



International Journal of Eurasia Social Sciences
Vol: 11, Issue: 40, pp. (675-707).

Article Type: Research Article

Received: 27.12.2019

Accepted: 05.05.2020

Published: 07.06.2020

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 way 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 fourth 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 (Alianmoghammad et al., 2017) and mothers need a supportive counseling which focuses on the individualized needs of the mother (Ranch 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 (Alianmoghammad 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 (Wells, 2006). Expert-guided recommendations on what is best, proper and unriskey 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 (Victoria 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 phenomenons 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 technics. Manually coded interview material are extracted to themes combining related patterns of transcribed 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".

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 inthis 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 vairous 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 adviced to start formula. Everybody was advicing 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 losing 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 pediatricist 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 worse 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 conformed 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 midwives 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 iin 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 losing 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 losing 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" (Pii & 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 lose 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 counselings 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 bio-power.

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 can not 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 consultancy 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 consultancy practices. As it is noted that increasing both the quantitative and qualitative aspects is very important to determine the perceived efficiency of 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
- Baltacı, A. (2018). Nitel Araştırmalarda Örneklem Yöntemleri ve Örnek Hacmi Sorunsalı Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *BEÜ SBE Dergisi*. 7(1), 231-274.
- Bentz, V.M. & Shapiro, J.J. (1998). *Mindful Enquiry 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](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). *Hapishanenin 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 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. & 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. 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 Programı*. Retrieved May, 3, 2020 from <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/anne-sütünun-tesviki-ve-bebek-dostu-saglik-kuruluslari-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., Alúisio, 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 yoluyla destek verilmesini hedeflemektedir ve bu desteğin niteliksel özellikleri emzirmeye başlama ve sürdürme üzerinde etkilidir. Bu çalışmanın 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 yapılmasıdır. Bu bağlamda, son bir yıl içerisinde doğum yapmış ve bir sağlık profesyoneliyle 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, yönetimsellik ve emzirmenin tıbbileştirilmesi gibi sosyolojik kavramlar ışığında tartışılmıştır. Bulgular, emzirme desteğine ilişkin annelerin beklentileri ve deneyimleri arasında fark olduğunu ve annelerin sağlık profesyonelleri ile ilişkilerinde baskı, yetersizlik ve zayıflamış özerklik deneyimlediklerini ortaya koymaktadır. Empatik ve annelerin psikolojik ihtiyaçlarına duyarlı, uzun vadeli ve bireyselleştirilmiş bir emzirme desteğine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, emzirme, biyo-iktidar, yönetimsellik, tıbbileştirme.

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 önemini vurgulamakta ve aynı zamanda tamamlayıcı gıdalarla 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 olduğunu 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 beklenenden 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 gücünü yaşamaktadır ve bu olumsuz deneyimler çoğunlukla emzirmenin erken kesilmesine neden olmaktadır (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 problemleri yaşarken 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 dönemde emzirme motivasyonunda önemli bir rol oynamaktadır.

Anne sütü ve emzirmeyi teşvik etme ve ülkelere sağlık kuruluşlarında kadınlar ve çocuklar için en iyi kalite standartlarını entegre etme konusunda rehberlik etme çabalarının bir parçası olarak DSÖ ve UNICEF Bebek Dostu Hastane Girişimi'ni başlattılar 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 bakımı üzerine yapılan 58 çalışmanın sistematik bir incelemesini içeren bir çalışma, Başarılı Emzirmeye On Adım'ın uygulanmasının, emzirmenin erken başlaması 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 annelerin erken emzirmeyi başlatmaları ve emzirmeye devam etmelerine yardımcı olmak ve onları desteklemektir. Türk sağlık sisteminin emzirmeyi teşvik etme stratejisi, özellikle bu danışma ve desteğin kalitesinin emzirmenin başarısını ve uzunluğunu etkileyeceğine dair öncüllerle uzman sağlık uzmanları aracılığıyla yeni annelere

danışmanlık vermeyi hedeflemektedir. Bu programın amacı, sağlık otoritelerinin önerileri doğrultusunda annelerin emzirmeyi en erken şekilde başlatmaları ve emzirmeye devam etmelerine yardımcı olmak ve onları desteklemektir. Türk sağlık sisteminin emzirmeyi teşvik etme stratejisi, özellikle bu danışma ve desteğin kalitesinin emzirmenin başarısını ve uzunluğunu etkileyeceğine dair öngörü çerçevesinde uzman sağlık profesyonelleri aracılığıyla yeni annelere danışmanlık vermeyi 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 değerlendirmek 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 anlamlı etkiler, emzirmeyi teşvik eden politikaların başarısının belirleyicisi olarak görülebilir, ancak annelerin aldıkları danışmanlığa ilişkin algıladıkları psikolojik ve duygusal desteğin kalitesini ve etkinliğini tam olarak yansıtmamaktadır. Araştırmalar, sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan emzirme danışmanlığı ve desteğinin bazen anneler üzerinde baskıya ve emzirmeye karşı direnç duygularına yol açabildiğini 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 deneyimleri, güç ilişkilerinin üretildiği ve sürdürüldüğü emzirme ile ilgili bir savaş alanının yansıması olabilir (Wells, 2006). Bilginin kurumsallaştırılması yoluyla 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 vücudu üzerinde bir tür disipline edici ve düzenleyici güç oluşturur (Foucault 1992). Biyo-iktidar, insan vücudunu nesnelleştirerek ve bilgiyi düzenleyerek sessiz ve kolay farkedilmeyen bir baskı uygular, böylece görünmeyen bir şekilde uygun ve normal davranış tanımlar (Alianmoghaddam vd., 2017).

