

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

**PLANLI SEZARYENİN DOĞUM SONRASI ERKEN SÜT
SALINIMI VE EMZİRME BAŞARISINA ETKİSİ**

YILDIZ UĞURER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM

AYDIN-2023

KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Yıldız UĞURER tarafından hazırlanan “Planlı Sezaryenin Doğum Sonrası Erken Süt Salınımı ve Emzirme Başarısına Etkisi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20/01/2023

Üye (T.D.) : Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM Aydın Adnan
Menderes Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Ayten TAŞPINAR Aydın Adnan
Menderes Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi. Melike ÖZTÜRK ÇELİKTEKİN
Çukurova Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü V.

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında bana yol gösteren, tezin bütün aşamalarını titizlikle inceleyen ve sabırla destek olan, tezimin yürütülmesinde bilgi ve deneyimleri ile katkıda bulunan danışman hocam Sayın Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteklerini esirgemeyen tüm bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Sayın Prof. Dr. Ayten TAŞPINAR'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Melike ÖZTÜRK ÇELİKTEKİN'e

Araştırmanın, Aydın İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Nazilli Devlet Hastanesinde yapılmasına olanak sağladığı için Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve ilgili kurum yönetici ve çalışanlarına,

Araştırma verilerini toplama aşamasında gerekli hassasiyeti gösteren ve destek olan Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Nazilli Devlet Hastanesinde çalışmaya katılmayı kabul eden değerli annelere,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyip bana güç veren hayat arkadaşım Kıvanç, kızlarım Yağmur ve Deniz'e,

Araştırmanın tamamlanmasında bana destek olan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
RESİMLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sezaryen Doğum	5
2.1.1. Sezaryen Doğumun Tanımı ve Tarihçesi	5
2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Sezaryen Doğum Oranlarındaki Gelişmeler.....	11
2.1.3. Sezaryen Doğumun Endikasyonları	14
2.1.4. Sezaryen Doğumun Kontrendikasyonları.....	19
2.1.5. Sezaryen Operasyonun Türleri	19
2.1.5.1. Acil Sezaryen.....	19
2.1.5.2. Planlı Sezaryen	20
2.1.6. Sezaryen Doğumların Anne ve Bebek Sağlığına Etkisi	21

2.2. Sezaryen ve Emzirme	23
2.2.1. Emzirme Sürecinin Başlatılması	23
2.2.2. Emzirmede Görev Alan Hormonlar	25
2.2.3. Emzirme Sıklığı ve Süresi	26
2.2.4. Emzirmenin Yararları	28
2.2.4.1. Emzirmenin Anne Açısından Yararları	29
2.2.4.2. Emzirmenin Bebek Açısından Yararları.....	30
2.2.4.3. Emzirmenin Toplumsal Yararları.....	31
2.2.5. Emzirme Yeterliliğinin Değerlendirilmesi	32
2.2.6. Sezaryen Doğumların Emzirmeye Etkisi	34
2.2.7. Emzirme Yeterliliği ve Başarısının Değerlendirilmesi ve Sürdürülmesinde Ebe ve Hemşirenin Rolü.....	34
2.3. Konuya İlişkin Yapılan Çalışmalar ve Sonuçları	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. Araştırmanın Şekli.....	40
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	40
3.3. Araştırma Zamanı	41
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	42
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	42
3.5.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	42
3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	43
3.6. Veri Toplama Araçları.....	43
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	43
3.6.2. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği	44
3.6.3. Laktasyon Değerlendirme Formu.....	44
3.7. Ön Uygulama.....	45

3.8. Veri Toplama Süreci.....	45
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	46
3.10. Verilerin Analizi	46
3.11. Değişkenler.....	47
3.11.1. Bağımlı Değişkenler	47
3.11.2 Bağımsız Değişkenler.....	47
3.12. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler.....	47
4. BULGULAR	48
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	61
KAYNAKLAR	63
EKLER.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 1: Anket Formu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 2: LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve Laktasyon Değerlendirme Formu.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 4: Etik Kurul Onayı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 5: Kurum İzin Yazısı (Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi) ...	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 6: Kurum İzin Yazısı (Nazilli Devlet Hastanesi)	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 7: LATCH Ölçeği İçin İzin Yazısı	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 8: Laktasyon Değerlendirme Formu İçin İzin Yazısı...	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 9: Etik Kurul Sonuç Onayı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
BİLİMSEL ETİK BEYANI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZ GEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: Amerikan Collage Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)
AAP	: American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)
BMI	: Body Mass Index (Vücut Kitle Endeksi)
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)
DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
HIV	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
IBFAT	: Infant Breastfeeding Assessment Tool (Emzirme Değerlendirme Ölçeği)
MBA	: Mother-Baby Assessment Tool (Anne-Bebek Değerlendirme Ölçeği)
MÖ	: Milattan Önce
NHS	: National Health Service (İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti)
OECD	: Organisation for Economic Co-Operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
PAS	: Plasenta Akreata Spektrumu
SHGM	: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 2020 yılında ülkelere göre sezaryen doğum sayıları	11
Şekil 2. Acil sezaryen endikasyonları	18
Şekil 3. Elektif sezaryen endikasyonları	18
Şekil 4. Araştırmanın şekli.....	40

RESİMLER DİZİNİ

- Resim 1.** Bir sezaryen doğumunun ilk basılı illüstrasyonlarından biri. İddiaya göre, Julius Caesar'ın doğumu. Ölü bir kadından ameliyatla alınan canlı bir bebek. Suetonius'un On İki Sezar'ın Hayatlarından 1506 baskısından.....7
- Resim 2.** Aesculapius'un babası Apollon tarafından annesi Coronis'in karnından çıkarılması. Alessandro Beneditti'nin De Re Medica V kitabının 1549 baskısından.....8
- Resim 3.** Kadın pelvik anatomisi. Andreas Vesalius'un *De Corporis Human Fabrica* kitabının 1543 baskısından.....9

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Mutlak sezaryen endikasyonları.....	15
Tablo 2. Sezaryen doğum için göreceli endikasyonlar.....	16
Tablo 3. Sezaryen için endikasyon türleri	17
Tablo 4. Emzirmenin anneye sağladığı yararlar.....	29
Tablo 5. Araştırma zamanı ile ilgili bilgiler	41
Tablo 6. Annelerin tanıtıcı özelliklerinin doğum şekillerine göre dağılımı	48
Tablo 7. Annelerin bazı sürekli değişken tanıtıcı özelliklerinin doğum şekillerine göre dağılımı	50
Tablo 8. Bebeklerin cinsiyet, ten tene temas, beslenme şekli ve multipar annelerin daha önceki emzirme deneyimlerine ilişkin verilerinin doğum şekillerine göre dağılımı	52
Tablo 9. Annelerin emzirme öncesi ve sonrası meme dolgunluğu ve süt gelme durumlarının doğum şekillerine göre dağılımı.....	55
Tablo 10. Annelerin LATCH ölçek puanlarının doğum şekline göre dağılımı.....	56

ÖZET

PLANLI SEZARYENİN DOĞUM SONRASI ERKEN SÜT SALINIMI VE EMZİRME BAŞARISINA ETKİSİ

Uğurer Y. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2023.

Amaç: Bu araştırmada planlı sezaryen doğumların doğum sonrası erken süt salınımı ve emzirme başarısına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kohort çalışma olarak Şubat-Ekim 2022 tarihlerinde ve Aydın ilinde doğum sonrası dönemdeki 90 anne (planlı sezaryen: 30, acil sezaryen: 30, vajinal doğum: 30) ile yapılmıştır. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve Laktasyon Değerlendirme Formu ile toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare, ANOVA ve Kruskal Wallis testleri ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada planlı sezaryen olan kadınların doğum hafta ortalamalarının ($38,30 \pm 0,60$; min-max: 37-39) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde acil sezaryen ($39,00 \pm 1,23$; min-max: 37-41) ve vajinal doğum ($39,17 \pm 1,18$; min-max: 37-41) gruplarından daha küçük olduğu belirlenmiştir (F: 11,109; p= 0,004). Vajinal doğum yapan annelerin bebeklerinin ten tene temas yapılma oranının (%63,3) planlı (%6,7) ve acil (%3,3) sezaryenlerinden daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2= 36,939$; p= 0,001). Doğum sonrası bebeğin ilk 30-60 dakika içerisinde anne sütü ile beslenme oranları bakımından üç grup arasındaki fark anlamlı idi (planlı sezaryen: %6,7; acil sezaryen: %36,7; vaginal doğum: %93,3) ($\chi^2= 46,859$; p= 0,001). Planlı sezaryen olan annelerde doğum sonrası bebeğin sadece anne sütü ile beslenme oranının (%6,7) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde vaginal doğum (%93,3) ve acil sezaryen (%36,7) olanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Yine LATCH ölçek puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde planlı sezaryen yapanlarda en düşük ($5,33 \pm 2,02$; min-max: 2-10), acil sezaryenlerde orta ($8,16 \pm 1,41$; min-max: 4-10) ve vaginal doğum yapanlarda daha yüksek ($8,93 \pm 1,04$; min-max: 7-10) olduğu saptanmıştır (K-W: 41,128; p< 0,001).

Sonuç: Bu araştırmada planlı sezaryenin, bebeklerin ten tene temas, ilk 30-60 dakika içerisinde emzirme, sadece anne sütünle beslenme ve emzirme başarısını olumsuz etkilediği sonuçlarına ulaşılmıştır. Planlı sezaryen oranlarının azaltılması yolu ile doğum sonrası erken dönemde bebek sağlığının geliştirilmesine katkı sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Anne sütünle, Emzirme, Emzirme sorunları, Sezaryen doğum, Vajinal doğum.

ABSTRACT

THE EFFECT OF PLANNED SECTION CAESAREAN ON POSTPARTUM EARLY MILK RELEASE AND BREASTFEEDING SUCCESS

Uğurer Y. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Midwifery Program, Master Thesis, Aydın, 2023.

Objective: In this study, it was aimed to investigate the effect of planned caesarean sections on early postpartum milk release and breastfeeding success.

Material and Methods: February-October 2022, the research was conducted as a cohort study in Aydın province with 90 mothers (planned caesarean section n:30, emergency caesarean section n:30, vaginal delivery n:30) in the postpartum period. The data were collected with the Introductory Information Form, LATCH Breastfeeding Diagnostic Scale and Lactation Evaluation Form. The data was analyzed by descriptive statistics, Chi-square, ANOVA and Kruskal Wallis tests.

Results: In the research, it was determined that the mean gestational week of women at delivery who had planned caesarean section (38.30 ± 0.60 ; min-max: 37-39) were statistically significantly earlier than those of emergency caesarean section group (39.00 ± 1.23 ; min-max: 37-41) and vaginal delivery groups (39.17 ± 1.18 ; min-max: 37-41) ($F:11.109$; $p= 0.004$). It was found that the rate of skin-to-skin contact of babies of mothers who had vaginal delivery (63.3%) was higher than that of planned (6.7%) and emergency (3.3%) caesarean sections, and this difference was statistically significant ($\chi^2= 36.939$; $p= 0.001$). The difference between the three groups was significant in terms of the breastfeeding rates within the first 30-60 minutes postpartum period (Planned caesarean section: 6.7%; emergency caesarean section: 36.7%; vaginal delivery: 93.3%) ($\chi^2=46.859$; $p=0.001$). It was found that the rate of feeding the baby with only breastmilk in mothers who had planned caesarean section (6.7%) was statistically significantly lower than that of those who had vaginal delivery (93.3%) and emergency caesarean section (36.7%). Again, it was found that LATCH scale score means were significantly the lowest in planned caesarean section group (5.33 ± 2.02 ; min-max: 2-10),

medium in emergency caesarean section group (8.16 ± 1.41 ; min-max: 4-10) and higher in vaginal delivery group (8.93 ± 1.04 ; min-max: 7-10).

Conclusion: In this research, it was concluded that, planned caesarean section negatively effects the skin-to-skin contact times, initiation of breastfeeding within the first 30-60 minutes, feeding only with breastmilk and breastfeeding success rates. By reducing the planned caesarean section rates, it can contribute to the improvement of infant health in the early postpartum period.

Keywords: Breastfeeding, Breastfeeding problems, Breastmilk, Caesarean section, Vaginal delivery.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ülkemizde 2021 yılında 1 079 842 canlı doğum gerçekleşmiştir (TÜİK, 2022). Bu doğumların %58,4'ünün sezaryen ile gerçekleştiği ve %29,1'inin de primer sezaryen olduğu belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). İngiltere'de yapılan bir çalışmada doğumların %25,5'inin sezaryen ile olduğu ve bu sezaryen doğumların %45'inin de elektif olduğu bildirilmektedir (Corso ve diğerleri, 2017). Yine ülkemizde 2008-2019 yılları arasında yapılan çalışmalara dayalı yapılan bir sistematik derlemede sezaryen doğum oranının %43, primer sezaryen oranının %26 ve anne isteği ile elektif sezaryen oranının %3 olduğu rapor edilmiştir (Şenoğlu ve diğerleri, 2021). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da sezaryen ile doğum yapan kadınların %27'si kendi istekleri ile sezaryen oldukları belirtilmiştir (Öner ve Koçaş, 2016). Bu veriler ülkemizde elektif sezaryenlerin yaygın olduğunu ve dolayısıyla bu yolla doğan bebeklerin anne sütü ile beslenme sorunlarının erken tespit edilerek giderilmesi bakımından önemli olduğunu göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) her bebeğin doğumdan sonra ilk 30 dakika-1 saat içerisinde emzirmeye başlanması, ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesi ve daha sonra da en az iki yaşına kadar uygun ek gıdalarla birlikte anne sütü ile beslemeye devam edilmesi gerektiğini önermektedir (WHO, 2018). Bu beslenme şekli ile beş yaş altı çocuk ölümlerin azaltılabileceği bildirilmektedir (Kurt ve Arslan, 2020; WHO, 2018). Ayrıca DSÖ, bu beslenme şeklinin zeka seviyesi ve okula devamı iyileştirdiğini ve yetişkin yaşamda daha yüksek gelirle ilişkili olduğunu rapor etmektedir (WHO, 2021a).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre tüm dünyada ilk altı ay sadece anne sütü beslenme oranın %44 olduğu bildirilmektedir (WHO, 2021a). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 (TNSA-2018) raporunda sunulan verilere göre araştırma yılından önceki son 2 yılda ülkemizde doğan çocukların %98'i emzirilmiştir. Bu durum bir anlamda ülkemizde emzirmenin yaygın olduğunu göstermektedir. Yine bu raporda doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirme oranının %71, ilk bir gün içinde emzirme oranının %86 ve emzirme öncesi besin alan çocukların oranının %42 olduğu belirtilmiştir. Yine bu raporda altı aydan küçük

bebeklerin %41'inin sadece anne sütü ile beslendiği ve sadece anne sütü alan çocukların ortanca emzirilme süresinin 1,8 ay olduğu bildirilmiştir (TNSA, 2019). Bu sonuçlar ülkemizde halen bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme ve iki yaşına kadar uygun ek besinlerle emzirmeye devam edilmesinin istenilen düzeylere ulaşılamadığını göstermektedir.

Normal doğum eyleminde oksitosin düzeyi artarak kontraksiyonların başlamasını sağlarken, aynı zamanda anne sütünün süt kanallarından inişini de sağlamaktadır. Ancak planlı sezaryen doğumlarda oksitosin salgısı ile başlamadığından, oksitosin refleksi gecikmekte ve dolayısıyla sütün inişi de gecikmektedir (Kuğuoğlu ve diğerleri, 2012; Kostak ve Cantürk, 2018). Bu durum anne sütünün yetersizliğine ve dolayısı ile yenidoğana ek gıda başlanmasına neden olabilmektedir.

Sezaryen doğumlarda anne ile bebeğin uzun süre ayrı kalması, erken ten tene temasın olmaması ve cerrahi ağrı nedeniyle emzirmeye başlamada gecikme olmaktadır. Bu gecikme meme uyarımını ve dolayısıyla da laktasyonu geciktirmektedir. Geciken laktasyon süt üretimini ve sütün inişini olumsuz etkilemektedir. Sonuç olarak bu annelerin özellikle doğumdan sonraki ilk saat ve günlerde emzirme konusunda daha fazla desteğe ihtiyaçları olduğu görülmektedir (Kocaöz ve diğerleri, 2019). Vajinal doğum sonrası, anne ve bebek arasındaki etkileşim en kısa sürede başlatılıp yenidoğanın emzirilmesi sağlanmakta ve anne bir kaç saat içinde normal aktivitelerine geri dönebilmektedir. Vajinal doğum yapan kadınlarda emzirmeye geç başlamanın standartlaştırılmış insidans oranı %35,3 iken, sezaryen olanlarda bu oran %50,4'tür (Paksoy ve diğerleri, 2020).

Ebeler emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi, teşvik edilmesi ve desteklenmesinde en kilit noktadaki sağlık profesyonelleridir. Ebeler doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonu dönemlerde bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri yolu ile anneyi emzirmeye hazırlamakta, emzirmenin başlaması ve sürdürülmesini sağlamakta, ortaya çıkan emzirme sorunlarını çözmekte ve tüm süreçte anneye destek sağlamaktadır (WHO, 2021b).

Ebe ve hemşirelerin bebeklerin sağlıklı büyüme ve gelişmesini sağlamada ve izlemede önemli sorumlulukları bulunmaktadır (ICM, 2019; ICN, 2019; Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, 2014; WHO, 2021b). Ebe ve hemşirelerin annelere emzirme, ilk altı ay bebeklerin yalnız anne sütü ile beslenmesi, emzirme süresi, ek besinlere başlama zamanı,

emzirme problemlerinin saptanması ve çözümü konularında eğitim ve danışmanlık yapmaları gerekmektedir (Işık ve Gülümser, 2019).

Doğum sonrası dönemde emzirmenin desteklenmesi amacı ile ebelerin önemli rollerinden biri de doğumdan hemen sonra ilk 30 dakika-1 saat içerisinde tensel temasın başlatılması ve bebek emene kadar bu sürenin devam ettirilmesidir. Ebeler, annelerin bebeklerini emzirmeye engel olabilecek sorunları saptayarak ve gidererek emzirmenin sürdürülmesini sağlarlar. Emzirmeyi destekleyici politika ve programların uygulanmasını sağlayarak hizmet ve bakım kalitesini artırır (WHO, 2021b). Doğumu gerçekleştiren kişinin (kadın doğum uzmanı, aile hekimi, ebe), doğum sonrası emzirme süresi üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada ebe tarafından gerçekleştirilen doğumların doğum sonrası verilen emzirme eğitimi ve emzirme desteği ile ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme oranını 6 kat artırdığı rapor edilmiştir (Wallenborn ve Masho, 2018).

Yapılan çalışmalar sezaryen doğumların emzirme süre ve başarısını olumsuz etkilediği ve erken ek gıdaya başlamayı artırdığını göstermektedir (Karaçam ve Sağlık, 2018; Yeşilçiçek Çalık ve diğerleri, 2017). Ancak planlı sezaryenlerin doğum sonrası erken süt salınımı ve emzirme başarısına etkisinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamış ve bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir. Bu çalışmada planlı ve acil sezaryen ile vajinal doğum yapan kadınların doğum sonrası erken süt salınımı ve emzirme başarısının karşılaştırılarak, spesifik olarak planlı sezaryenin erken süt salınımı ve emzirme başarısına etkisinin açığa çıkarılması hedeflenmiştir. Elde edilen bilgilerin bebeklerin yaşama sağlıklı başlanması, sağlıklı beslenmesi ve dolayısı ile sağlıklı büyüme gelişmesine katkı sağlanabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, planlı sezaryen doğumların doğum sonrası erken süt salınımı ve emzirme başarısına etkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

- H_{01} : Planlı ve acil sezaryen ile doğum yapan kadınlar arasında doğum sonrası erken süt salınımı bakımından fark yoktur.
- H_{02} : Planlı ve acil sezaryen ile doğum yapan kadınlar arasında doğum sonrası emzirme başarısı bakımından fark yoktur.
- H_{03} : Planlı sezaryen ile ve vajinal doğum yapan kadınlar arasında doğum sonrası erken süt salınımı bakımından fark yoktur.
- H_{04} : Planlı sezaryen ile ve vajinal doğum yapan kadınlar arasında doğum sonrası erken emzirme başarısı bakımından fark yoktur.
- H_{05} : Acil sezaryen ile ve vajinal doğum yapan kadınların arasında doğum sonrası erken süt salınımı bakımından fark yoktur.
- H_{06} : Acil sezaryen ile ve vajinal doğum yapan kadınların arasında doğum sonrası emzirme başarısı bakımından fark yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen Doğum

Sezaryen doğum, gerçekleştirilen en yaygın cerrahi işlemlerden biridir. Sezaryen doğumlar zaman içerisinde artış göstererek devam etmektedir. Bu kapsamda çalışmanın bu bölümünde sezaryen doğuma ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Bölüm içerisinde sezaryen doğumun tanımı ve tarihçesi, dünya ve Türkiye’deki sezaryen doğum oranları verilmiştir. Yine bu bölümde sezaryen doğumun endikasyonları, kontrendikasyonları, komplikasyonları, operasyon türleri, anne-bebek sağlığına etkisine detaylı olarak yer verilmiştir.

2.1.1. Sezaryen Doğumun Tanımı ve Tarihçesi

Sezaryen doğum, karın duvarında ve rahimde yapılan insizyon yoluyla bir fetüsü annenin rahminden çıkarmak için yapılan cerrahi bir işlemdir (Dhakal-Rai ve diğerleri, 2021). Sezaryen doğum, binlerce yıldır var olmakla birlikte belki de en eski cerrahi operasyonlardan biridir.

Oxford İngilizce Sözlüğü’nde sezaryen doğumun etimolojisi, Roma kanun kodu olan *lex Caesare*’den türetildiği bildirilmiştir. Bu kanunun kökenleri M.Ö. sekizinci yüzyıldan kalma *lex Regia*’dır ve doğum yapmadan önce anne ölürse bir bebeğin annesinin rahminden çıkarılması gerektiği öngörülmüştür. Bir diğer açıklamaya göre, “sezaryen” kelimesi Latince “kesmek” anlamına gelen “caedere” fiilinden türemiştir. Sezaryen terimi, postmortem sezaryen doğum ile dünyaya gelen bebekler için kullanılmaktadır. On altıncı yüzyıla kadar prosedür “sezaryen ameliyatı” olarak bilinmektedir. “Sezaryen doğum” terimi tıp literatüründe ilk kez 1581 yılında François Rousset tarafından kullanılmıştır. Yirminci yüzyılda “sezaryen” terimi yaygın olarak kullanılmaya başlanmış ve halen devam etmektedir (Mandal, 2019).

Sezaryen doğum, kadınların ve yenidoğan bebeklerinin hayatlarını gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlardan kurtarmak için önemli bir obstetrik müdahaledir. Vajinal doğumun

imkansız olduğu veya maternal ve fetal sağlığı riske atabilecek herhangi bir komplikasyon olduğu durumlarda en sık tercih edilen cerrahi işlemlerden olan sezaryen, laparotomi ve histerotomi ile fetüsün doğumu olarak da tanımlanmıştır (Sung ve Mahdy, 2022). Doğum öncesi kanama, fetal distres, anormal fetal prezentasyon ve hipertansif hastalık gibi komplikasyonlar meydana geldiğinde kadınlar ve bebekler için hayat kurtarıcı bir müdahale olan sezaryen doğum, pek çok ülkede en yaygın majör cerrahi müdahaledir (Boerma ve diğerleri, 2018).

