



**DOĞUM EYLEMİ BAŞLAYAN VE DOĞUM EYLEMİ  
BAŞLAMAYAN PLANLI SEZARYENLERİN DOĞUM SONU  
EMZİRME VE ANNE-BEBEK BAĞLANMA DÜZEYLERİNİN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Ayşe Nur YILMAZ**

**EBELİK ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı**

**Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA**

**Yüksek Lisans Tezi- 2018**

**T.C.**  
**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOĞUM EYLEMİ BAŞLAYAN VE DOĞUM EYLEMİ BAŞLAMAYAN  
PLANLI SEZARYENLERİN DOĞUM SONU EMZİRME VE ANNE-BEBEK  
BAĞLANMA DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Ayşe Nur YILMAZ**

**Ebelik Anabilim Dalı**  
**Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı**  
**Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA**

**MALATYA**

**2018**

*“Bu tezi sevgili kızım Zeynep Duru YILMAZ'a ithaf ediyorum...”*

## KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; Ayşe Nur YILMAZ'ın "Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryenlerin Doğum Sonu Emzirme ve Anne-Bebek Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04/01/2018



Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA  
İnönü Üniversitesi  
Tez Danışmanı  
Jüri Başkanı



Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR  
İnönü Üniversitesi  
Üye



Yrd. Doç. Dr. Büşra CESUR  
Cumhuriyet Üniversitesi  
Üye

### ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../2018 tarih ve 2018/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ  
Enstitü Müdürü

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sezaryen Doğum.....	4
2.1.1. Sezaryenin Tanımı ve Tarihçesi.....	4
2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Sezaryen Doğum Oranları.....	5
2.1.3. Sezaryenin Endikasyonları.....	8
2.1.4. Sezaryenin Kontrendikasyonları.....	10
2.1.5. Sezaryenin Komplikasyonları.....	10
2.1.6. Sezaryen Operasyonun Türleri.....	11
2.1.6.1. Acil Sezaryen.....	11
2.1.6.2. Planlı Sezaryen.....	11
2.1.7. Planlı Sezaryen Sıklığı ve Endikasyonları.....	12
2.1.8. Planlı Sezaryenlerin Anne Sağlığına Etkisi.....	13
2.1.9. Planlı Sezaryenlerin Bebek Sağlığına Etkisi.....	13
2.2. Planlı Sezaryen ve Emzirme.....	14
2.2.1. Emzirme ve Emzirmenin Başlatılması.....	14
2.2.2. Emzirmede Görev Alan Hormonlar.....	15
2.2.3. Emzirme Sıklığı ve Süresi.....	17
2.2.4. Emzirmenin Yararları.....	17
2.2.5. Emzirme Yeterliliğinin Değerlendirilmesi.....	20
2.2.6. Planlı Sezaryenin Emzirmeye Etkisi.....	20
2.2.7. Planlı Sezaryende Doğumda Kullanılan Anestezi Yönteminin Emzirmeye Etkisi.....	22
2.3. Planlı Sezaryen ve Maternal Bağlanma.....	22
2.3.1. Maternal Bağlanma.....	22
2.3.2. Maternal Bağlanma Evreleri.....	24
2.3.2.1. Tanışma Evresi.....	24
2.3.2.2. Sahiplenme Evresi.....	24

2.3.2.3. Bağlanma Evresi.....	24
2.3.3. Maternal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler.....	24
2.3.4. Planlı Sezaryenin Maternal Bağlanmaya Etkisi.....	26
3. MATERİYAL VE METOT.....	28
3.1. Araştırmanın Türü.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	28
3.4. Veri Toplama Araçları.....	29
3.4.1. Kişisel Tanıtım Formu.....	29
3.4.2. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği.....	29
3.4.3. Maternal Bağlanma Ölçeği.....	30
3.5. Verilerin Toplanması.....	31
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	31
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	32
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR.....	48
EKLER.....	58
EK.1. Özgeçmiş.....	58
EK.2. Kişisel Tanıtım Formu.....	59
EK.3. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği.....	61
EK.4. Maternal Bağlanma Ölçeği.....	62
EK.5. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı Onayı .....	63
EK.6. Turgut Özal Tıp Merkezi Kurum İzin Yazısı.....	64
EK.7. Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü Kurum İzin Yazısı.....	65
EK.8. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı.....	66
EK.9. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği Kullanım İzni.....	67
EK.10. Maternal Bağlanma Ölçeği Kullanım İzni.....	68
EK.11. Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	69

## TEŞEKKÜR

Akademik hayatıma başladığım ilk andan itibaren yanımda olan, bu yolda yürürken her konuda her zaman yanımda olduğunu hissettiren, yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam boyunca bilgi, deneyimi ile desteğini gördüğüm ve bana her konuda yapıcı olmayı, birleştirici ve bütünleştirici olmayı öğreten üzerimde büyük emekleri olan, bana gösterdiği ilgi, sabır, zaman ve anlayış için tez danışmanım değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA'ya,

Yüksek lisans öğrenimim sürecinde akademik ve manevi desteğini benden esirgemeyen, beni sabırlı ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, paylaştığı tecrübeleri ile bana rehber ışığı oluşturan değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR'a,

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak, beni onurlandıran hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Büşra CESUR'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen, sabır, hoşgörü ve ilgilerini esirgemeyen Ebelik Bölümündeki değerli hocalarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve soruları içtenlikle yanıtlayan değerli annelere,

Hayatı adımlarken yaşadığım tüm sıkıntılarında yanımda olan, her ayağım takıldığında elimden tutan, moral ve desteğini esirgemeyen, beni her zaman cesaretlendiren ve bu günlere gelmemde sonsuz emeği olan, varlığını her zaman hissettiren hayat arkadaşım, eşim Kadir YILMAZ'a

Tüm kalbimle Sonsuz Teşekkür ederim...

Ayşe Nur YILMAZ

## ÖZET

### **Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryenlerin Doğum Sonu Emzirme ve Anne-Bebek Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması**

**Amaç:** Bu araştırma, doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryenlerin doğum sonu emzirme ve anne-bebek bağlanma düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve metot:** Karşılaştırmalı-tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırma Mart-Ağustos 2017 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi ile Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsünün Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, sezaryeni planlı olup spontan doğum eylemi başlayan 180 kadın ile doğum eylemi başlamadan planlı şekilde sezaryene alınan 180 kadın olmak üzere toplam 360 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Kişisel Tanıtım Formu" "LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği" ve "Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ)" kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede; yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, standart sapma, ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Doğum eylemi başlayan planlı sezaryen grubunda MBÖ toplam puan ortalamasının  $97.08 \pm 7.54$ , LATCH toplam puan ortalamasının  $9.34 \pm 1.13$  olduğu ve bu ortalamaların doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen grubunda sırası ile;  $72.97 \pm 10.20$  ve  $6.96 \pm 1.12$  olduğu ve toplam puan ortalamalarının doğum eylemi başlayan grupta istatistiksel açıdan önemli düzeyde daha yüksek olduğu ( $p < 0.001$ ) saptanmıştır. Lohusalar ilk emzirme zamanı, ilk 24 saat içerisindeki yenidoğanın beslenme şekli, bebekte sarılık gelişme durumu ve sarılık gelişti ise kaçınıcı günlerde geliştiği gibi emzirme öyküsü ile ilgili veriler açısından karşılaştırıldığında, elde edilen verilerin gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** 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 belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum eylemi başlayan, doğum eylemi başlamayan, planlı sezaryen, doğum sonu emzirme, anne-bebek bağlanması.



## ABSTRACT

### **Birth Of Action Started And Labour Start Those Who Planned Cesarean Postpartum Breastfeeding And Mother-Infant Bonding Comparison Of Levels**

**Aim:** This study was conducted to compare postpartum breastfeeding and maternal-infant attachment levels of planned cesarean births that started and did not start.

**Material and Method:** This comparative-descriptive study was carried out between March-August 2017 at İnönü University Turgut Özal Medical Center and Malatya Education and Research Hospital Beydağı Campus, Obstetrics and Gynecology Department. The sample of the study consisted of 180 women who had a cesarean section plan and spontaneous births and 180 women who planned to receive a cesarean section before birth. "Personal Presentation Form", "LATCH Breastfeeding Diagnostic Scale" and "Maternal Attachment Scale (MBQ)" were used to collect the data. Statistical evaluation; ratios, arithmetic mean, standard deviation, chi-square test, independent t test, Mann-Whitney U test and pearson correlation analysis were used.

**Results:** In the planned cesarean group that started the labor, the mean total score of the BDI was  $97.08 \pm 7.54$ , the mean of the total score of LATCH was  $9.34 \pm 1.13$ , and in these groups, in the planned caesarean group,  $72.97 \pm 10.20$  and  $6.96 \pm 1.12$ , respectively, and the mean of total scores was found to be significantly higher ( $p < 0.001$ ) in the group that started labor. It was determined that the obtained data were statistically significant differences between the groups in terms of the data about the first breastfeeding time, the first 24 hours of feeding, the development of jaundice in the infant and the development of jaundice in terms of the data about breastfeeding story ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** In the planned cesarean group that started labor, it was determined that breastfeeding and mother-infant attachment level and breastfeeding and only breastfeeding rate were significantly higher and jaundice development rate was significantly lower in the first half hour.

**Keywords:** Starting with labor, not starting labor, planned cesarean, postpartum breastfeeding, mother-baby connection.

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AAP</b>	: American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ACNM</b>	: The American College of Nurse-Midwives (Amerikan Ebeler ve Hemşireler Birliği)
<b>ACOG</b>	: American College of Obstetrics and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Akademisi).
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>FIGO</b>	: The International Federation of Gynecology and Obstetrics (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu)
<b>İBBS</b>	: İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması
<b>LATCH</b>	: L (Latch): Memeyi kavrama A (Audible Swallowing): Yutkunma sesinin duyulması T (Type of Nipple): Meme başı tipi C (Comfort of Breast/Nipple): Meme / meme başı rahatlığı H (Hold/Positioning): Emme pozisyonuna yerleştirme
<b>MBÖ</b>	: Maternal Bağlanma Ölçeği
<b>M.Ö</b>	: Milattan Önce
<b>RDS</b>	: Respiratuar Distress Sendromu
<b>SOGC</b>	: The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (Kanada Jinekolog Ve Obstetrisyenler Topluluğu)
<b>SPSS</b>	: Statistical Packages for the Social Sciences
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TÖTM</b>	: Turgut Özal Tıp Merkezi
<b>UNICEF</b>	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Sekil No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Şekil 1.1.</b> Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranının uluslararası karşılaştırılması.....	6
<b>Şekil 1.2.</b> Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanede Yapılan Doğumların Sezaryen ve Primer Sezaryen Oranları.....	7
<b>Şekil 1.3.</b> İBBS-1'e Göre Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranı.....	8



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo No</b>		<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 4.1.</b>	Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryen Gruplarının Tanıtıcı Özellikler Açısından Karşılaştırılması.....	33
<b>Tablo 4.2.</b>	Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryen Gruplarının Doğurganlık Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	35
<b>Tablo 4.3.</b>	Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Gruplarda Maternal Bağlanma Ölçeği ve LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37
<b>Tablo 4.4.</b>	Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryen Gruplarında Maternal Bağlanma Ölçeği ve LATCH Emzirme Tanılama Ölçeğinden Aldıkları En Düşük ve En Yüksek Puanların Karşılaştırılması.....	38
<b>Tablo 4.5.</b>	Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Gruplarda Doğum Sonu Emzirme Öyküsü İle İlgili Veriler...	39
<b>Tablo 4.6.</b>	Doğum Eylemi Başlayan Planlı Sezaryen Grubundaki Katılımcılara Ait Özellikler.....	41
<b>Tablo 4.7.</b>	Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryen Gruplarında Yer Alan Lohusaların MBÖ ve LATCH Emzirme Tanılama Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	42

# 1. GİRİŞ

Yirmi haftadan büyük olan fetüs, plasenta ve eklerinin abdomen yoluyla uterus duvarına yapılan insizyondan doğurtulması işlemi sezaryen doğum olarak tanımlanmaktadır. Obstetri ve jinekolojinin en önemli operasyonlarından biri olan sezaryen doğumun gerek fetüs gerekse anne için hayat kurtarıcı değeri bulunmaktadır. (1, 2). Sezaryen sıklığı dünyada ülkeler, şehirler ve hatta hastaneler arasında bile farklılıklar göstermekle birlikte varılan ortak nokta sezaryen doğum oranının yükselişte olduğudur. Dünya Sağlık Örgütünün perinatal ve maternal mortalite oranlarını göz önüne alarak hedeflediği sezaryen oranı %10-15'dir. Fakat günümüzde Dünya ülkeleri arasında Türkiye, İtalya ve Amerika sezaryen hızında en yüksek hızlara sahipken, Avustralya, Hindistan, Gana, Almanya, Mısır, İngiltere, Gine gibi ülkeler daha düşük ama yüksek sezaryen hızlarıyla sıralanmaktadır. Betran ve arkadaşlarının yaptığı geniş kapsamlı bir çalışmada tüm dünyada sezaryen oranının %15 olduğu, Karayipler ve Latin Amerika'da % 29 oranı ile en yüksek, Afrika ülkelerinde ise %3,5 oranı ile en düşük sezaryen oranlarının görüldüğü belirtilmiştir. Türkiye de ise 2015 yılı verilerine göre sezaryen doğum oranı %53 olarak belirtilmiştir (3-6).

Son yıllardaki anestezi ve ameliyat tekniklerindeki gelişmeler sezaryeni en güvenilir cerrahi girişimlerden biri haline getirmiştir. Ancak sezaryen gerçek sebeplerle ve doğru zamanda yapıldığı takdirde anne ve bebeğin hayatını kurtaran önemli bir cerrahi girişim olarak kabul edilmektedir (7-9).

Literatür incelendiğinde elektif veya herhangi bir endikasyona bağlı olarak gerçekleştirilen planlı sezaryenler ve acil sezaryenler olmak üzere 2 tip sezaryen şekli karşımıza çıkmaktadır. Acil sezaryen, plansız olarak vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda gerçekleştirilen sezaryen doğumlardır. Elektif veya herhangi bir endikasyona bağlı olarak gerçekleştirilen planlı sezaryenler ise, doğum eyleminin başlangıcı beklenmeksizin gerçekleştirilen sezaryen doğumlar olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde giderek artış gösteren planlı sezaryen doğum oranları elektif, anne ve bebeğe ait endikasyonlar, mükerrer sezaryenler gibi nedenlere bağlı olarak gerçekleştirilmektedir (7). Bebek tarafından bakıldığında ise esas farkın doğum eylemi başlamadan yapılan planlı sezaryen ve diğerleri (hangi tür doğum şekli olursa olsun) şeklinde olduğu görülmektedir. Doğum eylemi başlamadan yapılan planlı

sezaryen girişimiyle doğan bebeklerdeki stres yoksunluğunun sayısız negatif etkileri olduğu yakın zamana kadar önemsenmemiştir (7, 10, 11). Literatürde özellikle doğum eylemi esnasında salgılanan endorfinler, noradrenalin, adiponektin, melatonin ve oksitosin gibi fetal stres hormonlarının etkilerinin göz önüne alınmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (10, 12, 13).

Oksitosin, doğumda en çok bilinen hormondur. Oksitosin hormonunun gebelikte salınmaya başladığı ve doğumun başlamasıyla seviyesinin giderek arttığı belirtilmektedir (13, 14). Ayrıca, oksitosin hormonuna sevgi hormonu adı verilmekte ve sevginin olduğu her yerde oksitosin hormonunun olduğu bilinmektedir. Oksitosin seviyesi cinsel aktivite, emzirme, doğum ya da çok sevilen biri görüldüğünde artmaktadır. Oksitosin hormonu, bebeğin doğumun son aşamasında atılmasında, plasentanın doğumunda ve emzirme sırasında sütün atılımında etkilidir. Buna ek olarak oksitosin hormonunun, annenin bebeğine olan ilgisini ve sevgisini arttırdığı ve annelik davranışları sergilemede çok önemli olduğu ileri sürülmektedir (15-18). Bu açıdan değerlendirildiğinde oksitosin hormonunun emzirme ve anne-bebek bağlanması üzerinde etkili bir faktör olduğu görülmektedir. Bu duruma ek olarak özellikle planlı olarak yapılan sezaryen girişimlerin doğal oksitosin salınımının başlamasında gecikmeye neden olması bu konuya olan önemi artırmaktadır (14, 18).

Son yıllarda doğum sancısı çekmemiş planlı sezaryen doğum yapılan kadınların doğum sonu dönemde fizyolojik koşullar altında doğum yapan kadınlar kadar etkili biçimde oksitosin salgılayıp salgılamadıkları tartışma konusu yaratmaktadır. İsveç'te yapılan bir çalışma, oksitosin hormonun etkili olabilmesi için sık kasılmalar ile birlikte salgılanması gerektiğini belirtmiş ve doğum şekli kararlarında bu durumun göz önüne alınarak hareket edilmesi gerekliliğini vurgulamıştır (7). Ayrıca, sezaryen yapılmadan önce mümkün olduğu kadar doğum eyleminin başlaması gerektiği belirtilmektedir. Literatürde, doğumun ilerlemesinin engellendiği durumlarda bir ebe için vajinal doğuma en iyi alternatif doğumun acil sezaryene gerek kalmadan karar verilmesi gereken "eylemde sezaryen" olduğu vurgulanmaktadır (11). Bu açıdan değerlendirildiğinde doğum eyleminin başlamasının planlı sezaryen doğum sonrasındaki emzirme ve anne-bebek bağlanma düzeyinde nasıl bir etki yaratacağı merak uyandırmaktadır.

## **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma planlı sezaryen operasyonu için belirlenen tarihten önce doğum eyleminin başladığı planlı sezaryen doğumlarla, doğum eyleminin aktif olarak başlamadığı planlı sezaryen doğumların, doğum sonu emzirme ve anne-bebek bağlanma düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sezaryen Doğum

#### 2.1.1. Sezaryenin Tanımı ve Tarihçesi

Sezaryen doğum, normal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı ya da önerilmediği durumlarda, 20 haftadan büyük olan fetüs, plasenta ve eklerinin abdomen yoluyla uterus duvarına yapılan insizyondan doğurtulması işlemi olarak tanımlanmaktadır. Jinekolojinin ve obstetrimin en önemli operasyonlarından biri olan sezaryenin gerek fetüs gerekse anne için hayat kurtarıcı bir değeri vardır (1, 2, 19, 20).