Emzirme özelinde, biyo-iktidar, bilgi sahibinin gücünü ve çıkarlarını yansıtan şekilde en uygun bebek besleme yöntemini 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 risksiz 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 on yıl öncesine kadar çok fazla destekçi bulmamaktaydı. Emzirmenin faydaları, formül sütü anne sütünden daha değerli olarak tanıtan sağlık otoriteleri tarafından yetersiz olarak nitelendirilmiştir (Victoria vd., 2016).

Ancak günümüzün baskın söylemi, bebeklerin sağlığı ve refahı için emzirmenin önemini güçlü bir şekilde desteklemektedir ve bu emzirmenin kültürel ve biyolojik bir norm olarak kabul edilmesine de dönüş anlamına gelmektedir (Knaak, 2010). Bununla birlikte, 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 (Knaak, 2010: 346). Bu bağlamda, tıbbi emzirme söylemine uymak, ideal anneliğin ahlaki 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 karardan çok sosyal ve ahlaki bir sorumluluğa dönüştürür (Knaak, 2010).

Hastaneler, uzmanlık bilgilerinin kullanılarak ikna ve kontrolün sağlandığı biyo-iktidar uygulamalarının önemli mekanlarıdır. Baskın tıbbi söylem, sağlık profesyonellerinin uygulamalarını ve önerilerini de şekillendirir. Emzirme özelinde, anneler sağlık profesyonellerinin bebeklerini nasıl beslemeleri gerektiğine dair önerilerine güvenir ve sağlık profesyonelleri tarafından önerilen yolu seçmemek sosyal desteğin azalmasına yol açabilir. Sonuç olarak, emzirme niyeti, alternatif bir bebek besleme yöntemi seçilmesi durumunda yetersiz veya kötü bir anne olarak etiketlenme riski göz önünde bulundurulduğunda kişisel bir karar olarak kabul edilemez.

Yönetimsellik kavramı da, eylemlerimizin, kararlarımızın ve düşüncelerimizin baskın ve kurumsallaşmış ideolojiler tarafından nasıl yönetildiğini ve kontrol edildiğini anlamak için önemlidir. Toplumun rasyonelleşmesi ve bilginin kurumsallaştırılması Foucault tarafından yönetimsellik olarak adlandırılan yeni bir rasyonelliğin yükselişini beraberinde getirir (İnceoğlu vd., 2014). Yönetimsellik, bedenlerimizle ilgili ne düşündüğümüzü ve onlara nasıl baktığımızı kontrol etmeyi içeren bir rasyonellik biçimidir ve bu devlet kontrolü kendisini hapse, hastane, okul veya sığınma yeri gibi modern kurumlarda gösterir. Bunlar “normallerin hakimleri” olarak hareket ederler (Foucault 1977: 304) ve bilgi ve iktidarı sistemleştirilmesi ve kurumsallaştırılmasının uygulama alanlarıdır (akt. İnceoğlu vd., 2014). Yönetimsellik bağlamında, kadınların vücudu, annelik kimliği ve iyi annelik normları da ideal bebek besleme uygulamalarını belirleyen baskın toplumsal ve tıbbi söylem tarafından şekillendirilmektedir.

Tıbbi söylem yoluyla bedenin kontrolün ortaya koyan bir diğer sosyolojik kavram tıbbileştirmedir. Tıbbileştirme kavramı, gündelik uygulamaların gün geçtikçe tıbbi söylemin artan gözetimi ve kontrolüne maruz kalması ve doğum, yaşlanma ve ölüm gibi günlük yaşamın doğal fenomenlerinin daha sağlıklı ve iyi bir yaşam vaatleri ile tıbbileştirilmesini açıklamada kullanılmaktadır (Sezgin, 2011). Tıbbileştirme, aynı zamanda insan vücudunun ve kararlarının kontrol altına alınmasına aracılık eden biyo-iktidar ilişkileri ve bilginin kurumsallaştırılması ile el ele yürür. Emzirme de tıbbileştirmeye maruz kalan doğal bir günlük yaşam pratiğidir. Emzirme deneyiminin tıbbileştirilmesi, en iyi bebek besleme yönteminin belirlenmesini, norm haline getirilmesini ve teşvikini içerir.

Kadın bedeni üreme gücü nedeniyle önemlidir ve daha etkili ve verimli hale gelmesi için bir makine gibi ele alınarak kontrol edilmeli ve yönetilmelidir (Alianmoghaddam vd., 2017). Anne sütüne ilişkin tıbbi söylem, anne sütünün doğal, besinlerle ve antikorlarla dolu ve bebeğin ihtiyaç duyduğu her şeyi içeren bir ürün olarak sağlığa faydalarını vurgular. Anne sütünün beslenme değerine öncelik veren bu biyomedikal söylem, anne ve bebek arasındaki emzirme deneyiminin ilişkisel ve samimi yönlerini vurgulamamaktadır (Dykes, 2005). Emzirmenin bu baskın tıbbi kavramsallaştırması, aynı zamanda, emzirmenin biyolojik ve duygusal yanları arasında bir çatallaşmaya yol açarak sağlık profesyonellerinin emzirme danışmanlığı uygulamalarını da etkilemektedir

(Dykes, 2005). Sağlık profesyonellerinin emzirme danışmanlığı uygulamaları, ideal anneliği emzirme ile ilişkilendiren baskın tıbbi söylem ve biyo-iktidar 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 baskın ideolojiler, kurumlar ve kültürel normlar ile müzakere etmek ve uzlaştırmak 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 kaçınılmaz olarak etkileyecektir. Bu bakış açısı ile benzer şekilde, çalışmalar, annelerin sağlık profesyonellerinden aldıkları emzirme danışmanlığına ilişkin gerçek yaşam deneyimleri 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 varsayımsal boşluğu araştırmayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin emzirmeye yönelik destek ve danışmanlık uygulamalarını etkileyen sosyo-politik faktörleri ortaya koymada yönetimsellik, biyo-iktidar ilişkileri ve emzirmenin tıbbileştirilmesi gibi sosyolojik kavramlar araştırmanın bulgularını tartışmak için kullanılmıştır.