Günümüzde dünyada her beş kadından biri sezaryen ile doğum yaptığı ve 1990 yılından bu yana küresel olarak sezaryen doğumlarda önemli bir artış olduğu rapor edilmektedir (Betrán, ve diğerleri, 2016; Fields ve Moritz, 2019). Bir sezaryen yaşam ve ölüm arasındaki fark anlamına gelse de aynı zamanda çağdaş doğumun güçlü bir sembolüdür. Kimileri için sezaryen, doğum eyleminin aşırı tıbbileştirilmesini yansıtmaktadır. Hatta kimileri de anne tarafından sezaryen doğumun tercih edilmesini bir zayıflık göstergesi olarak yorumlayabilmektedir (Fields ve Moritz, 2019).

Sezaryen, hayati ve hayat kurtarıcı bir ameliyat olsa da tıbbi ihtiyaç olmadığında yapıldığı zaman, kadınları ve bebekleri kısa ve uzun vadeli sağlık sorunları açısından riske sokabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı Direktörü Dr. Ian Askew, sezaryenin önemini “Vajinal doğumların risk oluşturacağı durumlarda hayat kurtarmak için sezaryen kesinlikle kritik öneme sahiptir, bu nedenle tüm sağlık sistemleri, gerektiğinde tüm kadınlara zamanında erişim sağlamalıdır.” şeklinde ifade etmiştir (WHO, 2021c).

Sezaryen doğum tarih boyunca olağanüstü düzeyde değişiklik göstermiştir ve bu değişiklikler dini, kültürel, ekonomik, bilimsel ve teknolojik gelişmelerden etkilenmiştir. Sezaryen ile ilgili en yaygın mitlerden biri, Romalı general ve devlet adamı Gaius Julius Caesar’ın doğumuyla ilgilidir. Efsaneye göre, Sezar’ın karından doğduğu söylenir ve bu efsaneye yapılan göndermeler, popüler kültürde sezaryen teriminin kökeni olarak varlığını sürdürdüğu düşünülmektedir. Böyle bir doğum tarihin o dönemde neredeyse olası değildir (West ve diğerleri, 2016). Efsaneye göre Julius Caesar’ın doğumunu ifade eden illüstrasyonu Resim 1’de verilmiştir.



Resim 1. Bir sezaryen doğumunun ilk basılı illüstrasyonlarından biri. İddiaya göre, Julius Caesar'ın doğumu. Ölü bir kadından ameliyatla alınan canlı bir bebek. Suetonius'un On İki Sezar'ın Hayatlarından 1506 baskısından (National Library of Medicine, 2013).

Genellikle ölü veya ölmekte olan bir anneden bebeği almak için yapılan bir işlem olan sezaryen, prensip olarak son başvurulacak bir prosedüdü ve annenin hayatını kurtarmayı amaçlamamıştır. Eski Hindu, Mısır, Çin, Yunan ve Roma kültüründe bebeklerin ameliyatla doğumuna ilişkin sayısız efsane bulunmaktadır. Bilinen en eski efsanelerden biri, ölen annesi Coronis'in karnından babası tanrı Apollon tarafından kesilen tıp ve şifa tanrısı Aesculapius'un doğumuyla ilgili Yunan efsanesidir (Resim 2) ve adı eski Yunanca'da "kesip açmak" anlamına geldiği için doğumundaki koşullardan türetilmiştir (West ve diğerleri, 2016).



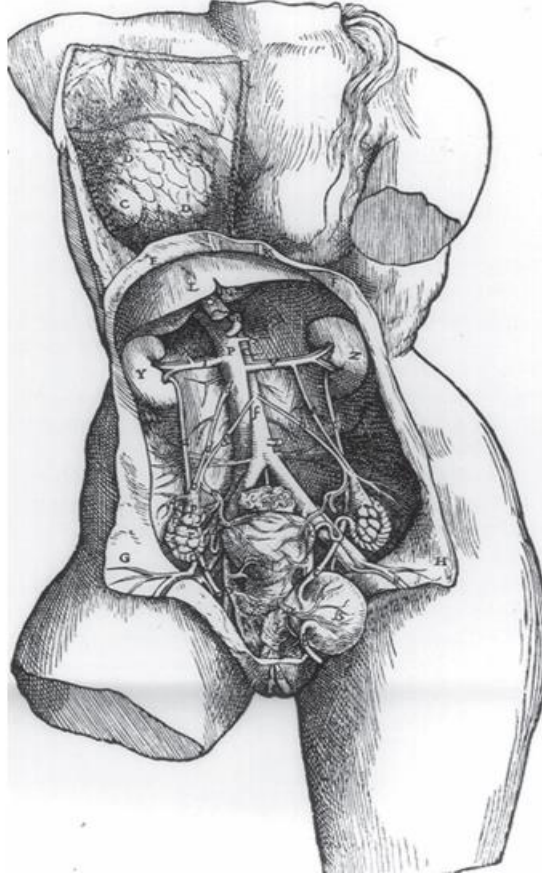
Resim 2. Aesculapius'un babası Apollon tarafından annesi Coronis'in karnından çıkarılması. Alessandro Beneditti'nin *De Re Medica V* kitabının 1549 baskısından (West, Irvine ve Jauniaux, 2016).

Benzer şekilde, Roma mitolojisinde üzüm hasadı, şarap yapımı ve şarabın tanrısı Bacchus, ölümlü annesi Semele'den babası baş tanrı Jüpiter tarafından dünyaya getirilmiştir. Aynı hikayenin başka bir versiyonunda, Yunan mitolojisinde Dionysos olarak bilinen Bacchus, babası Zeus tarafından ölmekte olan annesinden kurtarılır ve birkaç ay sonra yeniden doğmak üzere Zeus'un uyluğuna dikildiği düşünülmektedir (West ve diğerleri, 2016).

Maimonides'ten gelen eski Yahudi literatüründe, bir bebeğin anneyi öldürmeden cerrahi olarak doğumunun mümkün olduğu, ancak ameliyatın nadiren yapıldığı öne sürülmüştür. Ameliyattan sonra kanama ve enfeksiyon riski nedeniyle kadınların hayatta kalma oranları düşük olmuştur. Tarihsel olarak ameliyat anneden çok bebeği kurtarmak için yapılmıştır. Bir annenin ameliyattan kurtulduğuna dair kaydedilen ilk vaka 1580'li yıllarda İsviçre'nin Siegersausen kentinde domuz iğdişçisi olan Jacob Nufer'in ameliyatı, doğumu ilerlemediği için karısına yaptığı söylenmiştir. Ameliyat sonucunda anne bu işlemde sağ çıkmış ve doğal yolla beş başarılı doğum daha yapmıştır (Mandal, 2019).

Rönesansla birlikte bilim ve tıp alanında gelişmeler yaşanmıştır. Özellikle insan anatomisi ve cerrahisi alanlarında deneysel araştırmalarda bir artış yaşanmıştır. On altıncı yüzyılda Belçikalı doktor ve anatomist olan Andries van Wezel veya Andreas Vesalius (1514-1564), insan anatomisi üzerine en etkili kitaplardan biri olan *De Corporis Humani Fabrica* adlı kitabını 1543 yılında yayınlamıştır. Vesalius, genellikle modern insan anatomisinin

kurucusu olarak bilinmektedir. Vesalius'un kadın pelvisinin ve karın yapılarının doğru anatomik tasvirleriyle ilgili çalışması, çığır açan bir çalışma olmuş ve sonraki yüzyıllarda obstetrik gelişmeleri için teorik temeller oluşturmuştur (West ve diğerleri, 2016).



Resim 3. Kadın pelvik anatomisi. Andreas Vesalius'un *De Corporis Human Fabrica* kitabının 1543 baskısından (West, Irvine ve Jauniaux, 2016).

On yedinci yüzyılda kadavraların varlığı ve on dokuzuncu yüzyılda anestezinin gelişmesi sezaryen doğum prosedürü de dahil olmak üzere tıbbi tekniklerin geliştirilmesinde önemli rol oynamıştır. On sekizinci yüzyılda insan anatomisine ilişkin yeni bilgiler, 1769 yılında Londra'da Henry Thomson ve John Hunter tarafından ilk modern sezaryen ameliyatının yapılmasına yol açmıştır. On dokuzuncu yüzyıl cerrahları bu tekniği daha da geliştirmiş olsalar da hem anne hem de bebeği için prosedürün sonucunda bir ilerleme kaydedilememiştir. Anestezi, antibiyotik, kan transfüzyonu ve yenidoğan bakımının gelişmesiyle, ancak İkinci Dünya Savaşı'nda sonra, prosedürle ilişkili sonuçlar iyileşmiştir. O

dönemden beri anesteziyoloji ve yenidoğan bakımındaki gelişmeler, sezaryen prosedürünü daha güvenli hale getirmiştir (Jauniaux ve Grobman, 2016).

Sezaryen doğumu gerçekleştirmenin amacı, modern çağda, hem annenin hem de çocuğun hayatını kurtarmaya doğru yavaş yavaş değişmiştir. On dokuzuncu yüzyılın ortalarından itibaren, cerrahi tekniklerin ve antibiyotik, anestezi, kan transfüzyonu gibi aseptik ortamların gelişmesi nedeniyle sezaryen doğumun hem maternal hem de fetal sonuçları önemli ölçüde artmıştır. Yirminci yüzyılda sezaryen doğumun hem teknik hem de profesyonel olarak ilerlemesi sezaryen doğum için endikasyonların sınırlarını tıbbi sınırlarının ötesine genişletmiştir. Bu nedenle, sezaryen yapmak karmaşık ve sıklıkla uygulanan bir doğum prosedürü haline gelmiştir. Günümüzde tıbbi zorunluluk dışında annenin istediği ve doktorun işini kolaylaştıran bir cerrahi işlem olarak uygulanmaktadır (Kırılmaz ve Ulusinan, 2021).

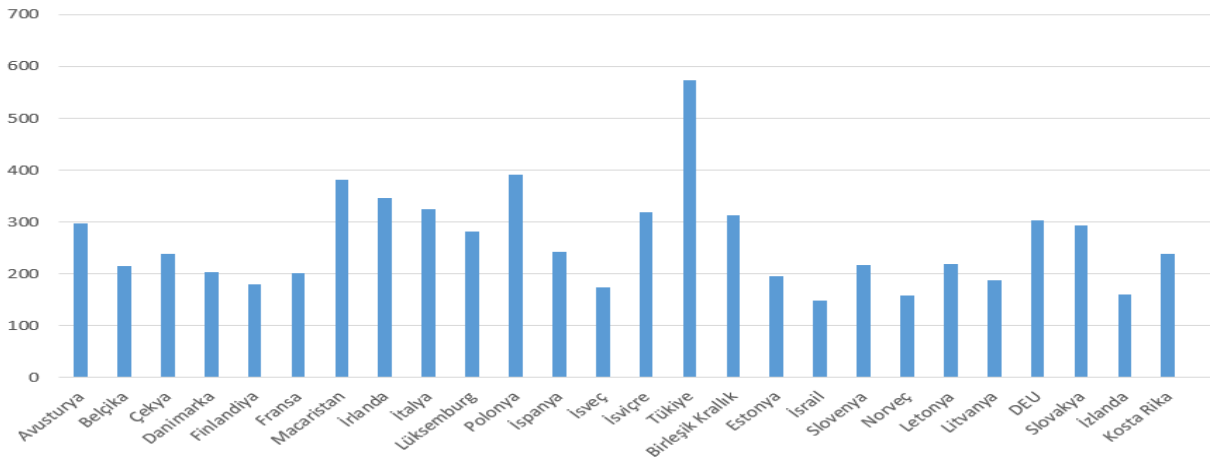
Dünya Sağlık Örgütü, 2015 yılında sezaryenle ilgili olarak yayınladığı bir bildiriye şunları önermiştir (WHO, 2015):

- Sezaryen, anne ve bebek hayatını kurtarmada etkilidir, ancak sadece tıbbi nedenlerle gerekli olduğunda.
- Nüfus düzeyine %10'dan yüksek sezaryen oranları, anne ve yenidoğan ölüm oranlarındaki azalmalarla ilişkili değildir.
- Sezaryen, özellikle uygun şekilde güvenli cerrahi yürütme ve cerrahi komplikasyonları tedavi etme imkanları ve/veya kapasitesi olmayan ortamlarda önemli ve bazen kalıcı komplikasyonlara ve ölüme neden olabilir. Sezaryen ideal olarak yalnızca tıbbi olarak gerekli olduğunda yapılmalıdır.
- Belirli bir orana ulaşmak için çabalamak yerine, ihtiyacı olan kadınlara sezaryen sağlamak için her türlü çaba gösterilmelidir.
- Sezaryen oranlarının anne ve perinatal morbidite, pediatrik sonuçlar ve psikolojik ve sosyal iyilik hali gibi diğer sonuçlar üzerindeki etkileri hala belirsizdir. Sezaryenin acil ve gelecekteki sonuçlar üzerindeki sağlık etkilerini anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Sezaryen Doğum Oranlarındaki Gelişmeler

Dünya Sağlık Örgütü bir toplumda ideal sezaryen oranının %10-15 aralığında olması gerektiğini belirtmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün son araştırmasına göre, dünya çapında sezaryen doğumlar artmaya devam etmekte ve tüm doğumların beşte birinden fazlasını oluşturmaktadır. Söz konusu araştırmaya göre, sezaryen doğumların sayısı önümüzdeki on yılda artmaya devam edeceği ve 2030 yılına kadar tüm doğumların yaklaşık üçte birinin sezaryen ile gerçekleşmesinin muhtemel olduğu bildirilmiştir (WHO, 2021c).

Bir kadının dünyanın neresinde yaşadığına bağlı olarak sezaryen ameliyatına erişiminde önemli farklılıklar vardır. Sezaryen oranı, farklı sosyo-ekonomik statüler ve kamu ve özel sağlık hizmetlerine erişim olanakları nedeniyle, ülkeler arasında hatta kentsel ve kırsal alanlar arasında bile farklılık göstermektedir. En az gelişmiş ülkelerde kadınların yaklaşık %8’i sezaryen ile doğum yaparken, Afrika’da sadece %5’i sezaryenle doğum yapmıştır. Dünya çapında sezaryen doğum oranları 1990’lı yıllarda yaklaşık %7 iken günümüze kadar bu oran, DSÖ’nün önerdiği ideal sezaryen oranı olan %15’in üzerine çıkmıştır (Betrán ve diğerleri, 2016; Karabel ve diğerleri, 2017; Özer Yurdal ve Gerçek Öter, 2021).



Şekil 1. 2020 yılında ülkelere göre sezaryen doğum sayıları (OECD, 2022).

Şekil 1 incelendiğinde, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) tarafından son açıklanan verilere göre 2020 yılında en yüksek sezaryen doğuma sahip ülke Türkiye’dir. Türkiye’de 1000 canlı doğumdan 573’ü sezaryen doğumla gerçekleşmiştir. Polonya’da 1000 canlı doğumdan 392’si, Macaristan’da 1000 canlı doğumdan 381’i, İrlanda’da 1000 canlı

doğumdan 347'si, İtalya'da 1000 canlı doğumdan 325'i, İsviçre'de 1000 canlı doğumdan 319'u, Birleşik Krallık'ta 1000 canlı doğumdan 313'ü ve Almanya'da 1000 canlı doğumdan 303'ü sezaryen doğumdur. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü ülkeleri arasında, 2020 yılında, İsrail 1000 canlı doğumda 148'i sezaryen doğum olmakla birlikte sezaryen doğum sayısı en düşük ülkedir. Onu 1000 canlı doğumda 158 sezaryen doğumla Norveç ve 1000 canlı doğumda 160 sezaryen doğumla İzlanda takip etmektedir (OECD, 2022).

Betran ve diğerleri (2016), 1990-2014 yılları arasını kapsayan sezaryen oranlarını ve trendlerini araştırdıkları çalışmalarında dünya çapında neredeyse her beş kadından birinin sezaryen ile doğum yaptığını belirtmişlerdir. Çalışmada yaptıkları trend analizleri, sezaryen doğum oranlarının düştüğü iki ülke (Gine ve Nijerya) ve aynı oranı koruyan bir ülke (Zimbabve) dışında, diğer tüm ülkelerde sezaryen doğum oranlarının farklı düzeylerde arttığı sonucuna ulaşmışlardır. Bölgesel düzeyde, Latin Amerika ve Karayipler, tüm çalışma dönemi boyunca diğer bölgelerin üzerinde olan sezaryen oranında en büyük mutlak artışa sahip olduklarını belirtmişlerdir. Diğer taraftan, Afrika'nın en düşük mutlak artışa sahip olduklarını ve çalışma süresince sezaryen oranlarının en düşük olduğu bölge olarak kaldığını tespit etmişlerdir. Özellikle Sahra Altı Afrika'nın aynı oranı koruduğunu, Kuzey Afrika ülkelerinin ise 2000 yılından itibaren sezaryen oranlarının daha hızlı bir artış gösterdiğini belirtmişlerdir. Mısır, Türkiye, Dominik Cumhuriyeti, Gürcistan ve Çin'in çalışmada incelenen 24 yıl içerisinde sezaryen oranlarında %30'un üzerinde artış kaydettiklerini bildirmişlerdir (Betrán ve diğerleri, 2016).

Dünya çapındaki sezaryen oranlarındaki artışın bazı olası nedenleri:

- Vajinal doğum sırasındaki ağrı korkusu,
- Vajinal doğumdan sonra genital değişikliklerle ilgili endişeler,
- Sezaryen doğumun bebek için daha güvenli olduğu yanılgısı,
- Sezaryen doğumun anne için kolaylık olduğu düşüncesi,
- Kültürel ve bölgesel farklılıklar şeklinde sıralanabilmektedir.

Sezaryen doğumlar, maddi açıdan daha fazla harcamayı ifade etmektedir. Bu durum özellikle üzerinde fazlasıyla mali yük bulunan, zayıf sağlık sistemleri dikkate alındığında, anne ve bebek sağlığının iyileştirilmesinde kaynaklara erişimin ve kaliteli bakımın sağlanmasının önünde bir engeldir. Sezaryen oranlarına ilişkin DSÖ 2015 yılında yayınlanan bildirisi, "belirli bir orana ulaşmak için çabalamak yerine ihtiyaç sahibi kadınlara sezaryen sağlamak için her türlü çaba gösterilmelidir" vurgusu yapmıştır (WHO, 2015).

Aralık 2018’de, 19 ülkeden üye devletler, politika yapımcılar ve uzmanlar, DSÖ Avrupa Bölgesinde gereksiz sezaryenlerin nasıl azaltılacağı konusunu görüşmek üzere Gürcistan’ın Tiflis kentinde düzenlenen toplantıda yer almışlardır. Tiflis’teki bu toplantıda sezaryen oranlarındaki endişe verici artışlar ele alınmış ve DSÖ gereksiz sezaryenlerin önüne geçmek için kılavuzlar yayınlamıştır (WHO, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan araştırmaya göre, dünya çapında sezaryen doğum oranlarında görülen bu artışların devam etmesi durumunda 2030 yılına kadar en yüksek oranların Doğu Asya (%63), Latin Amerika ve Karayipler (%54), Batı Asya (%50), Kuzey Afrika (%48), Güney Avrupa (47) ve Avustralya ve Yeni Zelanda (%45) şeklinde olmasının muhtemel olduğu bildirilmiştir (WHO, 2021c).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları-2018 raporunda, ülkemizde gerçekleştirilen tüm doğumlar içerisinde sezaryen oranının yaklaşık %52 olduğu açıklanmıştır. Yine bu raporda sezaryen doğumların %38’i için doğum kararı doğum sancuları başlamadan önce, %14’ü için doğum kararı sancılar başladıktan sonra verilmiştir (TNSA, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (2021), yüksek kaliteli bakım kapsamında tıbbi olarak gereksiz sezaryen kullanımını azaltabilecek bazı klinik olmayan eylemler önermektedir. Bunlar (WHO, 2021c);

- Ağrı veya kaygı korkusu olanlar için doğuma hazırlık atölyeleri, rahatlama programları ve istendiğinde psikososyal destek gibi kadınları doğumlarını planlamaya aktif olarak dahil eden eğitici müdahaleler. Bu tür girişimlerin uygulanması, sürekli takip ve değerlendirmeyi içermelidir.
- Kanıta dayalı klinik kılavuzların kullanılması, sağlık tesislerinde sezaryen uygulamalarının düzenli olarak denetlenmesi ve uzmanlara bulgular hakkında zamanında geri bildirim sağlanması.
- Bunun mümkün olduğu durumlarda sezaryen kararı için ikinci bir tıbbi görüş gerekliliği.
- Yalnızca sezaryen doğumlarını azaltmak amacıyla, bazı müdahaleler bazı ülkeler tarafından pilot olarak uygulanmıştır, ancak daha nitelikli araştırmalar yapılması gerekmektedir.

- Bakımın esas olarak ebeler tarafından sağlandığı, özel bir kadın doğum uzmanından 24 saat destek alan işbirlikçi bir ebelik-doğum uzmanı bakım modeli oluşturulması ve etkinliğinin test edilmesi.
- Vajinal doğumlar ve sezaryen için alınan ücretleri eşitleyen finansal stratejilerin oluşturulmasıdır.

2.1.3. Sezaryen Doğumun Endikasyonları

Bilimsel ilerleme, sosyal ve kültürel değişimler ve özellikle yasal değişim, hastalar ve doktorlar arasında sezaryen ile ilgili tutumlarda köklü bir değişikliğe yol açmıştır. Aslında sezaryen endikasyonları konusundaki fikir birliği birçok ülkede değişmiştir ve buna doğumla ilgili kaygılar, hatta annenin herhangi bir tıbbi endikasyon yokluğunda sezaryen doğum yapmak istemesi gibi psiko-sosyal faktörler de dahildir (Büyükkaya Alptekin, 2015; Türkmen Kurtoğlu, 2021).

Sezaryen doğum için başlıca endikasyonlar; önceki sezaryen doğum, sefalopelvik uyumsuzluğu, fetal distres, gebeliğin neden olduğu hipertansiyon, başarısız indüksiyon, antepartum kanama, engellenmiş doğum, makat prezentasyonu, çoğul gebelik ve koriyoamniyonittir. Sezaryenle doğum endikasyonları arasında, dar pelvis, boyunda kordon dolanması, başın hiperekstansiyonu, uterus disfonksiyonu da yer almaktadır (Karbancıoğlu Cantürk & Songur Dağlı, 2018; Ayalew ve diğerleri, 2020).

Sezaryen doğum yapma kararı, öncelikle anne ve bebeğin hayatını en iyi neyin kurtarabileceği sorusuna dayanmaktadır. Bu nedenle sezaryen endikasyonları mutlak ve göreceli endikasyonlara ayrılabilir. Hiçbir tıbbi neden olmaksızın yalnızca anne isteğine bağlı olarak uygulanan sezaryen doğumun riskleri, vajinal doğuma oranla çok daha fazladır. Bu nedenle annenin bu isteğinin altında yatan nedenler anne ile tartışılmalıdır. Herhangi bir tıbbi endikasyon olmaksızın, sadece annenin isteği ile yapılan sezaryen ayrı bir endikasyon olarak kabul edilmektedir (Özkan ve diğerleri, 2021). Tablo 1’de mutlak sezaryen endikasyonlar verilmiştir.

Tablo 1. Mutlak sezaryen endikasyonları (Mylonas ve Friese, 2015).