Sezaryen operasyonu bilinen en eski cerrahi müdahalelerden birisidir fakat literatürü incelediğimiz zaman “Sezaryen” kelimesinin kökeni üzerine çeşitli görüşler öne sürülmektedir (21).

Tarihte karın duvarına yönelik yapılmış ilk operasyon olan sezaryen doğuma ait olarak hukuki yazılarda, mitolojilerde ve efsanelerde herhangi bir olgu kayıtlarına rastlanmamıştır. Hippocrates, Galen, Celsus, Paulus veya Soranus’a ait kayıtlarda sezaryen operasyonundan hiç söz edilmemiştir. Bilinen ilk kayıt ise İsa’dan önce iki bin yılında Sümerlere ait olduğudur (1, 21).

Sezaryen ismini nereden aldığı konusunda birden fazla görüş ileri sürülmüştür. Bir açıklamaya göre, M.Ö 715-672 yıllarında Romalı yönetici Numa Pompilius, doğum yaparken ölen tüm kadınların, öldükten sonra doğurtulması gerektiren bir yasayı onayladı ve Roma kanunlarına göre bu işleme “*lex caesarea*” adı verilmekteydi (7).

Birçok tarihçiye göre ise; Roma imparatoru olan Julius Sezar’ın M.Ö 100 yılında bir karın kesisi ile doğduğu ileri sürülmektedir. Fakat Sezaryen adı bu biçimde doğmuş olmasından gelmemektedir. Çünkü Julius Sezar’ın annesi Aurelia yetişkin oğluna danışman olacak kadar yaşamıştır. Böyle bir operasyonun 1500’lü yıllara kadar daima ölü kadınlarda uygulanmış olması ve annesinin, Caesar imparator olduğunda yaşıyor olması bu açıklamanın doğru olmadığını kanıtlamaktadır. Son olarak sezaryen kelimesinin kesmek, kesi anlamına gelen Latince “*caedere, caesum*” kelimelerinden köken aldığı ileri sürülmüştür (1, 7, 8, 20, 22, 23).



Erken dönemde yapılan abdominal doğumların çoğu ölü kadınlara uygulanmıştır ve hayatını kaybetmek üzere olan gebe kadından, yaşayan bebeğin canlı olarak alınabilmesi amacıyla kullanılmıştır. Boler'e göre sezaryen ile yaşayan ilk bebek M.Ö. 508 yılında Sicilya'da kayıtlara geçmiştir (1, 24, 25).

1500 yılında hayvan bakıcısı olan Nufur, doğumda sorun yaşayan karısına sezaryen ameliyatı uygulanmış, anne ve bebek canlı kalmışlardır. Kayıtlara geçen bu sezaryen girişimi canlı bir kadında doktor olmayan bir kişinin başarı ile gerçekleştirdiği ilk onaylanmış olaydır (1, 22).

Canlı gebe kadında ilk başarılı olan sezaryen kesisi ise 1610 yılında Wittenberg'te Trautmann ve Seest tarafından yapılmıştır. Anne operasyondan 25 gün sonra hayatını kaybetmiştir. Bu tarihten itibaren sezaryen genel de ender yapılmışsa da zaman geçtikçe uygulanmasında artış olmuştur. Anne ve bebeğin canlı kalabildiği ilk başarılı sezaryen ise 1794 yılında Amerika'nın Virginia eyaletinde gerçekleştirilmiştir (1, 22, 26).

İlk profesyonel sezaryen kesisi, A.B.D.'de 1827 yılında Richmond tarafından Ohio'da yapılmıştır (1).

Sezaryen operasyonları yavaş gelişme kaydetmiştir, ancak hemostaz, anestezi, antisepsi ve uterus dikişinin kullanılmasıyla 1700'lü yılların son yarısı ve özellikle 1800'lü yıllarda hızlı bir gelişme gösterebilmiştir. 1900'lü yılların başından ortasına kadar cerrahi operasyonlar giderek kabul görmüş ve o tarihten sonra tamamen kabul edilmiştir (1).

Ülkemizde ise 20. yüzyılın başlarında saray cerrahı Cemil Topuzlu İstanbul'da bir konakta hem anne hem de bebeğin yaşamını devam ettirdiği ilk başarılı sezaryen operasyonu gerçekleştirmiştir (14).

Günümüzde cerrahi teknikteki gelişmeler, asepsi, antibiyotik tedavisi, kan transfüzyonu ve anestezideki gelişmeler sayesinde sezaryene bağlı riskleri büyük ölçüde azaltmış ancak tamamen ortadan kaldırmamıştır (7, 21).

### **2.1.2. Dünyada ve Türkiye'de Sezaryen Doğum Oranları**

Sezaryen operasyonu ilk kez yapılmaya başlandığında hem anne hem de bebeğin hayatını kurtarmak için başka çare kalmadığında düşünülen bir ameliyat iken, günümüzde giderek yaygınlaşarak toplum, hekim, aile ve anne adayları tarafından doğumun kısa sürede sonlanmasını ve zamanlamasını sağlayan konforlu ve yaygın bir

doğum şekliymiş gibi doğru olmayan bir biçimde algılanmaya başlanmıştır ve dünyada sezaryen doğum oranı artmaya başlamıştır (2, 3, 7, 27).

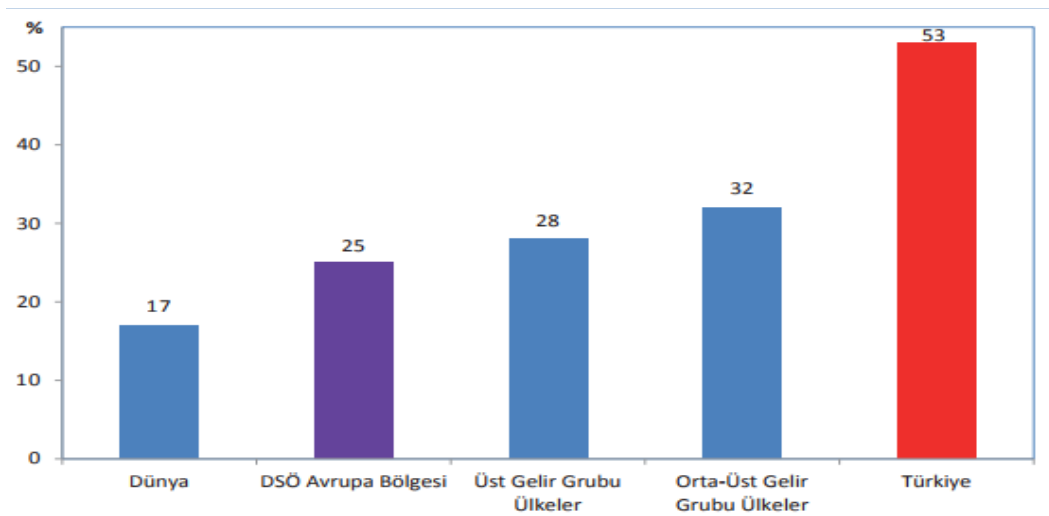
Sezaryen sıklığı dünyada ülkeler, şehirler ve hatta hastaneler arasında bile farklılıklar göstermekle birlikte varılan ortak nokta sezaryen doğum oranının yükselişte olduğudur. Sezaryen oranı, 1960'larda tüm doğumlarda %5 oranında iken bu yıllardan sonra uygulama oranları giderek artmış, özellikle gelişmiş ülkelerde 1970'li yıllardan itibaren ciddi bir artış göstermiş ve 1980'lerde %25-30 oranlarına kadar yükselmiştir (1, 3, 28).

Dünya ülkelerinde sezaryen oranlarına baktığımız zaman, 2000 yılında Peru'da %12.9, 2002 yılında Guatelema'da %11.4, 2003 yılında Avusturya'da %22.1, Brezilya'da %30-70, Danimarka'da %19.1, İngiltere'de %22 iken 2005 yılında Amerika'da %30.2 oranı belirtilmiştir (29).

2009 yılında sezaryen doğum oranı Kuveyt, Tunus ve Suriye'de %10 ile %15 arasındayken, Gazze, Yemen, Moritanya ve Cezayir'de bu oran %5 ile %6'yı geçmemektedir. Kanada'da ise 1994-1995 yılları arasında %18 olan sezaryen doğum oranı, 2000-2001 yılları arasında %22.1'e kadar artmıştır (30, 31).

Büyük Britanya'da 1990 yılında sezaryen doğum oranı %12.5 iken 1999 yılında %18.3 olmuştur (32).

2014 yılına ait uluslararası sezaryen doğumların bütün doğumlar içindeki oranının karşılaştırılması şekil 1.1'de gösterilmiştir. Veriler 2007-2014 yılları arası en son yıl verileridir. Türkiye sezaryen doğum oranı ise 2015 yılına aittir (6).



**Şekil 1.1.** Uluslararası Sezaryen doğumların bütün doğumlar içindeki oranının karşılaştırılması, (%), 2014.

Sezaryen doğum Türkiye’de çok yaygındır. Sezaryen doğum hızı, TNSA verilerine göre 1988’de %5.7, 1993 ‘te %6.9 iken yaklaşık iki katı bir artışla 1998’de %14.0 seviyesine gelmiştir. 1998’de yaklaşık %50’lik bir artış gerçekleşmiş ve hız 2003’te %21.2 seviyesine çıkmıştır. 2003 yılından sonraki beş yıllık dilimde ise yaklaşık %75’lik bir artışla Türkiye’nin en yüksek seviyesi olan %36.7’ye ulaşmıştır. 2010 yılında ise %45’in üzerinde oranlar karşımıza çıkmaktadır. 2015 yılı verilerine göre sezaryen doğum oranı %53 olarak belirtilmiştir (3, 6, 33).

Ülkemizde sektörlere ve yıllara göre hastanede yapılan sezaryen ve primer sezaryen doğumların oranları şekil 1.2’ de gösterilmiştir (6).

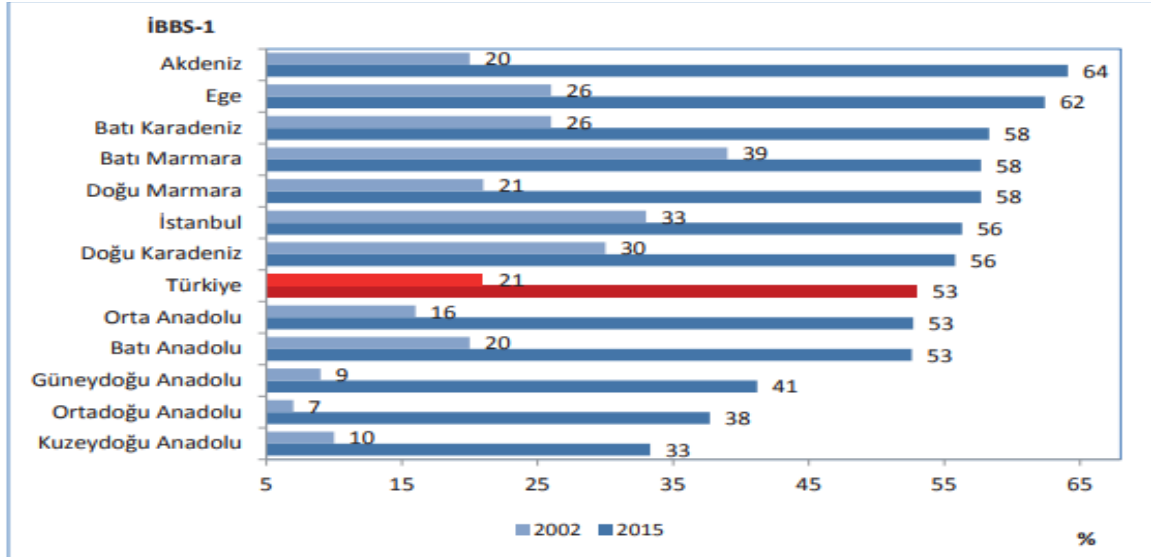
	Sezaryen Doğumların Hastane Doğumları İçindeki Payı (%)					Primer Sezaryenin Hastane Doğumları İçindeki Payı (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Bakanlığı	36,8	35,3	36,0	35,5	37,5	17,6	15,4	15,5	15,0	15,9
Üniversite	65,9	62,6	63,0	63,8	69,3	37,4	33,6	32,6	32,4	35,9
Özel	66,6	66,2	67,9	69,5	70,5	38,3	37,3	38,4	39,6	39,8
<b>Toplam</b>	<b>49,7</b>	<b>49,6</b>	<b>51,4</b>	<b>52,4</b>	<b>53,9</b>	<b>26,5</b>	<b>25,4</b>	<b>26,4</b>	<b>27,0</b>	<b>27,6</b>

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

**Şekil 1.2.** Sektörlere ve Yıllara Göre Hastanede Yapılan Sezaryen ve Primer Sezaryen Doğumların Oranları, (%), Türkiye

Ülkemizdeki sezaryen doğum oranı dünya ile paralellik göstermekle beraber uzmanlar gebelerin öğrenim düzeyleri arttıkça sezaryen doğum sıklığının da yükseldiğini belirtmişlerdir. Ayrıca özel hastanelerde sezaryenle doğum oranının bütün doğumlar içinde yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Yalnızca tıbbi faktörlerin değil kültürel, psikolojik ve sosyal faktörlerin de sezaryen doğum seçiminde rol oynadığı görülmektedir (3, 6).

Türkiye’de sezaryen hızı bölgeler arasında oldukça değişkenlik göstermektedir. Türkiye’nin doğu ve batı kesimleri arasında belirgin bir farklılık göze çarpmaktadır. Hatta bu oranlar arasında zaman zaman 10 kata varan farklılıklar görülmektedir. Bu oranlar şekil 1.3’te gösterilmiştir (6).



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

**Şekil 1.3.** İBBS-1’e Göre Sezaryen Doğumların Bütün Doğumlar İçindeki Oranı, (%), 2002-2015.

Dicle Üniversitesi’nde yapılan araştırmada 1983 yılında %22.4 olan sezaryen doğum oranının 2002 yılında %46.4 olduğu, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yapılan araştırmada 2002 yılında %37.7 olan oranın 2007 yılında %51’e yükseldiği Süleyman Demirel Tıp Fakültesi’nde yapılan araştırmada 2001 yılında %18.3 olan oranın 2005’te %29.6’ya yükseldiği ve Kahramanmaraş’ta yapılan araştırmada ise 2004’te %34.4 olan oranın 2006 yılında %40.2’ye ulaştığı belirlenmiştir (34-37).

### 2.1.3. Sezaryenin Endikasyonları

Sezaryen endikasyonları, kesin veya göreceli nedenler olabilir. Doğumun daha fazla geciktirilmesinin anneyi ve/veya fetüsü tehlikeye atacağı veya doğum kanalından doğumun mümkün olmadığı durumlar sezaryen için endikasyon oluşturmaktadır. Zaman geçtikçe sezaryen endikasyonlarında da farklılıklar olmuştur, başlarda anne hayatını kurtarmak için yapılırken sonraları fetal nedenler ön plana çıkmaktadır. Bugün cerrahi tekniklerin gelişmesi, güvenli kan naklinin sağlanabilmesi ve antibiyotiklerin varlığıyla çok daha geniş bir endikasyon yelpazesine uygulanır olmuştur (1, 2, 7, 14, 24).

Literatürü incelediğimiz zaman, bazı sezaryen endikasyonları açık ve kesin iken (plasenta previa) bazı sezaryen endikasyonları tartışmalıdır (makat prezentasyon) (38, 39).

Bu endikasyonları 4 ana grupta sınıflandırabiliriz (14);

- a) Anneye ait endikasyonlar
- b) Fetüse ait endikasyonlar
- c) Fetüs eklerine ait endikasyonlar
- d) Mediko-sosyal endikasyonlar.

#### **Anne ile İlgili Endikasyonlar**

- a) Geçirilmiş Uterus Cerrahisi (Sezaryen, diğer operasyonlar)
- b) Sistemik Hastalıklar (HT, Gebeliğe Bağlı Hipertansiyon, DM vb.)
- c) Vertikal Geçişli Maternal Enfeksiyonlar (HSV-2, HIV vb.)
- d) Uterin disfonksiyon
- e) Yumuşak doku distosisi
- f) Ağır preeklampsi ya da eklampsi
- g) Doğum kanalının mekanik obstrüksiyonu (myom, tümör) (38-40).

#### **Fetüsle İlgili Endikasyonlar**

- a) Fetal distress
- b) Fetal Prezentasyon anomalileri
- c) Çoğul Gebelikler
- d) Fetal Anomaliler (Hidrocefali, sakrokoksigeal teratom vb.)
- e) Fetal makrozomi (38-40).

#### **Fetüs Eklerine Ait Endikasyonlar**

- a) Umbilikal Kord Prolapsusu
- b) Vasa Previa
- c) Ablasyo plasenta
- d) Plasenta Previa
- e) Ablasyo plesanta (38-40).

## **Mediko-Sosyal Endikasyonlar**

- a) İleri anne yaşı
- b) İnfertilite tedavisi görmüş olgular
- c) Annenin isteği (14).

### **2.1.4. Sezaryenin Kontrendikasyonları**

Sezaryen doğumun en önemli kontrendikasyonu, herhangi bir gerçek endikasyon yokluğu olarak belirtilmektedir.

Başlıca sezaryen kontrendikasyonlarına baktığımız zaman, sezaryenin sadece fetüsün canlı olduğu hallerde uygulanması gerekmektedir. Sadece bazı durumlarda (dekolman plasenta, plasenta previa) fetüs ölü bile olsa sezaryen yapılır. Eklampsi krizi geçiren ve tıbbi tedavi ile konvulsiyonları en az 8-24 saat içinde kontrol altına alınmamış gebelerde sezaryen yapılmamalıdır. Fetal anomalilerde obstetrik bir gerekçe olmadıkça sezaryen operasyonu yapılmamalıdır (14, 41).

### **2.1.5. Sezaryenin Komplikasyonları**

Sezaryen doğum, günümüzde güvenli uygulanan, anne ve bebeğin hayatını kurtaran majör bir doğum şekli olmasının yanı sıra, zor bir cerrahi operasyon olması, daha pahalı olması, ölüme kadar giden ciddi komplikasyonları da beraberinde getirmesi göz ardı edilemez. Sezaryen operasyonu önemli cerrahi ameliyat olduğu için herhangi bir abdominal girişimde karşımıza çıkabilecek bütün komplikasyonlar; tıbbi, cerrahiye bağlı ve anesteziye bağlı komplikasyonlar görülebilir. Ayrıca anne ve bebeği, doğal doğumun getirdiği birçok pozitif etkileşimleri yaşayamamaktadır (1, 7, 42).