YÖNTEM

Çalışmada, çalışmanın amaçları ile örtüştüğü düşünülerek fenomenolojik yöntem kullanılmıştır. Çalışma bulguları, anne ve emzirme danışmanlarının sağlık profesyonelleri tarafından sunulan emzirme destek ve/veya danışmanlığı olgusu ile ilgili deneyimlerine ilişkin bakış açılarını içermektedir. Fenomenolojik yaklaşımda “amaç, fenomenleri kendi ifadeleriyle anlamaktır; kişinin deneyimlediği şekilde o deneyimin bir tanımını yapmayı sağlamaktır” (Bentz ve Shapiro, 1998: 96). Fenomenoloji, “bu bilme yolları hakkında kabul edilmiş varsayımları açığa çıkararak yaşanmış deneyimlerin daha derin şekilde anlaşılmasını” içerir ve analiz yoluyla bireysel deneyimler, ortak özellikler, olaylar veya anlamların 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 arasındadır. Tüm anneler Türkiye'nin Ankara ilinde yaşamaktadır ve doğumdan önce ve/veya sonra bir sağlık profesyoneline emzirme danışmanlığı ve /veya desteği aldıklarını ifade etmişlerdir. Emzirme danışmanlığı ve desteğiyle ilgili ortak deneyimleri daha iyi araştırmak ve homojen bir katılımcı grubu elde etmek için çalışmaya daha önce hiç emzirme deneyimi olmayan, ilk kez anne olan kadınlar dahil edilmiştir. Fenomenolojik bir çalışmanın amaçları doğrultusunda, katılımcıların araştırılması amaçlanan fenomenle ilişkili deneyime 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 edilme kriterlerinden bir diğeri olmuştur. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan Anne

Sütü ve Emzirme Danışmanlığı eğitimini tamamlayan beş emzirme danışmanı da çalışmaya katılmıştır. Tüm danışmanlar, 32-48 yaşları arasında olan ve Türkiye'de özel olarak veya devlete bağlı bir sağlık kururuluşunda aktif olarak emzirme danışmanı olarak çalışan kadınlardır. Çalışmanın katılımcıları, bir bilgi veren veya katılımcıdan görüşme için başkalarını tavsiye etmelerini isteyerek örnek genişletme yöntemi olan kartopu örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir (Crabtree ve Miller, 1992). Bu bağlamda, başlangıçta araştırmacı tarafından tanınan iki emzirme danışmanından profesyonel ve sosyal bağları nedeniyle tanıyor olabilecekleri, çalışmaya dahil edilebilecek olası katılımcılara yönlendirmeleri istenmiştir. Çalışmaya dahil olan tüm anne ve danışmanlara çalışmanın detayları konusunda bilgi verilerek çalışmaya dahil olma konusunda onamları alınmıştır.

Çalışmanın katılımcı sayısı fenomenolojik bir çalışma için yeterli örneklem büyüklüğü önerilerine uygun olmasına rağmen (Baltacı, 2018: 263), doygunluk kriteri de çalışmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde yol gösterici bir ilke olarak dikkate alınmıştır (Mason, 2010). Çalışmada, araştırmacı tarafından çalışmanın 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. Çalışmaya ilişkin görüşmeler Mayıs 2019-Eylül 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya katılan anneler ile görüşmeler, çalışma için zaman ve imkan yaratmaya gönüllü olmuş yeni anne olan katılımcılara daha konforlu ve rahat bir görüşme süreci sağlamak adına annelerin Ankara ilindeki evlerinde gerçekleştirilmiştir. Ankara ilinde yaşayan emzirme danışmanı katılımcılarla yüz yüze ve farklı şehirlerde yaşayan emzirme danışmanı katılımcılarla telefon aracılığıyla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler her katılımcı için yaklaşık bir buçuk saat sürmüştür ve ihtiyaç halinde katılımcılarla telefon yoluyla ek görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışmada doğum öncesi ve/veya doğum sonrası dönemde alınan emzirme danışmanlığı ve/veya desteğinin kalitesi ve etkinliğine ilişkin deneyim ve görüşleri ve bu kalite ve etkinliğin en üst düzeye nasıl çıkabileceği konusundaki önerilerine ilişkin soruları içeren yarı yapılandırılmış bir derinlemesine görüşme formu kullanılmıştır. Çalışmaya katılan anneler ile sağlık profesyonellerinden alınan emzirme danışmanlığı ve / veya desteği konusundaki bireysel deneyimleri ve görüşleri hakkında görüşülürken, emzirme danışmanı olan katılımcılarla profesyonel deneyimleri ve görüşleri hakkında görüşülmüştür. Çalışmada, katılımcıların bahsettiği sağlık profesyonellerinin anne sütü ve emzirme danışmanlığı eğitimi alıp almadığını belirleme gücünü nedeniyle, annelerin anne sütü ve emzirme konusunda sağlık profesyonelleri ile olan tüm etkileşimleri anne sütü ve emzirme destek ve/veya danışmanlığı olarak değerlendirilmiştir. Görüşmelerin ana temaları bulgular ve tartışma bölümünde alıntılarla gösterilmiştir.

Katılımcıların kimlik bilgilerinin gizliliği açısından, anne olan katılımcılar A1, A2, A3 vb. şeklinde ve emzirme danışmanı katılımcılar 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 doğrultusunda, üç ana tema altında gruplandırılmıştır. Bu temalar, "beklentiler ve gerçekler arasındaki boşluk", "hissedilen baskı ve yetersizlik duyguları" ve "uzun süreli ve bireyselleştirilmiş bir destek eksikliği" şeklindedir.