Sezaryen doğum için mutlak endikasyonlar
<ul style="list-style-type: none">• Mutlak orantısızlık:<ul style="list-style-type: none">- Küçük anne pelvisi, vajinal doğumu imkansız kıldığı durumda.• Koryoamniyonit (amniyotik efeksiyon sendromu):<ul style="list-style-type: none">- Plasentanın ve muhtemelen fetüsün enfeksiyonu, hemen doğumun gerçekleşmesinin gerekli olduğu durumda.• Maternal pelvik deformite:<ul style="list-style-type: none">- Vajinal doğumu imkansız kılan anatomik malformasyon durumunda.• Eklampsi ve HELLP sendromu:<ul style="list-style-type: none">- Genellikle sezaryen doğuma yol açan, gebeliğin hayatı tehdit eden komplikasyonları.• Fetal asfiksi veya fetal asidoz:<ul style="list-style-type: none">- Fetüs için fetal hipoksiye yol açabilecek hayatı tehdit eden durumlar.• Göbek kordonu sarkması:<ul style="list-style-type: none">- Fetüsün asfiksiye yol açabilen, fetüsün başı ile vajinal açıklık arasındaki göbek kordonunun sarkması durumunda.• Placenta previa:<ul style="list-style-type: none">- Vajinal doğumu engelleyen anormal plasental pozisyon durumunda.• Anormal duruş ve prezentasyonu:<ul style="list-style-type: none">- Vajinal doğumu imkansız kılan fetal pozisyon anomalisi durumunda.• Rahim yırtılması:<ul style="list-style-type: none">- Hem annenin hem de fetüsün hayatını tehdit eden, sezaryen ile hemen doğumu gerektiren akut durumunda.

Sezaryen doğum için göreceli endikasyonlar Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Sezaryen doğum için göreceli endikasyonlar (Mylonas ve Friese, 2015).

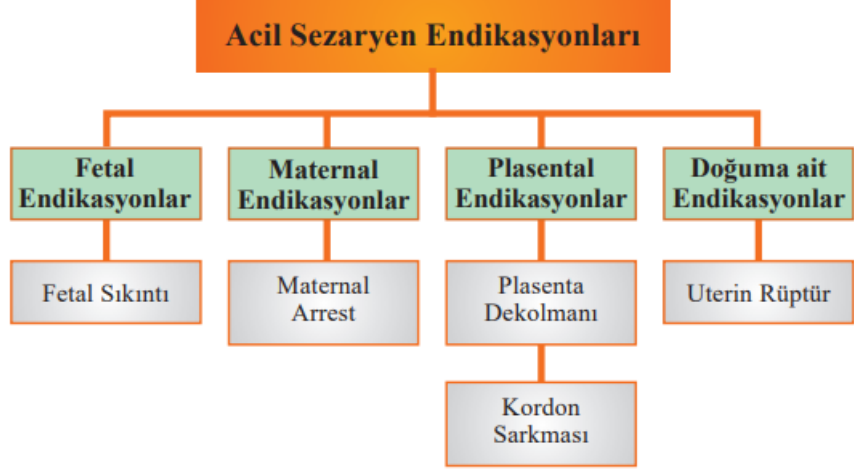
Sezaryen doğum için göreceli endikasyonlar
<ul style="list-style-type: none">• Patolojik kardiyotokografi (CTG):<ul style="list-style-type: none">- Akut hipoksi veya fetal asfiksi belirtisi sağlayabilir. Fetal asidoz oluşursa, doğum ya enstrümental doğum (vakum ve/veya forseps) ya da sezaryen ile tamamlanmalıdır.• Doğum eyleminin ilerlememesi (uzamış doğum eylemi, ikinci evrenin uzaması):<ul style="list-style-type: none">- Doğumun gecikmesi veya doğumun durması, fetüs veya yenidoğan için olumsuz sonuçlara neden olabilir.• Önceki sezaryen:<ul style="list-style-type: none">- Bir sezaryenle doğum yapmanın sonraki gebeliklerde normal doğumu imkansız kıldığı yaygın olarak kabul edilir.

Coates ve diğerleri (2020) planlı sezaryen endikasyonlarıyla ilgili olarak yaptıkları çalışmada en sık tartışılan endikasyonların makat prezentasyonu, önceki sezaryen, ikiz gebelik, plasenta previa, vasa previa, preeklampsi, fetal büyüme kısıtlaması, anneden yüksek vücut kitle indeksi (Body Mass Index-BMI), anormal fetal duruşu ve prezentasyonu, zihinsel sağlık nedenlerini içeren anne isteği, annede kalp hastalığı ve aktif genital herpes gibi endikasyonlar olduğunu bildirmişlerdir. Sung ve Mahdy (2022) ise sezaryen doğum üzerine yaptıkları çalışmada, sezaryen endikasyonlarını üç grupta ele almışlardır. Bunlar; maternal endikasyonlar, rahim/anatomik endikasyonlar ve fetal endikasyonlardır (Tablo 3).

Tablo 3. Sezaryen için endikasyon türleri (Sung ve Mahdy, 2022).

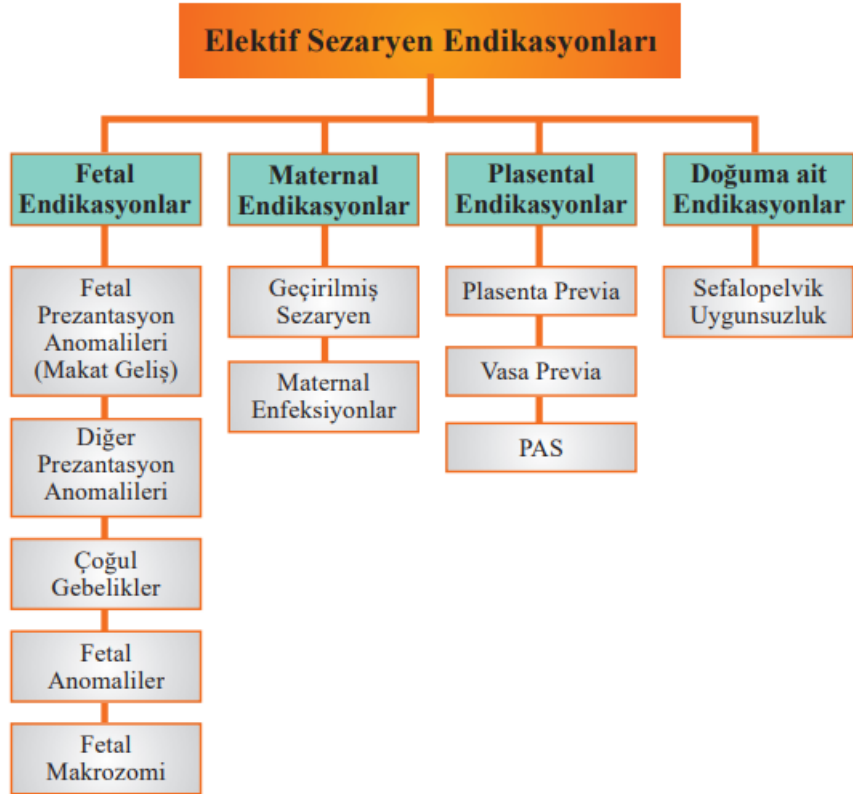
Maternal Endikasyon	Rahim/Anatomik Endikasyon	Fetal Endikasyon
<ul style="list-style-type: none">• Önceki sezaryen• Anne isteği• Pelvik defomite veya sefalopelvik uyumsuzluk• Geçmiş perineal travma• Önceki pelvik veya anal/rektal rekonstrüktif cerrahi• Herpes simpleks veya HIV enfeksiyonu• Kardiyak veya akciğer hastalığı• Serebral anevrizma veya arteriyovenöz malformasyon• Eşzamanlı intraabdominal cerrahi gerektiren patoloji• Perimmortem sezaryen	<ul style="list-style-type: none">• Anormal plasenta (plasenta previa, plasenta akreata gibi)• Plasenta dekolmanı• Önceki klasik sezaryen ameliyatı• Önceki miyomektomi• Rahim dikişinde ayrılma öyküsü (dehissans)• İnvaziv serviks kanseri• Önceki trakelektomi• Genital kitle• Kalıcı serklaj	<ul style="list-style-type: none">• Güven vermeyen fetal durum (anormal göbek kordonu) veya anormal fetal kalp takibi• Göbek kordonu sarkması• Başarısız operatif vajinal doğum• Malprezentasyon• Makrozomi• Konjenital anomali• Trombositopeni• Önceki yenidoğan doğum travması

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aralık 2022’deki yayınında sezaryen doğum endikasyonlarını acil sezaryen ve elektif sezaryen endikasyonları için ayrı ayrı ele almıştır. Acil sezaryenler için endikasyonlar Şekil 2’de verilmiştir.



Şekil 2. Acil sezaryen endikasyonları (SHGM, 2022).

Elektif sezaryen endikasyonları ise Şekil 3’te verilmiştir.



PAS: Plasenta Akreata Spektrumu

Şekil 3. Elektif sezaryen endikasyonları (SHGM, 2022).

2.1.4. Sezaryen Doğumun Kontrendikasyonları

Sezaryen için gerçek bir tıbbi kontrendikasyon yoktur. Sezaryen, anne ve bebek hayatı tehlikeye girdiğinde, hayat kurtarmada uygulanması gereken bir işlemdir. Anestezi ve antibiyotiklerin olması ve uygun ekipman gibi sezaryen için ideal koşullar olsa da klinik senaryo gerektiriyorsa bunların yokluğu bir kontrendikasyon değildir. Etik olarak, gebe reddederse sezaryen kontrendikedir. Yeterli eğitim ve danışmanlık, bilgilendirilmiş onam formu için oldukça önemlidir. Bununla birlikte, gebe vücudunda ameliyat yapılmasına rıza göstermezse, sonuçta özerk bir hasta olarak hakkıdır. Karın duvarının pyojenik enfeksiyonları, anormal ya da ölü fetüs, uygun koşulların bulunmayışı diğer kontrendikasyonları oluşturmaktadır (Bakırcı, 2017). Ayrıca, sezaryen doğumun tercih edilen seçenek olmayabileceğini gösteren bazı klinik senaryolar vardır. Örneğin, gebede ciddi koagülopati olabilir ve bu da ameliyatı son derece tehlikeli hale getirir. Bu durumda vajinal doğum tercih edilebilir (Sung ve Mahdy, 2022).

2.1.5. Sezaryen Operasyonun Türleri

2.1.5.1. Acil Sezaryen

Acil sezaryen, anne ve/veya bebeğin sağlığıyla ilgili endişe verici bir durum oluşması nedeniyle çok hızlı gerçekleşen bir sezaryen türüdür. Acil sezaryende amaç, sezaryen kararı ile doğum arasında en fazla 30 dakika geçmesidir, ancak bu 75 dakikaya kadar sürebilmektedir (Kitaw ve diğerleri, 2021).

Acil sezaryene (NHS, 2022);

- Bebeğin kafası pelvise göre çok büyük veya yanlış pozisyonda olduğunda,
- Doğum ilerlemiyor, kasılmalar zayıf ve rahim ağzı yeterince açılmadığında,
- Bebeğe fetal distress varsa ve doğum annenin güvenli bir şekilde forseps veya ventozla doğum yapması için yeterince ilerlememişse,
- Kalp hastalığı veya yüksek tansiyon gibi ciddi bir hastalığın varlığında ve
- Bebeğin hızlı bir şekilde doğması gereken başka bir neden olduğunda ihtiyaç duyulabilir.

2.1.5.2. Planlı Sezaryen

Planlı sezaryen, genellikle bilinen bir tıbbi neden olduğu zaman, gebeliğin 39. haftasında gerçekleşecek şekilde planlanmaktadır. Annenin yüksek tansiyon veya kalp sorunları gibi belirli tıbbi durumları varsa, doğum sürecinin mümkün olduğunca güvenli olduğundan emin olmak için planlı sezaryen önerilmektedir. Planlı sezaryen için bir başka neden ise vajinal doğum sırasında bebeğe geçebilecek cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesini sağlamaktır. Planlı sezaryen için en yaygın nedenlerden biri geçmişte annenin sezaryenle doğum yapmış olmasıdır (Yılmaz, 2018).

Ayrıca vajinal doğum için herhangi bir obstetrik kontrendikasyon olmadığında, annenin isteği üzerine yapılan sezaryen operasyonu da planlı sezaryen olarak tanımlanmaktadır (Eide ve diğerleri, 2019). Bu durumda yalnızca anne isteğine bağlı olarak uygulanan sezaryen seçimine neden olan durumlar göz önünde bulundurulmalı ve sezaryen doğum isteğine bağlı ortaya çıkabilecek riskler anne ile tartışılmalıdır. Kadının daha önceki olumsuz doğum/düşük deneyimleri, sonraki gebelik planları, beden kütle indeksi, daha önceki cerrahi deneyimleri ve bunun sonuçları annenin sezaryen doğum istemesine neden olabilmektedir (Yüksel Yakut, 2015; Eide ve diğerleri, 2019). Annenin vajinal doğum hakkında doğru bilgilendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca bu seçimin baskı altında ve/veya aile yönlendirmesi ile olmadığından emin olmak gerekmektedir. Gebenin endişe kaynağı ağrı ise obstetrik analjezi ve anestezi ile ilgili bilgilendirme yapılması, doğuma ilişkin eğitimi ve duygusal destek verilerek gebe rahatlatılmalıdır (Açmaz, 2022). Annenin planlanmış sezaryen isteme nedenleri şu şekildedir (Açmaz, 2022):

- Randevulu doğumun daha kolay gelmesi,
- Acil sezaryen alınma endişesi,
- Doğum ağrını yaşamayı istememek,
- Doğumda bebeğin zarar görebileceği endişesi,
- Pelvik taban hasarı ve hastalığı endişesi,
- Doğum korkusu,
- Daha önceki olumsuz doğum deneyimleri ve
- Kontrolü elinde tutma isteği.

Kadın doğum uzmanlarının annenin isteği doğrultusunda sezaryen doğum yaptırmak gibi bir zorunlulukları bulunmamaktadır. Sezaryen doğum, cerrahi bir operasyon olup tıbbi nedenlerin ortaya çıkması sonucunda gerçekleştirilmesi temel amaç olmakla birlikte, planlı sezaryen vajinal doğumun alternatifi değildir. Sezaryen planlanırken, gebeye ve gebeliğe özgü yararları ve riskleri göz önüne alınmalıdır. Annenin istemi, sezaryen için tek başına yeterli bir neden olmamakla beraber, kişiye ait aşırı korku, endişe, panik gibi psikolojik durumların varlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durumlarda yeterli ve doğru danışmanlık verilmelidir. Sezaryen kararı, her hastanın bulguları bireyselleştirilerek verilmelidir (Açmaz, 2022).

2.1.6. Sezaryen Doğumların Anne ve Bebek Sağlığına Etkisi

Sezaryen doğumun anne sağlığına birtakım etkileri bulunmaktadır. Anne adayları, sezaryen doğumda vajinal doğuma göre daha fazla anestezi komplikasyonları yaşamaktadır. Ayrıca sezaryen doğum hastaneden taburcu olma süresinin uzamasına ve maddi yükün artmasına neden olabilmektedir. Annenin sağlık durumu iyiye sezaryen doğum yapan anneler hastaneden 24-96 saatte taburcu edilirken, vajinal doğum yapan anneler hastaneden 24-48 saatte taburcu edilmektedir (Güleç ve Çoban, 2019). Planlı sezaryende annenin iyileşmesi daha uzun sürmektedir.

Enfeksiyon oluşma riski sezaryen doğumlarda vajinal doğumlara göre daha yüksektir. Hastane enfeksiyonlarına bağlı olarak tekrar hastaneye başvuru olasılığı da sezaryen doğumlarda daha yüksektir. Sezaryen doğumdan sonra ağrılar, birkaç hafta boyunca devam edebilmektedir. Sezaryen doğum, annenin bebeğiyle olan iletişiminin etkilenmesi, gecikmesi, engellenmesi ve emzirmenin azalması gibi pek çok riski bünyesinde barındırmaktadır. Sezaryen doğum sırasında olması gerektiği gibi ilerlemeyen durumlardan dolayı histerektomi ortaya çıkabilmektedir (Yılmaz, 2018).

Dünyanın her yerinde doğum yapan kadınlar ve bebekleri aynı türdeki temel obstetrik komplikasyonlarla karşı karşıyadır. Sezaryen doğumda karşılaşılan maternal komplikasyonlar puerperal ateş, endometrit, yara enfeksiyonu, cerrahi işleme bağlı zedelenme, idrar yolları enfeksiyonu, aspirasyon, transfüzyon, hemoraji, tromboflebit ve pulmoner embolizmdir. Fetal

komplifikasyonlar ise ölümcül prematür doğum ve travmadır (Field ve Haloob, 2016). Fetal komplifikasyonlardan doğum travması, hafif kesiler ve kemik kırıkları şeklinde gruplandırılmakta; kemik kırıkları ise, uzun kemik kırıkları (femur, humerus, fibula), klavikula, kranium şeklinde gruplandırılmaktadır. Fetal komplifikasyonlar bakımından klavikula ve humerus kırıkları genellikle sorunsuz bir şekilde iyileşmektedir (Altuntaş ve diğerleri, 2016). Sezaryen doğum nispeten güvenli bir prosedür olmasına karşın, intraoperatif ve postoperatif komplifikasyon riski taşımaktadır. İntraoperatif komplifikasyonlar kanama, cerrahi yaralanmalar ve anestezi komplifikasyonlarıdır. Bunlar; sezaryen histerektomi, kan transfüzyonu, alt üriner sistem yaralanmaları, bağırsak yaralanmaları, anestezi ve analjezik maddelere karşı alerjik reaksiyon, hipotansiyon, lokal anestezi maddelerin yanlılıkla subdural veya intravenöz uygulanması, nörolojik hasar, başarısız entübasyon, bronkospazm ve aspirasyon pnömmonisidir (Kawakita ve Landy, 2017). Postoperatif komplifikasyonlar ise endometrit, yara yeri komplifikasyonları, venöz tromboemboli, ileus ve adinamik, anestezi komplifikasyonları, septik pelvik tromboflebit ve psikolojik komplifikasyonlardır (Keskin, 2022).

Sezaryen doğumlar, sonraki gebeliklerde anne için uterus rüptürü, plasental implantasyon problemleri ve histerektomi gibi ek komplifikasyonlara da yol açabilmektedir (Opiyo ve diğerleri, 2020). Yapılan araştırmalarda sezaryen doğum yapan annelerin vajinal doğum yapan annelere kıyasla fiziksel, ruhsal, tıbbi ve psikolojik açıdan daha fazla problem yaşadığı belirtilmektedir (Çakır ve Alparslan, 2018; Gedefaw ve diğerleri, 2020). Sezaryen doğum sırasında annenin anesteziye maruz kalması, birtakım komplifikasyonları da beraberinde getirebilmektedir. Tromboflebit, derin ya da yüzeysel venlerde pıhtı oluşumuna bağlı olarak inflamasyon gelişmesidir. Sıklıkla sezaryen doğum, varis, doğum sonu kanama, enfeksiyonlar ve doğum sonu geç ayağa kalkma gibi faktörler tromboflebit riskini arttırmaktadır (Şenoğlu ve diğerleri, 2021).

Sezaryen doğumun bebek sağlığı açısından da birtakım etkileri bulunmaktadır. Sezaryen doğum sonrası bebekte ciddi solunum problemleri ile karşılaşılabilen ve neonatal yoğun bakım ünitelerine başvurma oranı yükselmektedir. Dolayısıyla bu süreçte anne ve bebek ayrı kalabilmekte, bebek solunum desteğine gereksinim duyabilmekte ve müdahaleler sebebiyle bebek ağırlı bir durum yaşamak zorunda kalabilmektedir. Bu süreçte bebeğe antibiyotik tedavisi ve mekanik ventilasyon desteği gerekebilir ya da hipoksemi, dirençli pulmoner hipertansiyon ve pulmoner hava açlığı gibi çok daha şiddetli komplifikasyonlar görülebilmektedir (Yılmaz, 2018).

2.2. Sezaryen ve Emzirme

Emzirme, bebeğin beslenme şeklidir. Bazı araştırmalarda, doğum şeklinin bebeğin emzirilmesi üzerinde etkili bir faktör olduğu ortaya konulmuştur (Alus Tokat ve diğerleri, 2015; Cantürk, 2018; Exavery ve diğerleri, 2015). Planlı sezaryen doğum ve emzirme arasındaki ilişki de bu anlamda önem arz etmektedir. Bu kapsamda söz konusu başlığın alt başlıklarında emzirme sürecine, emzirmede rol alan hormonlara, emzirme sıklığı ve süresine, emzirmenin faydalarına, emzirme yeterliliğine, emzirmenin sürdürülmesinde ebeğin rolüne ilişkin konulara detaylı olarak yer verilmiş ve planlı sezaryenin emzirme üzerindeki etkisi ortaya konmaya çalışılmıştır.

2.2.1. Emzirme Sürecinin Başlatılması

Gebelik süresince olgunlaşan memelerden doğumdan sonra süt salgılanması ile başlayan döneme laktasyon denir. Laktasyonda salgılanan sütün meme yoluyla bebeğe verilmesi işlemine emzirme adı verilmektedir. Bu döneme laktogenez de denmektedir (Yılmaz, 2018; Pillay ve Davis, 2022).

Doğumdan sonra annenin bebeğini hemen emzirmeye başlanması hem bebek hem de anne için pek çok yönden faydalıdır. Bebeğin çıplak bir şekilde annenin memesine yatırılması ile birlikte emzirmenin başlatılması ve ten teması, anne ve bebek arasındaki bağı kurulmaya başlanmasını etkilemektedir (Akkoyun ve Taş Arslan, 2016). Sezaryen doğumlarda erken dönemde anne ve bebeğin tensel teması ve emzirmeye başlamasındaki gecikmeler, anne/bebek ayrılığı, azalan emme yeteneği ve yetersiz süt salınımına neden olmaktadır ve tüm bu durumlar emzirme süresini etkileyebilmektedir (Hobbs ve diğerleri, 2016). Yapılan bir çalışmada sezaryen doğumun geciken laktogenez için bir risk faktörü olduğu rapor edilmiştir (Işık ve diğerleri, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü, evrensel olarak her yenidoğan için en iyi besinin annesinin sütü olduğunu bildirmekte ve sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlamanın önemini vurgulamaktadır (WHO, 2021b). Emzirmenin doğum sonrası ilk bir saatte başlatılmasındaki amaç, bebeği beslemekten ziyade anne sütünün gelmesini sağlamaktır. Annenin memesi dolu

olmasa bile erken dönemde emzirmenin başlaması süt yapımının uyarılmasını ve devamlılığı için önemlidir (Aditi ve diğerleri, 2022).

Doğum sonrası anne bebeğini sakin ve rahat bir ortamda emzirmelidir. Bu sırada anne ve bebeğin ten teması da oldukça önemlidir. Erken dönem emzirme sürecinde anneye destek sağlanması gerekmektedir. Bu süreçte anne ve bebeğin aynı alanda olması ve annenin bebeğini ağıladıkça emzirmesi hem anne-bebek ilişkisini güçlendirmekte hem de süt salınımını hızlandırmaktadır (Moore ve diğerleri, 2016).