Literatürü incelediğimiz zaman erken ve geç komplikasyonlar olmak üzere iki tür sezaryen komplikasyonları karşımıza çıkmaktadır. Erken dönemde kanama, anestezi komplikasyonları, cerrahi girişime bağlı bağırsak, üriner sistem ve vasküler sistem yaralanmaları, enfeksiyonlar, neonatal morbidite ve trombo-emboli riskidir. Geç dönem riskleri ise plasenta previa, plasenta akreta, ablasyo plasenta, uterus rüptürü riskinde ciddi artıştır. Maternal komplikasyonlar olarak; nedeni açıklanamayan ateş, yara enfeksiyonu, hemoraji, atelektazi, aspirasyon, endometrit, idrar yolları enfeksiyonu, pulmoner embolizm ve tromboflebitir. Fetal komplikasyonlar ise; ölümcül prematür doğum ve travmadır diyebiliriz (1, 2, 8, 42).

Bu komplikasyonlar nadir olarak görülse de, sağlık sorunu olmayan anne için vajinal doğum dört kat daha güvenlidir ve sadece birtakım kalp problemleri gibi tıbbi durumlarda vajinal doğum da karışılabilir riskler, sezaryen doğuma göre daha yüksektir. Yılda yaklaşık olarak 500 kadın enfeksiyon, kanama ve sezaryen doğumun diğer komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybetmektedir (43).

Gelişmiş ülkelerde sezaryen doğuma ilişkin maternal ölüm oranı son yirmi yıldır azalmaktadır. ABD’de yapılan bir derlemede sezaryene bağlı maternal ölüm oranı 100.000 de 2.2 olarak bulunmuştur. Dünyanın diğer ülkelerinde ise maternal ölüm oranı daha fazla, genellikle vajinal doğumda 2-4 kat daha çoktur. Yapılan bir araştırmaya göre, acil sezaryen doğumun vajinal doğum ile karşılaştırıldığında yaklaşık 9 kat maternal ölüm riskini arttırdığı ve ayrıca elektif durumlarda bile sezaryenin maternal ölüm riskini yaklaşık 3 kat arttırdığı hesaplanmıştır (1, 41, 44).

Çukurova Üniversitesi’nde yapılan bir araştırmada sezaryen doğum vakaları incelendiğinde; vakaların %4.8 üriner enfeksiyon, %5 ateş, %0.4 mesane perforasyonu, %2.8 yara enfeksiyonu görülmüştür. Vakalarda komplikasyon görülme oranı ise %8.5 olarak bulunmuştur (1).

### **2.1.6. Sezaryen Operasyonun Türleri**

Literatür incelendiğimiz zaman elektif veya herhangi bir endikasyona bağlı olarak gerçekleştirilen planlı sezaryenler ve acil sezaryenler olmak üzere 2 tip sezaryen şekli karşımıza çıkmaktadır (7).

#### **2.1.6.1. Acil Sezaryen**

Acil sezaryen, plansız olarak vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda gerçekleştirilen sezaryen doğumlardır (7).

#### **2.1.6.2. Planlı Sezaryen**

Elektif veya herhangi bir endikasyona bağlı olarak gerçekleştirilen planlı sezaryen; doğum eyleminin başlangıcı beklenmeksizin gerçekleştirilen sezaryen doğumlar olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde giderek artış gösteren Planlı sezaryen doğum oranları elektif, anne ve bebeğe ait endikasyonlar, mükerrer sezaryenler gibi nedenlere bağlı olarak gerçekleştirilmektedir (7).

### 2.1.7. Planlı Sezaryen Sıklığı ve Endikasyonları

Günümüzde planlı sezaryenle ilgili olarak, maternal- fetal yararları (sosyal uygunluk, maternal- fetal riskleri önlemesi, doğum ve doğum eylemi korkusu), annenin seçimi (otonomi), medikal faktörler (pelvik taban yaralanmasını önleme) ve doktor faktörü tartışma konularıdır. Ayrıca buna ilişkin olarak uzun dönemli sağlık problemleri, vajinal doğumla karşılaştırıldığında yararların net olmaması ve uygulama nedeniyle maternal mortalite ve morbiditede artma ise planlı sezaryen doğumun dezavantajlarına ön plana çıkarmaktadır (45, 46).

Gerekli haller dışında sürekli olarak uygulandığında zararı yararından fazla olan sezaryen doğum, gün geçtikçe isteğe bağlı olarak uygulanır hale gelmiş, hatta normal doğuma bir alternatif olarak görülmeye başlanmıştır (46).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Akademisi (ACOG), sezaryen doğum için maternal veya fetal endikasyon yokluğunda, normal doğumun daha güvenli, daha uygun olduğunu ve önerilmesi gerektiğini belirtmiştir. Fakat isteğe bağlı sezaryen doğumun planlandığı durumlarda, doğum 39 haftalık bir gebelik haftasından önce yapılmamalıdır ve her doğumdan sonra plasenta previa, plasenta akreta ve histerektomi riskleri arttığı için özellikle birkaç çocuk isteyen kadınlar için önerilmemelidir ifadeleri kullanmıştır. Yani ACOG'un göre yeterli bilgilendirilmiş onamdan sonra, normal gebelikte isteğe bağlı sezaryen doğuma izin verilebilirliği destekleyen yayını planlı sezaryen ile doğum isteğinde artmaya neden olmuştur (47).

Buna karşın Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO: International Federation Gynecology and Obstetric) yayınladığı rehberde sezaryeni isteğe bağlı olarak değil, anne ve bebek sağlığını korumak için tıbbi endikasyonlara bağlı olarak, yapılması gerektiğini belirtmektedir. Kanada Jinekolog ve Obstetrisyenler Topluluğu (SOGC: The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) benzer öneriler yayınlamıştır (14, 38, 45).

Amerikan Ebeler ve Hemşireler Birliği (The American College of Nurse-Midwives = ACNM) kadınların kesin olmayan sözlere dayanılarak kandırılacağını ve sezaryenin hastanın kendi tercihi olmasını öneren kararı kınamıştır. ACNM'ye göre sezaryen koruyucu uygulamaya dayalı bir seçenek değil, son çare olarak düşünülmelidir (48).



Ülkemizde 6354 sayılı yasada önceden sezaryen doğum ile ilgili ibareye yer verilmezken, yasa Sağlık Bakanlığı tarafından “Gebe veya rahmindeki bebek için tıbbi zorunluluk bulunması hâlinde doğum, sezaryen ameliyatı ile yaptırılabilir.” şeklinde düzenlenerek resmi gazetede 12 Temmuz 2012 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (49).

Literatürü incelediğimiz zaman, planlı sezaryen endikasyonları olarak isteğe bağlı sezaryen, mükerrer sezaryen, baş-pelvis uygunsuzluğu, malprezentasyon, çoğul gebelik gibi nedenler karşımıza çıkmaktadır (50).

Planlı Sezaryen endikasyonlarının en çok karşılaşılan nedenlerden biri önceki sezaryen sonrası yapılan sezaryen doğumlardır. Kadınların sezaryen sonrası vajinal doğum yerine, tekrar isteğe bağlı sezaryen olduklarını ve bu durumun anne ve bebek için hayatı tehlike altına sokan uterin rüptür riskini azalttığı düşünülmektedir. Ülkemizde de en çok karşılaşılan sezaryen endikasyonu %30 oranıyla tekrarlayan sezaryendir (27, 35, 46).

#### **2.1.8. Planlı Sezaryenlerin Anne Sağlığına Etkisi**

Planlı sezaryen doğumun anne sağlığı üzerinde çeşitli etkileri vardır. Anne adayını, planlı sezaryende planlı vajinal doğuma göre daha fazla anestezi komplikasyonları yaşamaktadır. Ayrıca olası bağırsak, mesane ve damar yaralanmaları karşımıza çıkabilir. Planlı sezaryen doğum hastanede kalma süresinin uzamasına ve finansal yükün artmasına sebep olmaktadır. Annenin iyileşmesi daha uzun sürmektedir. Enfeksiyon oluşma riski sezaryen doğumlarda vajinal doğumlara göre daha yüksektir. Hastane enfeksiyonlarına bağlı olarak tekrar hastaneye başvuru olasılığı daha fazladır. Geçirilmiş sezaryen doğumdan sonraki gebelikte plasenta previa oranı yüksektir. Ayrıca sezaryen doğumdan sonra uzamış ağrı görülebilir ve bu ağrı birkaç hafta sürebilir.

Planlı sezaryen doğum, annenin bebeğiyle olan iletişiminin etkilenmesi, gecikmesi, engellenmesi ve emzirmenin azalması gibi riskleri taşır. Sezaryen doğum sırasında yolunda gitmeyen sebeplerden ötürü histerektomi riski mevcuttur. Obstetrik travmalar ise planlı sezaryen doğumda daha az karşımıza çıkmakta ancak bu travmalar uygun obstetrik girişimle engellenebilmektedir.

Sezaryen doğumdan sonraki gebeliklerde en çok karşılaşılan riskler; ektopik gebelik, majör kanama, uterin skar rüptür riski ve plasenta yerleşim anomalileridir.

Ayrıca sezaryen doğumda, gebelik sınırlaması sebebiyle fertilitiyi de negatif olarak etkilemektedir (51, 52).

### **2.1.9. Planlı Sezaryenlerin Bebek Sağlığına Etkisi**

Planlı sezaryen doğumun bebek sağlığı üzerinde de çeşitli etkileri vardır. Bebek tarafında bakıldığında esas farkın doğum eylemi başlamadan yapılan planlı sezaryen ve diğer doğum (hangi tür doğum şekli olursa olsun) şekilleri olduğu bilinmektedir. Doğum eylemi başlamadan yapılan planlı sezaryen girişimiyle dünyaya gözünü açan bebeklerdeki stres yoksunluğunun sayısız olumsuz etkileri olduğu yakın zamana kadar önemsenmemiştir (7, 10, 11).

Planlı sezaryen doğum sonrası bebekte ciddi solunum problemleri ile karşılaşılabilen ve neonatal yoğun bakım ünitelerine başvurma oranı yükselmektedir. Bundan dolayı, anne ve bebeği ayrı kalabilir, bebek solunum desteğine ihtiyaç duyabilir, girişimler nedeniyle bebek ağrılı bir durum yaşamak zorunda kalabilir, antibiyotik tedavisi ve mekanik ventilasyon desteği gerekebilir ya da hipoksemi, dirençli pulmoner hipertansiyon ve pulmoner hava açlığı gibi çok daha şiddetli komplikasyonlar görülebilmektedir (52, 53).

Çok nadirde olsa ameliyat esnasında bebeği yanlışlıkla kesme riski mevcuttur. Annenin bebeğiyle daha geç iletişim kurma riski bulunmaktadır. Bebek sezaryen doğum sonrası emmenin yararlarını daha az deneyimleme riskiyle yani ağrılı anne nedeniyle daha konforsuz emme, daha geç emme, emzirme sıklığının ve süresinin azalması gibi problemlerle karşılaşabilmektedir (51, 52).

Ayrıca, doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen olgularında, bebeğin tamamen olgun olacağı (özellikle akciğerlerinin) garantisi yoktur. Doğum eyleminin ilerlemesiyle ilişkilendirilen anne ve fetüse ait hormonlar, akciğerlerin olgunlaşmasına katkıda bulunur (7).

## **2.2. Planlı Sezaryen ve Emzirme**

### **2.2.1. Emzirme ve Emzirmenin Başlatılması**

Kadınlar, birkaç hormonun salgılanmasıyla doğum yapmaya programlanmışlardır ve yine aynı hormonlar sayesinde süt salgılanması da sağlanır. Laktasyonda salgılanan sütün meme yoluyla bebeğe verilmesi işlemine emzirme denir.

Emzirme, bebeklerin sağlıklı gelişmesi ve büyümesi için ideal, eşsiz bir beslenme metodudur. Sevgi, güvenlik, sağlık için hepsini tek bir eylemde birleştiren mükemmel bir hediyedir (7, 16, 54, 55).

Doğumdan sonra emzirmeye hemen başlanması hem bebek, hem de anne için yararlıdır. Bebeğin çıplak bir şekilde annenin göğsüne yatırılması; emzirmenin başlatılmasını, tensel teması, anne ve bebek arasındaki bağın ortaya çıkmasını olumlu yönde etkiler (56, 57).

Herhangi bir komplikasyonu olmayan yenidoğanlar arama-emme refleksi ile doğarlar. Anne ve yenidoğanda postpartum dönemde emzirmeye ilişkin herhangi bir komplikasyon yoksa birinci reaktif dönemde yani doğumdan sonraki ilk 15-30 dk. emzirmeye başlanmalıdır. Çünkü yenidoğan bu dönemde alarm durumundadır, emmeye en istekli dönemdedir ve güçlü bir şekilde emer. Uykuya meyilli inaktif dönemde yani doğumdan sonraki 30 dk. ile 2 saat arası emzirme girişiminde bulunulursa bebek uzun bir süre emmeye isteksizlik gösterebilir ve ilk emzirme gecikir (55-58).

Yapılan birçok araştırmada; bebeklerini doğum sonrası ilk yarım saat içinde emziren annelerin emzirme sürecinde daha aktif ve başarılı olduğu ve hatta daha uzun süre anne sütü ile besledikleri görülmüştür. Erken emzirme, yenidoğanda neonatal hipoglisemi ve annede postpartum kanama riskini azaltır (56, 58).

### **2.2.2. Emzirmede Görev Alan Hormonlar**

**Prolaktin:** En önemli laktojenik hormon olarak bilinen prolaktin, gebelikte süt salgılanması için memeleri hazırlamakta ve laktasyonda süt yapımında, salgılanmasında rol oynamaktadır. Bebeğin emmesi ile beraber meme ucundaki sinir uçları uyarılır ve hipotalamusa uyarı gönderilir. Hipotalamus ön hipofiz bezini uyarır, sonra prolaktin salınımı başlar ve alveollerde süt yapımı ortaya çıkar. Prolaktin sekresyonunun miktarı ise bebeğin emme sıklığına, yoğunluğu ve süresine, doğum şekline göre değişmektedir (59).

Prolaktin hormonu geceleri daha çok salgılandığından dolayı, süt üretimini fazlaştırmak için gece daha çok emzirilmesi yararlıdır. Anneyi, gevşetici ve uykusunu getiren bir özelliği olması nedeni ile gece uyanıp bebeğini emzirse bile iyi dinlenmesine yardımcı olur. Prolaktin, laktasyon dönemi boyunca FSH hormonunu baskılayarak ovulasyonu engeller ve böylece doğal aile planlaması yöntemi olarak sık gebelikleri önleyebilir (60).

Heasman ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, doğum şeklinin prolaktin seviyesini anlamlı yönde etkilediği ortaya çıkarılmıştır ve planlı sezaryen doğum yapan grupta en düşük prolaktin seviyeleri ile karşılaşılmakta iken sırasıyla, prolaktin seviyeleri normal vajinal doğum ve acil sezaryende artmakta, yardımlı doğumda ise en yüksek prolaktin seviyesine ulaşmaktadır (61).

Kafkaslı ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ise vajinal doğumda, maternal prolaktin düzeyi göbek klemplendikten hemen sonra doğum eylem süresi uzadıkça düşme eğilimi göstermiştir fakat sezaryen olgularında prolaktin düzeyi vajinal doğum yapan vakalardan farklı olarak göbek kordonu klemplendikten hemen sonra en yüksek düzeye ulaştığı saptanmıştır (62).

**Oksitosin:** Oksitosin, doğumda en çok bilinen hormondur. Oksitosin hormonunun gebelikte salınmaya başlar ve doğumun başlaması ile seviyesinin giderek artar. Bu hormon prolaktinden daha çabuk üretilir. Oksitosin hormonunun seviyesi doğum, cinsel aktivite, emzirme ve çok sevilen biri ile karşılaşıldığında yükselmektedir. Oksitosin hormonun salgılanması sütün atılması için ileri derecede elzemdir çünkü prolaktin hormonu süt yapımını devam ettirse bile, oksitosin olmadan süt dışarı atılamaz (13, 14, 56).

Oksitosinin başka bir özelliği ise doğum sonrası involüsyon sürecinde olan uterusu etkili kontraksiyonlar yaparak kanamayı azaltmasıdır (60).

Çeşitli faktörler oksitosin refleksini pozitif veya negatif yönde etkileyebilir. Annenin, bebeğin acıkması sebebiyle ağlama sesini işitmesi, bebek için sevgi dolu düşünceler, emme saatinin gelmesi oksitosin refleksini uyarabilir. Stres, kaygı, ağrı ve şüphe gibi olumsuz duygularda oksitosin refleksini engelleyebilir. Buna ek olarak oksitosin hormonunun, annenin bebeğine olan ilgisini fazlalaştırdığını ve annelik davranışları göstermede anlamlı rol oynadığı düşünülmektedir (15-17, 59).

Günümüzde doğum sancısı çekmemiş yani planlı sezaryen doğum yapan kadınların, fizyolojik koşullar altında doğum yapanlar kadar etkili biçimde oksitosin salgılayıp salgılayamayacakları tartışma konusudur. Oksitosin refleksindeki yetersizlik ve baskılanma sonucu alveollerdeki süt atılamaz. Bu durum bebeğin yetersiz süt almasına neden olur. Sütünün yetersizliğinden korkan annenin oksitosin refleksi baskılanır. Aç kalan bebeği doyurmak için de mama veya yapay beslenme başlanır. Sonuçta emme azalacağından süt üretimi azalarak emzirme sonlandırılır. Bu sorunların

yaşanmaması için emzirme danışmanlığı yapılırken annelere oksitosinin varlığı ve bu refleks uyarıldığında annenin hissedeceği etkiler açıklanmalıdır (7, 56, 59).

### 2.2.3. Emzirme Sıklığı ve Süresi

Anne sütü, annenin beslenmesinden bağılı olmadan, bebeğin doğru teknikle ve sık aralarla emzirilmesi ile birlikte artar. Besleme sıklığı; yenidoğanın yaşına, emme kabiliyetine, midenin fizyolojik kapasitesine ve memelerin süt depolama kapasitesine göre değişir. Emme, doğum sonrası ilk günlerde genellikle sık değildir, postpartum 3. ve 7. günler arasında fazlalaşır ve daha sonraları kademeli şekilde azalır. Hızlı büyüme sürecinde ise sıklık tekrar artmaya başlar. Yenidoğan döneminde bebeğin ilk 4-6 haftada 24 saatte günde 8-12 kez beslenmesi gerekir (58, 63, 64).