BULGULAR**Beklentiler ve Gerçekler Arasındaki Boşluk**

Çalışmamıza katılan annelerin ve emzirme danışmanlarının deneyimleri, annelerin emzirme ile ilgili gerçek yaşam deneyimleri ile anne sütü ve emzirme konusunda sağlık profesyonellerinden aldıkları bilgiler arasında bir farklılık olduğunu ortaya koymaktadır. Anne sütü ve emzirmenin teşvik edilmesi stratejileri sıklıkla iki tıbbi söylem üzerinde yoğunlaşmaktadır: anne sütünün besin değeri ve sağlık yararları ve emzirmeye ilişkin romantik söylem. Emzirme ve sağlıkla ilgili tıbbi söylem, anne sütünün bebek beslenmesinin en doğal, uygun ve risksiz yöntemi olduğunu ifade eder (Burns vd., 2010). Anne sütünün idealleştirilmesi, “her anne bebeğini emzirebilir ve emzirme deneyimi doğal, kolay ve zahmetsizdir” gibi romantik emzirme söylemiyle desteklenir. Bu, bebeğin doğar doğmaz memeyi kolayca kavradığı ve bunun anne ve bebek arasında gerçekleşen muhteşem bir deneyim ve harika bir duygu olduğuna dair bir fantezi yaratır. Gerçekte ise, annelerin emzirme deneyimleri nadiren bu gerçekçi olmayan emzirme fotoğrafına uymaktadır.

Emzirmeyi teşvik etmeye yönelik bu tıbbi söylemler, sağlık profesyonelleri ve emzirme danışmanları tarafından annelerle etkileşimlerinde emzirmeyi başlatma ve devam ettirmeye motive etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır (Burns vd., 2010). Bu mesajlardaki sorun, annelerin emzirme konusunda yaşayacakları veya yaşayabilecekleri zorluklar hakkında herhangi bir ipucu yansıtmamasıdır. Ancak, kadınların çoğu doğumdan sonra çeşitli emzirme problemleri yaşarlar ve kendilerini bekleyen zorluklar hakkında hazırlıksız ve eğitimsiz 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 sonrasını düşündüğümde beklediğim en son şey buydu. 2,5 aydan fazla meme başı yaralarım vardı ve o kadar acı vericiydi ki emzirmeye neredeyse devam edemedim. O dönemde kendimi korkunç hissettim çünkü emzirememek benim için gerçek bir hayal kırıklığıydı.*

A2: *Bebeğim düzenli bir uyku düzenine sahip olana kadar uyuyamadım. Uykusuzluk dinlenmemek Vve dinlenmemek de daha az anne sütü demektir. Uyku ve anne sütü arasındaki ilişkiyi anlayana kadar kendimi çok mutsuz ve umutsuz hissettim. Ayrıca bir anne olarak kendimi çok yetersiz hissediyordum çünkü bebeğimin kilo alımı yeterli değildi ve doktor mamaya başlamayı önerdi. Herkes anne sütünü arttırmak için yiyecek veya içecek bir şeyler tavsiye ediyordu ama hiçbiri benim için etkili değildi. Tek ihtiyacım olan uyku ve dinlenmeydi ama bunu ancak bebeğim daha uzun uyumaya başladığında anlayabildim. Birisi bana bunu daha önce söylemiş olsaydı, bu süreç benim için daha az stresli ve mutsuz geçebilirdi.*

ED1: *Emzirme eğitimlerinde “her annenin bebeği için yeterli sütü vardır ve her zaman bebeği emzirmenin bir yolu vardır” diyoruz. Bunlar çok keskin cümleler ve anneler bu mesajları duyduklarında endişe hissedebiliyor. “O zaman emziremezsem sorunlu olan benim” diye düşünüyorlar. İlk başta endişeli olmanın normal olduğu ve*

emzirmenin ilk günlerinde anne sütünün çok az olabileceği 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. Bebekleriyle “sonsuz dek mutlu yaşadılar” sahnesini beklerken, kendilerini sağlık profesyonellerinin ve sosyal çevrelerinin gözetimi ve denetimi altında bulmaktadırlar. Bir metasentez çalışması, annelerin emzirme kapasitelerine ilişkin güvenlerinin, anneyi emzirmenin 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. Anne aynı zamanda, emzirmeyi gerçekleştiremiyor ya da seçmiyorsa bunun suçluluk ve sorumluluk yükünü taşımaktadır. Emzirme ile ilgili normatif ve ahlaki beklentilere uyma baskısı, beden ve kararları üzerinde özerklik ve kontrolü kaybetme duyguları ile sonuçlanır. Çalışmamızdaki anneler, sağlık profesyonelleri ve diğer insanlarla etkileşimlerinde bu zayıflamış özerkliği hissettiklerini belirtmektedir:

A3: *Oğlum için bir çocuk doktorunu ziyaret etmeye gittiğimde, doktor bana emzirip emzirmediğimi sordu. Emzirdiğimi söyledim ama aniden göğsüme anne sütü olup olmadığını kontrol ediyormuş gibi dokundu. Şok oldum ve tepki veremedim. Ayrıca etraftaki insanlar her zaman emzirip emzirmediğimi soruyordu. Ve “bebek aç görünüyor” veya “çok küçük” gibi yorumlar duymak zorunda kaldım. Herkesin siz ve bebeğiniz hakkında konuşma hakkı oluyor. Ancak sağlık profesyonellerinden bu tür yorumları duyduğunuzda, bu sizi daha fazla etkiliyor.*