Başarılı bir şekilde emzirmenin başlatılması ve devamlılığının sağlanması için yerine getirilmesi gereken birtakım önemli koşullar bulunmaktadır. Bebek Dostu Hastane yaklaşımları kapsamında, doğum hizmetleri ve yenidoğanlara bakım sağlayan her kuruluşun aşağıdaki durumları yerine getirmeleri önerilmektedir (UNICEF ve WHO, 2018). Bunlar;

1. Tüm sağlık personeline rutin olarak iletilen yazılı bir emzirme politikasına sahip olun.
2. Tüm sağlık personeline bu politikayı uygulamak için gerekli beceriler konusunda eğitim verin.
3. Tüm gebe kadınları emzirmenin yararları ve yönetimi hakkında bilgilendirin.
4. Annelerin doğumdan sonraki yarım saat içinde emzirmeye başlamasına yardımcı olun.
5. Annelere bebeklerinden ayrı kalmaları gerekse bile nasıl emzireceklerini ve emzirmeyi nasıl sürdüreceklerini gösterin.
6. Yeni doğan bebeklere tıbbi olarak gerekli olmadıkça anne sütü dışında yiyecek ve içecek vermeyin.
7. Odada kalma alıştırmaları yapın – annelerin ve bebeklerin bir arada kalmasına izin verin – günün 24 saati.
8. Talep üzerine emzirmeyi teşvik edin.
9. Emzirilen bebeklere yapay emzik vermeyin.
10. Emzirme destek gruplarının kurulmasını teşvik edin ve anneleri hastaneden veya klinikten taburcu olduklarında onlara yönlendirin.

2.2.2. Emzirmede Görev Alan Hormonlar

Emzirmede genellikle östrojen, plasental laktojenik, progesteron, prolaktin ve oksitosin gibi hormonlar görev almaktadır.

Östrojen: Bu hormon, gebelik sırasında meme dokusunun büyümesine neden olarak memenin boyutunun artmasına yardımcı olmaktadır. Bu hormon gebelik süresince artmaktadır ve doğum sonrası azalmaktadır (Kilci Erciyas ve Sevil, 2021).

Plasental laktojenik hormon: Bu hormonun gebelik sırasında daha yüksek miktarlarda salgılanmaktadır ve meme ucu, areola ve meme dokusunun büyümesini uyarmaya yardımcı olmaktadır (Sriraman, 2017).

Progesteron hormonu: Ovaryumlardan salgılanan progesteron hormonu, gebeliğin erken döneminde artmaktadır. Bu hormon, meme dokusunun boyutunu arttırmaya yardımcı olmaktadır. Gebelik sırasında artan progesteron hormonu doğum sonrası dönemde düşme eğilimi göstermektedir (Anderson ve diğerleri, 2015).

Prolaktin: Bu hormon, kendine özgü işlevleri yerine getiren hücrelerin farklılaşmasına yardımcı olmaktadır. Bebeğin doğumundan sonra süt üretiminden sorumlu olan alveoller, esas olarak prolaktin hormonu nedeniyle aktif haldedir. Bebek meme başını emdikçe annenin beyin dokusunun derinlerinde yer alan hipofiz bezinde prolaktin hormonu salgısı artar. Kana geçen prolaktin hormonu, meme dokusuna geçerek süt yapıcı hücrelerinde süt yapımını başlatmasını sağlamaktadır. Prolaktin hormonu, gebelik süresince meme bezlerinin lobüloalveolar gelişimi, doğumda süt yapımının başlaması ve laktasyon süresince de sütün devamlılığı için gereklidir (Taşdelen ve Durmaz Ceylan, 2019). Prolaktin hormonu, gebelik boyunca yüksek düzeyde salınmaktadır. Bu hormonun gebelik sırasında düşük seviyelerde olması doğumdan sonra sütün gelmemesine ya da yetersiz süt üretimine neden olduğu için annenin emzirememesi ya da emzirmeye geç başlaması gibi zorluklar yaşamasına neden olabilmektedir. Doğum sonrası luteal ve plasental laktojenin kesilmesiyle birlikte, prolaktin alveoler hücrelerin tam salgılama aktivitesini, alveollere ve daha küçük kanallara süt salınımını indüklemektedir (Sriraman, 2017).

Oksitosin hormonu: Oksitosin, hipotalamusun supraoptik ve paraventricüler çekirdeğinden kaynaklanan nöronlarda üretilmektedir. Oksitosin, paraventricüler çekirdeğinden beyindeki farklı düzenleyici alanlara uzanan nöronlar aracılığıyla davranışsal, fizyolojik ve nöroendokrin işlevleri etkilemektedir. Oksitosin salınımı, çok faktörlü kontrol altındadır. Diğer nörotransmitterler, hormonlar ve duyuşsal uyarılar hormon salınımını etkilemektedir (Moberg ve diğlerleri, 2019). Meme uçları uyarıldığında oksitosin hormonu salınmakta ve alveolerin kasılmasına neden olmaktadır. Bu da sütü kanal sistemine sıkıştırmaya yardımcı olmaktadır. Oksitosin, uterus kontraktilisinde ve süt çıkışında ilk tanımlanan ve iyi bilinen etkilere ek olarak anne ve bebek arasındaki bağlanmanın sağlanmasında da etkilidir (Moberg ve diğlerleri, 2020). Oksitosin salınımı, bir bebeğın ağlamasını duymak, bebeğı düşünmek veya emzirmeye hazırlanmak gibi şeylerle arttırılabilirken, annenin korku, acı, utanç veya endişesi ile engellenebilir (Sriraman, 2017).

2.2.3. Emzirme Sıklığı ve Süresi

Emzirmenin birçok uzun vadeli anne ve bebek sağlığı üzerinde yarar sağladığı tespit edildiğinden, sezaryen doğumun emzirmeye başlama ve emzirme süresi üzerindeki etkisini anlamak önem arz etmektedir (Hobbs ve diğlerleri, 2016). Bebeğın ne kadar ve ne sıklıkta besleneceğı, bebelere ve onların ihtiyaçlarına bağılı olarak değışmektedir. Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) (2022) tarafından bebeğın yaşama başladığı ilk günler ile ilgili aşağıdaki bilgilere yer verilmiştir:

- Yeni doğan bebeğın midesi küçüktür ve doyması için her emzirmede çok fazla süte ihtiyacı yoktur.
- Bebek her 1-3 saatte bir beslenmek isteyebilir. Sık emzirme, annenin sütünün artmasına yardımcı olur ve bebeğın emme ve yutkunma alıştırmaları yapmasını sağlar.
- Bebekler büyüdükçe mideleri de büyür ve her beslemede kademeli olarak daha fazla anne sütü içebilir.
- İlk birkaç hafta ve ayda ilk günlere göre emzirmeler arasındaki süre uzamaya başlar. Yalnızca emzirilen bebelere, ortalama olarak yaklaşık 2-4 saatte bir beslenir. Bazı bebelere, genellikle küme besleme olarak adlandırılan, zaman zaman her saat gibi sıklıkta beslenebilir.

- Annenin emzirme sıklığı günün saatine göre değişebilir. Bazı besleme seansları uzun, bazıları ise kısa olabilir. Bebekler genellikle her emzirmede ihtiyaçları kadarını alırlar ve doyduklarında memeyi bırakırlar.
- İlk hafta ve aylarda bebekler 24 saat içinde yaklaşık 8-12 kez emzirmelidir.

Bebeklerin ne kadar süreyle ve ne sıklıkta emzireceği bebekler büyüdükçe ve ek gıdaya geçtikleri süreçte değişebilmektedir. Annenin bebeği emzirdiği dönem içerisinde sütünün içeriği değişiklik göstermektedir. Anne sütünün içeriği, annenin beslenme şeklinden farklı olarak bebeğin gereksinimi açısından da farklılık göstermektedir. Erken doğum yapan annelerin sütü, preterm bebeklerin gereksinimini karşılayacak özelliktedir. Emzirmenin ilk aşamasında üretilen süt, olgunlaşmadan sonraki süttten farklıdır. Laktasyonun ilk aşamasında üretilen erken süt kolostrum olarak bilinmektedir. Sezaryenle doğum yapan kadınlar genellikle doğumdan sonraki 24-48 saat içinde kolostrum salgılamada yaşayabilmektedirler. Bu gecikme, oksitosin ve prolaktin hormonu üretimini engelleyebilen doğum sonrası ağrıdan kaynaklanmaktadır (Sari ve diğerleri, 2021).

Kolostrum sarımsı renkte, protein, mineral ve antikorlar bakımından oldukça zengindir. Kolostrum, bebekleri çeşitli bulaşıcı hastalıklardan korumak için antikorlar içermektedir. Sütün bileşimi doğumdan sonra kademeli olarak değişmektedir. Kolostrum doğumdan itibaren dört-beş gün içinde geçiş sütüne dönüşmektedir. Bu sütün içeriğindeki protein miktarı azalırken laktoz, yağ ve toplam kalori içeriği artmaktadır. İlk iki haftadan sonraki anne sütüne olgun süt adı verilmektedir. Olgunlaşmış süt, doğumdan 14-15 gün sonra meme bezlerinde üretilen süttür. Bebeğin emmesinin azalmasıyla emzirmenin sona ermesi yavaş yavaş durmaktadır (Karakaya Suzan ve Çınar, 2020).

Annelere bebeklerini bebeğin istediği sıklıkta ve sürede emzirmeleri önerilmektedir. Hastaneden taburcu olduktan sonra da emzirmeye devam etmeleri için anne sütü ve emzirmenin önemi, emzirme ve karşılaşabilecekleri sorunlar hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgi verilmelidir. Düzenli poliklinik kontrolleriyle emzirmenin devamlılığı sağlanmalıdır (Arslan, 2020).

2.2.4. Emzirmenin Yararları

Çalışmada emzirmenin yararları anne, bebek ve toplumsal açıdan olmak üzere üç başlıkta ele alınmıştır. Emzirmenin faydaları doğumdan sonraki ilk anlardan itibaren başlamakta ve emzirmeden sonra uzun yıllar devam etmektedir. Emzirme, annenin iyileşmesinde önemli bir rol oynar ve daha sonraki süreçte anne sağlığının birçok yönünü belirleyebilmektedir. Bu nedenle kadınları emzirmenin anne sağlığına etkileri konusunda bilgilendirmek, annelerin emzirmeye olan eğilimlerini güçlendirecektir (Del Ciampo ve Del Ciampo, 2018).

Emzirme, anneler ve bebekleri için önemli bir sağlığı geliştirme stratejisi olarak kabul edilmektedir. Anne sütü, bebek beslenmesinde tam anlamıyla benzeri olmayan özgün, ideal ve doğal bir besindir. Bebeğin sağlıklı bir şekilde büyümesi için gerekli olan tüm besin ve enerji öğelerini içermektedir. Anne sütünün sindirimi kolay ve biyoyararlılığı oldukça yüksektir (Garipağaoğlu ve diğerleri, 2019).

Anne sütü, anne ve bebek arasındaki bağın güçlenmesi, yenidoğan ölümlerinin azaltılması, annenin ameliyat sonrası komplikasyonlarının azaltılması ve yenidoğanların gelişimi dahil olmak üzere annelerin ve bebeklerin fiziksel ve zihinsel sağlığı için önemli faydalar göstermektedir (Li ve diğerleri, 2021).

Bir annenin emzirme kararını birçok faktör etkileyebilmektedir. Vücut kitle endeksi, doğum şekli, tütün ve tütün ürünleri kullanma durumu, meme veya meme başı anormallikleri, anksiyete ve stres gibi biyolojik faktörlerin yanı sıra, davranışsal faktörler de annenin emzirme kararı üzerinde etkili olabilmektedir. Doğumdan sonraki ilk bir saat içerisinde emzirme, emzirmenin devamlılığının sağlanmasında önemli bir gösterge olmuştur. Emzirme, hem anne hem de bebeği için oldukça faydalıdır. Bebeklerin etkili ve yeterli emmelerini sağlamak için emzirmeyi etkileyen faktörlerin bilinmesi gerekmektedir (Haylı ve Demir Kösem, 2022). Emzirmeyi etkileyen faktörler bebeğe ait faktörler, anneye ait faktörler ve çevresel/sosyal faktörler olarak gruplandırılabilir.

2.2.4.1. Emzirmenin Anne Açısından Yararları

Emzirme, annenin lohusalık döneminde, emzirme döneminde ve gelecekteki yaşamının tamamında fiziksel ve duygusal sağlıkla ilişkilidir. Araştırmalar, emzirmeyen kadınlara göre emziren kadınların tıbbi bakıma daha az başvurduklarını, daha az solunum, kardiyovasküler, gastrointestinal hastalık ve duygusal sorunlarla karşılaştıklarını göstermiştir (Del Ciampo ve Del Ciampo, 2018; Gertosio ve diğerleri, 2016). Emzirmenin anne için yararlarını Tablo 4'te açıklandığı gibi vurgulamak mümkündür.

Tablo 4. Emzirmenin anneye sağladığı yararlar.

Kısa dönem için yararları	Uzun dönem için yararları
Uterin involüsyon	Kanser (meme, rahim) riskinde azalma
Loşuada azalma	Diyabet riskinde azalma
Enfeksiyonda azalma	Osteoporoz riskinde azalma
Laktasyonel amenore	Kardiyovasküler hastalıklarda azalma
Kilo kaybı	Metabolik sendromda azalma
Doğum sonu depresyonda azalma	Alzheimer hastalığı riskinde azalma
Stres ve kaygıda azalma	Romatoid artrit riskinde azalışı
Vücut şeklinde iyilişme	

Kaynak: (Del Ciampo ve Del Ciampo, 2018).

Anne sağlığı açısından emzirmenin pek çok faydası bulunmaktadır. Emzirme, anne için doğal bir sakinleştirici olmakla birlikte, bebeği ile arasındaki bağın güçlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Annede görülebilecek over kanseri, endometrium kanseri ve meme kanseri riski emzirmeyle birlikte azalmaktadır. Emzirme, anneyi osteoporozdan korurken, uterusun gebelik öncesi durumuna dönmesine yardımcı olur. Annenin kilo vermesini ve doğum öncesi kilosuna kavuşmasına yardımcı olurken, annelik duygusunun gelişmesinde de önemli bir rolü vardır. Ayrıca emzirme menstruasyonu baskılayarak kontrasepsiyon sağlamaktadır (Topal ve diğerleri, 2017).

Emzirmeye erken dönemde başlayan annenin doğum sonrası kanamasında azalma olmaktadır. Erken dönem emzirmeyle birlikte annenin stresi azalır ve metabolik açıdan olumlu değişiklikler gözlemlenir. Emzirmenin devamlılığının sağlanmasıyla birlikte annenin vücudunda yağ depolanmasında azalma görülürken, Tip 2 diyabet riskinin de azaldığı bildirilmiştir. Emzirmenin anne açısından yararları erken dönem emzirme ve ilk altı ay boyunca sadece emzirme ile yakın ilişki içerisinde (Türkyılmaz, 2017).

Emziren kadınların meme ve rahim kanserine yakalanma riskleri azalmaktadır. Kanser riskindeki azalma, emzirmenin kümülatif yaşam süresi ile orantılıdır. Yani, bir kadın emzirerek ne kadar çok ay geçirirse, faydalı etki o kadar büyük olur. Bunun nedeni, emzirme döneminde östrojen düzeylerinin daha düşük olmasıdır. Rahim ve belki de meme dokusunu uyarmak için ne kadar az östrojen varsa, bu dokuların kanserli olma riskinin o kadar az olduğu düşünülmektedir (North, 2015).

Emzirme kemik erimesini azaltmaktadır. Emziren kadınların, emzirmeyen kadınlara göre osteoporoz gelişme şansı dört kat daha azdır. Emzirme, menstruasyon döngüsünün geri dönüşünü 20-30 hafta geciktirerek anemi riskini azaltmaktadır. Emziren annelerin gebelik öncesi kilolarına dönme olasılığı, formül besinle bebeğini besleyen annelere göre daha yüksektir (Topal ve diğerleri, 2017).

Emzirme ile ilgili önemli konulardan biri de anne-bebek arasındaki iletişimi artırmasıdır. Emziren anne mutlu olmakta ve doyuma ulaşmaktadır, annenin bu mutluluğu bebeğine yansımaktadır (Del Ciampo ve Del Ciampo, 2018).

2.2.4.2. Emzirmenin Bebek Açısından Yararları

Anne sütü, bebeklik döneminde büyümeyi ve bağışıklık gelişimini destekleyen kritik besinler ve biyoaktif bileşikler sağlamaktadır. Süt bileşenlerinde ve biyoaktif bileşiklerde demografik ve genetik faktörlerin, annenin yaşam tarzının ve maruz kalmaların bir sonucu olarak meydana gelen değişiklik, bebek sağlığı üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Lyons ve diğerleri, 2020).

Emzirme, çocuklar için yerini başka hiçbir şeyin dolduramayacağı şekilde yararlar sağlamaktadır. Formül besinle beslenen çocuklarla karşılaştırıldığında, emzirenler daha sağlıklı, hastalandıklarında daha kısa süreli hasta olmakta ve daha az semptom

göstermektedirler. Ayrıca emzirelen çocuklarda, diyabet ve inflamatuvar barsak hastalıkları riskinde azalma görülürken, bazı kanser türlerinden de daha az etkilendikleri bildirilmektedir. Emzirilen çocukların büyüdükçe psikolojik, davranışsal ve öğrenme sorunları daha az görülmektedir. Ayrıca araştırmalar, anneleri emzirmeyi tercih eden çocuklarda bilişsel gelişimin arttığını da göstermektedir (Krol ve Grossmann, 2018).

Emzirmek bebeğin yaşam kalitesi için hem biyolojik hem de psikolojik açıdan temel öneme sahiptir. Anne sütü bebek beslenmesinde altın standart olarak kabul edilmekte ve bu nedenle emzirme bebeklerin sağlıklı büyümesini ve gelişimini desteklemenin doğal ve tavsiye edilen yoludur (Shamir, 2016). Emzirme, daha az çocukluk hastalığı, daha düşük kan basıncı ve kolesterol seviyeleri, daha düşük obezite prevalansı ve yetişkinlerde gelişmiş zeka gibi bebek sağlığı üzerindeki yararları ile ilişkilidir (Victoria ve diğerleri, 2015).

Bebekler için emzirmenin sağlık üzerindeki yararları dünya çapında kabul edilmektedir. Bebek enfeksiyonlarının ve çocukluk çağı obezitesinin insidansı ve şiddetinin azalması ve optimal bilişsel ve duygusal gelişim ile olan ilişkileri nedeniyle, uluslararası ve bölgesel sağlık kuruluşları, emzirmenin başlatılmasını ve süresinin arttırılmasını aktif olarak teşvik etmektedir (Chaput ve diğerleri, 2015).

2.2.4.3. Emzirmenin Toplumsal Yararları

Emzirme yalnızca çocukların ve annelerin sağlığını iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda ekonomik, toplumsal ve çevresel yararları da bulunmaktadır. Bu anlamda emzirmenin yararları sağlıkla ilgili konuların ötesine geçmektedir. Bebeğini emziren anneler, sosyal ve ekonomik avantajlardan yararlanmaktadır. Emziren anneler, formül besin satın almadıkları için mali yükleri azalmaktadır. Emzirilen bebeklerin yüksek oranda tıbbi bakıma ihtiyaç duyma olasılıkları daha düşüktür. Emzirmeyle birlikte çocuk gelişimi, ulusal üretkenlik ve çevresel sürdürülebilirlik olumlu bir şekilde etkilenmektedir (Pérez-Escamilla, 2020).

Emzirmeyi korumaya, teşvik etmeye ve desteklemeye yönelik halk sağlığı çalışmaları, büyük ölçüde emzirmenin, bebekleri beslemenin en sağlıklı yolu olduğu şeklindeki temel argümana dayanmaktadır. Emzirme toplumsal açıdan daha fazla sağlık eşitliği yaratmada da oldukça önemlidir. Emzirmenin dünya genelinde sürdürülebilirlik hedeflerine ulaşmak için

doğrudan olmasa da dolaylı olarak etkisi göz ardı edilemez. Toplumun yasalar ve politikalar, kurumlar ve kültürel değişim yoluyla emziren insanları ve anne sütüne erişimi daha iyi destekleyebileceği yolları geliştirmek gerekmektedir (Smith, 2018).

Annelerin halka açık yerlerde çocuklarıyla birlikte olmalarını kolaylaştıran ve özellikle emzirmenin, toplumsal değerini ve desteğini arttıran uygulama ve normların yaratılmaması, emzirmenin toplumsal yararlarının önündeki en büyük engellerden biridir. Emzirmek gerçek bir emektir ve takdir ve destek gerektirmektedir. Ancak çoğu kez emzirmek kimi toplumlar ve kültürlerde ahlaki açıdan olumsuz bir uygulama olarak görülmüştür (Tomori ve diğerleri, 2016).

Anne sütü alamamanın riskleri arasında, artan anne-bebek hastalık ve ölüm oranları, sağlık bakım maliyetleri, aileler ve işverenler için önemli ekonomik kayıplar yer almaktadır. Bu nedenle, emzirme neredeyse tüm bebekler için en uygun bebek beslenme şekli olarak kabul edilmektedir (Lessen ve Kavanagh, 2015).

Emzirme halk sağlığında önemli bir rol oynar ve beş yaş altı çocuk ölümlerini önlemede en etkili müdahale olarak bilinmektedir. Araştırmalar, emzirme uygulamalarının bebek ve anneler arasında sağlık kalitesini arttırmak ve hastalıkları önlemek için kısa ve uzun vadeli çözümler sağladığını ortaya koymuştur (Husin ve diğerleri, 2017).

Emzirmenin toplumsal açıdan olumlu etkilerini ortaya çıkarmak için, annenin çocuğunu nasıl besleyeceğine karar verme özerkliğine sahip olması gerekmektedir. Emzirme konusunda annenin istek ve haklarına saygı gösterilmesi gerekmektedir. Anne, diğer aile üyeleri ile işbirliği içinde bebeğin nasıl besleneceğine karar vermeli, bu kararı verirken anneler aileleri, işverenleri, sağlık çalışanları ve toplum tarafından desteklenmeli ve yardım edilmelidir (Del Ciampo ve Del Ciampo, 2018).

2.2.5. Emzirme Yeterliliğinin Değerlendirilmesi

Emzirme yeterliliği, annenin bebeğini emzirmek için algıladığı yetenek ve kendine güveni ifade etmektedir. Annenin kendi kendine edindiği emzirme yeterlilik durumu, annenin emzirmeyi seçip seçmemesine, emzirme yöntemlerini bilmesine, emzirmeye ne kadar zaman harcayacağına ve emzirme zorluklarına duygusal olarak nasıl tepki verdiğine bağlıdır.

Annelerin emzirme konusunda edindikleri bilgileri davranışa dönüştürmede, kendilerine inanmaları ve özgüven sahibi olmaları önemlidir (Haylı ve Demir Kösem, 2022).

Emzirme öz-yeterliliği, Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramından uyarlanmış bir kuramdır. Bu teoride emzirme öz-yeterliliği, annelerin bebeklerini emzirme konusundaki yeteneklerini nasıl algıladıklarını ifade etmektedir. Böylece, bu öz-yeterlilik, bir annenin emzirmeye başlama eğilimini, bu süreçte harcayacağı çabayı, kendini geliştirme veya kendini yenme düşünce kalıplarına sahip olma eğilimini ve emzirmedeki zorluklarla duygusal olarak nasıl başa çıkacağını belirleyerek emzirmenin sonucunu tahmin edebilmektedir (Husin ve diğerleri, 2017).