Gün içerisinde bebek her istediğinde veya en fazla 2 saatte bir, DSÖ'ye göre ise bebeklerin her acıkma belirtisi göstermesinde emzirilmeleri önerilmektedir. Bebekler bir öğünde alacakları anne sütünün yaklaşık olarak yarısını ilk 1-2 dakikada, % 90'nı ise ilk 5 dakikada emdikleri belirtilmiştir. Normal bir emzirme süresi her meme için 15-20 dakika olmalıdır ve beslenme sıklığı bebekten bebeğe farklılık göstermektedir (19, 60, 65).

### 2.2.4. Emzirmenin Yararları

Emzirmenin anne ve bebek üzerinde ayrıca psikolojik ve sosyoekonomik açıdan da birçok olumlu etkisi bulunmaktadır.

**Bebek İçin Yararları:** Dünya Sağlık Örgütü, doğum sonrası ilk 6 ay sadece anne sütü önermektedir. Bebeğin ilk altı ayda yalnız anne sütüyle ve altıncı aydan sonra ise uygun ek gıda desteği ile iki yaşına kadar emzirilmesinin bebek için pek çok yararı vardır (56, 65, 66).

Anne sütü, bebeğin bağışıklık sistemi gelişirken immünolojik koruma sağlar ve antialerjik laktoglobulin içermesi ve yüksek oranda Ig A'ya sahip olması ile bebeği alerjilerden koruma özelliği vardır (63).

Her zaman taze ve sterildir, bulaşıcı bakterilerden muaftır, dolayısıyla gastrointestinal rahatsızlık ihtimalini azaltır. Schack-Nielsen'in yaptığı çalışmada anne sütü almayan ya da kısmen anne sütü ile beslenen bebeklerle, yalnız anne sütüyle

beslenen bebeklerin karşılaştırıldığı çalışmalarda ishale bağlı ölüm riskinin ilk grupta dört kat daha fazla olduğu bulunmuştur (58, 63, 66, 67).

Anne sütü alan bebeklerde diş çürükleri, çene ve diş gelişim bozuklukları daha az görülmektedir ve emzirme ile bebeğin çene kaslarının yapısı da güçlenmektedir. Ayrıca aşuların etkinliğini de arttırmaktadır (58).

Literatürde emzirmenin bebeğin zekâ gelişimine olumlu etkisinin olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur. Çocukların gelişimi konusunda yapılan çalışmalarda; yaşamın ilk yıllarında anne sütü ile beslenen bebeklerin, yapay olarak beslenenlere göre ileri ki yaşlarda zekâ testlerinde daha başarılı olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda bu çocuklarda konuşma problemlerinin daha az görüldüğü, davranış ve vazomotor ölçekte alınan puanların daha yüksek olduğu bildirilmektedir (58, 68).

Emzirmenin bebeklerde vitamin eksikliği, malnütrisyon ve ani bebek ölümü sendromu gibi durumlara karşı da koruyucu özelliği bilinmektedir (56, 66).

Emzirmenin etkileri sadece verildiği süre ile sınırlı değildir. Anne sütü ile beslenen çocukların ileriki yaşlarında da birçok hastalığa yakalanma riskinin azaldığını gösteren çalışmalar bildirilmektedir. Bu yapılan çalışmalarda, anne sütüyle beslenen çocuklarda obezite, hipertansiyon, tip 1 diyabet, kalp ve damar hastalıkları, kronik karaciğer hastalıklarının görülme sıklığının daha az olduğunu göstermektedir (56).

**Anne İçin Yararları:** Emzirme; gebelik, doğum, annelik sürecinin önemli bir parçasıdır ve emzirmenin bebek sağlığına olduğu kadar anne sağlığına da olumlu etkileri vardır (63).

Emzirmenin postpartum erken dönemde başlatılması oksitosinin salgılanmasını artırır, postpartum kanama miktarını azaltır ve uterus involüsyonunun daha çabuk gerçekleşmesini sağlar (1, 19, 56, 66).

Yapılan araştırmalarda; emziren kadınlarda menopoz öncesi yaşlarda, meme, over, serviks kanseri, osteoporoz, tip 2 diyabet, tromboflebit gelişme riski ve üriner sistem enfeksiyonlarının daha az görüldüğü bulunmuştur. Ayrıca laktasyon hormonlarının gevşetici etkisi uyku kalitesini yükselttiği görülmüştür (56, 63, 68, 69).

Emzirme sırasında artan prolaktin seviyesi hem hipotalamus hem de overler üzerine etki ederek over işlevlerini baskılamakta ve ovülasyonu engellemektedir. Emziren anneler kilolarından daha erken kurtulur ve doğum öncesi kilolarına daha hızlı

ulaşırlar. Bir araştırmada, emziren annelerin daha düşük beden kitle indeksine ve daha yüksek HDL kolesterol seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir (63, 69-71).

Anne sütü her zaman steril, hazır, vücut sıcaklığında olduğu için hazırlık ve ısıtma gerektirmez ve anne bebeğin besinini hazırlamak zorunda kalmadığından dolayı daha az yorulur. Emziren annelerin kendilerine özgüvenleri fazladır ve anksiyete, stres, depresyon, suçluluk ve yorgunluk düzeyleri azdır, bu durum süt verimini ve annelerin annelik rollerine uyumunu olumlu yönde etkiler (56, 58, 69).

Gestasyonel diyabet öyküsü olan annelerde laktasyon süresinin uzaması insülin ve glikoz cevabı üzerine olumlu etki oluşturulduğu bulunmuştur. Bebeğini 10 aydan daha fazla süre emziren annelerde insülin duyarlılığının arttığı, açlık kan glikoz seviyesinin azaldığı ve ayrıca bozulmuş glikoz tolerasyonunda düzelme sağladığı belirtilmiştir (72).

**Psikolojik Açıdan Yararları:** Emzirmenin yenidoğanın sağlıklı büyümesi-gelişmesinde olumlu etkilerinin olmasının yanı sıra, anne-bebek-aile içinde sosyal ve duygusal bir etkileşim aracı olduğu bilinmektedir (63, 73).

Anne bireysel olarak bebeğini beslemekle meşgul olup önemli olma ve başarma duygusunu yaşarken, bebek de annesiyle yakın ve rahat bir fiziksel ilişki sağlamış ve böylece anne ve bebeğin ruh sağlığını korunmuş olur. Emzirme anneye bebek arasında güçlü bir bağlanma meydana getirir ve bebeklerini terk etme, şiddet uygulama gibi olumsuz davranışlar daha az görülür (63, 74).

**Sosyoekonomik Açıdan Yararları:** Emzirmenin toplumun geleceği, sağlığının geliştirilmesi ve ekonomisi açısından da birçok yararı vardır. Hastalıkları önleyici etkileri sayesinde bebeğin hastanede kalış süresi, sağlık harcamaları ve iş gücü kaybı azalır, maliyet kazancını ise artar (75).

Ekonomik açıdan aile bütçesine katkısı ve uygulama kolaylığı önemsenecek özelliklerinden biridir. Anne sütü, her zaman taze ve ideal ısıda; her daim kullanıma hazır ve ekonomik olması sayesinde; anne-baba, bebek ve kardeşlerine daha çok zaman ve maddi kaynak ayırabilir (73, 76).

Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) raporunda Amerikalı annelerin %90'ı bebeklerine 6 ay sadece anne sütü vermeleri halinde her yıl 13 milyon dolar kazanç elde edilebileceği belirtilmektedir (64, 77).

### **2.2.5. Emzirme Yeterliliğinin Değerlendirilmesi**

Emzirme süresince anne ile bebeğin değerlendirilmesi için gözlem yapılmalıdır ve emzirmenin gözlenmesi ebelik yaklaşımının temel taşıdır. Doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde yenidoğan mutlaka emzirilmelidir ve emzirmeye ne kadar erken başlanırsa süt salınımı o kadar erken olur (78).

Annenin emzirme becerisi en az bir emzirme periyodu gözlenerek değerlendirilmelidir. Annenin bebeğini memeye doğru bir şekilde yerleştirmesi, bebeğinde emme hareketini doğru bir şekilde yapabilmesi ve etkili emebilmesi önemlidir (58, 78).

Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) bebeklerin emme yutma fonksiyonlarını tamamlayıp en az iki defa başarılı bir şekilde beslendikten sonra taburcu edilebileceği belirtmiştir (79).

Başarılı bir emzirme için; bebek günde 8-12 kez beslenmeli, aralıklı olarak duyulabilir yutma sesiyle ritmik emme sağlanmalı, ilk 2 gün içinde en az günde 1-2 ıslak bez görülmeli ve günde en az 3-4 kakalı bez görülmelidir (58, 78).

Klinikte emzirmeyi değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bazı ölçekler ebelerin emzirmeyle ilgili tutacağı kayıtları standart hale getirmesinde kullanılabilir. Emzirme yeterlilik ölçeği, emzirme tutumunu değerlendirme ölçeği, emzirme ve tanılama ölçeği (LATCH) literatürde bulunan bazı ölçeklerdir.

### **2.2.6. Planlı Sezaryenin Emzirmeye Etkisi**

Doğumun fizyolojisi ile süt salgılama fizyolojisi arasında önemli bir ilişki vardır. Fizyolojik doğum sancısıyla başlayan ve sütün salgılanması için gerekli kabul edilen hormonların salgılanmasına yol açan olaylar zinciri, sezaryen doğumlarda etkilendiği belirtilmektedir (7).

Vajinal doğum ile dünyaya gelmiş olan sağlıklı yenidoğanlar, genellikle erken emzirilmeye başlanır ve uzun süre emzirilir. Fakat vajinal doğumlarda bile, emme refleksinin en güçlü olduğu ilk yarım saat, standart hastane uygulamaları sebebiyle anne ve yenidoğan bir araya gelemeyerek emzirme başlatılamamaktadır. Genellikle sorunsuz vajinal doğum sonrası bile emzirme ilk 1 saat içinde gerçekleşirken, sezaryen doğumda bu süre uzamaktadır. Genel anestezi altında sezaryen geçiren anneler genellikle sezaryenden 4 saat sonra, epidural anestezi sonrası ise ½-1 saat sonra yenidoğanı



emzirebilirler. 1980'den önce sezaryen doğum yapan kadınların büyük bir bölümü emziremişlerdir.1975 yılında yapılan bir çalışmada sezaryenli annelerin sadece %2'nin emzirdiği belirtilmiştir (19, 80, 81).

Temelde sezaryen doğum annenin emzirmesine engel değildir ve vajinal doğum yapanlar gibi bebeklerini emzirebilir. Fakat anneler bebeklerini emzirirken bazı sorunlarla karşılaşabilirler. Genel veya lokal anestezi sonrası annenin anestezi etkisinden kurtulma süresinin uzun olması, annenin işlevselliğine dönmesinin ve mobilizasyonun uzun sürmesi, tıbbi durumlar nedeniyle anne ve bebeğin ayrı olması, cerrahi işlemin getirdiği stresin oksitosin yanıtını baskılaması, sezaryen doğumda emzirmenin gecikmesinin başlıca nedenleridir. Annenin cerrahi girişim sonrası insizyon ağrıları emzirmeyi unutturabilecek kadar fazla olabilir ve bebeğini emzirebilmek için doğru emzirme pozisyonunda tutmakta zorlanabilir (7, 80, 82).

Porto Rico' da yapılan bir çalışmada 1990 ile 1996 yılları arasında sezaryen doğum yapan 1695 kadın incelenmiş ve sezaryenin emzirmeyi olumsuz etkilediği gözlenmiştir. İsveç'te yapılmış bir çalışmada, oksitosin hormonunun etkili olması için sık kasılmalarla salgılanması vurgulanmıştır. Çalışmada, doğumdan iki gün sonra bebeğe meme verildiğinde vajinal yoldan doğum yapmış kadınların, acil sezaryenle doğum yapmış kadınlara kıyasla daha hızlı ve etkili biçimde oksitosin salgıladıkları belirtilmiştir. Ayrıca doğumdan iki gün sonra oksitosinin salgılanma biçimiyle emzirmenin süresi arasında bağlantı ortaya çıkarılmıştır. Ankara'da yapılan bir çalışmada sezaryenle doğum yapmış birkaç grubun laktasyon başlama saati ve 24 saat içinde üretilen süt miktarı karşılaştırılmıştır. İkinci sezaryeni planlı olan kadınlara göre planlı olmayan kadınların laktasyon başlangıcının daha erken ve üretilen süt miktarının da daha fazla olduğu belirtilmiştir (7, 83, 84).

Günümüzde sezaryen doğum sonrası emzirme oranlarını arttırmak için de çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. İspanya'da bir hastanede uygulanan sistemde, planlı sezaryen doğumda kadın doğum uzmanı, neonatoloji uzmanı ve anestezi uzmanı, beraber olarak annenin bebekle ten tene temas için uygun ve güvenli olup olmadığına karar verir. Uygundur kararı verildikten sonra, kadın doğum uzmanı anneye partnerini bilgilendirir. Ebe doğumdan sonra bebeği annenin göğsüne yatırır ve neonatoloji uzmanı bebeğin muayenesini burada yapar. Neonatoloji uzmanı ameliyathanede yaklaşık 15 dakika kalır, daha sonra sorumluluk neonatoloji hemşiresine bırakılır. Neonatoloji hemşiresi ameliyathanede tensel temas ve emzirmenin başlatılmasından sorumludur (80, 85).

### **2.2.7. Planlı Sezaryende Doğumda Kullanılan Anestezi Yönteminin Emzirmeye Etkisi**

Genel Anestezi ile sezaryen ameliyatı olan annelerde anestezi depresyonu ve bebekteki anestezi nedeni motor depresyonu, emzirmeyi olumsuz etkilemektedir. Bölgesel anestezi ise, sezaryen doğum için sıklıkla kullanılan etkili yöntemlerdendir. Yapılan çeşitli çalışmalar arasında, epidural anestezinin doğum sonrası bebeğin uyanıklığı, emme kapasitesi ve anneden süt salgısını engellediği konusunda fikir birliği yoktur (80).

Sezaryen doğumda kullanılan anestezi türlerinin emzirmeyi etkileyip etkilemediğine yönelik bazı çalışmalar yapılmıştır. Kutlucan'ın yaptığı bir çalışmada, elektif sezaryen olgularında uygulanan genel anestezi, spinal anestezi ve epidural anestezi ile normal vajinal doğum yapan annelerin emzirmelerinin karşılaştırılmıştır. Doğum sonrasında genel anestezi grubunda prolaktin seviyesi, normal doğum yapan grupta ise oksitosin seviyesi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca, genel anestezi uygulanan annelerin sütlerinin gelmesi diğer gruplara göre gecikmiştir. Sezaryen operasyonlarında anne sütünün erken gelmesi açısından epidural ve spinal anestezi, genel anesteziye göre daha avantajlı olduğu tespit edilmiştir (86, 87).

Wiklund ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kullanılan anestezi türünün emzirme zamanını etkilediği belirtilmiştir. Sezaryene alınan kadınlara bölgesel anestezi ve genel anestezi yapılmış ve emzirme zamanı açısından bölgesel anestezi yapılanlarda anlamlı fark saptanırken, epidural anestezi alan ve anestezi almayan gruplar arasında fark saptanmamıştır (86, 88).

## **2.3. Planlı Sezaryen ve Maternal Bağlanma**

### **2.3.1. Maternal Bağlanma**

Maternal bağlanma, anne ve bebek arasında zevk verici ve doyurucu bir etkileşimin neticesinde annenin çocuğuna geliştirdiği sevgi bağının oluşum süreci olarak tanımlanmaktadır. Anne ve bebeği arasında olan ve zamanla devamlılık gösteren mükemmel sevgi göstergesidir. Sevgi ile bağlanma maternal rol uyumunun parçasıdır (89, 90).

Maternal bağlanmanın en önemli özellikleri; yakınlık, karşılıklı olma ve bağlanma olarak bilinmektedir. Anne-bebek etkileşimi, annenin bebeğin ihtiyaçlarını karşıladığı, cevap verdiği ve davranışlarına uyduğu ve bebeğin işaretlerini tanıyarak öğrendiği karşılıklı bir süreçtir (91).

Bowlby, maternal bağlanmayı anne ve çocuk arasında devamlı, sıcak, yakın bir ilişkinin olması ve bu durumdan hem annenin hem de çocuğun hoşnut olması ve haz alması olarak belirtmiştir. Bebek ve çocuğun fiziksel sağlığı için protein ve vitamin ne kadar gerekliyse, anne sevgisinin bebeğin ruhsal sağlığı için o kadar önemli olduğunu vurgulamıştır. Anne sevgisi yokluğunda ise kaçınılmaz olarak güçlü bir kayıp ve öfke hissi ortaya çıkacağını ileri sürmüştür (89, 92, 93).

Muller ise anne-bebek bağlanmasını, anne ve bebeği arasında oluşan ve zamanla devamlılık gösteren mükemmel bir sevgi ilişkisi olduğunu, sevgiyle bağlanmanın anneliğe ilişkin rol uyumunun elzem bir elementi olduğunu belirtmiştir (94, 95).

“Bağlanma” (bonding) kavramı çok geniş bir anlam yelpazesi içermektedir ve kafa karışıklığına yol açmaktadır. Fakat “anne-bebek ilişkisi” tanımından daha kullanışlı olduğu düşünülmektedir. “Bağlanma” ile bebeğin anneye mi bağlandığı (attachment), yoksa annenin bebeğine bağlanmasının mı (bonding) ifade edildiği hala tartışma konusudur. Literatürde annenin çocuğuna olan duygusal bağına “annelik duygusu” yani “bonding”, çocuğun annesine olan duygusal bağına da “bağlanma” “attachment” kelimeleriyle karşımıza çıkmaktadır (93, 96).

Maternal bağlanma süreci gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem boyunca gelişen ve anne ve bebek etkileşimi olduğu sürece desteklenen bir süreçtir. Geçmişten beri yapılan çalışmalarda bu ilişkinin çocuğun psikolojik, fiziksel ve sosyal gelişimini önemli oranda etkilediği gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada; annelere bebeklerine ilk ne zaman sevgi hissettikleri sorulduğunda annelerin %41’i gebelik sırasında, %24’ü doğumda, %27’si doğumdan sonraki ilk haftada ve %8’i ilk haftadan sonrasında olduğunu söylemişlerdir. İlk doğumunda annelerin %40’ı bebeklerini ilk kucağına aldıklarında bir şey hissetmediklerini ifade etmişler. Bu sebeple erken annelik tutumu ve duygularının değerlendirilmesi, maternal bağlanma açısından önemlidir (93).