A4: *Doğumdan sonra, bebek ağladığında herkes yorum yapıyordu. Sadece aç olduğu için ağladığını düşünüyorlardı. Doğumdan önce hastanede emzirme danışmanlığı aldım. Orada her kadının bebeği için yeterli sütü olduğunu söylediler. Ama doğumdan sonra, bunun o kadar kolay olmadığını anlıyorsunuz. Bu korkunç yorumlarla nasıl başa çıkabileceğimizi ve onlardan nasıl uzak kalabileceğimizi anlatmaları gerektiğini düşünüyorum. Ya da belki aileyi ve annenin etrafındaki insanları da eğitebilirler. Bu sorunları yaşarken, sağlık ocağı hemşiresi beni emzirme danışmanlığı yapmaya çağırdı ama gitmedim tabii.*

Hissedilen Baskı ve Yetersizlik Duyguları

Emzirmenin tıbbileştirilmesi, bebeği beslemenin en uygun yolunu tanımlayıp reçete ederek iyi anneliğin ahlaki kodlarını belirleme gücünü verir. Emzirmeye ilişkin tıbbi söylem, memenin besin değerini önceleyerek ve emziren annenin bir üretici olarak performansını artırmaya odaklanarak bu argümanlarını güçlendirir. İyi bir anne sütü üreticisi olmanın ahlaki ve tıbbi açıdan öncelendiği bu sosyo-politik bağlamda, negatif emzirme deneyimleri annelerin hissettikleri baskıyı ve yetersizlik duygularını arttırarak endişelerini arttırmaktadır. Çalışmamıza katılan annelerin çoğu, emzirme konusunda sağlık profesyonellerinden farklı biçimlerde baskı hissettiklerini belirtmektedir:

A5: Özel bir hastanede doğum yaptım. Doğumdan sonra, emzirme danışmanı geldi ve emzirme sırasında fotoğraflarımı çekti. Ayrıca imzalamak için bazı belgeler getirdiler. Bu prosedürler beni rahatsız etti. Etkileşim tarzları da iyi değildi. Göğsümü bebeğin ağızına sokmaya çalışıyorlardı ve bu biraz acı vericiydi. Bazı arkadaşlarım ve aile üyelerimin de bana “emzirmeyi asla bırakma, tembellik yapma bu konuda” demesi beni daha da kötüleştirdi. İlk başta her zaman zamanı kontrol ediyordum çünkü hastanede bana her iki saatte bir emzirmemi söylediler. Ancak, bebeğim ağladığında emzirmenin daha iyi olduğunu fark ettiğimde bu beni rahatlattı. Çevremdeki insanları dinlemek yerine bebeğimi daha fazla gözlemlemeye başladım.

A6: Hastanedeki sağlık çalışanlarından olumsuz etkilendim. “Emzirmezseniz, bebeğin bağışıklığı oluşmaz”, “formül süt verirsiniz emzirmeyi bırakır ve anne sütünü unuttur” dediler. Bu ifadeler endişelerimi çok artırdı. Dinlenebildiğim zaman daha fazla sütüm olduğunu fark ettim. Ama ikizlerim olduğu için dinlenmek imkansızdı. Bu endişemi ve stresimi arttırdı. Bir noktada annem benim için üzüldü ve uyumak için gecede bir kez formül süt vermeyi teklif etti. Başlangıçta kendimi suçlu ve pişman hissettim. Ayrıca bebeklerim için yetersiz bir anne gibi hissettim. Ama şimdi böyle düşünmüyorum. 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 hissetmeleri imkansız bir durum. Laktasyon tamamen fizyolojiktir ve büyük ölçüde anne psikolojisinden etkilenir. Danışmanlık seanslarımdaki annelerden birçok kez, doğumdan sonra hemşireler ve ebeler ile etkileşime girdiklerinde kendilerini daha stresli ve depresif hissettiklerini duydum. Bu, annelere empatik yaklaşılmadığını göstermektedir.

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

A2: Hemşireler emzirmemei söylemek için çok sık kontrol ediyorlardı. Baskıcı bir dil kullanıyorlardı. Kendimi baskı altında hissettim. “Emzirmede zorluk çekmek normaldir, diğer anneler de zorluk yaşayabilir” demelerini tercih ederdim. Bu yaklaşımın Sağlık Bakanlığı tarafından belirlendiğini ve hemşirelerin bu direktifi izlediğini düşünüyorum. Çünkü birçok vardiya değişikliğine rağmen, her gelen hemşire aynı kelimeleri kullanıyordu. Bu bir tesadüf olamaz.

ED2: Sağlık profesyonellerinin yorumları anneyi olumsuz etkileyebilir. Örnek olarak, kuzenim doğumdan sonra kızını kontrol etmeye götürdüğünde, doktor bebeği aç bıraktığı için sarılık olduğunu söylemiş. Bu tür ifadeler annelerin yetersiz ve umutsuz hissetmelerine neden olur. Sağlık uzmanları ve özellikle doktorlar tarafından annelerle etkileşimlerinde kullandıkları dil çok önemlidir. Çünkü anneler onları bir otorite olarak görüyor ve

bebekleri için yetersiz oldukları konusunda yargılanmaları, gereksiz yere kaygılanmalarına ve formül süte başlamalarına neden olabiliyor.

Sağlık profesyonellerinin beden üzerindeki denetim ve kontrolü özerkliği kaybetmeye karşı dirençle sonuçlanabilir (Foucault, 1992). Marksist düşüncedeki insanın emeğine yabancılaşması fikrinde olduğu gibi, kadınlar da bedenlerine, duygularına ve kendi bilgilerine olan güvenlerini kaybederek emzirme deneyimlerine yabancılaşmış hissederler (Dykes, 2005). Emzirmenin tıbbileştirilmesi, emzirmenin uzman bilgisi ve yönlendirmesi yoluyla öğrenilmesi gereken bir süreç olduğu mesajını vererek annelerin bedenleri üzerinde zayıf bir kontrol ve özerkliğe sahip olduklarını hissetmelerine neden olarak bu yabancılaşmaya neden olur.