Emzirme yeterliliği, annenin emzirmeye karşı hissettiği yeterlilik algısı olarak değerlendirilmektedir. Annelerin emzirme hususunda kendilerini yetersiz görmeleri ve kendilerine olan güven sorunu emzirme süresini, sıklığını ve başarısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca annenin sosyo-kültürel düzeyi, emzirme ile ilgili bilgi düzeyi, sütünün yetersiz olduğunu ve bebeğinin doymadığını düşünmesi, emzirme desteğinin varlığı, anksiyete ve depresyon durumu, çalışma durumu, meme sorunları, parite ve doğum şekli, ilk emzirme zamanı, emziren birini görmesi ve emzirmeye ilişkin deneyimleri, insizyon ağrısının varlığı ve bebeğe formül besin verilmesi emzirmeyi etkileyebilir (Alus Tokat ve diğerleri, 2015; Cantürk, 2018).

Annenin sütünün yetersiz olduğunu düşünmesi, doğumdan sonraki erken dönemde ve sonrasında emzirme etkinliğini ve emzirmenin sürdürülmesini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Annenin emzirmeye geç başlaması, bebeğin emdikten sonra doymamış gibi görünmesi, emzirmeden önce bebeğe su ve/veya şekerli su verilmesi, emzirme konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaması ve bebeğin yeterli kilo alamaması annenin sütünü yetersiz olarak algılamasına neden olmaktadır (Kurnaz ve Uyar Hazar, 2021).

Öz yeterliliği yüksek olan anneler, karşılaştıkları zorluklar karşısında kendilerini cesaretlendirir ve olumlu düşünerek olayları çözmeye çalışmaktadırlar. Bu anneler emzirmeyi daha çok tercih etmekte, daha cesur davranmakta ve zorluklarla karşılaştıklarında olumlu davranış sergilemektedirler (Haylı ve Demir Kösem, 2022).

Araştırmacılar başarılı emzirmeyi ve emzirme davranışının yeterliliğini ölçmek için çeşitli ölçüm araçları geliştirmişlerdir. MBA Ölçeği (Mother Baby Assessment Tool), IBFAT Ölçeği (Infant Breastfeeding Assessment Tool), LATCH Ölçeği (LATCH Assessment Tool) bu ölçüm araçlarından bazılarıdır (Dolgun ve diğerleri, 2019). Emzirmenin objektif ve hızlı

bir şekilde değerlendirilmesi için kullanılan puanlama sistemlerinden biri LATCH Ölçeğidir (Yazıcı ve diğerleri, 2020). LATCH Ölçeği, çalışmamızda da kullanılan ölçektir.

2.2.6. Sezaryen Doğumların Emzirmeye Etkisi

Literatürde sezaryen doğumun erken dönemde anne sütü ile beslenme oranı ve emzirmeye başlama zamanı ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (Exavery ve diğerleri, 2015; Zhang ve diğerleri, 2019). Exavery ve diğerleri (2015), emzirmeye erken başlamanın kapsamını ve erken emzirmeyle ilişkili olan faktörleri inceledikleri çalışmada, doğum şeklinin emzirmeye erken başlamada etkili bir faktör olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmada emzirmeye erken başlama, yani doğumdan sonraki bir saat içinde emzirmeye başlama oranının %51 olduğunu ve sezaryen ile doğumdan sonra emzirmeye erken başlama oranının vajinal doğuma göre %78 daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (Exavery ve diğerleri, 2015). Bir başka çalışmada Zhang ve diğerleri (2019), sezaryen sonrası erken emzirmenin uzun süreli emzirmeyle ilişkisini araştırdıkları çalışmada, vajinal doğum sonrası ilk emzirmeye kadar geçen sürenin ortalama 40,91 dakika iken, sezaryen doğum sonrası ilk emzirmenin 74,54 dakika sonra gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Yine bu çalışmada ilk emzirme süresinin vajinal doğum sonrası bebeklerde 18,33 dakika ve sezaryen doğum sonrası bebeklerde 14,98 dakika olduğu rapor edilmiştir (Zhang ve diğerleri, 2019).

2.2.7. Emzirme Yeterliliği ve Başarısının Değerlendirilmesi ve Sürdürülmesinde Ebe ve Hemşirenin Rolü

Ebe ve hemşireler bebeklerin anne sütü ile beslenmesinin sağlanmasından sorumlu sağlık profesyonelleridirler. Bu sağlık profesyonellerinin emzirme sorunlarının çözümünde, etkili yaklaşımlar sunabilmek için geleneksel bakım uygulamaları yerine sistematik bilgi, teori ve modellere dayalı bakım girişimlerini kullanmaları gerekmektedir. Günümüzde ebe ve hemşireler problem çözmede sistematik bilgi ve kuramlara dayalı yaklaşımları kullanarak profesyonelleşme sürecinde daha hızlı ilerlemektedirler (Haylı ve Demir Kösem, 2022).

Ebe ve hemşirelerin, emzirmenin teşvik edilmesi ve sürdürülmesinde önemli rolleri bulunmaktadır. Emzirmenin teşvik edilmesi, desteklenmesi, korunması ve sürdürülmesinde doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde ebe ve hemşireler farklı roller üstlenmektedir. Ebe ve hemşirelerin danışmanlık ve eğitmenlik rolleri kapsamında verdikleri bilgi (sağlık eğitimi) desteği önemli bir yere sahiptir. Ebe ve hemşireler bu rolleri gereği antenatal dönemden başlayarak annelerin emzirme yeterliliklerine etki edebilecek fiziksel, ruhsal ve sosyo-kültürel faktörleri değerlendirerek emzirmenin sürdürülmesini sağlamaktadırlar (Arslan, 2020).

Emzirmenin sağlığa olan yararlarına ilave olarak, emzirmeyi erken başlatma ve sürdürmenin de iyi bilinmesi gerekmektedir. Emzirmenin en uygun şekilde başlatılıp devam ettirilmesinde sağlık profesyonelleri tarafından verilen emzirme danışmanlığının rolü önemlidir. Öncelikle ebe ve hemşireler olmak üzere ilgili sağlık profesyonellerinin annelerin emzirme yeterliliklerinin değerlendirmeleri, emzirmeyi başlatmaları ve sürdürmeleri, anne ve bebeğin ihtiyaçları doğrultusunda destek sağlamaları gerekmektedir (Dolgun ve diğerleri, 2019).

Kadınların sosyodemografik özelliklerinin, isteklerinin ve motivasyon düzeylerinin de emzirme uygulamalarına uyma kararlarını belirlemede önemli olduğu iyi bilinmektedir. Emzirme yeterliliği genellikle bir annenin ne kadar süre emzirdiği ile ölçülmektedir (Thet ve diğerleri, 2015; Kronborg ve diğerleri, 2015). Ayrıca emzirmenin süresi ve başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biri de annenin emzirme yeterliliğidir. Emzirme yeterliliği, bebeğini emzirebilmek için annenin ne kadar çaba sarf ettiğini, duygusal açıdan emzirmeye hazır olup olmadığını ve emzirme ile ilgili fikirlerini yansıtmaktadır. Yeni anne olmanın yaratmış olduğu stres ve duygusal yük emzirmenin başarılı bir şekilde sürdürülmesinin önünde engel olabilmektedir. Anne, sütünün yetersiz olduğunu düşünmesi durumunda bebeğini besleyebilmek için çeşitli beslenme yollarına yönelmektedir. Bu durum emzirme yeteneğini ve dolayısıyla sadece anne sütü ile beslenme süresini etkileyebilmektedir (Akkoyun ve Taş Arslan, 2016; İnce ve diğerleri, 2017).

Emzirmenin teşvik edilebilmesi ve desteklenebilmesi amacıyla öncelikle emzirmenin yeterliliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirme, güvenilir ölçüm araçları ile yapılabilmektedir. Annelerin sütünün yetersiz olduğuna ilişkin kaygılarını gidermek ve emzirmeyi etkin şekilde değerlendirebilmek için geçerliliği kanıtlanmış, kullanımı kolay ölçüm araçları kullanılarak emzirmenin yeterliliği değerlendirilmektedir. Ebelik ve hemşirelik bakımı alanına giren emzirmenin yeterliliği, geçerliliği ve güvenilirliği onaylanmış bir ölçme

aracı kullanılarak değerlendirilmesi, doğru araştırma sonuçlarının elde edilmesi, kanıta dayalı uygulamaların ve kuramlarının geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir (Dolgun ve diğerleri, 2018).

Ayrıca emzirme yönteminin doğruluğu da emzirmenin sürdürülmesi açısından önemlidir. Emzirmeyi doğru bir şekilde yapabilmek ve öğrenilmiş bir davranış olan emzirmeyi sürdürebilmek için annelerin taburcu olmadan önce bebeklerini en az iki kez başarıyla emzirmiş olmaları gerekmektedir. Özellikle emzirme konusunda risk altında olabilecek annelere sağlık profesyonelleri tarafından yardım edilmelidir. Annelere emzirme danışmanlığı, annelerin yalnızca yeni doğum yaptığı dönemde değil, bebeği iki yaşına gelene kadar verilebilmektedir (Kul Uçtu, 2019; Yeşilçicek Çalık ve diğerleri, 2017).

Bir ebe veya hemşire, doğumdan önce ve hastaneden taburcu olduktan sonra ilk altı ay sadece anne sütü öğretimi ve pozitif destek sağlayarak anne sütü ile beslemenin ilerlemesini teşvik edebilmektedir (Durmuş ve Durmuş İskender, 2022). Bu nedenle antenatal dönemde başlayan ve doğum sonu dönemde devam eden emzirme eğitimi, annelerin desteklenmesinde, emzirme süresinin, emzirme başarısının ve emzirme oranlarının arttırılmasında oldukça önemlidir. Bu eğitim ve destekler ile annenin bebeğini yalnızca anne sütü ile besleme süresi önemli derecede artmaktadır (Arça ve Işık, 2019).

Doğum sonu dönem, annenin duygusal açıdan değişimlere karşı en savunmasız olduğu dönemlerden biridir. Kadınlar bu dönemde postpartum iyileşme sürecinde olmaları nedeni ile yeni rollerini öğrenmeye ve uyum sağlamaya çalışmaktadırlar. Bu süreçte kadınların hem yakınlarından hem de sağlık profesyonellerinden aldıkları destek, kendilerine olan güvenlerini artırarak, annelik rolüne uyumlarını kolaylaştırmaktadır (Gülşen ve Doğan Merih, 2018; Keten Edis, 2021).

Ampirik çalışmalar, emzirme danışmanlığı hizmetlerinin doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası erken dönemlerde ve daha sonrasında ihtiyaç duyulduğunda verilmesi gerektiğini önermektedir (Cantürk, 2018; Gündüz, 2018). Doğumdan sonraki ilk gün ve haftalar, emzirmenin etkili bir biçimde başlatılması ve oluşturulması için hassastır. İlk kez anne olacak ve daha önceki bebeklerini başarılı bir şekilde emziremeyen anneler için, nitelikli destek sağlanamazsa, süreç kolayca kesintiye uğrayabilir (Black ve diğerleri, 2020). Bu nedenle iyi yönetilmesi gerekmektedir.

Emzirme güçlüğü yaşayan kadınlar için ebe ve hemşirelerin sağladığı destek erişilebilir olmalıdır. Sağlık hizmeti sunucuları, emziren annelerin ruh sağlığı için hem olumlu desteğin sağlanması, hem de olumsuz olarak algılanan niteliklerin önemi konusunda bilgilendirilmelidir. Emzirmeye ilişkin duygusal açıdan destek sağlamak, anneyi bilgilendirmeye yardımcı olur. Süreç içerisinde ebe ve hemşireler de emzirme desteği konusunda yapılandırılmış eğitim almaya devam etmelidir (Chaput ve diğerleri, 2015).

2.3. Konuya İlişkin Yapılan Çalışmalar ve Sonuçları

Alus Tokat ve diğerleri (2015), yaptıkları çalışmada vajinal doğum, epidural anestezi ile sezaryen doğum ve genel anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerin doğum sonrası ilk 24 saatte emzirme sonuçlarını ve emzirme öz yeterliliklerini karşılaştırmayı amaçlamışlardır. Araştırmanın örneklemini Türkiye’de 334 anne oluşturmaktadır. Çalışmada veri toplama aracı olarak, veri toplama formu, emzirme değerlendirme formu ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, genel anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerin daha fazla emzirme sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir. Ancak, emzirme öz-yeterlilik algısı açısından gruplar arasında fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Exavery ve diğerleri (2015), Tanzanya’nın üç kırsal ilçesinde emzirmeye erken başlamanın kapsamını ve erken emzirmeyle ilişkili olan faktörleri incelemeyi amaçlamışlardır. Araştırmada kullanılan veriler 2011 yılında Tanzanya’nın Rufiji, Kilombero ve Ulanga bölgelerindeki hane halklarının kesitsel bir araştırmasından elde edilmiştir. Anketten önceki 2 yıl içinde doğum yapmış 889 kadın araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada doğum şeklinin, emzirmeye erken başlamada etkili bir faktör olduğu sonucuna ulaşımlardır. Çalışmada emzirmeye erken başlama, yani doğumdan sonraki bir saat içinde emzirmeye başlama oranının %51 olduğu ve sezaryenle doğumdan sonra emzirmeye erken başlama oranının vajinal doğuma göre %78 daha düşük olduğu sonucuna ulaşımlardır.

Sarper (2015), yaptığı çalışmada spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda anne ve bebek arasındaki erken ten temasının emzirme yeterliliğine etkisini belirlemeyi amaçlamıştır. Araştırmada çalışma grubu, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan 17 deney ve 35 kontrol grubu olmak üzere toplam 52 anneden oluşmaktadır. Veri toplama aracı olarak, sosyo-demografik veri toplama formu ve IBFAT Emzirme Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, deney grubunun kontrol

grubuna göre ilk ve 24. saatteki İBFAT emzirme puanı daha yüksek olduğu, ancak bu sonucub istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir. Yine bu çalışmada, deney grubundaki bebekler ortalama 56,5'inci dakikada emzirilirken, kontrol grubundaki bebeklerin 83,2'nci dakikada emzirildiği rapor edilmiştir. İlave olaral deney grubundaki annelerin %41,2 ve kontrol grubundakilerin %57,1'inin sütünün geldiği, deney grubundaki annelerin daha az ağrı kesiciye ihtiyaç duydukları, fakat gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir.

İnce ve diğerleri (2017), yaptıkları çalışmada, annelerinin emzirme yeterliliklerini ve emzirme başarılarını etkileyen faktörler ile emzirme yeterliliği ve başarısı arasındaki ilişkinin incelemesi amaçlamıştır. İzmir'de bir üniversite hastanesinde, 91 anne ile yapılan bu araştırmada veriler tanımlayıcı veri formu, emzirme özyeterlilik ölçeği-kısa şekli ve LATCH emzirmeyi tanılama ve değerlendirme ölçeği ile toplanmıştır. Araştırma sonucunda, annelerin emzirme yeterlilikleri ve başarılarının emzirme deneyimlerinden, gebelikte veya doğum sonrasında emzirme danışmanlığı almalarından ve bebeğin yalnızca anne sütü ile beslenmesinden etkilendiği tespit edilmiştir. Yine çalışmada annelerin emzirme özyeterlilik ve LATCH ölçeği puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bildirilmiştir.

Cantürk (2018), çalışmasında postpartum dönemde vajinal ve sezaryen doğum yapan annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeylerini belirlemeyi amaçlamıştır. Araştırmada çalışma grubu, 01.02.2017-15.06.2017 tarihleri arasında İstanbul ili Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Servisinde yeni doğum yapan 442 anneden oluşmaktadır. Çalışma verileri “Veri Toplama Formu” ve “Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği” ile toplanmıştır. Bu araştırmada, annelerin doğum şeklinin emzirme öz yeterlilik düzeylerini etkilemediği, ancak doğum şeklinin annelerin bebeklerine ilk dokunma ve ilk emzirme zamanını etkilediği bildirilmiştir. Ayrıca bu araştırmada, annelerin yaşı, eğitim durumu, eşlerinin eğitim durumu, medeni durumları, aile yapısı, gelir durumu, sosyal güvence durumu, gebelik ve çocuk sayıları, gebelikte problem yaşama durumu, vajinal doğuma karar verme nedeni, doğumda sorun yaşama durumları, emzirme deneyimi, emzirme ile ilgili aldığı bilgi kaynakları ve bebeğe ağızdan ilk verilen besinin emzirme öz-yeterlilik düzeyleri üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yılmaz (2018)'ın çalışmasında, doğum eylemi başlayan ve başlamayan planlı sezaryenlerin doğum sonu emzirme ve anne-bebek bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışma, sezaryeni planlı olup spontan doğum eylemi başlayan 180 kadın ve doğum eylemi başlamadan planlı şekilde sezaryene alınan 180 kadın olmak üzere toplam 360

anne ile yapılmıştır. Bu çalışmanın verileri, "Kişisel Tanıtım Formu" "LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği" ve "Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ)" ile toplanmıştır. Bu araştırmanın sonucunda, doğum eylemi başlayan planlı sezaryen grubunda, emzirme ve anne-bebek bağlanma düzeyi ile ilk yarım saat içerisinde emzirme ve sadece anne sütü alma oranının önemli düzeyde daha yüksek ve sarılık gelişme oranının ise önemli düzeyde daha düşük olduğu rapor edilmiştir.

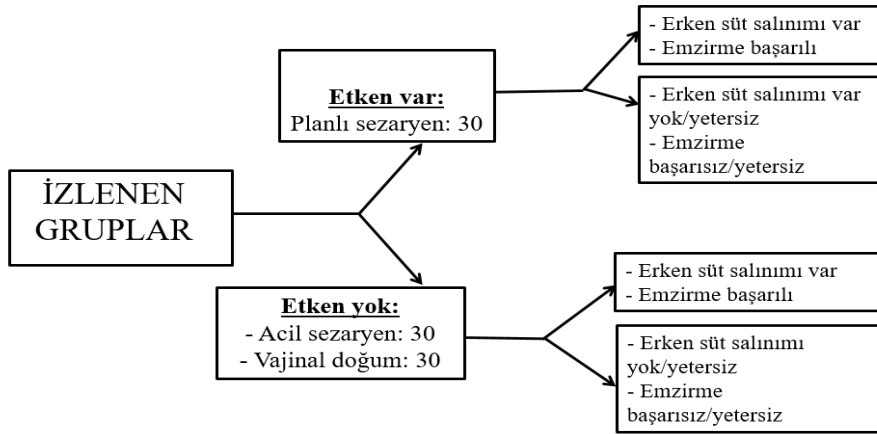
Zhang ve diğerleri (2019), yaptıkları çalışmada, sezaryen sonrası erken emzirmenin uzun süreli emzirmeyle ilişkisini araştırmayı amaçlamışlardır. Çalışmanın örneklemini üç eğitim hastanesinden elde edilen 648 sağlıklı emziren primipar (333'ü sezaryenle, 315'i vajinal doğumla) oluşturmuştur. Annelerin emzirmeye başlama, sıklık ve süre, formül besin takviyesi ve bebek emme performansını içeren ilk üç gün emzirme davranışlarına ilişkin verileri toplamışlardır. Bu çalışmada, vajinal doğum sonrası ilk emzirmeye kadar geçen sürenin ortalamasının 40,91 dakika iken, sezaryen doğum sonrası ilk emzirmenin 74,54 dakika sonra gerçekleştiği belirtilmiştir. Yine çalışmada, ilk emzirme süresinin vajinal doğum sonrası bebeklerde 18,33 dakika iken, sezaryen doğum sonrası bebeklerde 14,98 dakika olduğunu ve sezaryen doğumun erken emzirme davranışları üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu sonuçları rapor edilmiştir.

Turan ve Bozkurt (2020), 320 anne ile yaptıkları araştırmalarında, primipar annelerin doğum şekli ve emzirmeye ilişkin özelliklerine göre emzirme öz yeterlilik düzeylerini belirlemeyi amaçlamışlardır. Bu çalışmanın verileri Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği-Kısa Şekli ve araştırmacılar tarafından hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu ile toplanmıştır. Araştırmanın sonucunda, annenin bebeği ilk kucağına alma zamanı, doğumdan sonra ilk emzirme, ilk 24 saatte emzirme sıklığı, emzirmeye tanık olma durumu ile 24. saat ve 15. günde Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu sonuçlarına ulaşmışlardır. Ayrıca çalışmada, vajinal ve sezaryen doğum yapan annelerin, doğumdan sonra ilk 24. saatte yapılan ölçümlerde emzirme öz yeterlilik düzeyinin 15. günde yapılan ölçümlere göre düşük olduğu ve vajinal doğum yapan primipar annelerin emzirme öz yeterlilik algısının sezaryen ile doğum yapan annelere göre daha yüksek olduğu sonuçları bildirilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma kohort çalışma olarak planlanmıştır. Planlı sezaryen ile doğum yapan kadınlar vaka (etken olan) grubunu, acil sezaryenle ve vajinal doğum yapan kadınlar da kontrol (etken olmayan) gruplarını oluşturmaktadır.



Şekil 4. Araştırmanın şekli.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Nazilli Devlet Hastanesi doğum ünitesinde yapılmıştır.

Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, obstetri servisi toplam 36 yatak kapasitesinde olup iki oda suit oda olarak diğer odalar tek ve çift kişilik olarak düzenlenmiştir. Hastanede gebe bilgilendirme sınıfı, emzirme ve relaksasyon polikliniği de bulunmaktadır. Bu hastane “Anne ve Bebek Dostu Hastane” statüsünde hizmet vermektedir. Bu hastanenin 2021 yılı Ocak ve Haziran ayları arasındaki doğum sayısı 1792’dir. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin Aydın ilindeki kadın hastalıkları ve doğuma ilişkin tek dal hastanesi olması ve birçok farklı ilçelerden doğum için kadınların hastaneye başvurması nedenlerinden dolayı araştırmanın bu hastanede yapılması uygun görülmüştür. Bu durum araştırmanın örnekleme alınan bireylerin çeşitliliği bakımından oldukça önemlidir.

Nazilli Devlet Hastanesi, doğum servisi toplam 29 yatak kapasitesinde olup 5 oda suit oda olarak diğer odalar çift kişilik olarak düzenlenmiştir. Hastanede gebe bilgilendirme sınıfı, emzirme ve relaksasyon polikliniği de bulunmaktadır. Bu hastane “Anne ve Bebek Dostu Hastane” statüsünde hizmet vermektedir. Bu hastanenin 2021 yılı Ocak ve Haziran ayları arasındaki doğum sayısı 732’dir. Nazilli Devlet Hastanesi; Aydın’ın en büyük İlçe Hastanesidir.

3.3. Araştırma Zamanı

Araştırma Şubat 2022 ve Ekim 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın zamanı ile ilgili ayrıntılı bilgiler Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5. Araştırma zamanı ile ilgili bilgiler.

Tezin aşamaları	Tarihler
Araştırma konusunun seçimi	Haziran 2021
Veri toplama formlarının oluşturulması	Ağustos-Kasım 2021
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik kurul ön onayının alınması	29 Aralık 2021
Tez konusunun Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanması	12 Ocak 2022
Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Aydın İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izinlerinin alınması	14 Şubat 2022
Nazilli Devlet Hastanesi, Aydın İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izinlerinin alınması	21 Nisan 2022
Soru formunun ön uygulaması	Ocak 2022
Araştırma verilerinin toplanması	Şubat 2022- Ekim 2022
Araştırma verilerinin analizi ve sonuç raporlarının hazırlanması	Kasım-Aralık 2022
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik kurul sonuç onayının alınması	26 Ocak 2023

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Obstetri Servisi ve Nazilli Devlet Hastanesi Doğum Servisine doğum sonrası dönemde yatışı olan kadınlar oluşturmaktadır. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin 2021 yılındaki doğum sayısı yaklaşık 3600'dür (ilk altı ayda $1792 \times 2 = 3584$). Bu 1792 kadının 821'i vajinal doğum, 497'si ilk sezaryen ve 474'ünde ikinci ve daha fazla sezaryen olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Nazilli Devlet Hastanesinin 2021 yılındaki doğum sayısı 1511'dir. Bu 1511 kadının 620'si vajinal doğum, 891'inin de sezaryen olduğu bilgisine ulaşılmıştır.

