2293

Erkul, P.E., Yalçın, S.S. ve Kılıç, S. (2010). Evaluation of Breastfeeding in a Baby-Friendly City, Corum, Turkey. *Central European Journal of Public Health*; 18: 31-37.

Foucault, M. (1992). *Hapishanenin Doğuşu*. Translated by Mehmet Ali Kılıçbay. Ankara: İme Kitabevi Yayınları.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), 2013 Türkiye Nüfus Nüfus Anamnez Değerlendirmesi. Hacettepe University Institute of Population Studies, T.R. Ministry of Development and TÜBİTAK, Ankara, Turkey.

İnceoğlu, Y., Özetin, B., Gökmen Tol, M. ve Alkurt, S. V. (2014). Health and Its Discontents: Health Opinion Leaders’ Social Media Discourses and Medicalization Of Health. *İletişim*, 21: 103-128.

Karaçam Z. ve Sağlık M. (2018). Breastfeeding Problems and Interventions Performed on Problems: Systematic Review Based on Studies Made in Turkey. *Türk Pediatri Arşivi*. 53(3):134–148. doi:10.5152/TurkPediatriArs.2018.6350
Knaak, S.J. (2010). Contextualising Risk, Constructing Choice: Breastfeeding and Good Mothering in Risk Society. *Health, Risk & Society;* 12 (4): 345–355

Larsen, J.S., Hall, E.O.C. ve Aagaard, H. (2008). Shattered Expectations: When Mothers’ Confidence in Breastfeeding is Undermined - A Metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* 22(4):653-661.

Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum: Qualitative Social Research,* 11(3). Retrieved from http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1428/3028

Nesbitt, S.A., Campbell, K.A., Jack, S.M., Robinson, H., Piehl, K. ve Bogdan, J. (2012). Canadian Adolescent Mothers' Perceptions of Influences on Breastfeeding Decisions: A Qualitative Descriptive Study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 12:1-14

Pérez-Escamilla, R., Martínez, J. L. ve Segura-Pérez, S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on Breastfeeding and Child Health Outcomes: A Systematic Review. *Maternal and Child Nutrition,* 12(3): 402–417.

Ranch, M.M., Jämtén, S., Thorstensson, S. ve Ekström-Bergström, A.C. (2019). First-Time Mothers Have a Desire to Be Offered Professional Breastfeeding Support by Pediatric Nurses: An Evaluation of the Mother-Perceived-Professional Support Scale, *Nursing Research and Practice,* vol. 2019, Article ID 8731705, https://doi.org/10.1155/2019/8731705

Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C. ve Dykes, F. (2011). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. *Birth,* 38(1), 49-60. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x

Sezgin, D. (2011). Yaşam Tarzı Önerileri Bağlamında Sağlık Haberlerinin Analizi. Ankyra: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2(2): 52 – 78 DOI: 10.1501/sbeder_0000000034

Starks, H. ve Trinidad, S.B. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis and Grounded Theory. *Qualitative Health Research,* 17:1372-1380

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (t.y). *Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı.* Retrieved May, 3, 2020 from https://hsqm.saglik.gov.tr/cocukergen-bp-liste/anne-sutunun-tesviki-ve-bebek-dostu-saglik-kurulustari-programi.html

United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2008). *The State of the World’s Children.* Oxford University Press, Oxfordshire, 8-47.

United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2013). *Breastfeeding on the Worldwide Agenda Findings From a Landscape Analysis on Political Commitment for Programmes to Protect, Promote and Support Breastfeeding.* NY USA: UNICEF.

Victora, C.G., Aluisio, J. D., Barros, A.J.D. ve França, G.V.A. (2016) *Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect.* Lancet; 387: 475–90.

Wells, J.C.K. (2006). The Role of Cultural Factors in Human Breastfeeding: Adaptive Behaviour or Biopower? *Journal of Human Ecology,* 14: 39–47