Annelerin güven konusunda deneyimlediği bu çelişki, kadınların bedenleri ve anne kimliklerine dair düşünceleri üzerindeki yönetsel kontrol ile de ilgili olabilir. Yönetimsellik “rıza gösterecek veya reddedecek olan kişilerin öznelliklerini dönüştürerek, benlik ve davranışlarını gözlem, inceleme, karşılaştırma ve yargılamaya açık hale getirerek zorlama ve rıza arasındaki farkı bulanıklaştırmaktadır” (Pii ve Villadsen, 2013: 21). Kadınlar, iyi bir anne olarak nasıl davranmaları ve hissetmeleri gerektiğini empoze eden baskın toplumsal ve tıbbi söylem ile gerçek duygu ve deneyimleri arasında kalırlar. Sonuç olarak emzirme ile ilgili kararları üzerinde zayıflamış bir özerklik ve kontrol, yetersizlik ve hayal kırıklığı hissederler.

Özerklik arayışı genellikle kişisel kararların sonuçlarıyla ilgili endişeler ile çatışma halindedir ve bu kendi kararları ve bedeni üzerindeki kontrolü ve özerkliği kaybetmek anlamına gelse bile, uzman tavsiyelerini takip etmek daha güvenli görülebilir (Andrews ve Knaak, 2013). Bu kararsızlık, çalışmaya katılan annelerin deneyimlerinde görüldüğü üzere, onları iki arada bir derede bırakmaktadır. Ne tıbbi ve ahlaki söylemin şekillendirdiği beklentileri karşılayabilmektedirler, ne de onların yol açtığı endişe ve baskılardan kurtulabilmektedirler:

A7: *Bence annelerin doğumdan sonra eğitilmesi gereken iki konu var. Emzirme ve tamamlayıcı beslenme. Bu iki konuda güvenilir bilgi almak çok zor. Doktorlar ve hemşireler çelişkili mesajlar veriyorlar. Bazıları bebek beş aylıkken tamamlayıcı gıdaya başlama tavsiyesinde bulunurken, bazıları altı aya kadar beklemeyi söylüyor. Hangi bilgilere güveneceğimi çok şaşırdım. Emzirme için de bu aynı. Bazı doktorlar emzirme için bir yılın yeterli olduğunu söylüyor. Ama en az iki yıl emzirmenin tavsiye edildiğini biliyorum.*

ED1: *Anne ve bebek vaka odaklı ve ayrıntılı bir yaklaşımla gözlemlenmedikçe, emzirme danışmanlığı istenmeyen sonuçlara yol açabilir. Doktorlar emzirme konularında eğitim almazlar, ancak yine de annelere emzirme hakkında yanlış ve yetersiz mesajlar verirler. Etkili bir emzirme danışmanlığı sadece birebir temas ve gözlem yoluyla gerçekleştirilebilir ve danışman anneyi yanlış yönlendirmemek için güncel bilgi ve uzmanlığa sahip olmalıdır.*

Uzun Süreli ve Bireyselleştirilmiş Bir Destek Eksikliği

Emzirme desteği algısında nitel ve ilişkisel hususlar çok önemlidir. Bir metasentez çalışması, empatik olmayan ve indirgemeci bir danışmanın anneler tarafından yararlı ve destekleyici olmaktan ziyade etkisiz veya hatta cesaret kırıcı olarak algılanabileceğini göstermektedir (Schmied vd., 2011). Çalışmamızdaki annelerin

deneyimleri de benzer şekilde, annelerin baskıcı ve tek yönlü bir iletişimden ziyade birey odaklı, empatik ve güçlendirici bir yaklaşıma ihtiyaç duyduklarını ortaya koymaktadır. Özellikle bir anne emzirme problemleri yaşadığında, vaka odaklı bir danışmanlık ihtiyacı çok önemlidir. Emzirme hakkındaki genel geçer bilgilerin sunulması, annelerin emzirme kapasiteleri konusunda cesaretlerini kırarak emzirme deneyimini olumsuz etkileyebilir:

A4: *Doğumdan sonra emzirme sorunları yaşadım. İlk başta emziremedim çünkü kızım göğsümü iyi kavrayamadı. Hastanede, birçok hemşire yardım etmeye çalıştı, ancak sorunu çözmeyi başaramadılar. Sorun evde de devam ettiğinde 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 bıraktırdım.*

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

ED4: *Teoride, Sağlık Bakanlığı'nın bebek dostu uygulamaları çok iyi, ancak aslında çok mekanikler. Örneğin, gerçek hayatta, çoğunlukla bu konuda eğitilmiş 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 uygulamalı olarak yardım etmek, beş dakika içinde bilgi aktarmaktan çok daha etkilidir. Bir hastane bebek dostu olarak etiketlenebilir, ancak genellikle hemşireler anneye "bebek açlıktan ağlıyor" diyebilir. Bu ifadeler anneleri umutsuz hissettiriyor.*

Emzirme desteğinin etkinliği ile ilgili bir diğer önemli husus, emzirme desteği ve danışmanlığının sürekliliği ve sürdürülebilirliğidir. Emzirme desteğinin nitel yönlerine odaklanan bir çalışma, bireyselleştirilmiş ve sürekli bir desteğin annelerin kendilerine güvenmesi, anlaşılması ve duyulmuş hissetmesi açısından çok önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Bäckström v.d., 2010). Çalışmamızdaki anneler ve emzirme danışmanları da uzun vadeli bir emzirme desteğine ihtiyaç duyulduğundan bahsetmişlerdir, çünkü anneler doğum sonrası dönemden sonra da farklı zorluklarla karşılaşabilmektedir. Mevcut emzirme danışmanlığı ve desteği uygulamaları emzirmenin ilk aşamasında destek ve eğitim vermekle sınırlı kalıyor görünmektedir:

ED5: *Emzirmeyi teşvik etmeye yönelik uygulamalar, emzirmenin en az iki yıl ve üzeri tavsiye edildiği düşünüldüğünde, uzun vadede ortaya çıkabilecek emzirme sorunlarına da odaklanmalıdır. Gözlemlediğim kadarıyla, 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 almadım. Aile sağlığı merkezindeki doktor emzirip emzirmedeğimi 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 olması için şekerli yiyecekler yemesini 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 olmalı. Ev ziyaretleri de olabilir, çünkü annelerin doğumdan sonra bebekleriyle dışarı çıkmaları çok zor. Bu şekilde anneler yalnız olmadıklarını ve dışarı çıkamaları bile destek alabileceklerini düşüneceklerdir.*

SONUÇ ve TARTIŞMA

Sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan emzirme desteğinin nitel yönleri, işleyişinin etkinliğini değerlendirmek için nicel kriterler kadar önemlidir. Emzirme desteğinin nicel başarısını değerlendirmek, emzirme danışmanlığı alan anneler tarafından algılanan psikolojik ve duygusal desteğin etkinliğini ve kalitesini tam olarak ortaya koymak için yeterli değildir. Annelerin birey merkezli bir yaklaşıma ve emzirme desteği esnasında empatik bir ilişkiye ihtiyaçları vardır (Shmied vd., 2011). Ancak çalışmalar, annelerin gerçek yaşam deneyimlerinin emzirmeye ilişkin beklentilerinden ve sağlık profesyonellerince sunulan emzirme desteğinin amaçlarından birçok yönden farklı olduğunu göstermektedir ve bu tutarsızlık annelerin hayal kırıklığına ve yıpranmalarına neden olabilmektedir (Larsen vd., 2008; Alianmoghammad, vd., 2017). Bu çalışma, beklentiler ve gerçeklik arasındaki bu farklılığı, annelerin ve emzirme danışmanlarının sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan emzirme desteğinin etkinliği ve kalitesi konusundaki deneyimlerinden yola çıkarak araştırmayı amaçlamaktadır. Araştırmanın bulguları, emzirmenin tıbbileştirilmesi, biyo-iktidar ve yönetsellik kavramları ışığında, “beklentiler ve gerçeklik arasındaki boşluk”, “hissedilen baskı ve yetersizlik duyguları” 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 deneyimiyle tam olarak örtüşmediğini göstermektedir. Gerçekte, emzirme, doğal olarak kolay giden bir süreç yerine anne için zor ve acı verici olabilmektedir. Ancak birçok kadın emzirme konusunda zorluklar yaşamasına rağmen, emzirmeye ilişkin baskın tıbbi ve ahlaki söylemler anneleri doğal olarak kolay ve zahmetsiz bir emzirme deneyimi beklemeye yönlendirmektedir. Emzirme, ahlaki ve tıbbi söylemlerin annelerin emzirme ile ilgili beklentilerini ve kararlarını yönetme ve kontrol etmede önemli rol oynadığı sosyal olarak yapılandırılmış bir deneyimdir. Bu söylemler, emzirmeyi, çoğunlukla annelerin gerçek emzirme deneyimlerinden farklı olan, doğası gereği keyifli ve elverişli bir beslenme yöntemi olarak tanımlayarak sosyal olarak arzu edilen ve uygun annelik davranışını şekillendirir (Andrews ve Knaak, 2013). Emzirmenin bu romantik ve gerçekçi olmayan kavramsallaştırılması, annelerin emzirme sorunları yaşadıklarında hazırlıksız ve yetersiz hissetmelerine neden olur. Bu zorluklar hakkında önceden bilgi sahibi olmak kadınların emzirme sorunlarına karşı savunmasızlığını azaltabilir. Emzirme danışmanlığı ve destek uygulamalarının verimliliğini artırmak için, sağlık çalışanları emzirme sorunlarının istisnai olmadığını ve emzirme deneyiminin zor ve stresli olabileceğini vurgulayarak annelere gerçekçi mesajlar vermeye dikkat etmelidir.

Ayrıca, çalışmamızdaki annelerin ve danışmanların deneyimleri sağlık profesyonellerinden alınan emzirme danışmanlığı ve desteği 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 olduğunu söylerken, tıbbi söylem, emzirmenin bilimsel temelli profesyonel müdahale yoluyla annelere öğretilmesi gerektiğine işaret etmektedir (Andrews ve Knaak, 2013). Bu iki söylem, hem emzirme için uzman rehberliğine ihtiyaç duyulduğu varsayımıyla ve aynı zamanda bu “doğal” olayda başarılı olamıyorsa yetersiz bir anne olunacağı varsayımıyla annenin baskısını ve endişesini arttırır. Annelerin baskı ve gözetim duyguları, yalnızca emzirme konusundaki ahlaki ve tıbbi söylemi 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 danışma ve destek sistemine duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır. Emzirmenin tıbbileştirilmesi, emzirmenin üretim sürecine indirgenerek anne sütünün öncelenmesi annelerin her zaman emzirmeye istekli ve hazır olma konusunda baskı hissetmelerine neden olmaktadır. Üretim odaklı tıbbi söylemin etkisi altında olan bir emzirme desteği, anne ile empatik bir ilişki kurmak yerine anne sütü üretim sürecinin kontrolüne ve düzenlenmesine öncelik vermektedir. Sonuç olarak, çalışmamızda olduğu gibi, kadınlar anne sütü kalitesine ve miktarına ilişkin güven eksikliği yaşayabilir ve emzirme deneyimleri, emzirme desteği alınmasına rağmen performans kaygısı ile kuşatılabilir.