Araştırmanın örnekleme alınacak kadın sayısı, daha önce konuya ilişkin yapılan bir çalışmaya rastlanmadığından, araştırma örnekleme alınması gereken en az birey sayısı G*Power ile bu çalışmanın ilk 30 (planlı sezaryen: 10, acil sezaryen: 10 ve vajinal doğum: 10) verisine dayalı olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya, olası vaka kayıpları ve parametrik test kriterleri de dikkate alınarak 90 (30 planlı sezaryen, 30 acil sezaryen ve 30 vajinal doğum yapan) anne alınmıştır. Emzirme deneyimi önemli bir etki değiştirici değişken olabileceği varsayılarak, araştırma gruplarına annelerin alınmasında, her grubun yaklaşık yarısının primipar ve diğer yarısının multipar olmasına dikkat edilmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına dayalı yapılan G*Power analizinde etki büyüklüğü: 0,3, toplam örneklem hacmi: 90 ve df: 2 alınarak yapılan hesaplamada güç: 0,86 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

3.5.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- 18-35 yaş aralığında olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Bebeği miadında doğan (37-42 gestasyon haftası),
- Doğum sonu dönemde bebeği ile aynı odada kalan ve

- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen anneler dahil edilmiştir.

3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Annede emzirmeyi olumsuz etkileyebilecek fiziksel ve ruhsal sağlık sorunu bulunma,
- Yüksek riskli gebelik öyküsü,
- Bebeğe emmeyi etkileyebilecek bir sağlık problemi bulunma,
- Bebeğin anneden ayrılmasını gerektirecek bir durum bulunması ve
- Covid-19 tanısı alan anneler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1), LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği ve Laktasyon Değerlendirme Formu (EK 2) kullanılmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Aksoy ve Akyol, 2021; Karaçam ve Sağlık, 2019). Formda, annelerin sosyodemografik özelliklerini (6 soru), obstetrik özelliklerini (1 soru), şimdiki gebeliğe, doğuma ve doğum sonrası anne ve bebeğe ait bilgileri (13 soru) ve multipar ise geçmiş emzirme deneyimine ilişkin (3 soru) bilgileri sorgulayan toplam 23 sorudan oluşmaktadır. Bu form yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.6.2. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği

Çalışmada annelerin emzirme başarısını saptamak için LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği kullanılmıştır. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği, emzirmenin objektif tanılanmasını sağlamak amacı ile Jensen ve Wallace (1994) tarafından oluşturulmuş, Yenal ve Okumuş (2003) tarafından da güvenilirliği yapılmış ve Chronbach alfa değeri 0,95 olarak belirtilmiştir. Ölçek, 5 değerlendirme kriterinin İngilizce baş harflerinden oluşmaktadır.

L (Latch on the breast) = Memeyi Tutma

A (Audible swallowing) = Bebeğe yutma hareketi görülmesi

T (Type of the nipple) = Meme ucu tipi

C (Comfort breast/nipple) = Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı

H (Hold) = Bebeğin tutuş pozisyonu

Her madde, 0 - 2 puan arası değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 10'dur. Ölçekten alınan puanlar arttıkça emzirme başarısı da artmaktadır (Yazıcı ve diğerleri, 2020; Yenal ve Okumuş, 2003; Jensen ve Wallace, 1994). Bu form gözlem yapılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.6.3. Laktasyon Değerlendirme Formu

Bu çalışmada erken süt salınımı saptamak amacı ile Tatarlar ve Aluş Tokat (2015) tarafından geliştirilen ve yüksek lisans tez çalışmasında kullanılan Laktasyon, Bebeğin Emme Davranışı ve İlk Emzirmeyi Değerlendirme Formu'nun "Laktasyon Değerlendirme" bölümü kullanılmıştır. Bu formda annelerin laktasyonu meme dolgunluğu, memeden sütün gelme durumu ve emzirme sonrası memenin durumu belirlenerek değerlendirilmiştir. Bu çalışmada formun değerlendirmesi kategorik değişken olarak yapılmış ve sayı ve yüzde ile analiz edilmiştir. Çalışmamızda da bu form yolu ile elde edilen veriler benzer şekilde değerlendirilmiştir. Yine ilgili çalışmada ölçüm aracı ile ilgili geçerlik ve güvenilirlik bilgisi rapor edilmemiştir. Bu çalışmada bu form da diğer veri toplama formları ile birlikte kapsam

geçerliği için uzman görüşüne sunulmuştur. güvenilirlik bilgisi rapor edilmemiştir. Bu form fizik muayene ve gözlem yöntemleri ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.7. Ön Uygulama

Veri toplama formları ve araştırmacının fizik muayene ve gözlem becerisinin standardizasyonunu sağlamak için 15 kadın (her gruptan 5 kişi) ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada elde edilen veriler analiz kapsamına dahil edilmemiştir. Uygulama sonrası tanıtıcı bilgi formunda; multipar anneler için, emzirme deneyimini ele alan sorulara ek olarak 1 soru dahil edilmiştir.

3.8. Veri Toplama Süreci

Araştırma verilerinin toplanmasından önce Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Nazilli Devlet Hastanesi'nde doğum yapan ve yatışı yapılan kadınlar araştırmanın uygunluk kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Ardından araştırma için uygun bulunan kadınlara araştırma hakkında bilgi verilerek, çalışmaya davet edilmiş, sözel ve yazılı olurları alınmıştır. Veriler vajinal doğum yapan annelerin doğum sonrası doğum kliniğindeki odalarına alındığında (ilk 1 saat içerisinde), sezaryen doğum yapan anneler ile de doğum sonrası doğum servisindeki odalarına alındıklarında (1 saat içerisinde) yüzyüze görüşme, fizik muayene ve gözlem yapılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Tanıtıcı bilgi formunda yer alan bebeğin ne ile beslendiği ve ek besin verilme nedeni doğum sonrası 4. saatte değerlendirilmiştir. Her görüşme 30-40 dakika sürmüştür. Bu işleme belirlenen örneklem hacmi tamamlanana kadar devam edilmiştir.

Doğumdan hemen sonra ten tene temas yapıldığını bildiren annelerin tamamı bu sürenin kısa olduğunu ve ilk emzirmenin orada başlatılmadığını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada kullanılan LATCH emzirme tanılama ölçeği ve Laktasyon değerlendirme formu verileri ilk emzirme değerlendirilerek toplanmıştır. Planlı sezaryen ve acil sezaryen grupları dosya kayıtları, annelerden bilgi alınarak (doğumun gerçekleşeceği günü planladıklarını iletmişlerdir) belirlenmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma protokolü için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29.12.2021 tarih ve E-15189967 sayılı karar yazısı ile ön onay alınmıştır (EK 4). Ardından araştırma verilerinin Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde toplanabilmesi için resmi izin alınmıştır (EK 5). Nazilli Devlet Hastanesi'nde toplanabilmesi için resmi izin alınmıştır (EK 6). LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği'nin kullanımı için ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Doç. Dr. Kerziban Yenal'dan (EK 7), erken süt salınımı saptamak amacı için kullanılan laktasyon değerlendirme formu için Doç. Dr. Merlinda Aluş Tokat'tan (Ek-8) gerekli izinler alınmıştır.

Araştırma Helsinki deklarasyona uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlara araştırma açıklandıktan sonra, araştırma hakkında bilgi verilmiş olup, bilgilendirilmiş olur formu ile yazılı onayları alınmıştır (Ek 3). Ayrıca katılımcılara çalışma sırasında toplanan bireysel bilgilerinin araştırmacılar tarafından korunacağı ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları bilgisi de verilmiştir.

3.10. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 25.0 Windows (SPSS Inc, Chicago IL, USA) istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk-W testi ile değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerin gruplara göre karşılaştırılmasında tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare testi, ANOVA ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Gruplararası farkın anlamlı olduğu durumlarda, farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için alt grup analizleri (Ki-kare testi, Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney-U ve Tukey testleri) yapılmıştır. Çalışmada istatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

3.11. Değişkenler

3.11.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni annelerin emzirme başarısı ve erken süt salınımı oluşturmaktadır.

3.11.2 Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; annelerin eğitim düzeyleri, ikamet ettikleri yer, çalışma durumu, gelir durumu, aile yapısı, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu, gebeliğinde anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim alma durumu ve doğum sonrası sağlık sorunu yaşama durumu, yaşı, gebelik sayısı, canlı doğum, doğum haftası ve bebeğin kilosu, bebeğin cinsiyeti, ten tene temas yapılma durumu, ilk beslenme zamanı, beslenme şekli, formül besin verilme nedeni, multipar annelerin anne sütü ile besleme deneyimi, multipar annelerin ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme deneyimi, multipar annelerin daha önce emzirme sorunu yaşama deneyimi oluşturmaktadır.

3.12. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler

Araştırmanın verilerinin tamamının Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde toplanması planlanmış, fakat Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı yetersizliği nedeniyle doğum oranında azalma, planlı sezaryen doğum sayısının az olması nedeni ile veri toplamada güçlük olmuş ve Nazilli Devlet Hastanesi de ek onay alınarak veri toplama sürecine dahil edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde planlı sezaryen doğumların doğum sonrası erken süt salınımı ve emzirme başarısına etkisini incelemek amacı ile yapılan çalışmanın bulguları sunulmuştur.

Tablo 6. Annelerin tanıtıcı özelliklerinin doğum şekillerine göre dağılımı.

Değişkenler	Planlı Sezaryen (n:30) Sayı (%)	Acil Sezaryen (n:30) Sayı (%)	Vajinal Doğum (n:30) Sayı (%)	Ki-kare / p değeri
Eğitim				
İlkokul mezunu	5 (16,7)	1 (3,3)	11 (36,6)	12,594 / 0,050
Ortaokul mezunu	5 (16,7)	7 (23,3)	6 (20,0)	
Lise mezunu	11 (36,6)	15 (50,1)	8 (26,7)	
Üniversite mezunu	9 (30,0)	7 (23,3)	5 (16,7)	
İkamet				
İl merkez	11 (36,7)	6 (20,0)	7 (23,3)	3,719 / 0,445
İlçe merkez	19 (63,3)	23 (76,7)	22 (73,4)	
Köy	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (3,3)	
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	29 (96,7)	24 (80,0)	26 (86,7)	4,486 / 0,106
Çalışıyor	1 (3,3)	6 (20,0)	4 (13,3)	
Gelir durumu				
Kötü	5 (16,7)	0 (0,0)	3 (10,0)	7,454 / 0,024
Orta ve yüksek	25 (83,3)	30 (100)	27 (90,0)	
Aile yapısı				
Çekirdek Aile	29 (96,7)	27 (90,0)	22 (73,3)	7,613 / 0,022
Geniş Aile	1 (3,3)	3 (10,0)	8 (26,7)	
Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu				
Hayır	29 (96,7)	29 (96,7)	30 (100)	1,645 / 0,439
Evet (hipertansiyon)	1 (3,3)	1 (3,3)	0 (0)	
Gebeliğinde anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim alma durumu				
Hayır	20 (66,7)	12 (40,0)	17 (56,7)	4,390 / 0,111
Evet	10 (33,3)	18 (60,0)	13 (43,3)	
Doğum sonrası sağlık sorunu yaşama durumu				
Hayır	29 (96,7)	30 (100)	30 (100)	2,220 / 0,330
Evet (hipertansiyon)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Çalışmaya katılan planlı sezaryen ile doğum yapan annelerin eğitim durumlarının daha çok lise (%36,6) ve üniversite (%30,0), acil sezaryen ile doğum yapanların lise (%50,1) ve vajinal doğum yapanların ilkokul (%36,7) ve lise (%26,7) olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de gruplar arası farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2= 12,594$; $p= 0,050$).

Planlı sezaryen (%63,3), acil sezaryen (%76,7) ve vajinal (%73,4) doğum yapan annelerin istatistiksel olarak benzer şekilde daha fazla oranda ilçede ikamet ettiği görülmüştür ($\chi^2= 3,719$; $p= 0,445$). Yine üç gruptaki annelerin çoğunun istatistiksel olarak benzer şekilde, gelir getiren bir işte çalışmadıkları belirlenmiştir (planlı sezaryen: %96,7, acil sezaryen: %80,0 ve vajinal doğum: %86,7; $\chi^2= 4,486$; $p= 0,106$).

Planlı sezaryen (%83,3), acil sezaryen (%100) ve vajinal (%90,0) doğum yapan annelerin büyük çoğunluğu gelir durumlarını daha çok orta ve yüksek olarak tanımladıkları bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2 = 7,454$; $p= 0,024$; Tablo 6). Ancak, yapılan alt grup analizinde bu farkın herhangi bir grup ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (planlı ve acil sezaryen: $\chi^2= 5,678$; $p= 0,128$; planlı sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 0,144$; $p= 0,704$; acil sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 4,573$; $p= 0,102$).

Yine vajinal doğum yapan annelerin geniş ailede yaşama oranları (%26,7), planlı sezaryen (%3,3) ve acil sezaryen (%10,0) doğum yapan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur ($\chi^2 = 7,613$; $p= 0,022$; Tablo 6). Yapılan alt grup analizinde farkın planlı sezaryen ve vajinal doğum grupları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (planlı ve acil sezaryen: $\chi^2= 1,118$; $p= 0,306$; planlı sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 7,161$; $p= 0,013$; acil sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 2,783$; $p= 0,095$).

Planlı sezaryen (%96,7), acil sezaryen (%96,7) ve vajinal (%100) doğum yapan annelerin tamamına yakını doğum sonrası herhangi bir sağlık sorunu yaşamadığını bildirmişlerdir. Yapılan istatistiksel analizde de gruplar arası farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2= 1,645$; $p= 0,439$). Sadece planlı sezaryen ile doğum yapan bir ve acil sezaryen ile doğum yapan bir anne hipertansiyon sorunu yaşadığını bildirmiştir.

Planlı sezaryen (%66,7), acil sezaryen (%40,0) ve vajinal (%56,7) doğum yapan anneler istatistiksel olarak benzer şekilde, gebeliğinde anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim almadığını bildirmiştir ($\chi^2= 4,390$; $p= 0,111$).

Planlı sezaryen olan annelerin %96,7'si acil sezaryen (%100) ve vajinal (%100) doğum yapan annelerin tamamı gebelikte herhangi bir sağlık sorunu yaşamadıklarını bildirmişlerdir. Yapılan istatistiksel analizde de gruplar arası farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2= 2.220$; $p= 0,330$). Çalışmada planlı sezaryen ile doğum yapan bir annenin doğum sonrası hipertansiyon sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Annelerin bazı sürekli değişken tanıttıcı özelliklerinin doğum şekillerine göre dağılımı.

Değişkenler	Planlı Sezaryen (n:30) Ortalama ± SS (min-max)	Acil Sezaryen (n:30) Ortalama ± SS (min-max)	Vajinal Doğum (n:30) Ortalama ± SS (min-max)	F ve K-W değerleri / p değeri
Yaş	27,27 ± 4,89 (18-35)	26,63 ± 4.10 (19-35)	23,30 ± 4,30 (18-34)	6,902 / 0,002
Gebelik sayısı	2,03 ± 1,10 (1-4)	2,06 ± 1,22 (1-5)	1,93 ± 0,94 (1-4)	0,031 / 0,984
Canlı doğum	1,80 ± 0,89 (1-4)	1,80 ± 1,01 (1-4)	1,80 ± 0,96 (1-4)	0,037 / 0,982
Doğum haftası	38,30 ± 0,60 (37-39)	39,00 ± 1,23 (37-41)	39,17 ± 1,18 (37-41)	11,109 / 0,004
Bebeğin kilosu	3212 ± 385,87 (2530-4050)	3337,13 ± 474,96 (2400-4315)	3118,33 ± 396,82 (2555-3680)	2,366 / 0,100

Bu çalışmada annelerin yaş ve bebeğin kilosu değişkenlerinin normal dağılıma uygun olduğu, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve doğum haftası değişkenlerinin normal dağılıma uygun olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalamalarının gruplara göre dağılımları incelendiğinde, planlı sezaryen (27,27 ± 4,89; min-max: 18-35) ve acil sezaryen (26,63 ± 4.10; min-max: 19-35) doğum yapanların yaş ortalamalarının vajinal doğum yapanlarınkine (23,30 ± 4,30; min-max: 8-34) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde de gruplar arası bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (F: 6,902; $p= 0,002$). Yapılan alt grup analizinde, bu farkın, planlı sezaryen ile normal doğum (MD: 3,97±1,15; $p= 0,002$)

ve acil sezaryen ile normal doğum (MD: 3,33±1,15; p= 0,013) grupları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan acil sezaryen (2,06 ± 1,22; min-max: 1-5), planlı sezaryen (2,03 ± 1,10; min-max: 1-4) ve vajinal doğum (1,93 ± 0,94; min-max: 1-4) gruplarındaki annelerin gebelik sayısı bakımından istatistiksel olarak benzer oldukları saptanmıştır (F: 0,031; p= 0,984). Yine benzer şekilde canlı doğum sayısı bakımından her üç grubun benzer olduğu bulunmuştur (sırası ile 1,80 ± 0,89; min-max: 1-4; 1,80 ± 1,01; min-max: 1-4; 1,80 ± 0,96; min-max: 1-4; F: 0,037; p= 0,984), (Tablo 7).

Annelerin doğum haftalarının gruplara göre dağılımları incelendiğinde, planlı sezaryen (38,30 ± 0,60; min-max: 37-39), acil sezaryen (39,00 ± 1,23; min-max: 37-41) ve vajinal doğum (39,17 ± 1,18; min-max: 37-41) yapan gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (F: 11,109; p= 0,004). Yapılan alt grup analizinde, bu farkın, planlı sezaryen ile vajinal doğum (MD: -0,87; p= 0,005) ve planlı sezaryen ile acil doğum (MD: -0,70; p= 0,029) grupları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Bebeklerin doğum kilolarının gruplara göre dağılımları incelendiğinde, planlı sezaryen (3212 ± 385,87; min-max: 2530-4050), acil sezaryen (3337,13 ± 474,96; min-max: 2400-4315) ve vajinal doğum (3118,33 ± 396,82; min-max: 2555-3680) grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (F: 2,366; p= 0,100), (Tablo 7).

Tablo 8. Bebeklerin cinsiyet, ten tene temas, beslenme şekli ve multipar annelerin daha önceki emzirme deneyimlerine ilişkin verilerinin doğum şekillerine göre dağılımı.

Değişkenler	Planlı Sezaryen (n:30) Sayı (%)	Acil Sezaryen (n:30) Sayı (%)	Vajinal Doğum (n:30) Sayı (%)	Ki-kare / p değeri
Bebeğin cinsiyeti				
Kız	13 (43,3)	14 (46,7)	16 (53,3)	0,623 /
Erkek	17 (56,7)	16 (53,3)	14 (46,7)	0,732
Ten tene temas yapılma				
Hayır	28 (93,3)	29 (96,7)	11 (36,7)	36,939 /
Evet	2 (6,7)	1 (3,3)	19 (63,3)	<0,001
İlk besleme zamanı				
İlk 30-60 dakika içinde	2 (6,7)	11 (36,7)	28 (93,3)	46,859 /
60 dakikadan sonra	28 (93,3)	19 (63,3)	2 (6,7)	<0,001
Besleme şekli				
Sadece anne sütü	6 (20,0)	25 (83,3)	24 (80,0)	32,073 /
Anne sütü ve formül besin	24 (80,0)	5 (16,7)*	6 (20,0)	<0,001
Formül besin verilme nedeni				
Sütün gelmemesi	20 (83,3)	5 (100)	2 (33,3)	
Sütün az olması	0 (0,0)	0	4 (66,7)	
Bebeğin kan şekeri düşmemesi için	2 (8,3)	0	0	
Bebekte sarılık olmaması için	2 (8,3)	0	0	
Multipar annelerin anne sütü ile besleme deneyimi				
Olan	12 (80,0)	13 (86,7)	13 (86,7)	0,328 /
Olmayan	3 (20,0)	2 (13,3)	2 (13,3)	0,849
Multipar annelerin ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme deneyimi				
Olan	3 (20,0)	8 (53,3)	10 (66,7)	6,964 /
Olmayan	12 (80,0)	7 (46,7)	5 (33,3)	0,031
Multipar annelerin daha önce emzirme sorunu yaşama durumu				
Hayır	4 (26,7)	9 (60,0)	9 (60,0)	4,447 /
Evet	11 (73,3)	6 (40,0)	6 (40,0)	0,108
Multipar annelerin daha önce yaşadığı emzirme sorunları				
Meme ucu çatlağı	3	0	1	
Süt yetersizliği	7	4	3	
Meme reddi	0	0	1	
Sütün gelmemesi	1	2	1	

*Acil sezaryen grubundaki bir bebeğe anne istemediği için hiç anne sütü verilmemiştir.

Planlı sezaryen ile doğan bebeklerin %56,7'sinin erkek, acil sezaryen ile doğan bebeklerin %53,3'ünün erkek ve vajinal doğum ile doğan bebeklerin %46,7'sinin erkek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde de gruplar arası farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2= 0,623$; $p= 0,732$).

Doğum sonrası anne ve bebek ile yapılan ten tene temas oranlarına bakıldığında, planlı sezaryenlerin %6,7'sine, acil sezaryenlerin 3,3'üne ve vajinal doğum yapan annelerin %63,3'üne ten tene temas yapıldığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2= 36,939$; $p= 0,001$). Yapılan alt grup analizinde bu farkın planlı sezaryen ve vajinal ile acil sezaryen ve vajinal doğum grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (planlı ve acil sezaryen: $\chi^2= 0,357$; $p= 0,500$; planlı sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 23,568$; $p< 0,001$; acil sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 24,300$; $p< 0,0001$).

Doğum sonrası bebeğin ilk 30-60 dakika içerisinde emzirilerek ilk beslenmesinin sağlanmasında planlı sezaryen (%6,7), acil sezaryen (%36,7) ve vajinal (%93,3) doğum yapan anneler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($\chi^2= 46,859$; $p= 0,001$). Vajinal doğum yapan annelerin ilk 30-60 dakika arasında bebeğini emzirerek besleme oranı en yüksek bulunmuştur. Ayrıca alt grup analizinde bu farkın planlı sezaryen ve vajinal ile acil sezaryen ve vajinal doğum grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (planlı ve acil sezaryen: $\chi^2= 0,859$; $p= 0,005$; planlı sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 53,786$; $p< 0,001$; acil sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 21,172$; $p< 0,0001$).

Vajinal doğum yapan annelerde doğum sonrası bebeğin sadece anne sütü ile beslenme oranı %80 iken, acil sezaryenlerde %83,3 ve planlı sezaryenlerde %20 olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizlerde de gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu ($\chi^2= 32,073$; $p= 0,001$) ve bu farkın planlı sezaryen ve vajinal doğum ile acil sezaryen ve planlı sezaryen doğum grupları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (acil ve planlı sezaryen: $\chi^2= 29,749$; $p< 0,001$; planlı sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 23,129$; $p< 0,001$; acil sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 0,111$; $p= 0,739$).