Klaus ve Kennel, doğumdan sonraki ilk 45-60 dakika bebeğin alıcı ve uyanık bir modda olduğunu ve bu periyodun anne-bebek etkileşimi ve sevgisinin oluşması için en ideal zaman olduğunu ileri sürmüşlerdir (91).

### **2.3.2. Maternal Bağlanma Evreleri**

Maternal Bağlanma, tanışma evresiyle başlar ve bağlanmanın gelişimiyle sonuçlanır. Bu etkileşimsel süreç 3 evrede gerçekleşir (91, 97).

#### **2.3.2.1. Tanışma Evresi**

Bağlanma sürecinin ilk adımı olan tanışma evresi, doğumdan sonrası ilk 48 saati içerir ve tüm insan ilişkilerinde temel taşıdır. Bu evre genellikle karşılıklı bakışma ile geçer. Hem anne bebeğiyle, hem de bebek annesiyle göze teması kurmaya çalışır ve anneler bebeklerini keşfetmek için sistematik olarak dokunurlar. Ayrıca annenin, bebeği hakkındaki genel duygu ve düşüncelerini bu evre de geliştirir (91, 97-99).

#### **2.3.2.2. Sahiplenme Evresi**

Bu evre doğumdan sonraki üçüncü günde başlar ve altı haftaya kadar sürer. Bu evre de annelik rolü benimsenir, bebeğe cinsiyetiyle veya adıyla hitap edilir, anneler bebekleri ile etkileşim kurar, sözel olan ve olmayan, genel olumlu duygular karşılıklı olarak gösterilir. Anneler, bebeğin esas gereksinimlerine verdiği yanıtları bu evre de öğrenir ve zamanla doğru şekilde yorumlamaya başlarlar. Karşılıklı uyum ve ilişkinin sağlanması ile sağlam bağların gelişmesi beklenir (91, 97-99).

#### **2.3.2.3. Bağlanma Evresi**

Doğum sonrası altı-sekiz haftayı içeren bu evreye bağlanma evresi denilmektedir. Bu evrede artık anne ve bebek arasında karşılıklı uyum ve ilişki daha belirginleşmiştir. Anne, bebeğinin bakımında daha yeterli hale gelmiş ve bebekle aralarında derin bağlanma ve sevgi duygusu bütünüyle meydana gelmiştir (91, 97-99).

### **2.3.3. Maternal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler**

Bebeklik döneminde bağlanma, güvenli veya güvensiz olarak tespit edildikten sonra hayat boyunca devam eder. Bağlanma davranışı anne-bebek ilişkisinde görülmeye başlar ve zaman içinde kararlılık gösterir. Bunun sonucunda bebeğin fiziksel, psikolojik, entelektüel gelişimini önemli derecede etkilenir (100, 101).

Anne ve bebek bağlanmasının oluşması ve ilişkinin gelişiminde, gebeliğin planlanması, istenmesi, annenin güven duygusu, ailenin sosyo-ekonomik ve kültürel

durumu, eş desteği, eş ilişkileri, annenin ailesi ile ve sosyal çevresi ile olan ilişkileri, doğum şekli, ilk zamanlarda yaşadığı stres, anne veya bebeğin sağlık durumu, çocuk bakım konusunda annenin bilgisi, bebekte herhangi bir anomali olması durumu, annenin çocukluğunda kendi annesiyle yaşadığı bağlanma ilişkileri gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir (90, 91).

Gebelik boyunca aileler "hayali ya da ideal" bir bebek imajı düşünürler. Hayali bebek doğum ile birlikte gerçek bebek olarak karşılına çıkar. Hayallerdeki bebeğin gerçek bebeğe benzemesi maternal bağlanmaya etki eden faktörlerden biridir (90).

Doğum süreci de maternal bağlanmaya etki eden faktörlerden bir diğeridir. İdeal olarak hayatın ilk dakikalarında gerçekleşmesi düşünülen bağ kurma olayı, güç ve zor doğumlar, sezaryen doğum ve genel anestezi sebebiyle engellenmektedir (101).

Anne ve bebek etkileşimi zaman içinde öğrenilen ve gelişen süreçtir. Bu etkileşimin sağlıklı bir şekilde başlaması ve devam ettirilmesinde, annenin yeni rolüne adaptasyonunda, karşılaştığı sorunlara çözüm bulabilmesi, çevresinden aldığı destek ve eşler arasındaki uyum ile söz konusudur (90).

Anne ve bebek arasındaki ten tene teması, bağlanmaya ve emzirmeye destektir. Bebekle temasın çok olması bağlanma davranışını arttırmaktadır. Doğumdan 48 saatten sonra taburcu edilen annelerin bağlanma davranışlarının, ekonomik yetersizlikler sebebiyle erken taburcu edilen (24-47 saatte) annelerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Farklılığın nedeninin ise ev ortamında bebeklerle daha fazla teması olanak bulunmasından dolayı olduğu savunulmaktadır (90, 102).

Doğumdan hemen sonraki anne-bebek bağlanması için önemli olan dönem, prematür doğumlardan sonra anne ve bebeğin kısmen ya da tamamen ayrılmasıyla kesintiye uğramaktadır. Prematür doğumun aileye etkileri, ailenin de prematür çocuğa yönelik tutumları maternal bağlanmaya etki edebilecek diğer önemli faktörlerdendir. Prematür bir bebeğin doğumu tüm aile için bazen kriz olabilir. Annede bebeğini kaybetme, erken çocuk doğurmayla ilişkili suçluluk ve yetersizlik düşüncelerinin bebeğe bağlanma davranışında gecikmelerle sonuçlanabileceğine dikkat çekilmiştir (101, 103).

Jeffocate ve arkadaşları, prematür doğum ve anne-bebek ayrılığının sonraki psikososyal gelişim ile ilişkisini araştırmışlardır. Çalışmalarında termde ve prematür doğan çocukların annelerine doğumdan sonra sevgi ve bağlılık duygularını ilk ne zaman

hissetmeye başladıkları sorulmuştur. Termde doğan çocukların annelerinin birçoğu ilk 24 saatten sonra, prematür doğan çocukların anneleri ise, %50 oranında ikinci ayın sonuna doğru sevgi ve bağlılık duygularını hissetmeye başladıklarını ifade etmişlerdir (103, 104).

Adölesan anneler üzerinde yapılan bir çalışmada da, prenatal ve postnatal bağlanma incelenmiş ve anne yaşı küçüldükçe maternal bağlanmanın azaldığı bulunmuştur (101).

#### **2.3.4. Planlı Sezaryen ve Maternal Bağlanma**

Postpartum dönemde anne-bebek bağlanmasını sağlayan faktörler arasında odanın paylaşımı, kucaklama, ten-tene ve göz göze temas, emzirme ve bebeğin bakımına katkıda bulunmak yer almaktadır. Planlı sezaryen sonrası bu durumların gecikmesi maternal bağlanmayı negatif yönde etkilemektedir (105, 106).

Özellikle bebeğin çıplak olarak doğumdan kısa bir süre sonra annesiyle kucaklaşmasının anne-bebek bağlanması üzerinde olumlu bir etkisi vardır. Bu sebeple doğumdan sonra ilk 45-60 dakikalık süreçte bebek uyanık ve alıcı durumundan dolayı anneye olan teması çok önemlidir. Bu olaylar sırasında salgılanan oksitosin anne-bebek bağlanmasının oluşmasında önemli bir rol oynar. Emzirme sırasında salgılanan oksitosinin annenin bebeğinin işaretlerini anlayabilmesinde ve onu tanımada da olumlu bir katkısı olduğu bilinmektedir (99, 106-108).

Yapılan araştırmalarda oksitosin hormonunun özellikle ilk doğumda annelik davranışı başlatması için önemli olduğu fakat diğer doğumlarda oksitosine gerek duyulmaksızın annelik davranışının sürdürüldüğü başka bir deyişle annelik davranışının ilk doğum ile ortaya çıktıktan sonra kalıcı hale geldiği ileri sürülmektedir. Doğumdan sonraki süreçte oksitosinin dışında prolaktin hormonunun da annelik davranışının başlatılmasında oldukça önemli bir rolü vardır. Yapılan araştırmalar kadınların önceki doğumları ile ilgili tecrübeleri arttıkça merkezi sinir sisteminde prolaktin reseptörlerinin duyarlılığının arttığı, bebekleriyle karşılaştıklarında hızlı bir biçimde annelik davranışına geçişleri olduğu görülmüştür (106, 108-110).

Çankaya ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada; sezaryenle doğum yapan kadınlar da operasyonun telaş, korku ve endişe yarattığını, doğum sonrasında ise hem doğum sonu dönemin hem de cerrahi operasyonun zorlukları annenin bebeğine olan ilgisini

ikinci plana atabileceği için anne-bebek bağlanma sürecinin uzamasına neden olduğunu ileri sürmüşlerdir (106).

Damato'nun yaptığı bir çalışmada, ikiz gebelerde prenatal ve postpartum anne-bebek bağlanmasını karşılaştırmışlar ve postpartum anne-bebek bağlanma puanı daha düşük bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesinde kalma ve sezaryen doğumla ilgili olabileceği düşünülmüştür (111).



### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu karşılaştırmalı-tanımlayıcı araştırma, doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryenlerin doğum sonu emzirme ve anne-bebek bağlanma düzeylerinin karşılaştırması amacıyla yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Bu Araştırma, Mart 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi ile Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsünün Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde yürütülmüştür.

Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, 28 yatak kapasiteli olup klinikte 22 ebe/hemşire, 6 kadın doğum uzmanı ve 9 asistan doktor görev yapmaktadır. Sezaryen Operasyonu sonrası çift kişilik hasta odalarına alınan lohusalar 2 gün hastanede izlenmekte ve herhangi bir sorun oluşmazsa taburcu edilmektedir.

Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, 36 yatak kapasiteli olup klinikte 64 ebe/hemşire, 15 kadın doğum uzmanı doktor görev yapmaktadır. Sezaryen operasyonu sonrası çift kişilik hasta odalarına alınan lohusalar 2 gün hastanede izlenmekte ve herhangi bir sorun oluşmazsa taburcu edilmektedir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi ile Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde planlı sezaryen doğum yapan kadınlar oluşturmaktadır. Ocak 2016 - Aralık 2016 tarihleri arasında Turgut Özal Tıp Merkezi'nde sezaryen doğum yapan kadın sayısı 918 ve Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü'nde sezaryen doğum yapan kadın sayısı 2547'dir. Power analizi kullanılarak yapılan hesaplamada örneklem büyüklüğü; 0.05 yanılğı düzeyi, %95 güven aralığı ve %80 evreni temsil etme yeteneği ile en az 346 lohusa olarak belirlenmiştir.



Belirlenen örneklem grubuna ulaşılan kadar ilgili hastanelerde sezaryen operasyonuna alınan ve araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan kadınlar olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırma, doğum eylemi başladıktan sonra planlı sezaryene alınan 180 kadın ve doğum eylemi başlamadan planlı şekilde sezaryene alınan 180 kadın olmak üzere toplam 360 kadın ile tamamlanmıştır.

#### **Araştırmaya Alınma Kriterleri:**

- Sözel iletişim kurulabilen,
- Gebeliği planlı olan,
- Gebeliğin yardımcı üreme teknikleri ile gerçekleşmemiş olan,
- Doğum sonu ilk 48 saat içerisinde olan,
- Miadında sezaryen doğum yapmış olan (36 hafta ve üzeri),
- Anne ve yenidoğanda postpartum döneme ilişkin herhangi bir komplikasyon gelişmeyen kadınlar araştırmaya alınmıştır.

#### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Veriler, "Kişisel Tanıtım Formu" , "LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği" ve "Maternal Bağlanma Ölçeği" aracılığı ile elde edilmiştir.

##### **3.4.1. Kişisel Tanıtım Formu (EK-2)**

Sezaryen doğum yapmış lohusaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanan yer, aile yapısı, gelir durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu) ile bazı doğurganlık özelliklerini (doğum haftası, gebelik sayısı, sezaryen deneyimi, sezaryen endikasyonu, doğumun gerçekleştiği saat aralığı, bebeğin cinsiyeti) belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan bu form 17 sorudan oluşmaktadır.

##### **3.4.2. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği (EK-3)**

Araştırmada emziren annelerin emzirme yeterlilik durumlarını objektif olarak gözlemlemek amacıyla emzirmenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm araçlarından biri olan LATCH ölçeği kullanılmıştır. LATCH emzirme tanılama ölçüm aracı 1986'da puanlama yöntemi bakımından APGAR skor sistemine benzetilerek oluşturulmuştur. Bu ölçek, emzirmenin bir sağlık çalışanı tarafından gözlem yaparak değerlendirilmesini sağlar, ayrıca hızlı ve kolaydır.

Bu ölçüm aracı, emzirme tanılmasını tarafsız olarak yapmak, emzirme problemlerini saptamak, sağlık çalışanları arasında ortak dil oluşturmak, eğitim planı yapmak ve genel olarak emzirme başarısını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (112, 113).

Beş değerlendirme kriterinden oluşan bu ölçüm aracı, kriterlerin İngilizce karşılığının ilk harflerinin birleşiminden meydana gelmektedir. Bu kriterler şu şekilde sıralanmıştır;

L: Memeyi tutma (Latch on breast)

A: Bebeğin yutma hareketinin görülmesi, duyulması (Audible swallowing)

T: Meme ucunun tipi (Type of nipple)

C: Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı (Comfort bresat/nipple)

H: Bebeği tutuş pozisyonu (Hold/Help) (112-114).

Apgar puanlama sistemine göre 1994 yılında Jensen, Wallace ve Kelsay tarafından geliştirilen LATCH emzirme tanılama ölçüm aracının Türkçe 'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yenil ve Okumuş tarafından 2003 yılında yapılmıştır. Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach's alpha değeri 0.95 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada LATCH Emzirme Tanılama ve Ölçüm Aracı'nın Cronbach's alfa değeri 0.84'dür. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeğinde her kriter için 0,1,2 puan verilmektedir. Puanların toplanması ile emzirme değerlendirilir. Toplam puan arttıkça emzirme başarısı da artmaktadır (59, 112, 114, 115).

### **3.4.3. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) (EK-4)**

Annenin bebeğine olan sevgi ve bağlanmasını belirlemek amacıyla Müller tarafından 1994'de geliştirilmiş olan Maternal Bağlanma Ölçeği, 26 maddeden oluşan 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Her bir madde "her zaman" ile "hiçbir zaman" arasında değişmektedir ve doğrudan ifadeleri içermektedir. Hiçbir zaman (d)=1 puan, bazen(c)=2 puan, sık sık (b)=3 puan, her zaman (a)= 4 puan olarak hesaplanır ve tüm maddelerin toplamından genel bir puan elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 104 ve en düşük puan 26'dır. Yüksek puan, maternal bağlanmanın da yüksek olduğunu göstermektedir. (94, 95).

Kavlak ve Şirin tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Maternal Bağlanma Ölçeğinin, Cronbach's alpha iç tutarlılık güvenilirliği; 1 aylık bebeği olan

annelerde 0.77 iken, 4 aylık bebeği olan annelerde ise 0.82 olarak saptanmıştır. Kavlak ve şirin, MBÖ'nün Türkçe çevirisinin doğum sonrası bir ve dört ay arasında bebeği olan annelerde geçerli ve güvenilir olarak kullanılabileceğini belirtmiştir (94). Bu araştırmada Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Cronbach's alfa değerı 0.98 olarak bulunmuştur.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri Mart-Ağustos 2017 tarihleri arasında belirtilen kliniklerde araştırmacı tarafından elde edilmiştir. Hastane kliniklerinin hasta odasında doğum sonu ilk 48 saat içerisinde, kişisel tanıtım formu verilerinin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi, LATCH emzirme tanılama ölçeğinin değerlendirebilmesi için emzirme anında gözlem yöntemi, Maternal Bağlanma Ölçeğinin verilerinin toplanmasında postpartum 1. ayın sonunda telefon ile görüşme yöntemi kullanılmıştır. Ayrıca bu görüşmede yenidoğanda sarılık gelişip gelişmediği de sorulmuştur.

### **3.6. Araştırmanın Değerkenleri**

*Bağımlı Değerken:* Emzirmenin değerlendirilmesi ve maternal bağlanma düzeyi

*Bağımsız Değerken:* Doğum eyleminin başlama durumu

*Kontrol Değerkenleri:* Katılımcılara ait bazı sosyo-demografik ve doğurganlık özellikler (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanılan yer, aile yapısı, gelir durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, gebelik sayısı)

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi SPSS 22.0 paket programını kullanarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler, yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, standart sapma, ki-kare testi ve bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

### 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Olasılıksız rastlantısal örnekleme yönteminin kullanılmasına bağlı ve çalışma koşullarından dolayı araştırmacının klinikte olmadığı durumlarda planlı sezaryen olan lohusalara ulaşılabilmesi bu araştırmanın sınırlılığıdır.

### 3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı'ndan 04.04.2017 tarihli 2017/8-1 karar sayılı etik onay alınmıştır (**EK-5**).

Araştırmanın Turgut Özal Tıp Merkezi'nde yürütülebilmesi için 15.03.2017 tarihli 20851 sayılı anket çalışma izni alınmıştır (**EK-6**). Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsünde yürütülebilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Malatya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği 02.05.2017 tarihli 94346804-771 sayılı anket çalışma izni alınmıştır (**EK-7**).

LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için Doç. Dr. Kerziban Yenal'dan izin alınmıştır (**EK-9**). Maternal Bağlanma Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için Prof. Dr. Oya Kavlak'tan izin alınmıştır (**EK-10**).

Anket formları doldurulmadan önce katılımcı haklarının korunması amacı ile "Özerklik" ilkesi doğrultusunda kadınlara bilgi verilerek "Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur Formu" ile yazılı ve sözlü onam alınmıştır (**EK-11**).