Bulgularımız ayrıca, kadınların beden ve anne kimliğinin biyo-iktidar ve yönetsel kontrol altında olmasının anneler üzerindeki sosyal kontrolü ve baskıyı artırdığını ve annelerin kendi emzirme deneyimlerine yabancılaşmasına neden olduğunu ortaya koymaktadır. Biyo-iktidar, deneyimin nesneleştirilmesi ve uzman bilgisinin kurumsallaşmasına bağlı olarak sessiz ve görünmeyen bir baskı yaratmaktadır (Foucault, 1991). Çalışmaya katılan anneler, uzman bilgisine veya kendi deneyimlerine güvenmek arasında bir çelişki yaşadıklarını ve bu stres verici ikilemin genellikle tıp uzmanlarına kendi deneyimlerinden daha fazla güvenmeleri ile sonuçlandığını belirtmişlerdir. Bu durum, uzman bilgisine güvenmenin daha güvenli olduğu ve tıbbi ve ahlaki söylemle şekillenen ideal anne normlarına daha iyi bir şekilde uyduğu fikri ile ilgili olabilir. Ne yazık ki bedenleri ve emzirme kararları üzerindeki azalan özerklik ve kontrol duygusu annelerin yetersizlik 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 ihtiyaçlarına odaklanan bir emzirme desteği, anneler tarafından iyi ve destekleyici olarak kabul edilmektedir (Bäckström v.d., 2010). Ancak çalışmada belirtilen deneyimler, sağlık profesyonellerinden alınan emzirme desteğinin, annelerin duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını ihmal ederek, emzirme sürecinin başarısı ve niceliksel yönlerine odaklandığını ortaya koymaktadır.

Süreklilik de emzirme desteğinin algılanan özgünlüğü ve etkinliğinin önemli bir belirleyicisidir (Shmied vd., 2011). Çalışmamıza katılan anneler ve danışmanlar da uzun vadeli bir emzirme desteğine ihtiyaç olduğunu 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 düşünüldüğünde, emzirme desteği sadece hastanede yatış döneminde değil, aynı zamanda uzun vadede anneler için sürdürülebilir ve ulaşılabilir olmalıdır.

Bu çalışmada, sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan emzirme danışmanlığı ve desteği sürecinin, biyo-iktidar, emzirmenin tıbbileştirilmesi ve kadın vücudu ve anne kimliği üzerindeki yönetsel kontrol gibi sosyolojik kavramlar ışığında analiz edilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın, anne sütü ve emzirme teşvik politikalarının bir parçası olarak sağlık profesyonelleri tarafından sunulan emzirme danışmanlığının rolünün önemini zayıflatmayı veya tartışmayı amaçlamadığını vurgulamak önemlidir. Annelerin karşılaştıkları emzirme sorunlarıyla fiziksel ve psikolojik olarak daha iyi başa çıkabilmek için uzman bilgi ve desteğine ihtiyaçları vardır. Ancak, emzirme destek ve danışmanlığı sunan sağlık profesyonelleri tıbbi ve ahlaki söylemlerin etkisi altında annelerle baskıcı, müdahaleci ve empatik olmayan bir şekilde etkileşime girebilir ve emzirme ile ilgili keskin, otoriter ve yargısal mesajlar verebilirler. Sağlık profesyonelleri de aynı sosyo-politik ortamla çevrilidir ve sonuç olarak emzirme konusunda baskın biyomedikal söylemin birincil otoritesi ve ahlaki bekçileri haline gelebilirler (Andrews ve Knaak, 2013). Annelere emzirme desteği veren sağlık profesyonelleri sadece anne sütünün besinsel ve üretimsel değerine değil, aynı zamanda emzirme deneyiminin ilişki yönlerine de odaklanmalıdır (Dykes, 2005). Biyomedikal söylemin emzirme üzerindeki olumsuz etkisinin farkında olmaları ve emzirme destek uygulamasını bir üretim kontrol sürecine indirgemek yerine annenin ihtiyaçlarını ve duygularını ön planda tutarak daha empatik olmaları için eğitilmelidirler. Sonuç olarak, etkili ve nitelikli bir emzirme desteği, annelerin özerklik ve öz kontrol ihtiyaçlarına saygılı olmalı ve ayrıca annelerin emzirme sorunlarına karşı çabalarını dikkate alarak, psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmalıdır.

ÖNERİLER

Sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan emzirme danışmanlığının ve desteğinin etkinliğini değerlendirmek bağlamında, bu çalışma her ne kadar tam ve gerçek tabloyu ortaya koymada küçük bir örneklem büyüklüğü gibi sınırlılıklar içerse de, çalışmanın bulgularının emzirme destek ve danışmanlığının niteliksel yönlerinin önemini ortaya koymaya katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir. Emzirme desteğinin algılanan etkililiğini belirlemek için hem niceliksel hem de niteliksel yönlerin dikkate alınmasının önemlidir. Emzirme destek ve danışmanlığının başarısını etkileyebilecek faktörleri kapsamlı bir şekilde araştırmak için farklı yöntemler ve daha büyük katılımcı grupları ile çalışılan daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

ETİK METNİ

Bu makalede dergi yazım kurallarına, yayın ilkelerine, araştırma ve yayın etiği kurallarına, dergi etik kurallarına uyulmuştur. Makale ile ilgili doğabilecek her türlü ihlallerde sorumluluk yazara aittir.

KAYNAKÇA

- 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., Alsuwaine, 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 Örneklem Yöntemleri ve Örnek Hacmi Sorunsalı 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](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: İmge Kitabevi Yayınları.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (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. ve Alkurt, S. V. (2014). Health and Its Discontents: Health OpinionLeaders' 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., Martinez, 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://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/anne-sütünun-tesviki-ve-bebek-dostu-saglik-kuruluslari-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., Aluísio, 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