Araştırmaya katılan annelerin, doğum sonrası bebeğin beslenmesinde formül besin verme durumu değerlendirildiğinde, planlı sezaryen ile doğum yapan 6 (4 primipar, 2 multipar) anne sadece anne sütü ile beslediğini, 20 (11 multipar, 9 primipar) anne sütünün

gelmediği için, 2 (2 primipar) anne bebeğinin kan şekeri düşmemesi için ve 2 (2 multipar) anne bebeği sarılık olmaması için formül besin verdiğini bildirmiştir. Acil sezaryen ile doğum yapan 25 (13 primipar, 12 multipar) anne bebeğini sadece anne sütü ile, 5 (3 multipar, 2 primipar) anne de sütü gelmediği için formül besin verdiğini bildirmiştir. Vajinal doğum yapan 24 (13 multipar, 11 primipar) anne bebeğini sadece anne sütü ile, 2 (2 primipar) anne sütü gelmediği için ve 4 (2 primipar, 2 multipar) anne de sütü az olduğu için formül besin verdiğini bildirmiştir.

Çalışmaya katılan planlı sezaryen (%80,0), acil sezaryen (%86,0) ve vajinal (%86,0) doğum yapan multipar annelerin daha önceki bebek/bebeklerini emzirme deneyimlerinin olma durumları bakımından yapılan istatistiksel analizde gruplar arası farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2= 0,328$; $p= 0,849$).

Çalışmada, planlı sezaryen (%20,0) ile doğum yapan multipar annelerin bebek/bebeklerini ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme deneyimlerinin olma durumlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde acil sezaryen (%53,3) ve vajinal (%66,7) doğum yapanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır ($\chi^2= 6,964$; $p= 0,031$). Ancak, yapılan ileri analizlerinde bu sonucun planlı sezaryen ve vajinal doğum grupları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (acil ve planlı sezaryen: $\chi^2= 3,690$; $p= 0,064$; planlı sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 6,946$; $p= 0,013$; acil sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 0,556$; $p= 0,456$).

Multipar annelerin daha önceki emzirme deneyimlerinde herhangi bir sorunla karşılaşma durumları incelendiğinde, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (planlı sezaryen: %73,3; acil sezaryen: %40,0; vajinal doğum: %40,0; : $\chi^2= 4,447$; $p= 0,108$).

Planlı sezaryen ile doğum yapan 15 anneden 4 anne daha önceki bebek/bebeklerini emzirme deneyiminde herhangi bir sorun yaşamadığını bildirirken, 3 anne meme ucu çatlağı, 7 anne süt yetersizliği, 1 anne de sütünün gelmemesi nedeni ile emzirme sorunu yaşadığını bildirmiştir. Acil sezaryen ile doğum yapan 15 anneden 4 anne daha önceki bebek/bebeklerini emzirme deneyiminde herhangi bir sorun yaşamadığını bildirirken, 3 anne meme ucu çatlağı, 7 anne süt yetersizliği, 1 anne de sütünün gelmemesi nedeni ile emzirme sorunu yaşadığını bildirmiştir. Vajinal doğum yapan 15 anneden 9 anne daha önceki bebek/bebeklerini emzirme deneyiminde herhangi bir sorun yaşamadığını bildirirken, 1 anne meme ucu çatlağı, 3 anne süt yetersizliği, 1 anne meme reddi ve 1 anne de sütünün gelmemesi nedeni ile emzirme sorunu yaşadığını bildirmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Annelerin emzirme öncesi ve sonrası meme dolgunluğu ve süt gelme durumlarının doğum şekillerine göre dağılımı.

Değişkenler	Planlı Sezaryen (n:30) Sayı (%)	Acil Sezaryen (n:30) Sayı (%)	Vajinal Doğum (n:30) Sayı (%)	Ki-kare / p değeri
Emzirme öncesi meme dolgunluğu				
Yumuşak	17 (56,7)	3 (10,0)	0	35,334 /
Orta	12 (40,0)	23 (76,7)	27 (90,0)	<0,001
Sert	1 (3,3)	4 (13,3)	3 (10,0)	
Emzirme sonrası meme dolgunluğu				
Yumuşak	29 (96,7)	29 (96,7)	30 (100)	1,645 /
Orta	1 (3,3)	1 (3,3)	0	0,439
Sağ memeden süt gelme durumu (el ile sağım)				
Evet	18 (60,0)	30 (100)	30 (100)	30,301 /
Hayır	12 (40,0)	0	0	<0,001
Sol memeden süt gelme durumu (el ile sağım)				
Evet	18 (60,0)	30 (100)	30 (100)	30,301 /
Hayır	12 (40,0)	0	0	<0,001

Doğum sonrası erken dönemde laktasyon sürecinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan meme muayenesi ve gözlemde; planlı sezaryen ile doğum yapan annelerin %56,7'sinde emzirme öncesi meme dolgunluğu daha çok "yumuşak" olarak değerlendirilirken, acil sezaryenlerin %76,7'si ve vajinal doğumların %90,0'ında meme dolgunluğu "orta sertlikte" değerlendirilmiştir. Yapılan istatistiksel analizde de gruplar arası farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2= 35,334$; $p= 0,001$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın planlı sezaryen ve vajinal doğum ile acil ve planlı sezaryen doğum grupları arasındaki fark ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (acil ve planlı sezaryen: $\chi^2= 16,261$; $p< 0,001$; planlı sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 30,534$; $p< 0,001$; acil sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 4,623$; $p= 0,099$).

Çalışmada, emzirme sonrası memelerinin değerlendirilmesinde, planlı sezaryen olan annelerin %96,7'sinin, acil sezaryenlerin %96,7'si ve vajinal doğum yapanların tamamının (%100) meme dolgunluğunun yumuşak olduğu değerlendirilmiş ve yapılan istatistiksel analizde de gruplar arası farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2= 1,645$; $p= 0,439$).

Doğum sonrası annelerin sağ memeden süt gelme durumu değerlendirildiğinde, planlı sezaryenlerin %60,0'ında, acil sezaryen (%100) ve vajinal (%100) doğum yapanların tamamında sütün geldiği ve yapılan istatistiksel analizde de gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2= 30,301$; $p= 0,001$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın acil ve

planlı sezaryen ile planlı sezaryen ve vajinal doğum grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (acil ve planlı sezaryen: $\chi^2= 19,668$; $p< 0,001$; planlı sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 19,668$; $p< 0,001$; acil sezaryen ve vajinal: sayılar aynı olduğu için hesaplanmaz).

Yine benzer şekilde, doğum sonrası grupların sol memeden süt gelme durumu değerlendirildiğinde, planlı sezaryenlerin %60,0'ında, acil sezaryen (%100) ve vajinal (%100) doğum yapan annelerin tamamında sütün geldiği ve arasında yapılan istatistiksel analizde de bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2= 30,301$; $p= 0,001$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın acil ve planlı sezaryen ile planlı sezaryen ve vajinal doğum grupları arasındaki fark ile ilişkili olduğu saptanmıştır (acil ve planlı sezaryen: $\chi^2= 19,668$; $p< 0,001$; planlı sezaryen ve vajinal: $\chi^2= 19,668$; $p< 0,001$; acil sezaryen ve vajinal: sayılar aynı olduğu için hesaplanmaz) (Tablo 9).

Tablo 10. Annelerin LATCH ölçek puanlarının doğum şekline göre dağılımı.

Değişkenler	Planlı Sezaryen (n:30)	Acil Sezaryen (n:30)	Vajinal Doğum (n:30)	K-W / p değerleri
	Ortalama \pm SS (min-max)	Ortalama \pm SS (min-max)	Ortalama \pm SS (min-max)	
LATCH Puan	5,33 \pm 2,02 (2-10)	8,16 \pm 1,41 (4-10)	8,93 \pm 1,04 (7-10)	41,128 / <0,001

Bu çalışmada LATCH toplam puanının, normal dağılıma uygun olmadığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan planlı sezaryen annelerin LATCH ölçek puan ortalamalarının planlı sezaryen ile doğum yapanlarda 5,33 \pm 2,02 (min-max: 2-10) iken, acil sezaryenlerde 8,16 \pm 1,41 (min-max: 4-10) ve vajinal doğum yapanlarda 8,93 \pm 1,04 (min-max: 7-10) olduğu ve yapılan istatistiksel analizde de gruplar arası farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (K-W: 41,128; $p< 0,001$). Yapılan alt grup analizlerinde de tüm doğum grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (acil ve planlı sezaryen: $Z= -4,884$; $p< 0,001$; planlı sezaryen ve vajinal: $Z= -5,778$; $p< 0,001$; acil sezaryen ve vajinal: $Z= -2,071$; $p= 0,038$) (Tablo 10).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, planlı sezaryen doğumların doğum sonrası erken süt salınımı ve emzirme başarısına etkisini incelemek amacı ile 90 kadın ile yapılmıştır. Çalışmada planlı sezaryen, acil sezaryen ve vajinal doğum yapan annelerin eğitim durumları, ikamet yeri, gelir getiren bir işte çalışma, algılanan gelir düzeyi, gebelikte ve doğum sonrası dönemlerde sağlık sorunu yaşama, gebelikte anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim alma değişkenleri bakımından benzer özellikte oldukları bulunmuştur. Ayrıca çalışma gruplarının gebelik ve canlı doğum sayıları, bebeklerinin cinsiyeti ve kilosu bakımından benzer özellikte oldukları saptanmıştır. Bu sonuçlar grupların homojen özellikte olduklarını göstermesi bakımından önemlidir.

Bu çalışmada planlı sezaryen doğum yapan kadınların daha fazla oranda çekirdek ailede yaşadıkları gözlenmiştir. Yılmaz'ın (2018) yaptığı çalışmasında da benzer şekilde daha fazla oranda çekirdek ailede yaşadıkları bildirilmiştir. Yine benzer şekilde Turan ve Bozkurt'un (2020) çalışmasında da çekirdek ailede yaşama oranının yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre planlı sezaryenin sosyo-ekonomik statü ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmada planlı ve acil sezaryen ile doğum yapanların yaş ortalamalarının vajinal doğum yapanlarınkine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Işık ve diğerleri (2016) yaptıkları çalışmada da sezaryen doğum yapan annelerin yaş ortalamalarının vajinal doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Bu sonuç sezaryen doğumların daha ileri yaş ile ilgili olduğunu gösterebilir.

Bu araştırmada planlı sezaryen ile doğum yapanların gebelik hafta ortalamasının acil sezaryen ve vajinal doğum gruplarınkine göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Işık ve diğerleri (2016)'nin yaptıkları çalışmada da planlı sezaryen doğumların gebelik haftasının vajinal doğumlara göre düşük olduğunu belirtilmiştir. Bu sonuç planlı sezaryenlerin gebelikler miadını doldurmadan yapıldığını göstermesi bakımından önemlidir.

Bu araştırmada planlı ve acil sezaryen doğumlarda ten tene temas yapılma oranının vajinal doğumlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan bir çalışmada da benzer şekilde vajinal doğum sonrası erken temasın daha yüksek oranda olduğunu bildirilmiştir (Cantürk ve Kostak, 2020). Yine Çakır ve Alparslan (2018) da sezaryen doğumun annelerin bebeklerini ilk görme ve tensesel temas zamanlarını geciktirdiğini

bildirmişlerdir. Bu sonuçlar, sezaryen doğumun erken anne-bebek iletişimine müdahale eden ve olumsuz etkileyen bir durum olduğunu göstermesi bakımından değerlidir.

Bu çalışmada doğum sonrası bebeğin ilk 30-60 dakika içerisinde emzirilerek ilk beslenmesinin sağlanması bakımından her üç grup arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yani doğum sonrası ilk 30-60 dakika içerisinde emzirme oranı en yüksekten en düşüğe doğru vajinal doğum, acil sezaryen ve planlı sezaryen olarak sıralanmıştır. Bu konuda yapılan bir çalışmada, Işık ve diğerleri (2018) vajinal doğum yapan kadınların sezaryen ile doğum yapanlara göre bebeklerini ilk bir saat içerisinde besleme oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Yine benzer şekilde Şahin ve Özyurt (2017) 'un çalışmasında da vajinal doğum yapan annelerin ilk bir saat içinde emzirmeye başlama oranının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Turan ve Bozkurt (2020)'un da benzer şekilde sezaryen doğum yapan annelerin doğum sonrası ilk 30-60 dakika içerisinde emzirmeye başlama oranının vajinal doğum yapan annelerinkinden çok düşük olduğu bildirilmiştir (%16,3'e karşı %90,2). Akın ve Erbil (2020)'in yaptığı sistematik derlemede de doğum şeklinin emzirmeye başlamada etkili olduğu, sezaryen doğum yapan annelerin çoğunlukla emzirmeye daha geç başladıkları ve emzirme oranlarının daha düşük olduğu rapor edilmiştir. Benzer şekilde Tewabe (2016) da sezaryen doğum yapan annelerde emzirmeye başlamada gecikme olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçların aksine bazı çalışmalarda da doğum şeklinin emzirmenin başlama zamanını etkilemediğini bildirmiştir (Kiani ve diğerleri 2017; Esencan ve diğerleri, 2018; Akkuş 2022; Ünal ve Şenol 2022). Bu sonuçlar genel anlamda sezaryen doğum emzirmeye başlamayı geciktirdiğini göstermesi bakımından önemlidir. Bazı çalışmaların farklı sonuç bildirmeleri, araştırmaların yapıldığı sağlık kurumlarındaki uygulamalar ile ilişkili olabilir ve bu kurumlarda ya vajinal doğumlarda da gecikme mevcut olabilir ya da sezaryen sonrası erken emzirme ile ilgili iyileştirilmiş uygulamaların varlığı ile açıklanabilir.

Bu çalışmada vajinal doğum yapan annelerin doğum sonrası bebeğini sadece anne sütü ile besleme oranının, acil ve planlı sezaryen doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yine acil sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonrası bebeğini sadece anne sütü ile besleme oranının da planlı sezaryen doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Akyüz ve diğerlerinin (2007)'de tanımlayıcı tipteki çalışmasında sezaryen doğum yapan annelerin bebeklerinin emzirmeden önce anne sütü dışında bir besin ile besleme oranlarının normal doğum yapan annelere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçların aksine Akkuş (2022), kesitsel-analitik olarak yaptığı

çalışmasında, miadında sezaryen ile doğum yapan annelerin bebeklerine ilk besin olarak anne sütü verme oranı %93,8 olduğunu bildirmiştir. Bu bulgular sezaryen doğumların bebeklerin erken dönemde sadece anne sütü ile beslenmesini etkilediğini göstermesi bakımından değerlidir.

Araştırmada doğum sonrası erken dönemde bebeklerine formül besin veren annelerin ek besin verme nedenlerinin anne sütünün gelmemesi, bebeğinin kan şekerinin düşmemesi, sarılık olmaması için ve sütünün az olduğunu düşünmesi olduğu saptanmıştır. Çalık ve diğerleri (2017) de çalışmalarında benzer şekilde sezaryen doğum yapan annelerin ilk yarım saat içinde bebeklerini, uygulanan anestezinin etkisiyle sütünün olmaması ve bebeğin emmek istememesi nedenleriyle emziremediklerini dile getirmişlerdir. Çakır ve Alparslan (2018) da annelerin, emzirememe nedenlerinin doğum sonrası ağrılara dayanamama, meme sorunları, emzirme konusunda yeterince bilgi almamaları olarak ifade etmişlerdir. Çırpanlı (2017) ise benzer şekilde annelerin bebeklerini emzirememe nedenlerini sütün yeterli gelmemesi, emzirme problemlerinin olması, ameliyat bölgesindeki ağrı, tecrübesizlik, bebeğin memeyi almaması ve sütün gelmemesi olarak göstermişlerdir. Bu sonuçlar sezaryen doğumların bir çok nedenle emzirmeyi olumsuz etkilediğini göstermesi bakımından değerlidir.

Çalışmada, planlı sezaryen ile doğum yapan multipar annelerin bebek/bebeklerini ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme deneyimlerinin olma durumlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde acil sezaryen ve vajinal doğum yapanlardan daha düşük olduğu, bu farkın planlı sezaryen ve vajinal doğum grupları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Bu sonuç planlı sezaryenin bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme durumunu olumsuz etkilediğini göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmada planlı sezaryen ile doğum yapan annelerin emzirme öncesi meme dolgunluğunun acil sezaryen ve vajinal doğumlara göre daha çok “yumuşak” olarak değerlendirilmiştir. Bu durum planlı sezaryen doğumlarla erken süt salınımının daha az olabileceğini göstermektedir.

Çalışmada, emzirme sonrası memelerinin dolgunluğu değerlendirildiğinde ise her üç grubunda benzer olarak meme dolgunluğunun yumuşak olarak değerlendirildiği saptanmıştır. Bu sonucun bebeğin emmesi ile acil sezaryen ve vajinal doğum yapan kadınların memelerinin boşalması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada doğum sonrası annelerin memelerden süt gelme durumu değerlendirildiğinde, planlı sezaryen olan annelerin memelerinden süt gelme oranının acil

sezaryen ve vajinal doğum gruplarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuç planlı sezaryen olan annelerde laktasyon sürecinin geciktiğini gösterebilir. Bu annelerin emzirme öncesi memelerinin daha düşük dolgun olması da bu bilgiyi destekleyebilir.

Bu çalışmada planlı sezaryen doğum yapan annelerin LATCH ölçeği ile yapılan emzirme başarısı değerlendirmesinde, vajinal doğum yapan annelerin emzirme başarısının planlı ve acil sezaryen doğum yapanlara göre daha iyi olduğu, acil sezaryen doğum yapan annelerin emzirme başarısının da planlı sezaryen doğum yapanlara göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Evcil ve Zoroğlu (2020)'nin çalışmasında da benzer şekilde doğum şeklinin emzirme başarısını etkilediği, sezaryen doğum yapan annelerin LATCH ölçeği puan ortalamalarının vajinal doğum yapan annelere göre daha düşük olduğu belirtilmektedir. Egelioğlu ve diğerleri (2020) tarafından yapılan çalışmada ise emzirme başarısının sezaryen ile doğum yapan annelerde düşük olduğu bildirilmiştir. Diğer çalışmalarda da benzer şekilde yine vajinal doğum yapan annelerin sezaryen ile doğum yapan annelere göre emzirme başarısının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Kılıcı ve Çoban, 2016; Cetişli ve diğerleri, 2018). Bu sonuçların aksine Ünal ve Şenol (2022) ise annelerin doğum şeklinin emzirme başarısını etkilemediğini bildirmiştir. Bu çalışmaların çoğuna göre sezaryen doğumların, özellikle de planlı sezaryenlerin emzirme başarısını olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Bir araştırmanın farklı sonucunun olması örneklem grubunun özellikleri ya da veri toplama sürecindeki farklı yaklaşımlar ile açıklanabilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, çalışma gelişigüzel örnekleme yöntemi ile yapılan az sayıda anne ile yapılmıştır. Bu nedenle elde edilen sonuçları, çalışma grubunu temsil edebilir ve genellenemez. İkincisi, çalışmada körleme yapılamamış ve her üç grupta da çalışma verilerinin kapsamında yer alan gözleme dayalı veriler grupları bilen bir araştırmacı tarafından toplanmıştır. Bu durum gözleme dayalı verileri, planlı ya da acil sezaryen alehinde etkilemiş olabilir. Bu durumu kontrol altına alabilmek için bu veriler standart, geçerlik ve güvenilirliği olan veri toplama araçları ile toplanmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Planlı sezaryen doğumların doğum sonrası erken süt salınımı ve emzirme başarısına etkisini incelemek amacı ile yapılan bu çalışmada elde edilen başlıca sonuçlar;

- Planlı sezaryen, acil sezaryen ve vajinal doğum yapan annelerin eğitim durumları, ikamet yeri, gelir getiren bir işte çalışma, algılanan gelir düzeyi, gebelikte ve doğum sonrası dönemlerde sağlık sorunu yaşama, gebelikte anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim alma değişkenleri bakımından benzer özellikte oldukları; ayrıca çalışma gruplarının gebelik ve canlı doğum sayıları, bebeklerinin cinsiyeti ve kilosu bakımlarından benzer özellikte oldukları,
- Planlı sezaryen doğum yapan kadınların daha yüksek oranda çekirdek ailede yaşadıkları,
- Planlı ve acil sezaryen ile doğum yapanların yaş ortalamalarının vajinal doğum yapanlarına göre daha yüksek olduğu,
- Planlı sezaryen ile doğum yapanların gebelik hafta ortalamasının acil sezaryen ve vajinal doğum gruplarına göre daha düşük olduğu,
- Planlı ve acil sezaryen doğumlarda ten tene temas yapılma oranının vajinal doğumlara göre daha düşük olduğu,
- Doğum sonrası bebeğin ilk 30-60 dakika içerisinde emzirilerek ilk beslenmesinin sağlanması bakımından her üç grup arasındaki farkın anlamlı olduğu; doğum sonrası ilk 30-60 dakika içerisinde emzirilme oranı en yüksekten en düşüğe doğru vajinal doğum, acil sezaryen ve planlı sezaryen şeklinde sıralandığı,
- Vajinal doğum yapan annelerin doğum sonrası bebeğini sadece anne sütü ile beslenme oranının, acil ve planlı sezaryen doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu; yine acil sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonrası bebeğini sadece anne sütü ile beslenme oranının da planlı sezaryen doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu,
- Doğum sonrası erken dönemde bebeklerine formül besin veren annelerin ek besin verme nedenlerinin anne sütünün gelmemesi, bebeğinin kan şekerinin düşmemesi, sarılık olmaması ve sütünün az olduğunu düşünmesi olduğu,
- Planlı sezaryen ile doğum yapan multipar annelerin bebek/bebeklerini ilk altı ay sadece anne sütü ile besleme deneyimlerinin olma durumlarının istatistiksel olarak

anlamı bir şekilde acil sezaryen ve vajinal doğum yapanlardan daha düşük olduğu; ancak bu farkın planlı sezaryen ve vajinal doğum grupları arasındaki farktan kaynaklandığı,

- Planlı sezaryen ile doğum yapan annelerin emzirme öncesi meme dolgunluğunun acil sezaryen ve vajinal doğumlara göre daha yüksek oranda “yumuşak” olarak değerlendirildiği,
- Emzirme sonrası memelerinin dolgunluğu değerlendirildiğinde ise her üç grubunda benzer şekilde meme dolgunluğunun yumuşak olarak değerlendirildiği,
- Planlı sezaryen olan annelerin memelerinden süt gelme oranının acil sezaryen ve vajinal gruplarına göre daha düşük olduğu ve
- Planlı sezaryen doğum yapan annelerin LATCH ölçeği ile yapılan emzirme başarısı değerlendirmesinde, vajinal doğum yapan annelerin emzirme başarısının planlı ve acil sezaryen doğum yapanlara göre daha iyi olduğu, acil sezaryen doğum yapan annelerin emzirme başarısının da planlı sezaryen doğum yapanlara göre daha iyi olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlara dayalı olarak, bu alanda çalışan ebe ve hemşirelerin çalışmanın sonuçlarını dikkate alarak bakımı planlamaları, planlı sezaryenlerde gelişebilecek emzirme problemlerine yönelik çözümleri oluşturmaları önerilebilir. Sağlık kurum yöneticileri ve sağlık politika geliştircilerin planlı sezaryen oranlarını azaltabilecek ve / veya bu doğumların mümkün olduğunca miadına yakın yapılmasını sağlayabilecek uygulama ve izlem politikaları oluşturmaları yararlı olabilir. Örgün ve yaygın sağlık eğitimi veren eğitimcilerin eğitim içeriklerini çalışmanın sonuçlarına dayalı olarak güncellemeleri ya da eğitim içeriklerine bu konuyu da dahil etmeleri, planlı sezaryenin emzirmeye olan olumsuz etkilerinin azaltılmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca, bu çalışma sonuçlarını destekleyecek daha kapsamlı araştırmaların ve bu soruna yönelik çözüm yaklaşımlarını test edebilecek deneysel araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Açmaz, G. (2022). Anne isteği ile sezaryen. *SHGM. Sezaryen Klinik Protokolü* içinde, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Aditi, A., Jaiswal, A. K., Singh, S. K. (2022). Colostrum Feeding and complications faced post caesarean delivery: a propensity score matching approach. *Research Square*, 1-23.
- Akın, Ö. ve Erbil, N. (2020). Doğum şekli ve emzirme sistematik derleme. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 302-318. doi:10.38108/ouhcd.799949
- Akkoyun, S. ve Taş Arslan, F. (2016). İlk altı ay boyunca emziren annelerin emzirme öz-yeterlilikleri. *The Journal of Pediatric Research*, 3(4), 191-195.
- Akkuş, H. (2022). *Sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılmasında yaşanan sorunlar*. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Akyüz, A., Kaya, T., Şenel, N. (2007). Annenin emzirme davranışının ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 331-335.
- Alus Tokat, M., Serçekuş, P., Yenil, K., Okumuş, H. (2015). Early postpartum breast-feeding outcomes and breast-feeding self-efficacy in turkish mothers undergoing vaginal birth or cesarean birth with different types of anesthesia. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(2), 73-79.
- Altuntaş, N., Karaduman, M., Akbaş, T., Kıvılcım, S., Altay, M. (2016). Sezaryen ilişkili femur kırığı: Makat prezentasyonunun nadir komplikasyonu. *Selçuk Tıp Dergisi*, 32(1), 25-27.
- Anderson, S. M., MacLean, P. S., McManaman, J. L., Neville, M. C. (2015). Lactation and its hormonal control. In T. M. Plant, A. J. Zeleznik (Eds.), *Knobil and Neill's Physiology of Reproduction* (pp. 1-53). Elsevier.
- Arça, G. ve Işık, H. K. (2019). Anne Sütü ve Emzirmeye İlişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(3), 221-228.
- Arslan, H. (2020). *Simülasyon temelli emzirme eğitiminin kadınların emzirme başarısına, emzirme öz-yeterliliğine, emzirmeye ilişkin tutum ve bilgi düzeyine etkisinin*

değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.