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryen Gruplarının Tanıtıcı Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Doğum Eylemi Başlayan (n=180)		Doğum Eylemi Başlamayan (n=180)		Test* ve p değeri
	n	%	n	%	
<b>Yaş (yıl)</b>					
17-25	59	32.8	43	23.9	X <sup>2</sup> =4.130 p=0.127
26-34	91	50.6	97	53.9	
35 ↑	30	16.6	40	22.2	
<b>Eşin Yaşı (yıl)</b>					
17-25	20	11.1	27	15.0	X <sup>2</sup> =1.844 p=0.398
26-34	94	52.2	83	46.1	
35 ↑	66	36.7	70	38.9	
<b>Eğitim Durumu</b>					
İlkokul Mezunu	55	30.6	66	36.7	X <sup>2</sup> =3.205 p=0.361
Ortaokul Mezunu	36	20.0	41	22.8	
Lise Mezunu	55	30.6	42	23.3	
Üniversite Mezunu	34	18.8	31	17.2	
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışıyor	21	11.7	12	6.7	X <sup>2</sup> =2.702 p=0.100
Çalışmıyor	159	88.3	168	93.3	
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>					
İlkokul Mezunu	38	21.1	56	31.1	X <sup>2</sup> =5.613 p=0.132
Ortaokul Mezunu	44	24.4	45	25.0	
Lise Mezunu	62	34.4	48	26.7	
Üniversite Mezunu	36	20.1	31	17.2	
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>					
Çalışıyor	165	91.7	169	93.9	X <sup>2</sup> =0.663 p=0.415
Çalışmıyor	15	8.3	11	6.1	
<b>Yaşanılan Yer</b>					
İl	124	68.9	125	69.4	X <sup>2</sup> =0.123 p=0.940
İlçe	36	20.0	37	20.6	
Köy	20	11.1	18	10.0	

<b>Aile Yapısı</b>					
Çekirdek Aile	122	67.8	129	71.7	X <sup>2</sup> =0.645
Geniş Aile	58	32.2	51	28.3	p=0.422
<b>Gelir Durumu</b>					
Gelirim giderimden az	26	14.4	30	15.6	X <sup>2</sup> =4.174
Gelirim giderime eşit	135	75.0	119	66.1	p=0.124
Gelirim giderimden fazla	19	10.6	31	17.3	
<b>Toplam</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>	

\*X<sup>2</sup>: Pearson Ki-Kare testi

Tablo 4.1’de doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen gruplarının tanıtıcı özellikler açısından karşılaştırılması verilmiştir.

Doğum eylemi başlayan planlı sezaryen doğum yapan lohusaların %50.6’sının 26-34 yaş grubunda olduğu, %30.6’sının ilköğretim yine %30.6’sının lise mezunu olduğu, %88.3’ünün çalışmadığı, %68.9’unun il merkezinde yaşadığı, %67.8’inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve %75’inin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Doğum eylemi başlayan planlı sezaryen doğum yapan lohusaların eşlerine ait bilgiler incelendiğinde; %52.2’sinin 26-34 yaş grubunda olduğu, %34.4’ünün lise mezunu olduğu ve %91.7’sinin çalıştığı saptanmıştır.

Doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen doğum yapan %53.9’nun 26-34 yaş grubunda olduğu, %36.7’sinin ilköğretim mezunu olduğu, %93.3’ünün herhangi bir işte çalışmadığı, %69.4’ünün il merkezinde yaşadığı, %71.7’inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve %66.1’inin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen doğum yapan lohusaların eşlerine ait bilgiler incelendiğinde; %46.1’inin 26-34 yaş grubunda olduğu, %31.1’inin ilköğretim mezunu olduğu ve %93.9’unun herhangi bir işte çalıştığı saptanmıştır.

Doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen doğum yapan lohusalar yaş, eşin yaşı, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, yaşanılan yer, aile yapısı ve gelir durumu gibi tanıtıcı özellikler açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli fark olmadığı (p>0.05, Tablo 4.1) ve tanıtıcı özellikler açısından her iki grubun benzer özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.** Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryen Gruplarının Doğurganlık Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Doğurganlık Özellikleri	Doğum Eylemi Başlayan (n=180)		Doğum Eylemi Başlamayan (n=180)		Test* ve p değeri
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		
<b>Doğum Haftası</b>	38.55±1.18		38.51±0.86		t=0.305 p=0.761
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Gebelik Sayısı</b>					
Primigravida	60	33.3	56	31.1	X <sup>2</sup> =0.204
Multigravida	120	66.7	124	68.9	p=0.652
<b>Sezaryen Deneyimi</b>					
Primer	131	72.8	126	70.0	X <sup>2</sup> =0.304
Mükerrer	49	27.2	54	30.0	p=0.560
<b>Sezaryen Endikasyonu</b>					
Elektif	26	14.4	21	11.7	X <sup>2</sup> =0.612
Tıbbi Endikasyon	154	85.6	159	88.3	p=0.434
<b>Anestezi Yöntemi</b>					
Genel	30	16.7	26	14.4	X <sup>2</sup> =0.338
Spinal	150	83.3	154	85.6	p=0.561
<b>Doğumun Gerçekleştiği Saat Aralığı</b>					
08:00-17:59	81	45.0	171	95.0	X <sup>2</sup> =10.820
18:00-23:59	45	25.0	7	3.9	<b>p=0.000**</b>
00:00-07:59	54	30.0	2	1.1	
<b>Bebegin Cinsiyeti</b>					
Kız	84	46.7	91	50.6	X <sup>2</sup> =0.545
Erkek	96	53.3	89	49.4	p=0.460

\*X<sup>2</sup>: Pearson Ki-Kare testi

\*\*p<0.001

Tablo 4.2’de doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen doğum yapan lohusaların doğurganlık özellikleri açısından karşılaştırılması verilmiştir.

Doğum eylemi başlayan planlı sezaryen doğum yapan lohusaların ortalama doğum haftası  $38.55 \pm 1.18$ ’dir. Lohusaların % 66.7’sinin multigravida olduğu, %72.8’inin primer sezaryen deneyimi yaşadığı, % 83.3’ünde spinal anestezi yöntemi kullanıldığı ve %85.6’sının tıbbi endikasyonla ile sezaryen doğum yaptığı bulunmuştur. Ayrıca lohusaların %45’inin doğumunun 08:00-17:59 saatleri arasında gerçekleştiği ve %53.3’ünün bebeğinin cinsiyetinin erkek olduğu belirlenmiştir.

Doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen doğum yapan lohusaların ortalama doğum haftası  $38.51 \pm 0.86$ ’dir. Lohusaların % 68.9’unun multigravida olduğu, %70’inin primer sezaryen deneyimi yaşadığı, % 85.6’sında spinal anestezi yöntemi kullanıldığı ve %88.3’ünün tıbbi endikasyonla ile sezaryen doğum yaptığı bulunmuştur. Ayrıca lohusaların %95’inin doğumunun 08:00-17:59 saatleri arasında gerçekleştiği ve %50.6’sının bebeğinin cinsiyetinin kız olduğu belirlenmiştir.

Doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen doğum yapan lohusalar doğum haftası, gebelik sayısı, sezaryen deneyimi, sezaryen endikasyonu, anestezi yöntemi, bebeğin cinsiyeti gibi doğurganlık özellikleri açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli fark olmadığı ( $p > 0.05$ , Tablo 4.2) ve doğurganlık özellikleri açısından her iki grubun benzer özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir. Sadece doğumun gerçekleştiği saat aralığının gruplar arasında istatistiksel açıdan farklılık yarattığı ve 08:00-17:59 saat aralığında doğumu gerçekleştirenlerin oranının doğum eylemi başlayan grupta %45, doğum eylemi başlamayan grupta %95 olduğu saptandı (Tablo 4.2,  $p < 0.001$ ).



**Tablo 4.3.** Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryen Gruplarında Maternal Bağlanma Ölçeği ve LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Doğum Eylemi Başlayan (n=180)	Doğum Eylemi Başlamayan (n=180)	Test* ve p değeri	
	X±SD	X±SD	t	P
MBÖ	97.08±7.54	72.97±10.20	25.485	0.000
LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği	9.34±1.13	6.96±1.12	20.092	0.000

\*Bağımsız gruplarda t testi

MBÖ: Maternal Bağlanma Ölçeği

Tablo 4.3’de doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen gruplarında MBÖ ve LATCH emzirme tanılama ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Doğum eylemi başlayan planlı sezaryen grubunda MBÖ toplam puan ortalamasının 97.08±7.54, LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği toplam puan ortalamasının 9.34±1.13 olduğu ve bu ortalamaların doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen grubunda sırası ile; 72.97±10.20 ve 6.96±1.12 olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda doğum eylemi başlayan planlı sezaryen grubunda MBÖ ve LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği toplam puan ortalamalarının doğum eylemi başlamayan gruba oranla istatistiksel açıdan önemli düzeyde daha yüksek olduğu (p<0.001) saptanmıştır.

**Tablo 4.4.** Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryen Gruplarında Yer Alan Lohusaların Maternal Bağlanma Ölçeği ve LATCH Emzirme Tanılama Ölçeğinden Aldıkları En Düşük ve En Yüksek Puanların Dağılımı

Ölçekler	Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puan	Doğum Eylemi Başlayan (n=180)	Doğum Eylemi Başlamayan (n=180)
		Min-Maks	Min-Maks
MBÖ	26-104	56-104	46-100
LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği	0-10	5-10	4-10

MBÖ: Maternal Bağlanma Ölçeği

Tablo 4.4’de doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen gruplarında yer alan lohusaların MBÖ ve LATCH emzirme tanılama ölçeğinden aldıkları en düşük ve en yüksek puanların dağılımı yer almaktadır.

Doğum eylemi başlayan planlı sezaryen doğum yapan lohusaların MBÖ’den en düşük 56 ve en yüksek 104, LATCH emzirme tanılama ölçeğinden ise en düşük 5 ve en yüksek 10 puan aldığı saptanmıştır.

Doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen doğum yapan lohusaların MBÖ’den en düşük 46 ve en yüksek 100, LATCH emzirme tanılama ölçeğinden ise en düşük 4 ve en yüksek 10 puan aldığı saptanmıştır.

**Tablo 4.5.** Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryen Gruplarında Doğum Sonu Emzirme Öykülerinin karşılaştırılması

Emzirme Öyküsü	Doğum Eylemi Başlayan (n=180)		Doğum Eylemi Başlamayan (n=180)		Test* ve p değeri
	n	%	n	%	
<b>İlk Emzirme Zamanı</b>					
İlk Yarım Saat içinde	149	82.8	8	4.4	X <sup>2</sup> =22.890 p=0.000**
Yarım Saat- Bir Saat Arası	14	7.8	36	20.0	
Bir Saat Sonra	17	9.4	136	75.6	
<b>İlk 24 Saat İçerisindeki Beslenme Şekli</b>					
Sadece Anne Sütü	30	16.7	4	2.2	X <sup>2</sup> =36.192 p=0.000**
Sadece Formül Mama	1	0.5	19	10.6	
Hem Anne Sütü Hem Formül Mama	149	82.8	157	87.2	
<b>Bebekte Sarılık Gelişme Durumu</b>					
Evet	24	13.3	152	84.4	X <sup>2</sup> = 18.210 p= 0.000**
Hayır	156	86.7	28	15.6	
		(n=24)	(n=152)		
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
<b>Sarılık Gelişti ise Kaçınıcı Gün Gelişti</b>		4.79±1.91	3.97±1.33	MWU= 1317.500 p= 0.020***	

\*X<sup>2</sup>: Pearson Ki-Kare testi MWU: Mann-Whitney U testi

\*\*p<0.001

\*\*\*p<0.05

Tablo 4.5.'de doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen gruplarına ait doğum sonu emzirme öykülerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Doğum eylemi başlayan planlı sezaryen grubunda yer alan lohusaların %82.8'sinin bebeğini ilk yarım saat içinde emzirdiği ve %82.8'sinin bebeğini ilk 24 saat içerisinde hem anne sütü hem de formül mama ile beslediği bulunmuştur. Ayrıca, bebeklerinin %86.7'sinde sarılık gelişmediği ve bebeğinde sarılık gelişenlerde ortalama sarılık gelişme süresinin 4.79±1.91 gün olduğu saptanmıştır.

Doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen grubunda yer alan lohusaların %75.6'sının bebeğini bir saat sonra emzirdiği ve %87.2'sinin bebeğini ilk 24 saat içerisinde hem anne sütü hem de formül mama ile beslediği bulunmuştur. Ayrıca, bebeklerinin %84.4'ünde sarılık geliştiği ve ortalama sarılık gelişme süresinin  $3.97 \pm 1.33$  gün olduğu saptanmıştır.

Doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen doğum yapan lohusalar ilk emzirme zamanı, ilk 24 saat içerisindeki beslenme şekli, bebekte sarılık gelişme durumu ve sarılık gelişti ise kaçınıcı günlerde geliştiği gibi emzirme öyküsü ile ilgili veriler açısından karşılaştırıldığında, elde edilen verilerin gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Doğum eylemi başlayan planlı sezaryen grubunda, doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen gruba oranla 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 saptanmıştır.

**Tablo 4.6.** Doğum Eylemi Başlayan Planlı Sezaryen Grubundaki Lohusalara Ait Doğum İzlem Bilgileri (n=180)

	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>
Kontraksiyon Düzeyi (mmHg)	30	80	55.11±16.59
Servikal Dilatasyon (cm)	1	9	3.50±2.32
Sezaryene Alınma Süresi (Saat)	1	8	3.36±1.63

\* Başvuru sırasında dosyadan alınan ilk muayene bulgularıdır.

Tablo 4.6’de doğum eylemi başlayan planlı sezaryen grubundaki lohusalara ait doğum izlem bilgileri yer almaktadır.

Lohusaların minimum kontraksiyon düzeyi 30 mmHg, maksimum kontraksiyon düzeyi 80 mmHg olmak üzere ortalama 55.11±16.59 mmHg olarak saptanmıştır. Ayrıca minimum servikal dilatasyon 1 cm, maksimum servikal dilatasyon 9 cm olup ortalama servikal dilatasyon değeri 3.50±2.32 cm’dir. Lohusaların sezaryene alınma sürelerinin ise minimum 1 saat, maksimum 8 saat olmak üzere ortalama 3.36±1.63 saat olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.7.** Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryen Gruplarında Yer Alan Lohusaların MBÖ ve LATCH Emzirme Tanılama Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

<b>Doğum Eylemi Başlayan</b>	<b>X±SD</b>	<b>Test* ve p değeri</b>	
MBÖ	97.08±7.54	r=0.262	<b>0.016**</b>
LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği	9.34±1.13		
<b>Doğum Eylemi Başlamayan</b>			
MBÖ	72.97±10.20		
LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği	6.96±1.12	r=0.167	<b>0.025**</b>

\*Pearson Correlation

\*\*p<0.05

Tablo 4.7’de doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen gruplarında yer alan lohusaların MBÖ ve LATCH Emzirme Tanılama Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen gruplarında MBÖ ve LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu ve emzirme başarısı arttıkça bağlanma düzeyinin de arttığı saptanmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryenlerin doğum sonu emzirme ve anne-bebek bağlanma düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmanın bulguları ilgili literatürle tartışılmıştır.

Planlı sezaryen doğum yapan lohusalar tanıtıcı özellikler açısından karşılaştırıldığında; yaş, eşin yaşı, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, gelir durumu, yaşanan yer ve aile yapısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ; Tablo 4.1). Belirtilen tanıtıcı özellikler açısından doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan lohusa gruplarının benzer olması grupların homojen dağılımda olduğunu göstermektedir.

Doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen doğum yapan lohusalar doğurganlık özellikleri açısından karşılaştırıldığında; doğum haftası, parite, sezaryen deneyimi, sezaryen endikasyonu, anestezi yöntemi, bebeğin cinsiyeti açısından gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ; Tablo 4.2). Buna karşın doğumun gerçekleştiği saat aralığının gruplar arasında istatistiksel açıdan farklılık yarattığı ve 08:00-17:59 saat aralığında doğumu gerçekleştirenlerin oranının doğum eylemi başlayan grupta %45, doğum eylemi başlamayan grupta %95 olduğu belirlendi ( $p<0.001$ ). Belirtilen doğurganlık özellikleri açısından, doğumun gerçekleştiği saat aralığı dışında, doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan lohusa gruplarının benzer özellikte olduğu görülmektedir. Doğumun gerçekleştiği saat aralığının doğum eylemi başlamayan grupta 08:00-17:59 saat aralığında olmasının ( $p<0.001$ ) planlı sezaryen vakalarının genellikle mesai saatleri arasında gerçekleştirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde benzer sonuçların elde edildiği ve sezaryenle doğumu gerçekleştirilen kadınların %55.8, %62.1, %68.8 ve %89.1 gibi değişen oranlarda olmakla birlikte doğumlarının 08:00-17:00 saatleri arasında gerçekleştirildiği görülmektedir (23, 41, 116, 117). Kanada'da yapılan bir çalışmada ise %52.9'u sezaryen doğumunu 08:00-17:00 saatleri arasında yaparken; 00:00-07:59 saatleri arasında sezaryen doğum yapanların oranı sadece %6.4'dür. Bunun nedeninin mesai dışında planlı elektif ve mükerrer olguların daha az sıklıkla sezaryene alınmasından kaynaklandığı belirtilmiştir.

Literatür incelendiğinde doğum sonu emzirme başarısının genellikle vajinal doğum, planlı sezaryen ve acil sezaryen olmak üzere 3 grup altında incelendiği ve planlı sezaryen olan lohusalardaki emzirme başarısının daha düşük olduğu görülmektedir (61, 118). Zanardo ve arkadaşları 2010 yılında yaptığı bir çalışmada, laktasyon performansı vajinal doğum, planlı sezaryen ve acil sezaryen olmak üzere 3 grupta karşılaştırılmış ve en düşük laktasyon performansının planlı sezaryen grubunda olduğunu belirlemişlerdir (118). Heasman ve arkadaşları benzer şekilde doğum sonrası plazma prolaktin konsantrasyonunu vajinal doğum, planlı sezaryen ve acil sezaryen olmak üzere 3 grupta karşılaştırmış ve ortalama prolaktin konsantrasyonunun, planlı sezaryen grubunda diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğunu belirlemişlerdir (61). Ancak, doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen olgularının emzirme açısından ele alındığı araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Doğanay ve Avşar'ın 2002 yılında yaptığı bir çalışmada, acil sezaryenler, hastaneye doğum eylemi başlamış olarak başvuran sezaryenler ve planlı sezaryenler olmak üzere 3 grupta anne sütünün salınım zamanını ve miktarını incelemiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda doğum eylemi başlayan sezaryen grubunda laktasyon başlaması süresinin diğer gruplara oranla daha erken ve süt miktarının ise daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca laktasyona başlama süresinin en geç olduğu grubun doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen grubu olduğu saptanmıştır (84). Bu araştırmada benzer sonuçlar elde edilmiş ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen grubunda yer alan lohusalarda LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği toplam puan ortalamasının doğum eylemi başlayan grupta yer alan lohusalara oranla önemli düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0.000; Tablo 4.3). Doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen grubunda saptanan bu düşüş, spontan uterus kontraksiyonlarının olmaması ve buna bağlı olarak doğal oksitosin ve prolaktin salınımında gecikme yaşanması ile ilişkilendirilebilir. İsveç'te yapılan bir çalışmada da benzer şekilde, oksitosin hormonunun etkili olabilmesi için sık kasılmalar ile birlikte salgılanması gerektiği vurgulanmıştır. Nissen ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da anneden bebeğe süt transferinin doğrudan oksitosin salınımı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (18). Bu açıdan değerlendirildiğinde spontan doğum eyleminin başlamasının planlı sezaryen doğumlar sonrasındaki emzirme başarısı açısından önemli bir etken olduğu ve elde edilen bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Ayrıca bu araştırmada, sadece anne sütü alma ve ilk yarım saat içerisinde emzirme oranının doğum eylemi başlayan planlı sezaryen grubunda doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen gruba oranla



önemli düzeyde daha yüksek ve sarılık gelişme oranının ise önemli düzeyde daha düşük olması bu görüşümüzü destekler niteliktedir.