Ayalew, M., Mengistie, B., Dheressa, M., Demis, A. (2020). Magnitude of cesarean section delivery and its associated factors among mothers who gave birth at public hospitals in Northern Ethiopia: Institution-Based Cross-Sectional Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1563-1571.

Bakırcı, Ş. (2017). *Spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda oluşabilecek maternal subklinik kardiyak hasarın troponin ile araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kırıkkale.

Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoğlu, A. M., Torloni, M. R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS ONE*, 11(2), 1-12.

Black, R., McLaughlin, M., Giles, M. (2020). Women's experience of social media breastfeeding support and its impact on extended breastfeeding success: A social cognitive perspective. *British Journal of Health Psychology*, 25(3), 754-771. doi:<https://doi.org/10.1111/bjhp.12451>

Boerma, T., Ronsmans, C. M., Barros, A. D., Barros, F. C., Juan, L., Moller, A.-B., . . . Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341-1348.

Büyükkaya Alptekin, B. (2015). *Multipar ve nullipar gebeliklerde sezaryen endikasyonlarının Robson sınıflaması ile değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Cantürk, D. (2018). *Vajinal ve sezaryen doğum yapan annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.

Cantürk, D. ve Kostak, M. A. (2020). Vajinal doğum yapan ve sezaryen operasyonu geçiren annelerin ilk emzirme davranışları öz-yeterlilik düzeyleri ve etkileyen faktörleri. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 382-394. doi:10.26559/mersinbd.718662

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2022). *Nutrition. Centers for Disease Control and Prevention*: <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/breastfeeding/how-much-and-how-often.html#print> adresinden erişildi

- Chaput, K. H., Adair, C. E., Nettel-Aguirre, A., Musto, R., Tough, S. C. (2015). The experience of nursing women with breastfeeding support: a qualitative inquiry. *CMAJ Open*, 3(3), 305-309.
- Coates, D., Homer, C., Wilson, A., Deady, L., Mason, E., Foureur, M., Henry, A. (2020). Indications for, and timing of, planned caesarean section: A systematic analysis of clinical guidelines. *Women and Birth*, 33(1), 22-34.
- Corso, E., Hind, D., Beever, D., Fuller, G., Wilson, M. J., Wrench, I. J., Chambers, D. (2017). Enhanced recovery after elective caesarean: a rapid review of clinical protocols, and an umbrella review of systematic reviews. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-10.
- Çakır, D. ve Alparlan, Ö. (2018). Doğum tipi değişkeninin anne-bebek etkileşimi ve annenin bebeğini algılaması üzerindeki etkilerinin incelenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(2), 139-147.
- Çetişli, N. E., Arkan, G., Top, E. D. (2018). Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 64(2). doi:10.1590/1806- 9282.64.02.164
- Çırpanlı, C. (2017). *Sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonrası emzirme başarısı*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Del Ciampo, L. A. ve Del Ciampo, I. R. (2018). Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 40, 354-359.
- Dhakal-Rai, S., van Teijlingen, E., Regmi, P. R., Wood, J., Dangal, G., Dhakal, K. B. (2021). A brief history and indications for cesarean section. *Journal of Patan Academy of Health Sciences*, 8(3), 101-111.
- Dolgun, G., İnal, S., Erdim, L., Korkut, S. (2018). Reliability and validity of the bristol breastfeeding assessment tool in the Turkish population. *Midwifery*, 57, 47-53.
- Dolgun, G., İnal, S., Erdim, L., Korkut, S. (2019). Emzirmenin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 419-426.
- Durmuş, A. ve Durmuş İskender, M. (2022). Türkiye’de emzirme eğitimi ile ilgili yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 1-14.

- Egelioğlu, C. N., Işık, S., Kahveci, M., Hacilar, A. (2020). Primipar annelerde doğum şekline göre postpartum fiziksel semptom şiddeti ve emzirme davranışları. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(2), 98-103.
- Eide, K. T., Morken, N.-H., Bre, K. (2019). Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 19(102), 1-10.
- Esencan-Yılmaz, T., Karabulut, ., Demir-Yıldırım, A., Ertuğrul-Abbasoğlu, D., Klek, H., şimşek, ., . . . Kılıcı, . (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 31-43.
- Evcil, F. ve Zoroğlu, G. (2020). Bir niversite hastanesinde doğum yapan annelerin anne sütü ve emzirmeye ilişkin bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 10(3), 221-227. doi:10.5505/kjms.2020.26429
- Exavery, A., Kant, A. M., Hingora, A., Phillips, J. F. (2015). Determinants of early initiation of breastfeeding in rural Tanzania. *International Breastfeeding Journal*, 10(27), 1-9.
- Field, A., Haloob, R. (2016). Complications of caesarean section. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 18(4), 265-272.
- Fields, A., Moritz, R. (2019). *My Caesarean: Twenty-one mothers on the C-Section experience and after*. New York: The Experiment.
- Garipağaoğlu, M., Samur, G., Bağcı Bosi, T., Yılmaz, M., Kelat, Z. (2019). Anne sütünün korunması, desteklenmesi ve geliştirilmesi, tamamlayıcı beslenme. G. Pekcan, N. şanlıer, M. Baş (Ed.), *Türkiye Beslenme Rehberi 2015* içinde, (s. 90-99). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Mdrlğ.
- Gedefaw, G., Goedert, M. H., Abebe, E., Demis, A. (2020). Effect of cesarean section on initiation of breast feeding: Findings from 2016 Ethiopian Demographic and Health Survey. *PLoS One*, 15(12), 1-13.
- Gertosio, C., Meaza, C., Pagani, S., Bozzola, M. (2016). Breastfeeding and its gamut of benefits. *Minerva Pediatrica*, 68(3), 201-212.
- Güleç, T. ve oban, A. (2019). Sezaryen doğum sonrası taburculuk eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluşluklarına etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(3), 461-469.

- Gülşen, Ç. ve Doğan Merih, Y. (2018). Doğum sonu dönemde anneler kimden hangi desteği bekliyor? *KASHED*, 4(1), 20-34.
- Gündüz, G. (2018). *Bir üniversite hastanesinde aile hekimliği polikliniklerine başvuran 18 yaş üzeri üreme çağındaki kadın hastaların anne sütü ve emzirme hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Haylı, Ç. M. ve Demir Kösem, D. (2022). The use of social cognitive theory and breastfeeding self-efficacy theory in breastfeeding education. B. Işık, F. Köse, S. Küçüktürk (Ed.), *Current Debates in Health Sciences* içinde, (s. 75-84). İzmir: Duvar Publishing.
- Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., Tough, S. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(90), 1-9.
- Husin, H., Isa, Z., Latif, K. A., Ariffin, R., Rahman, S. A., Ghazi, H. F. (2017). The Malay version of antenatal and postnatal breastfeeding self-efficacy scale-short form: reliability and validity assessment. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 17(2), 62-69.
- Işık, G., Egelioglu Cetişli, N., Başkaya, V. A. (2018). Doğum şekline göre annelerin postpartum ağrı, yorgunluk düzeyleri ve emzirme öz-yeterlilikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3), 224-232.
- Işık, H. K. ve Gülümser, A. R. (2019). Anne sütü ve emzirmeye ilişkin ebe ve hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(3), 221-228.
- Işık, Y., Dag, Z. O., Tulmac, O. B., Pek, E. (2016). Early postpartum lactation effects of cesarean and vaginal birth. *Ginekologia polska*, 87(6), 426-430. doi:10.5603/GP.2016.0020
- İnce, T., Aktaş, G., Aktepe, N., Aydın, A. (2017). Annelerin emzirme özyeterlilikleri ve emzirme başarılarını etkileyen özelliklerin değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 7(3), 183-190.
- Jauniaux, E., Grobman, W. A. (2016). Caesarean section: Introduction to the 'world's no. 1' surgical procedure. In E. Jauniaux ve W. A. Grobman (Ed.), *Textbook of caesarean section* (pp. 1-8). Oxford University Press.

- Jensen, D., Wallace, S., Kelsay, P. A. (1994). Breastfeeding charting system and documentation tool. *JOGNN*, 23, 27-32.
- Karabel, M. P., Demirbaş, M., İnci, M. B. (2017). Türkiye’de ve Dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 7(4), 158-163.
- Karaçam, Z. ve Sağlık, M. (2018). Breastfeeding problems and interventions performed on problems: Systematic review based on studies made in Turkey. *Turk Pediatri Ars*, 53(3), 134-148.
- Karakaya Suzan, Ö., Çınar, N. (2020). Kolostrum: özellikleri ve prematüre bebeğe faydaları. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 29(3), 221-227.
- Karbancıoğlu Cantürk, F., Songur Dağlı, S. (2018). Mültipar gebelerde primer sezaryen endikasyonları. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(4), 69-73.
- Kawakita, T., Landy, H. J. (2017). Surgical site infections after cesarean delivery: epidemiology, prevention and treatment. *Maternal Health, Neonatology, and Perinatology*, 3(12), 1-9.
- Keskin, H. L. (2022). Sezaryen ile doğumun komplikasyonları, anne ve bebek sağlığı üzerine uzun dönem etkileri. SHGM, *Klinik Sezaryen Protokolü* içinde, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Keten Edis, E. (2021). Sezaryen sonrası tensel temas ve emzirme. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(2), 103-108.
- Kılıcı, H. ve Çoban, A. (2016). The correlation between breastfeeding success in the early postpartum period and the perception of self-efficacy in breastfeeding and breast problems in the late postpartum. *Breastfeeding Medicine*, 11(4), 188-195. doi:10.1089/bfm.2015.0046
- Kırılmaz, H. ve Ulusinan, E. (2021). Tıp eğitimi çerçevesinde sezaryen. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 8(2), 114-125.
- Kiani, S., Rich, K., Herkert, D., Safon, C. (2017). Delivery mode and breastfeeding outcomes among new mothers in Nicaragua Rafael PérezEscamilla. *Maternal & Child Nutrition*, 14(1), 1-10.
- Kilci Erciyas, Ş., Sevil, Ü. (2021). Laktasyonu arttıran yöntemler: hipnoemzirme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(3), 229-234.

- Kitaw, T. M., Limenh, . S., Chekole, F. A., Getie, S. A., Gemed, B. N., Engda, A. S. (2021). Decision to delivery interval and associated factors for emergency cesarean section: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(224), 1-7.
- Kocaöz, F. Ş., Destegül, D., Kocaöz, S. (2019). Genel ve spinal aestezi altında sezaryen ile doğum yapmış kadınların postpartum erken dönemde emzirme sonuçları ve özyeterliliklerinin karşılaştırılması. *Journal of Maternal-Fetal Neonatal Med*, 34(10), 1545-1549.
- Kostak Akgün, M. ve Cantürk, D. (2019). *Vajinal ve sezaryen deoğum yapan annelerin emzirme özyeterlilik düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Krol, K. M., Grossmann, T. (2018). Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsbl*, 61, 977-985. doi:<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2769-0>
- Kronborg, H., Foverskov, E., Væth, M. (2015). Breastfeeding and introduction of complementary food in Danish infants. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, 138-145.
- Kuğuoğlu, S., Yıldız, H., Tanır, M. K., Demirbağ, B. C. (2012). Breastfeeding after a cesarean delivery. *Cesarean Delivery* (s. 121-160). içinde Rijeka, Croatia: InTech.
- Kul Uçtu, A. (2019). *Öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen emzirme eğitiminin emzirme başarısına etkisi: Randomize kontrollü çalışma*. Doktora Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Kurnaz, D. ve Uyar Hazar, H. (2021). Erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörler. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(2), 76-86.
- Kurt, G. ve Arslan, H. (2020). *Simülasyon temelli emzirme eğitiminin kadınların emzirme başarısına, emzirme özyeterliliğine, emzirmeye ilişkin tutum ve bilgi düzeyine etkisinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Lessen, R., Kavanagh, K. (2015). Position of the academy of nutrition and dietetics: Promoting and supporting breastfeeding. *Jorunal of The Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(3), 444-449.

- Li, L., Wan, W., Zhu, C. (2021). Breastfeeding after a cesarean section: A literature review. *Midwifery*, *103*, 1-13.
- Lyons, K. E., Ryan, C. A., Dempsey, E. M., Ross, R. P., Stanton, C. (2020). Breast milk, a source of beneficial microbes and associated benefits for infant health. *Nutrients*, *12*(1039), 1-29.
- Mandal, A. (2019). *Cesarean Section History*. *News Medical Life Sciences*. <https://www.news-medical.net/health/Cesarean-Section-History.aspx> adresinden erişildi
- Moberg, K. U., Handlin, L., Petersson, M. (2020). Neuroendocrine mechanisms involved in the physiological effects caused by skin-to-skin contact – With a particular focus on the oxytocinergic system. *Infant Behavior and Development*, *61*, 1-17.
- Moberg, K. U., Handlin, L., Kendall-Tackett, K., Petersson, M. (2019). Oxytocin is a principal hormone that exerts part of its effects by active fragments. *Medical Hypotheses*, *133*, 1-9.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*.
- Mylonas, I., Friese, K. (2015). Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Deutsches Arzteblatt International*, *112*, 489-495.
- National Health Service [NHS]. (2022). *Caesarean section (C-section)*. *NHS inform* <https://www.nhsinform.scot/ready-steady-baby/labour-and-birth/assisted-birth/caesarean-section-c-section> adresinden erişildi
- National Library of Medicine [NLM]. (2013). *Cesarean Section - A Brief History*. *National Institutes of Health NLM* <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/part1.html> adresinden erişildi
- North, E. (2015). *The Breastfeeding Mother's Guide : All about Breastfeed Book 1*.
- Opiyo, N., Kingdon, C., Oladapo, O. T., Souza, J. P., Vogel, J. P., Bonet, M., . . . Betran, A. P. (2020). Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. *Bulletin of the World Health Organization*, *98*(1), 66-68.

- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2022). *Caesarean sections. OECD Data.* <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm> adresinden erişildi
- Öcal, Z. (2019). *Tıp fakültesi öğrencilerinin normal doğum ve sezaryen doğum tercihlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Öner, S. ve Koçaş, F. (2016). Mersin'de 18-49 yaş arası bir grup kadında sezaryen sıklığı ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5).
- Özer Yurdal, N. E. ve Gerçek Öter, E. (2021). Sezaryen doğuma etik ilkeler kapsamında hemşirelik yaklaşımı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 97-119.
- Özkan, H., Uzun Özer, B., Arı, Ö. (2021). Sezaryen ile doğuma güncel bir bakış: modern sezaryen teorisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 30(4), 226-235.
- Pérez-Escamilla, R. (2020). Breastfeeding in the 21st century: How we can make it work. *Social Science & Medicine*, 244. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.05.036>
- Pillay, J., Davis, T. J. (2022). *Physiology, Lactation.* StatPearls Publishing.
- Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik (2014, Mayıs 25). *Resmi Gazete.* <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm> adresinden erişildi
- Sari, N., Herawati, L., Rubaya, A. K. (2021). Effect of husband's support in the implementation of oxytocin massage by midwife on the production and time of colostrum secretion among post c-section delivery women. *International Journal of Social Science (IJSS)*, 1(1), 31-36.
- Sarper, C. (2015). *Spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda erken ten temasının, emzirme yeterliliğine etkisi.* Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Shamir, R. (2016). The benefits of breast feeding. *Protein in Neonatal and Infant Nutrition: Recent Updates*, 86, 67-76.
- Smith, P. H. (2018). Social justice at the core of breastfeeding protection, promotion and support: A conceptualization. *Journal of Human Lactation*, 34(2), 220-225.

- Sriraman, N. K. (2017). The nuts and bolts of breastfeeding: Anatomy and physiology of lactation. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(12), 305-310.
- Sung, S., Mahdy, H. (2022). *Cesarean Section*. Statpearls. <https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/19265> adresinden erişildi
- Şahin, B. B. ve Özyurt, B. C. (2017). Manisa’da yarı-kentsel bir bölgede 0-24 ay çocuklarda anne sütü alma durumu ve beslenme alışkanlıkları. *Turkish Journal of Public Health*, 15(3).
- Şenoğlu, A., Öztürk, M., Karaçam, Z. (2021). Cesarean section rates and indications in turkey: A systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Research in Nursing and Health*, 4(4), 31-57.
- Taşdelen, M. ve Durmaz Ceylan, Ş. (2019). İlginç bir hormon ilginç bir hastalık: hiperprolaktinemi ve prolaktinoma. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 11(4), 561-576.
- Tewabe, T. (2016). Timely initiation of breastfeeding and associated factors among mothers in Motta town, East Gojjam zone, Amhara regional state, Ethiopia, 2015: A cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1-7.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 Bülteni*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü [SHGM]. (2022). *Sezaryen Klinik Protokolü (Yayın no. 1239)*. Ankara: Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı
- The International Confederation of Midwives [ICM]. (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice*. International Confederation of Midwives: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/poster-icm-competencies-en-screens--final-oct-2019.pdf> adresinden erişildi
- The International Council of Nurses [ICN]. (2019). *Breastfeeding*. The International Council of Nurses: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/A02_Breastfeeding.pdf adresinden erişildi
- Thet, M. M., Khaing, E. E., Diamond-Smith, N., Sudhinaraset, M., Oo, S., Aung, T. (2016). Barriers to exclusive breastfeeding in the Ayeyarwaddy Region in Myanmar: Qualitative findings from mothers, grandmothers, and husbands. *Appetite*, 96, 62-69.

- Tomori, C., Palmquist, A. L., Dowling, S. (2016). Contested moral landscapes: Negotiating breastfeeding stigma in breastmilk sharing, nighttime breastfeeding, and long-term breastfeeding in the U.S. and the U.K. *Social Science & Medicine*, 168, 178-185.
- Topal, S., Çınar, N., Altınkaynak, S. (2017). Emzirmenin anne sağlığına yararları. *Journal of Human Rhythm*, 3(1), 25-31.
- Turan, A. ve Bozkurt, G. (2020). Primipar annelerin doğum şekli ve emzirmeye ilişkin özelliklerine göre emzirme öz yeterlilik düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(1), 1-10.
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2022). *Türkiye İstatistik Kurumu*. Doğum İstatistikleri: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2021-45547#> adresinden erişildi
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [TNSA]. (2019). *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Raporu. Çocukların ve Kadınların Beslenme Durumu*. http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf adresinden erişildi
- Türkmen Kurtoğlu, D. (2021). *Ebe ve hemşirelerin doğum şekli ve tercihlerini etkileyen faktörler*. Yüksek Lisans Tezi. Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Karabük.
- Türkyılmaz, C. (2017). Anne sütünün bebeğe ve anneye faydaları nelerdir? *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 2(2), 154-179.
- UNICEF, WHO. (2018). *Baby-friendly hospital initiative*. UNICEF <https://www.unicef.org/documents/baby-friendly-hospital-initiative> adresinden erişildi.
- Ünal, E. ve Şenol, D. K. (2022). Primipar annelerde doğum şeklinin doğum sonu konfor ve emzirme başarısına etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(2), 158-165.
- Victora, C. G., Horta, B. L., de Mola, C. L., Quevedo, L., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., . . . Barros, F. C. (2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet Global Health*, 3(4), e199-e205.
- Wallenborn, J. T., Masho, S. W. (2018). Association between breastfeeding duration and type of birth attendant. *Journal of Pregnancy*.

- West, M. J., Irvine, L. M., Jauniaux, E. (2016). Caesarean section: From antiquity to the twenty-first century. A. E. Jaun, W. A. Grobman (Ed.), *Textbook of Caesarean Section* içinde, (pp. 10-23). New York: Oxford University Press.
- World Health Organization [WHO]. (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates. World Health Organization*
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf
adresinden erişildi
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Experts address alarming increase in caesarean sections at meeting in Tbilisi, Georgia. World Health Organization.*
<https://www.who.int/europe/news/item/21-12-2018-experts-address-alarming-increase-in-caesarean-sections-at-meeting-in-tbilisi-georgia> adresinden erişildi
- World Health Organization [WHO]. (2021a). *Infant and Young Child Feeding. World Health Organization.*
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> adresinden erişildi
- World Health Organization [WHO]. (2021b). *The Role of Midwives and Nurses in Protecting, Promoting and Supportig Breastfeeding: Advocacy Brief. World Health Organization.*
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343555/9789240032309-eng.pdf?sequence=1> adresinden erişildi
- World Health Organization [WHO]. (2021c). *Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. World Health Organization.*
<https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access> adresinden erişildi
- Yenal, K. ve Okumuş, H. (2003). LATCH Emzirme Tanılama Aracının Güvenirliğini İnceleyen Bir Çalışma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 38-44.
- Yeşilççek Çalık, K., Coşar Çetin, F., Erkaya, R. (2017). Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 80-91.
- Yılmaz, A. N. (2018). *Doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryenlerin doğum sonu emzirme ve anne-bebek bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

- Yüksel Yakut, E. (2015). *Gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihleri*. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Zhang, F., Cheng, J., Yan, S., Wu, H., Bai, T. (2019). Early feeding behaviors and breastfeeding outcomes after cesarean section. *Breastfeeding Medicine*, 20(20), 1-9.