Literatürde sezaryen doğumun annenin bebeğe bağlanmasına, doğum sonu dönemde bebeğiyle olumlu bir ilişkiye girmesine engel olabildiği, onu kabullenmesini olumsuz yönde etkilediği ve zorlaştırdığı belirtilmiştir. Bunun için sezaryen doğumlarda erken dönemde anne bebek ilişkisinin başlatılması ve desteklenmesi vurgulanmaktadır (91, 101, 105, 106, 119). Bu araştırmada, MBÖ toplam puan ortalamasının doğum eylemi başlayan planlı sezaryen grubunda yer alan lohusalarda  $97.08 \pm 7.54$ , doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen grubunda yer alan lohusalarda  $72.97 \pm 10.20$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ( $p=0.000$ , Tablo 4.3). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, sezaryen doğum yapan lohusaların MBÖ toplam puan ortalamalarının  $98.81 \pm 6.55$  (89),  $97.17 \pm 4.46$  (106),  $97.07 \pm 8.89$  (120),  $94.87 \pm 6.04$  (90), ve  $88.6 \pm 10.3$  (109) arasında değiştiği görülmektedir. Literatürde, planlı sezaryen doğumlarda doğal oksitosin ve prolaktin salınımının gecikmesinin annelik davranışlarının da gecikmesine neden olabileceği ve maternal bağlanmayı negatif yönde etkileyebileceği vurgulanmaktadır (106, 108, 109). Ancak maternal bağlanma düzeyinin, kadınların sezaryen olma durumu açısından, doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen olarak ayrıca ele alındığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Temelde planlı sezaryen doğum yapan kadınların, kadın doğum doktoru, doğum günü ve saati, gideceği hastane, kalacağı oda önceden belirlenmiştir ve bu planlamalar kadının doğum için psikolojik yönden hazırlıklı olmasını sağlamaktadır (121). Bu araştırmada doğum için hazırlıklı olmalarına rağmen doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen grubunda MBÖ toplam puan ortalamasının anlamlı düzeyde daha düşük olması dikkat çekici bir bulgudur. Bu düşüş doğal oksitosin ve prolaktin salınımı ve buna bağlı olarak emzirmenin geç başlaması ile ilişkilendirilebilir. Özellikle sevgi hormonu adı verilen oksitosin hormonunun, annenin bebeğine olan ilgisini ve sevgisini arttırdığı ve annelik davranışları sergilemede önemli bir değişken olduğu ileri sürülmektedir (15-17). Bu açıdan değerlendirildiğinde oksitosin hormonunun emzirme ve anne-bebek bağlanması üzerinde etkili bir faktör olduğu görülmektedir. Doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen gruplarında emzirme başarısı arttıkça bağlanma düzeyinin anlamlı düzeyde artması bu görüşümüzü destekler niteliktedir (Tablo 4.7;  $p<0.05$ ). Literatürde de benzer şekilde emzirme başarısı yüksek olan lohusalarda bağlanma düzeyinin daha yüksek

olduğu bildirilmektedir (89, 93, 122 ). Bu doğrultuda emzirme de yaşanan sorunun maternal bağlanmayı da olumsuz etkilediği sonucuna varılabilir.



## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryenlerin doğum sonu emzirme ve anne-bebek bağlanma düzeylerini-karşılaştırmak amacıyla karşılaştırmalı-tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen gruplarında yer alan lohusaların tanıtıcı özellikler ve doğurganlık özellikleri açısından benzer özellikte olduğu,

- Doğum sonu emzirme ve anne-bebek bağlanma düzeylerinin doğum eylemi başlayan planlı sezaryen grubunda, doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen grubuna göre önemli düzeyde yüksek olduğu,

- Doğum eylemi başlayan planlı sezaryen grubunda, doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen gruba oranla ilk yarım saat içerisinde emzirme ve sadece anne sütü alma oranının önemli oranda daha yüksek, sarılık gelişme oranının ise önemli düzeyde daha düşük olduğu,

- Doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryen gruplarında emzirme başarısı arttıkça maternal bağlanma düzeyinin de anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Planlı sezaryen kararı verilen gebeliklerde mümkün olduğu kadar doğum eyleminin başlamasının beklenmesi ve doğum eylemi başlayan "eylemde sezaryen" operasyonlarının diğer doğum şekilleri ve süreleri ile karşılaştırıldığı daha kapsamlı çalışmaların yürütülmesi önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Özgünen FT, Evrücke C. Sezaryen. İçinde: Beksaç MS, Demir N, Koç A, Yüksel A (editörler). *Obstetrik Maternal-Fetal Tıp & Perinatoloji*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi 2001: 1322-1330.
2. Bal MD. Doğum Eylemine Yönelik Girişimler. İçinde: Bal MD, Yılmaz SD (editörler). *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*, 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi 2017: 295-307.
3. Alptekin BB. Multipar ve Nullipar Gebeliklerde Sezaryen Endikasyonlarının Robson Sınıflaması İle Değerlendirilmesi. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Sağlık Bakanlığı 2015.
4. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *World Heal Rep Backgr Pap* 2010, 1-31.
5. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, vd. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007, 21(2): 98-113.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. [http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY\\_2015.pdf](http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf) 08.12.2017.
7. Odent M. The Caesarean. Çeviri: Koltukçuoğlu Z. *Sezaryen*, 2. Baskı. İstanbul, Kuraldışı Yayımlık 2013.
8. Aksoy YD. Sezaryen ile Doğum Yapan Loğusalara Konfor Kuramına Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2012.
9. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği. Sezaryen Raporu 2013. <http://www.tjod.org/wp-content/uploads/2013/06/TJOD-SEZARYEN-RAPORU.pdf>. 08.12.2017.
10. Langer B, Schlaeder G. What does the cesarean rate mean in France . *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998,27(1): 62-70.

11. Odent M, Tekin ÖM. Neocortical Inhibition During Labor And Stress Deprivation Associated With Cesarean Section Without Labor. *Jinekoloji - Obstet ve Neonatoloji Tıp Derg* 2015, 12(3): 123-5.
12. Abboud TK. Maternal and fetal beta endorphin: effects of pregnancy and labour. *Arch Dis Child* 1988, 63(7): 707-9.
13. Mete S. Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2013,6(2): 93-8
14. Ceylantekin Y. Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi 2006.
15. Romano AM, Lothian JA. Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008, 37(1): 94-105.
16. Odent M. *The scientification of love*. London, Free Association Books 2001.
17. Mongan MF. Hypnobirthing The Mongan Method. Çeviri: Bakkal AK. *Hypnobirthing Mongan Yöntemi*, 2.Baskı. İstanbul, Gün Yayıncılık 2013.
18. Nissen E, Uvnäs-Moberg K, Svensson K, Stock S, Widström AM, Winberg J. Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Hum Dev* 1996, 45(1-2): 103-18.
19. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Genişletilmiş 13. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi 2016: 379-380.
20. Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 2007.
21. Çintesun E. Mükerrer Sezaryen Sayısının Maternal ve Fetal Morbiditeye Etkisi: 3. Sezaryen ile 4. Sezaryen ve Üzeri Sezaryenlerin Karşılaştırılması. Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2014.
22. Sewel JE. Cesarean section a brief history, <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/> 11.11.2017.
23. Bakırcı Y. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 1988-2009 Yılları Arasında Gerçekleşen Doğumların, Sezaryen Endikasyonları ve

- Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi 2010.
24. Konakçı SK, Kılıç B. Sezaryen ile doğumlar artıyor. *STED* 2002, 11: 286-8.
  25. Boley JP. The history of caesarean section. 1935. *CMAJ* 1991, 145(4): 319-22.
  26. Özer HT. Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum İlk 24 Saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2011.
  27. Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: “bir kez sezaryen hep sezaryen” yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011, 18(2): 89-100.
  28. Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. *Semin Perinatol* 2006, 30(5): 235–41.
  29. Ponte W. Cesarean birth in a culture of fear. *Mothering: Natural family living* 2007: 49-63.
  30. Khawaja M, Choueiry N, Jurdi R. Hospital-based caesarean section in the Arab region: an overview. *East Mediterr Health J* 2009, 15(2): 458-69.
  31. Liu S, Rusen ID, Joseph KS, Liston R, Kramer MS, Wen SW, Kinch R. Recent trends in caesarean delivery rates and indications for caesarean delivery in canada. *J Obstet Gynaecol Canada* 2004, 26(8):735-42.
  32. Black C, Kaye JA, Jick H. Cesarean delivery in the United Kingdom: Time trends in the general practice research database. *Obstet Gynecol* 2005, 106(1): 151–5.
  33. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf) 08.12.2017.
  34. Yalınkaya A, Bayhan G, Kale A, Yayla M. Dicle Üniversitesinde 20 yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2003, 13(5): 356-60.
  35. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001 - 2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2006, 3(4): 249-54.
  36. Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. *Marmara Medical Journal* 2009, 22(2); 104-10.

37. Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2007, 4(3): 168-72.
38. Depp R. Cesarean Delivery. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL (eds). *Gabbe Obstetrics Normal and Problem Pregnancies* , 4<sup>th</sup> ed. New York, A Harcourt Health Sciences Company 2002: 541-53.
39. *World Health Organization*. Pocket Book Of Hospital Care For Mothers Guidelines For Management Of Common Maternal Conditions 2017: 315.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap27.pdf> 11.11.2017.
41. Akarsu RH. Kadınların Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi 2012.
42. Kılıç A. Dorothy Orem'in Öz Bakım Modelinin Sezaryen İle Doğum Yapan Kadınların Hemşirelik Bakımına Uygulanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi 2005.
43. İğde FAA. Sezaryen sonrası normal vajinal doğum. *STED* 2004, 13(4), 137-39.
44. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008,199(1):36 e1-5; discussion 91-2 e7-11.
45. Singer B. Elective cesarean sections gaining acceptance. *CMAJ* 2004, 170(5): 775.
46. Tay H. Kliniğimizde Tekrarlayan Sezaryen Sıklığı, Anne ve Bebek İçin Sonuçları. Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Diyarbakır: Dicle Üniversitesi 2014.
47. *The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*, Cesarean Delivery on Maternal Request, Committee on Obstetric Practice, Nisan 2013.
48. Leeman L. Patient-choice cesarean delivery. *Am Fam Physician* 2015, 72(4): 697-705.
49. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. T.C. Resmî Gazete, sayı: 28351, 12 Temmuz 2012.

50. Muula SA. Ethical and practical consideration of women choosing cesarean section deliveries without “medical indication” in developing countries. *Croat Med J* 2007, 48(1): 94-102.
51. Lippman A. C-section on demand: not just a matter of choice. *CWHN* 2004,7(2/3): 4.
52. Bal MD, Yılmaz SD, Beji NK. Kadınların sezaryen doğum tercihleri. *F.N. Hem. Derg* 2013, 21(2): 139-46.
53. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. (2007). Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007, 86(4): 389-94.
54. Akyüz A, Kaya T, Şenel N. Annenin emzirme davranışının ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007, 6(5): 331-5.
55. Eryılmaz G. Laktasyon ve Emzirme. İçinde: Şirin A (editör) . *Kadın Sağlığı*, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık 2008: 759-89.
56. Güneş NEO. Yenidoğanın Erken Dönemde Emzirilmesine Etki Eden Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi 2011.
57. Kavuncuğolu S, Akın MA, Aldemir H, Kıyak A, Karabayır N, Zengin G, Akkaya S, Dönmez P, Özbek S. Bebek dostu hastanede emzirme eğitimi ve anne sütü ile beslenmeye etkisi. *Ege Pediatri Bülteni* 2005, 12(3): 141-6.
58. Yurtsal ZB. Gebelere ve Eşlerine Verilen Emzirme Eğitimi ve Danışmanlığının Emzirme Sürecine ve Bağlanmaya Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi 2014.
59. Koyun K. LATCH Emzirme Tanılama Ölçeğinin Kullanımı ve Yenidoğan Emzirme Başarısını İnceleyen Bir Çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi 2001.
60. Baş NG. Sezaryen ile Doğum Yapan Annelere Verilen Emzirme Danışmanlığının Yenidoğanın İlk Emzirilme Zamanına Vücut Isısına ve Emme Başarısına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2014.
61. Heasman L, Spencer JA, Symonds ME. Plasma prolactin concentrations after caesarean section or vaginal delivery. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1997, 77(3): F237-8.



62. Kafkaslı A, Yalçınoğlu A, Ünlüer E, Yoloğlu S. Peripartum maternal kortizol ve prolaktin sonuçlarının değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi* 1996, 4(2): 80-2.
63. Bostancı G. Bebek Dostu Özel Bir Hastanede Doğum Yapan Annelerin, Emzirmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Bebeklerini Emzirme Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2013.
64. Akkoyun EB. Diyabetik Annelerin Öz Yeterliliğinin ‘Tek Başına Anne Sütü Verme’ Süresine Etkisi. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi 2016.
65. DSÖ/UNICEF. 2000’li yıllarda bebeklerin anne sütü ile beslenmesi. UNICEF Türkiye Temsilciliği, Ankara 2000.
66. Hennessy VR. Nurse’s role in breastfeeding promotion. The Faculty of the Department of Nursing of Gonzage University. The degree of master of science in nursing Washington 2003.
67. Schack-Nielsen L, Michaelsen KF. Breast feeding and future health. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2006, 9(3): 289-96.
68. Tezergil B. Doğum Sonu Dönem Annelerin Emzirmeye İlişkin Düşünceleri ve Uygulamaları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 2007.
69. Samur G. *TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Genel Müdürlüğü Beslenme Bilgi Serisi-1 Anne Sütü*. Ankara, Sağlık Bakanlığı 2008.
70. Paton LM, Alexander JL, Nowson CA, Margerison C, Frame MG, Kaymakci B, Wark JD. Pregnancy and lactation have no long-term deleterious effect on measures of bone mineral in healthy women: a twin study. *Am J Clin Nutr* 2003, 77(3): 707-14.
71. Parikh NI, Hwang SJ, Ingelsson E, Benjamin EJ, Fox CS, Vasan RS, Murabito JM. Breastfeeding in infancy and adult cardiovascular disease risk factors. *Am J Med* 2009, 122(7): 656-63.
72. Chouinard-Castonguay S, Weisnagel SJ, Tchernof A, Robitaille J. Relationship between lactation duration and insulin and glucose response among women with prior gestational diabetes. *Eur J Endocrinol* 2013, 168(4): 515-23.
73. Gür E. Anne sütü ile beslenme. *Türk Ped Arş* 2007, 42 Özel Sayı: 11-5
74. Atıcı A, Polat S, Turhan AH. Anne sütü ile beslenme. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2007, 3(6):1-5.

75. Demirci G. Doğum Sonrası Meme Başı Çatlaklarının Oluşumunun Önlenmesinde Göğüs Kalkanı Kullanımının Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 2015.
76. Stuebe A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants. *Rev Obstet Gynecol* 2009, 2(4): 222-31.
77. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics* 2010, 125(5): e1048-56.
78. Üst ZD. Doğum Eyleminde Anneye Uygulanan Oksitosinin Yenidoğan Apgar Skoru ve Emme Başarısına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2016.
79. Kearney MH, Cronenwett L. Breastfeeding and employment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1991, 20(6): 471-80.
80. Üsterme N. Normal Spontan Vajinal Doğum Yapanlarla Sezaryen Doğum Yapanların Emzirmeye Başlama Zamanlarının Karşılaştırılması. Askeri Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara: Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi 2014.
81. Martin J. Infant feeding 1975: Attitudes and practice in England and Wales. London: HMSO 1978.
82. Ilgaz Ş. On soru on yanıt. *STED* 2000, 9(10).
83. Pérez-Ríos N, Ramos-Valencia G, Ortiz AP. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: The Puerto Rican experience. *J Hum Lact* 2008, 24(3): 293-302.
84. Doğanay M, Avsar F. Effects of labor time on secretion time and quantity of breast milk. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2002, 76(2): 207-11.
85. Barbero P, Madamangalam AS, Shields A. Skin to skin after cesarean birth. *Journal Of Human Lactation* 2013, 29(4): 446-8.
86. Sarper C. Spinal Anestezi ile Yapılan Sezaryen Doğumlarda Erken Ten Temasının Emzirme Yeterliliğine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi 2015.
87. Kutlucan L. Farklı Anestezi Uygulamalarının Doğum Sonrası Annenin Laktasyonu Üzerine Etkisi. Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Tıpta uzmanlık tezi, Düzce: Düzce Üniversitesi 2012.

88. Wiklund I, Norman M, Uvnas-Moberg K, Ransjo-Arvidson AB, Andolf E. Epidural analgesia: breast-feeding success and related factors. *Midwifery* 2009, 25(2): e31-8.
89. Şen S. Anneanne-Anne-Bebek Bağlanması'nın İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi 2007.
90. Kavlak OÜ. Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi 2004.
91. Gürol A. Bebek Masajının Anne Bebek Bağlanması ve Emzirme Başarısına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum : Atatürk Üniversitesi 2010.
92. Bowlby, J. *Attachment and Loss: Vol. I: Attachment*. New York 1969.
93. Akkoca Y. Doğum Sonrasında Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi 2009.
94. Kavlak O, Şirin A. maternal bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009, 6(1): 188-202.
95. Muller ME. A questionnaire to measure mother- to- infant attachment. *J Nurs Meas* 1994, 2(2): 129-41.
96. Brockington IF, Fraser C, Wilson D. The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Arch Womens Ment Health* 2006, 9(5): 233-42.
97. Arı S. Anne Bebek Bağlanması ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2012.
98. Arslan E, Teze S. Bağlanma kuramı. İçinde: Sargın N, Avşaroğlu S, Ünal A (editörler). *Eğitim ve Psikolojiden Yansımalar*, 1. Baskı. Konya, Çizgi Kitabevi 2016: 71-90.
99. Kavlak O, Şirin A. Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin sorumlulukları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 23(2): 183-94.
100. Sabuncuoğlu O, Berkem M. bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006, 17(4): 252-8.
101. Atalay B. Doğum Öncesi Eğitimlerin Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi 2014.

102. Çoban A. Doğum Sonrası Anne-Yenidoğan Etkileşimini Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi 2003.
103. Özbek A, Miral S. Çocuk ruh sağlığı açısından prematürite. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003, 46: 317-27.
104. Jeffcoate JA, Humphrey ME, Lloyd JK. Disturbance in parent-child relationship following preterm delivery. *Dev Med Child Neurol* 1979, 21(3): 344-52.
105. İşler A. Prematüre bebeklerde anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü. *Perinatoloji Dergisi* 2007, 15(1): 1-6.
106. Şolt A. Doğum Sayısının Anne Bebek Bağlanmasına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2011.
107. Levine A, Zagoory-Sharon O, Feildman R, Weller A. Oxytocin during pregnancy and early postpartum: individual patterns and maternal-fetal attachment . *Peptides* 2007, 28(6): 1162-9.
108. Eşel E. Anneliğin nörobiyolojisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010, 21(1): 68-78.
109. Çankaya S, Yılmaz SD, Can R, Kodaz ND. Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2017, (4): 232-240.
110. Debiec J. From affiliative behaviors to romantic feelings: a role of nanopeptides. *FEBS Lett* 2007, 581(14): 2580-6.
111. Damato EG. Prenatal attachment and other correlates of postnatal maternal attachment to twins. *Adv Neonatal Care* 2004, 4(5): 274-91.
112. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: Breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1994, 23(1): 27-32.
113. Adams D, Hewell S. Maternal and professional assessment of breastfeeding. *J Hum Lact* 1997, 13(4): 279-83.
114. Yenal K, Okumuş H. LATCH Emzirme tanılama ölçeğinin güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. *HEMAR-G Dergisi* 2003, 5(1): 38-44.
115. Demirhan F. Sakarya İlinde Emzirmenin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 1997.
116. Konakçı S. Narlidere Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 2002 Yılında Gerçekleşen Doğumlarda Sezaryen İle Doğum Sıklığı ve Buna Etki Eden Etmenler.

- Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi 2002.
117. Aslan Ş. Doğum Yapmak İçin Hastaneye Başvuran Primipar Kadınların Beklentileri ve Doğum Sürecinde Yaşadıkları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi 2016.
118. Zanardo V, Savona V, Cavallin F, D'Antona D, Giustardi A, Trevisanuto D. Impaired lactation performance following elective delivery at term: role of maternal levels of cortisol and prolactin. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012, 25(9): 1595-8.
119. Lai Y-L, Hung C-H, Stocker J, Chan T-F, Liu Y. Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Appl Nurs Res* 2015, 28(2): 116-20.
120. Alan H. Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Desteğin Anne Bebek Bağlılığına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi 2011.
121. Üstgörül S, Yanikkerem E. Doğum sonrası depresyonun maternal bağlanmaya etkisinin incelenmesi. *SSTB International Refereed Academic Journal of Sports, Health & Medical Sciences* 2014, 12(4): 14-30.
122. Shafiq M. Anne Çocuk Bağlanması ve Aile Durumu. Tıp fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2010.

## EKLER

### EK-1. ÖZGEÇMİŞ

#### KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Ayşe Nur YILMAZ  
Doğum tarihi: 19.03.1991  
Doğum yeri: Tarsus  
Medeni hali: Evli  
Uyruğu: T.C.  
Adres: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik  
Anabilim Dalı, 44280 MALATYA  
Tel: 0422 341 02 20 -1178  
E-mail: aysenur.yilmaz@inonu.edu.tr

#### EĞİTİM VE AKADEMİK DURUMU

Lise: Ayhan Bozpınar Anadolu Lisesi (2005-2009)  
Lisans: Fırat Üniversitesi- Elazığ Sağlık Yüksek Okulu, Ebelik  
Bölümü (2009-2013)  
Yüksek lisans: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,  
Ebelik Anabilim Dalı (2016-2018)

#### İŞ TECRÜBESİ

Ebe: Nene Hatun Kadın Doğum Hastanesi  
Postpartum Servisi-Erzurum (2013-2014)  
Arş.Grv: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2014-2016)  
Arş.Grv: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi(2016-.....)

#### YABANCI DİL BİLGİSİ

İngilizce Orta derece (e-YDS 67.50, Aralık 2015)

#### ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR

Türk Ebeler Derneği  
TEMAS Anne Sütü Ve Emzirme Gönüllüleri Derneği

## EK-2. KİŞİSEL TANITIM FORMU

Anket No:

Bu araştırma doğum eylemi başlayan ve doğum eylemi başlamayan planlı sezaryenlerin doğum sonu emzirme ve anne-bebek bağlanma düzeylerinin karşılaştırmak amacıyla yapılmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşması için sorulara vereceğiniz doğru yanıtlar büyük önem taşımaktadır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ebelik Bölümü

Arş.Grv. Ayşe Nur YILMAZ

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Mesleğiniz nedir?  
a)Çalışmıyorum/ev hanımıyım b)Memur c)İşçi d)Serbest meslek d)Diğer.....
3. Eğitim durumunuz nedir?  
a)Okuryazar değil b)Okuryazar c)İlkokul mezunu  
d)Ortaokul mezunu e)Lise mezunu f)Üniversite mezunu
4. Eşinizin yaşı nedir?.....
5. Eşinizin mesleği nedir?  
a)Çalışmıyor b)Memur c)İşçi d)Serbest meslek d)Diğer.....
6. Eşinizin eğitim durumu nedir?  
a)Okuryazar değil b)Okuryazar c)İlkokul mezunu  
d)Ortaokul mezunu e)Lise mezunu f)Üniversite mezunu
7. Yaşadığınız yerleşim yeri neresidir?  
a) İl b) İlçe c)Köy
8. Aile Tipiniz nedir?  
a)Çekirdek b)Geniş c)Parçalanmış
9. Şu anki ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?  
a) Gelirim giderimden az  
b) Gelirim giderime eşit  
c) Gelirim giderimden fazla
10. Toplam gebelik sayınız nedir? (Düşük ve kürtajlar dahil).....
11. Sezaryen sayınız nedir?  
a) İlk kez b) Tekrarlayan (Kaç tane.....)
12. Doğumunuz gebeliğinizin kaçınıcı haftasında gerçekleşti? .....hafta

13. Bebeğin cinsiyeti nedir?

- a) Kız b) Erkek

14. Bebeği ilk emzirme zamanı

- a) İlk yarım saat içinde b) Yarım saat- bir saat arası c) Bir saatten sonra

15. Bebeğin ilk 24 saat içerisindeki beslenme şekli nedir?

- a) Sadece anne sütü  
b) Sadece formül mama/şekerli su  
c) Hem anne sütü hemde mama/ şekerli su  
d)Diğer.....

16. Bebeğinizde Sarılık gelişti mi?

- a) Evet ..... gün  
b) Hayır

17. Dosyadan alınacak bilgiler;

• Sezaryen olma nedeniniz nedir?

- a)İsteğe bağlı b) Fetüs ve eklerine bağlı nedenler  
c) Anneye bağlı nedenler d)Diğer....

• Sezaryende anestezi yöntemi: a) Genel b) Spinal c) Epidural d) Kombine

• Doğum eylemi başlayan katılımcılar için en yüksek sancı (kontraksiyon) düzeyi.....mmHg

• Doğum eylemi başlayan katılımcılar için servikal dilatasyon düzeyi.....cm

• Doğumun gerçekleştiği saat aralığı

- a)08:00- 17:59 b) 18:00- 23:59 c) 24:00- 07:59

• Doğum eylemi başlayan katılımcılarda sezaryene alınma süresi .....saat



### EK-3. LATCH EMZİRME TANILAMA ÖLÇEĞİ

Değerlendirme kriterleri	Değerlendirme yönergesi			
	0 puan	1 puan	2 puan	
<b>Memeyi tutma</b>	Uyur ya da isteksizdir memeyi tutmayı başaramaz	Tekrar teşebbüs eder sadece meme ucunu ağzına alır, emme hareketi görülür	Areolayı da ağzına alacak şekilde memeyi tutar, ritmik bir şekilde emer. Dudaklar dışı dönüktür.	
<b>Bebğin yutma hareketinin görülmesi</b>	Yok	Birkaç emme hareketi görülür	Yutma sırasında kısa süreli güçlü ekspirasyonlar	
<b>Meme ucunun tipi</b>	Çökük	Düz	Uyarıyla dışarı çıkmış	
<b>Meme ve meme ucuna ilişkin rahathğı</b>	Engorgement, çatlak, kanama, eziklik	Doku kızarıklık, küçük ezikler, rahatlıkta azalma	Yumuşak göğüsler ve annede rahatlık	
<b>Bebği tutuş pozisyonu</b>	Tamamen yardımla	Minimal yardım	Yardımsız	
<b>Toplam</b>				

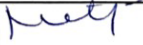
#### EK-4. MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duyguları tanımlanmaktadır. Lütfen her ifadede tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

	HER ZAMAN	SIK SIK	BAZEN	HİÇBİR ZAMAN
1- Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum	a	b	c	d
2- Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum	a	b	c	d
3- Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum	a	b	c	d
4- Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum	a	b	c	d
5- Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor	a	b	c	d
6- Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum	a	b	c	d
7- Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum	a	b	c	d
8- Bu bebek benim olduğu için çok memnunum	a	b	c	d
9- Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum	a	b	c	d
10- Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
11- Bebeğimi kucağımda tutmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
12- Bebeğimi uyurken seyrediyorum	a	b	c	d
13- Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum	a	b	c	d
14- Başkalarına bebeğimi anlatıyorum	a	b	c	d
15- Bebeğimin gönlünü almak zevklidir	a	b	c	d
16- Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
17- Bebeğimle gurur duyuyorum	a	b	c	d
18- Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum	a	b	c	d
19- Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu	a	b	c	d
20- Bebeğimin karakterini biliyorum	a	b	c	d
21- Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum	a	b	c	d
22- Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum	a	b	c	d
23- Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum	a	b	c	d
24- Bebeğime özel ilgi gösteriyorum	a	b	c	d
25- Bebeğim ağladığına onu rahatlatıyorum	a	b	c	d
26- Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum	a	b	c	d

a=4 puan, b=3 puan, c=2 puan, d=1 puan

**EK-5. T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL  
ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURUL BAŞKANLIĞI ONAYI**

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
04.04.2017	8	2017/8-1	
<p><b>Karar No: 2017/8-1:</b> Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 04.04.2017 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA'nın sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesinde Arş. Gör. Ayşe Nur YILMAZ'ın "<b>Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryenlerin Doğum Sonu Emzirme ve Anne-Bebek Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması</b>" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin rapörtör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde çalışmada <u>herhangi bir etik kusur olmadığına</u>; oy birliği</p>			
Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Saim YOLOĞLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI

## EK-6. TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ KURUM İZİN YAZISI



Evrak Tarih ve Sayısı: 15/03/2017-E.20851

T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 94067927-770  
Konu : Ayşe Nur YILMAZ (Uygulama  
İzni)

### TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 07/03/2017 tarihli ve 18764 sayılı yazınız,

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Araştırma Görevlisi Ayşe Nur YILMAZ' ın "Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezeryanların Doğum Sonu Emzirme ve Anne - Bebek Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması" isimli tez çalışmasının Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı tarafından yapılması uygun görülmüştür.  
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**e-İmzalıdır**  
Doç.Dr. Abdullah KARAER  
Anabilim Dalı Başkanı

Tötm  
Telefon No: 3410660 Faks No: 3410036  
E-Posta: kadinhastalik@inonu.edu.tr İnternet Adresi:  
<https://www.inonu.edu.tr/tr/cms/kadinhastalik>

Bilgi İçin: Sıdıka Özge Öz  
Unvan: Sekreter  
Telefon No: 4721

# EK-7. MALATYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BEYDAĞI KAMPÜSÜ KURUM İZİN YAZISI



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Malatya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

MALATYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - MALATYA İLİ KHBGS İDARI  
HİZMETLER BAŞKANLIĞI  
25/05/2017 16:15 - 94346804 - 771 - E.4514



Sayı : 94346804-771  
Konu : Araştırma İzni

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Personel Daire Başkanlığı)

İlgi : 02/05/2017 tarihli ve 59728196-9399 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA'nın sorumlu araştırmacı olduğu "Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryenlerin Doğum Sonu Emzirme ve Anne-Bebek Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışmasının, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Araştırma Görevlisi Ayşe Nur YILMAZ tarafından; 26 Mayıs 2017 - 03 Nisan 2018 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü kadın doğum polikliniklerinde ekte göndermekte olduğumuz protokol hükümleri doğrultusunda yapılması hususunda,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Harun KURT  
Genel Sekreter V.

**EKLER:**  
Protokol

GÜVENLİ ELEKTRONİK  
İMZALASLI İLE AYNI DİR  
25.05/2017  
Mehmet DOĞAN  
Teknisyen

Malatya Kamu Hastaneleri Birliği

Faks No:4223245601

e-Posta:nesrin.kara2@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Malatya Kamu hastaneleri Birliği  
Eğitim Birimi N. KARA khb44.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2cafd3cf-a29d-42ea-a555-8886f54d2b54 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.


Bilgi için:Nesrin KARA

Unvan:EBE

Telefon No:4223245603 (2036)

**EK.8. T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
YÖNETİM KURULU KARARI**

**T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
YÖNETİM KURULU KARARI**

OTURUM TARİHİ	OTURUM SAYISI	TOPLANTI SAYISI
10.02.2017	05	2017/05-06
Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Ayşe NUR YILMAZ'ın tez önerisine ilişkin Anabilim Dalı Başkanlığının 02.02.2017 tarih ve 9588 sayılı yazısı görüşüldü.		
Yapılan görüşmelerden sonra; adı geçen tez konusunun "İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği"nin 16/a maddesi uyarınca "Doğum Eylemi Başlayan ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryenlerin Doğum Sonu Emzirme ve Anne- Bebek Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması" olarak belirlenmesine, etik kurul onayının en geç üç ay içerisinde alınarak Enstitümüze iletilmesine, konunun ilgili Anabilim Dalı Başkanlığına bildirilmesine oybirliği ile karar verildi.		
 Sultan ÖZKAN Enstitü Sekreter V. ASLI GIBİDİR		

BAŞKAN	Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ Enstitü Müdürü	İmza
--------	--	------

**ÜYELER**

Prof. Dr. Mehmet GÜL Müdür Yardımcısı	İmza	Prof. Dr. Hakan PARLAKPINAR Üye	İmza
Yrd. Doç. Dr. Zekeriya ÇALIŞKAN Müdür Yardımcısı	İmza	Yrd. Doç. Dr. İsmet YILMAZ Üye	İmza
Prof. Dr. Davut ÖZBAĞ Üye	İmza	RAPORTÖR Sultan ÖZKAN Enstitü Sekreter V.	İmza

## EK-9. LATCH EMZİRME TANILAMA ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

### LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği İzin Yazısı

Gelen Kutusu x



**AYŞE NUR YILMAZ** <aysenur.yilmaz@inonu.edu.tr>

10:13 (4 saat önce) ☆



Alıcı: Kerziban ▾

Sayın Kerziban YENAL Hocam;

Ben İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktayım.Yüksek lisans tezim olarak "Doğum Eylemi Başlayan Ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryenlerin Doğum Sonu Emzirme ve Anne-Bebek Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması" adlı konuyu planlamaktayım. Araştırmamda sizin geçerlik güvenilirliğini yapmış olduğunuz "LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği"ni izniniz olursa kullanmak istiyorum. Şimdiden teşekkür ederim İyi çalışmalar

Arş.Gör. Ayşe Nur YILMAZ  
İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Ebelik Anabilim Dalı



**Kerziban Yenal**

10:30 (3 saat önce) ☆



Alıcı: bana ▾

Sayın Ayşe Nur Yılmaz  
Latch Emzirme Tanılama ölçüm aracını tezinizde kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.  
Doç. Dr. Kerziban Yenal

29 Eyl 2017 11:13 tarihinde "AYŞE NUR YILMAZ" <aysenur.yilmaz@inonu.edu.tr> yazdı:

...



## EK-10. MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Maternal Bağlanma Ölçeği İzin Yazısı Gelen Kutusu x



**AYŞE NUR YILMAZ** <aysenur.yilmaz@inonu.edu.tr>

8 Eyl (13 gün önce) ☆



Alıcı: oya.kavlak ▾

Sayın Oya KAVLAK Hocam;

Ben İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktayım.Yüksek lisans tezim olarak "Doğum Eylemi Başlayan Ve Doğum Eylemi Başlamayan Planlı Sezaryenlerin Doğum Sonu Emzirme ve Anne-Bebek Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması" adlı konuyu planlamaktayım. Araştırmamda sizin geçerlik güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Maternal Bağlanma Ölçeği"ni izniniz olursa kullanmak istiyorum. Şimdiden teşekkür ederim İyi çalışmalar

Arş.Gör. Ayşe Nur YILMAZ  
İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Ebelik Anabilim Dalı



**oya kavlak**

8 Eyl (13 gün önce) ☆



Alıcı: bana ▾

Merhaba Ayşe Nur  
Ölçeği çalışmada kullanabilirsin. Ölçek Postpartum en erken birinci ayın sonunda kullanılmaya başlanılabilir.  
Başarılar diliyorum  
Prof. Dr. Oya KAVLAK

**Kimden:** "AYŞE NUR YILMAZ" <aysenur.yilmaz@inonu.edu.tr>

**Kime:** "oya kavlak" <oya.kavlak@ege.edu.tr>

**Gönderilenler:** 8 Eylül Cuma 2017 11:02:57

**Konu:** Maternal Bağlanma Ölçeği İzin Yazısı





## EK-11. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu araştırma, planlı sezaryen doğum öncesi başlayan doğal oksitosin salınımının doğum sonu emzirme ve anne-bebek bağlanma düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size bir takım formlar uygulanacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamakla tümüyle özgürsünüz. Katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Araştırma sırasında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Yukarıda yazılan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım.

Adı/Soyadı:

...../...../201.....

İmza: