



**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**SPİNAL ANESTEZİ İLE YAPILAN SEZARYEN
DOĞUMLARDA ERKEN TEN TEMASININ, EMZİRME
YETERLİLİĞİNE ETKİSİ**

Ceyda SARPER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2015



**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SPİNAL ANESTEZİ İLE YAPILAN SEZARYEN
DOĞUMLARDA ERKEN TEN TEMASININ, EMZİRME
YETERLİLİĞİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ceyda SARPER

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Gülcihan AKKUZU

ANKARA

2015

T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Ceyda Sarper tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 01/07/2015

Tez Konusu: "Spinal Anestezi İle Yapılan Sezaryen Doğumlarda Erken Ten Temasının Emzirme Yeterliliğine Etkisi "

TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. Gülcihan AKKUZU

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Doç Dr. Gülcihan Akkuzu	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Tülay Yavan	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Yrd. Doç. Dr. İlknur M. Gönenç	Ankara Üniversitesi



ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 01/07/2015 tarih ve 100... Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Rengin ERDAL
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜRLER

Çalışma süresince tez danışmanlığımı üstlenerek bana yol gösteren, tez konumun belirlenmesinde, çalışmamın planlanmasında, gerçekleştirilmesinde ve sonuçlandırılmasında her türlü bilimsel katkı ve manevi destek sağlayan hocam Doç.Dr. Gülcihan AKKUZU'ya, çalışmam için gerekli destek ve izinleri veren Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Başhekimi Prof, Dr Adnan TORGAY, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Yar. Doç. Dr. Ziyafet UĞURLU, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ülkü Esra KUŞÇU, Yenidoğan Bilim Dalı eski Başkanı Prof. Dr. Aylin TARCAN ve Anestezi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Gülnaz ARSLAN, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Prof. Dr. Filiz Bilgin Yanık, Prof. Dr. Hulusi B. Zeyneloğlu, Doç. Dr. Göğşen Önalın, Doç. Dr. Polat Dursun ve Uzm. Dr. Nihal Şahin Uysal'a, çalışmama katılan ve destekleyen tüm annelere bebeklerine ve ailelerine, hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen, her zaman sabır ve hoşgörüyü yanımda olan annem, babam, kardeşim ve Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Pediatri Yoğun Bakım'da ki tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Ceyda SARPEN, Spinal Anestezi İle Yapılan Sezaryen Doğumlarda Erken Ten Temasının, Emzirme Yeterliliğine Etkisi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 2015

Bu çalışma, spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda anne ile bebek arasında erken ten temasının emzirme yeterliliğine etkisini incelemek amacıyla, randomize kontrollü deneysel olarak yapılmıştır. Çalışma, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan 17 araştırma ve 35 kontrol grubu olmak üzere toplam 52 kişi ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında veri toplama formu ve İBFAT Emzirme Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, Ki-kare, Pearson ki-kare, Mann-Whitney U ve Fisher's Exact testleri kullanılmıştır. Çalışma sonucunda deney grubundaki anneler, kontrol grubundaki annelere göre bebeklerinin daha iyi emdiğini ($p>0,05$) ve emzirmelerinden daha memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamasına karşın, deney grubunun kontrol grubuna göre ilk ve 24. saatteki İBFAT emzirme puanı daha yüksek bulunmuştur. Deney grubundaki bebeklerin, kontrol grubundaki bebeklere göre aksiller vücut ısılarının daha yüksek olduğu ($36,6^{\circ}\text{C}$ ye göre $36,4^{\circ}\text{C}$, $p<0,05$), daha "az ağladığı" ($\%5,9$ 'a göre $\%37,1$, $p<0,05$) ve gruplar arası fark olmaması karşın daha az "aranma hareketi" yaptığı ortaya konmuştur ($p>0,05$). Deney grubundaki bebekler ortalama 56.5'nci dakikada emzirilirken, kontrol grubundaki bebekler 83.2 'nci dakikada emme imkanı bulmuştur ($p<0,05$). Deney grubundaki bebeklerin $\%88,2$ 'sine, kontrol grubundaki bebeklerin ise $\%68,6$ 'sına mama verilmiştir ($p>0,05$). Buna karşın kontrol grubundaki bebeklere daha fazla miktarda mama verilmiştir ($79,8\text{cc}$ 'ye göre $62,33\text{cc}$, $p>0,05$). Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte daha önce emzirmeyen annelerin, bebeğe verdiği mama miktarı ($81,2\text{cc}$), daha önce emziren annelerin bebeğe verdiği mama miktarına ($52,6\text{cc}$) göre daha fazla bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunun $\%41,2$ 'si kontrol grubundaki annelerin

ise %57,1'i sütün geldiğini ifade etmiştir ($p>0,05$). Deney grubundaki anneler daha az ağrı kesiciye ihtiyaç duymuş fakat gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Ten tene temas, sezaryen, emzirme, IBFAT

Bu alışma, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onay almıştır.

ABSTRACT

Ceyda SARPER, The Effect Of Early Skin To Skin Contact On Breastfeeding Success On Cesareans Under Spinal Anesthesia, Başkent University Of Medical Sciences Institute Of Obstetrics And Gynecology Nursing, Master Thesis, 2015

This study has been made for the purpose of examining the breastfeeding success of mothers who are practiced for skin-to-skin contact, by randomized controlled experiment. The study has been conducted with 52 women in total, 17 research and 35 control group, who gave birth with cesarean under spinal anesthesia. Data was collected by data collection form and IBFAT breastfeeding evaluation scale and was evaluated using Chi-Square, Pearson Chi-Square, Mann-Whitney U and Fisher's Exact test. According to the study results, mothers of the intervention group declared that their babies suck better than the babies of the control group ($p > 0,05$) and they are more pleased with their breastfeeding. Even though there wasn't any significant statistical difference between these groups, intervention group had more IBFAT breastfeeding points in the first and 24th hours than the control group. Axillary body temperatures of the babies in the intervention group are higher than the control group's babies ($36,6^{\circ}\text{C}$ to $36,4^{\circ}\text{C}$, $p < 0,05$), they "cried less" (5,9% to 37,1%, $p < 0,05$), and they showed less "rooting movements" ($p > 0,05$). The babies in the intervention group was breastfed at mean 56,5. minute but the other ones found chance at mean 83,2. minute ($p < 0,05$). 88,2% of the babies in the intervention group have been fed by formula but the percentage of other babies was 68,6% ($p > 0,05$). In spite of that the babies in the control group have been fed by more formula (79,8 cc to 62,33 cc $p > 0,05$). Without a significant statistical difference between the groups, the quantity of formula given by their mothers who didn't breastfeed before is higher (81,21 cc) than who did it before (52,55 cc) ($p > 0,05$). 41,2% of the mothers in the intervention group implied that their milk came, on the other hand, %57,1 of the control group implied this. Mothers in the intervention group needed less painkillers. But there aren't any significant statistically differences between these groups.

Keywords: Skin-to-skin contact, cesarean, breastfeeding, IBFAT

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK	
ONAY SAYFASI	
TEŞEKKÜRLER -----	<i>iv</i>
ÖZET -----	<i>v</i>
ABSTRACT -----	<i>vii</i>
İÇİNDEKİLER -----	<i>viii</i>
SİMGELER VE KISALTMALAR -----	<i>xi</i>
ŞEKİLLER -----	<i>xii</i>
TABLolar -----	<i>xiii</i>
1. GİRİŞ ve AMAÇ -----	1
1.1. Araştırmanın Amacı -----	5
1.2. Araştırma Sorusu -----	5
2. GENEL BİLGİLER -----	6
2.1. Anne Sütü-----	6
2.1.1. Kolostrum (önsüt)-----	6
2.1.2. Geçiş sütü-----	6
2.1.3. Matür (olgun süt)-----	6
2.2. Anne Sütünün Bebeğin Sağlığı Üzerine Etkisi-----	7
2.3. Emzirmenin Anne Sağlığı Üzerine Etkisi-----	7
2.4. Laktasyon Fizyolojisi-----	8
2.5. Emme Fizyolojisi -----	9
2.6. Bebeğin Memeye Yerleştirilmesi -----	10
2.7. Emzirme Süresi-----	11
2.8. Emzirme Sıklığı-----	11
2.9. Etkili Emzirmenin Belirtileri-----	12
2.10. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler-----	12
2.10.1. Bebeğe ait faktörler-----	12
2.10.2. Anneye ait faktörler-----	12
2.11. Sezaryen Doğum-----	13
2.11.1. Sezaryen endikasyonları-----	13
2.12. Sezaryende Kullanılan Anestezi Türleri-----	13

2.12.1. Genel anestezi-----	13
2.12.2. Rejyonel anestezi (bölgesel anestezi)-----	14
2.12.3. Epidural anestezi -----	14
2.12.4. Spinal anestezi-----	14
2.12.5. Kombine spinal-epidural anestezi-----	14
2.13. Sezaryende Doğumda Kullanılan Anestezi Yöntemlerinin Laktasyon, Emzirme Ve Bebeğin Davranışları Üzerine Etkisi-----	15
2.14. Sezaryenin Emzirmeye Etkisi-----	16
2.15. Erken Ten Teması-----	17
2.15.1. Vajinal doğumda erken ten teması-----	18
2.15.2. Sezaryende erken ten teması-----	18
2.16. Doğum sonrası erken ten temasını destekleyen kuruluşlar-----	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM -----	21
3.1. Araştırmanın Türü-----	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer-----	21
3.2.1. Sezaryen doğumlarda hastanenin rutin uygulaması-----	21
3.3 Araştırmanın Referans ve Deney Popülasyonu-----	22
3.3.1. Araştırma kapsamına alınma kriterleri-----	23
3.3.2. Randomizasyon ve grupların denkleştirilmesi-----	24
3.3.2.1. Eşleştirme kriterleri-----	24
3.4. Verilerin Toplanması-----	26
3.4.1. Veri toplama araçları -----	26
3.4.1.1. Sosyo-demografik veri toplama formu-----	26
3.4.1.2. Emzirme değerlendirme formu-----	26
3.4.1.3. Emzirme değerlendirme ölçeği (IBFAT- The Infant Breastfeeding Assesment Tool)-----	26
3.5. Veri Toplama Süreci-----	28
3.5.1. Kontrol grubunda veri toplama süreci-----	30
3.5.2. Deney grubunda veri toplama süreci-----	30
3.5.3. Ön uygulama-----	32
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi-----	32

3.7. Araştırmanın Etik Yönü ve İzinler-----	32
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları-----	33
4. BULGULAR -----	34
5. TARTIşMA -----	47
6. SONUÇ ve ÖNERİLER -----	51
6.1. Sonuçlar -----	51
6.2 Öneriler -----	55
7. KAYNAKLAR -----	56
8. EKLER -----	67
EK 1. Sosyo Demografik Veri Toplama Formu	
EK 2. Emzirme Değerlendirme Formu	
EK 3. Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT)	
EK 4. Ameliyathane Ortamında Erken Ten Teması Uygulamasının, Preoperatif Anne Adayı Bilgilendirme Formu	
EK 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
EK 6. Etik Kurul İzni	
EK 7. Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul İzni	
EK 8. Kurum İzni	
EK 9. Uygulama Sırasında Çekilen Fotoğraflar	

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

HIV: Human Immunodeficiency Virus

HSV-2: Herpes Simplex Virus 2

APGAR: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration

AAP: the American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)

ABM: the Academy of Breastfeeding Medicine (Emzirme Tıbbı Akademisi)

NRP: the Neonatal Resuscitation Program (Yenidoğan Canlandırma Program)

IBFAT: The Infant Breastfeeding Assesment Tool

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

ss: Standart Sapma

Mean: Ortalama Değer

Median: Ortanca Değer

Min: En Düşük Değer

Max: En Yüksek Değer

dk: Dakika

ark: Arkadaşları

I.U.: Ünite

ŞEKİLLER

Şekil 1. Randomizasyon ve Grupların Denkleştirilmesi Akış Şeması-----	24
Şekil 2. Uygulama Akış Şeması-----	29

TABLULAR

Tablo 1. Annelerin Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı --	34
Tablo 2. Annelerin Obstetrik Öyküleri ve Emzirme İle İlgili Bazı Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı -----	35
Tablo 3. Annelerin Obstetrik Öyküleri ve Emzirme İle İlgili Özellikleri Bakımından Grup Ortalamalarının Dağılımları -----	36
Tablo 4. Bebeğin Cinsiyeti, Doğum Haftası ve Doğumdan Sonraki Bazı Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı -----	37
Tablo 5. Anne ile Bebek Arasındaki Erken Ten Temasının ve İlk Emzirmenin Gruplara Göre Dağılımı-----	38
Tablo 6. Anne ile Bebek Arasındaki Erken Ten Temasının ve İlk Emzirmenin Grup Ortalamalarına Göre Dağılımı-----	39
Tablo 7. İlk 24 Saatte Bebeğe Mama Verilme Durumu ve Kan Şekerine Bakılma İhtiyacının Gruplara Göre Dağılımı-----	40
Tablo 8. İlk 24 Saatte Bebeğe Verilen Mama Miktarı, Emme ve Bazı Özelliklerin Grup Ortalamalarına Göre Dağılımı -----	41
Tablo 9. Bebeğe İlk 24 Saat İçinde Verilen Mama Miktarı ile Daha Önce Emzirme Durumunun Gruplara Göre Dağılımı-----	42
Tablo 10. Anneye Göre İlk 24 Saatte Bebeğin Çok Sık Aranma Hareketi Yapma ve Bebeğin Çok Sık Ağlama Durumlarının Gruplara Göre Dağılımı-----	42
Tablo 11. Annenin İlk 24 Saat İçinde İhtiyaç Duyduğu Toplam Ağrı Kesici Sayısının Grup Ortalamalarına Göre Dağılımı-----	43
Tablo 12. İlk 24 Saat İçinde Annenin Genel Olarak Bebeğinin Emmesi ve Emzirmeyi Değerlendirmesinin Gruplara Göre Dağılımı-----	43
Tablo 13. İlk 24 Saat İçinde Annenin Meme Başı İle İlgili Bazı Özellikleri, Problemler, ve Müdahaleleri, Meme Dolgunluğu ve Sütün Gelmesinin Gruplara Göre Dağılımı -----	44
Tablo 14. Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) İlk Emzirme Puanı ve 24. Saatteki Emzirme Puanının Gruplara Göre Dağılımı-----	45
Tablo 15. Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) İlk Emzirme Puanı ile Annenin Bebeğini İlk Emzirme Zamanı Arasındaki İlişkinin Gruplara Göre Dağılımı-----	46

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Beslenme; insanın büyümesi, gelişmesi, fizyolojik süreçlerin devamı ve yaşamın sürdürülmesi için gereklidir. Özellikle yaşamın ilk birkaç ayındaki beslenme, bu dönemdeki hızlı gelişimin desteklenmesi bakımından hayati önem taşımaktadır (1). Yenidoğanın yeterli beslenmesi, hem fizyolojik hem de psikososyal gereksinimlerini karşılamada önemli bir yere sahiptir (2). Yenidoğan ve bebeklik döneminde yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlayan en uygun besin ise anne sütüdür (3-5). Anne sütü, bebeğin beslenme ihtiyacını eksiksiz olarak karşılayabilen, immünolojik ve besin değeri açısından zengin, en önemli ve en ideal besin kaynağıdır (1, 2, 4, 6).

Anne sütünün, yenidoğan ve çocuklar için besin ihtiyacını karşılamak dışında enfeksiyonlardan koruma, büyüme gelişimi destekleme ve bir takım sistemik hastalıklardan koruma gibi pek çok faydasından söz edilmektedir (4, 6, 7, 8). Bebeğin psikososyal yönden gelişimi için bu sütü almasının en ideal yolu ise emzirmedir (4). Emzirme yoluyla anne ile bebek arasında daha iyi bir iletişim kurulmaktadır ve bağlanmayı olumlu yönde etkilemektedir (4). Anne sütü ve emzirmenin bebeğin fiziksel ve psikososyal sağlığı açısından faydalı olmasının yanı sıra anne sağlığı açısından da önemli bir yere sahiptir (4, 6, 9).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) doğumdan hemen sonra anne sütü ile beslenmeye başlanmasını ve ilk altı ay sadece anne sütü verilmesini, altıncı ayın sonunda ise ek gıdalara geçilmesini ve 2 yaşına kadar emzirmeye devam edilmesini önermektedir (10). DSÖ' nün 2013 yılında "Temel Beslenme Eylemleri" yayınında belirttiği üzere sadece anne sütü ile beslenme uygulamalarının iyileştirilmesi, iki yıl ve daha fazla emzirmenin devam etmesi, yeterli ve zamanında tamamlayıcı besinlerin verilmesi ile her yıl 5 yaş altında 1,5 milyon çocuğun hayatının kurtulabileceği ifade edilmektedir (10). DSÖ' nün yayınladığı bir rapora göre, sadece anne sütü ile beslenen bebeklere göre, mama (formula) ile beslenen bebeklerde hastaneye yatma oranının daha yüksek olduğu, enfeksiyon, pnömoni ve diyarenin daha sık görüldüğü belirtilmektedir (11). Ayrıca DSÖ, sık görülen sepsis/pnömoni gibi hastalıkların ve bu hastalıklara bağlı bebek ölümlerinin bir kısmının emzirme ile önlenebileceğini ifade etmektedir (10).

Dünya geneline bakıldığında 2008-2012 yılları arasında ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme %38'dir (12). TNSA 2013 raporuna göre ilk iki aylık sürede sadece anne sütü ile beslenme %58'dir. 6. aya kadar sadece anne sütü ile beslenme ise %10'dur (13).Emzirmenin devam etmesi veya bırakılmasında, annenin fiziksel ve psikolojik durumu, eğitim durumu, emzirmeye olan istek ve tutumu, yenidoğanın durumu ve emme refleksi, sağlık kuruluşlarının politikaları, sağlık ekibinin ve çevrenin tutum ve davranışları gibi birçok faktörün etkili olduğu belirtilmektedir (14-16).

Yapılan çalışmalarda emzirme başarısının artması ve emzirmenin daha uzun süre devam etmesinde önemli bir uygulama olarak, son yıllarda "Erken Ten Teması" üzerinde önemle durulmaktadır (4, 10, 17, 18). Erken ten teması, doğumdan hemen sonra ve ilk 1 saatlik süre içinde annenin çıplak göğsüne bebeğin prone (yüzüstü) pozisyonunda yine çıplak olarak yatırılmasını içermektedir (17). DSÖ, doğumdan hemen sonra en az 1 saat bebeğin anne ile ten temasının sağlanmasını ve bebeği emmeye hazır ise annenin emzirmeye cesaretlendirilmesini ve ihtiyacı varsa yardım edilmesini önermektedir (10). Ayrıca, emzirmeye teşvik etmek, desteklemek ve korumak amacıyla 1991 yılında DSÖ ve UNICEF tarafından Bebek Dostu Hastane Girişimi (BFHI) başlatılmıştır. Bu girişim kapsamında dünya çapında geçerli olan ve ölçme standardı olarak, başarılı emzirme için 10 adım geliştirilmiştir. Bu kriterler arasında 4. adım olarak, doğumdan sonra ilk yarım saat içinde annenin emzirmeye başlamasına yardım edilmesi yer almaktadır (19).

Erken ten temasının kısa ve uzun vadede hem anne hem de bebek için birçok faydasından söz edilmektedir (17, 18). Moore ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada, 34 randomize kontrollü çalışmanın incelendiği meta analizinde gruplandırılan üç ana sonuç incelenmiştir. Bu gruplar; emzirmenin ve laktasyonun başlaması, yenidoğan fizyolojisi (termoregülasyon, solunum, kardiyak, metabolik fonksiyon ve nörodavranışsal süreç) ve anne bebek bağlanmasıdır. Emzirme ve laktasyonun incelendiği çalışmalarda, erken ten teması sağlanan bebeklerin sağlanmayan bebeklere göre doğumdan sonraki ilk emzirmede daha başarılı olduğu, yenidoğan emzirme değerlendirme ölçek puanlarının daha yüksek olduğu ve 1 ay ile 4 ay arasındaki süre içerisinde daha fazla emdiği ortaya konmuştur. Bebeğin daha fazla emdiği tespit edilmesine rağmen bebeklerin 14. günündeki ağırlığında gruplar arasında bir fark saptanmamıştır. Yenidoğanın fizyolojisi ve nörodavranışsal süreci

ile ilgili olarak; kalp ve solunum hızının, oksijen saturasyonunun ilk 6 saat içinde daha stabil olduğu, ilk 75- 90. dakikadaki kan şekeri daha yüksek olduğu, aksiller vücut ısısının ilk 90.dakikadan 2.saatin sonuna kadar olan sürede daha yüksek olduğu ve ilk 90 dakikalık sürede daha az ağladığı ortaya konmuştur. Anne bebek bağlanması ile ilgili ortaya çıkan sonuç ise, erken ten teması sağlanan anne ve bebek arasındaki bağlanmanın daha kuvvetli olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca yapılan bu çalışmada, annelerde meme dolgunluğu ağrısının daha az hissedildiği, doğumdan sonraki 3. günde anksiyetenin daha az olduğu ve sezaryen doğum yapan annelerde postpartum ağrının daha az hissedildiği tespit edilmiştir (17). Bütün bu olumlu sonuçlara ek olarak ameliyathane ortamında sezaryenle doğan bebekleri ile ten teması sağlayan annelerin kan basıncı ve kalp atım hızlarında anlamlı bir düşüş olduğu ve ten teması sağlanmayan annelere göre yaşamsal bulgularının daha stabil olduğu belirtilmektedir (18).

Erken ten teması ve erken emzirme bu kadar önemli olmasına karşın Dünya geneline bakıldığında 2008-2012 yılları arasında ilk 1 saat içinde emzirme %43'tür (12). Türkiye'de ise TNSA 2013 verilerine bakıldığında bebeklerin %50'si ilk 1 saat içinde emzirilmiş, % 30'u ise ilk 24 saat içinde hiç emzirilmemiştir (13).

Yapılan çalışmalarda, erken ten temasının sağlanamaması ve emzirmenin başlatılamamasının en önemli nedeni sezaryen doğumlar gösterilmektedir (20, 21, 22). Ayrıca Bebek Dostu Hastane Girişimi'nin 4. adımı olan ilk yarım saat içinde emzirmenin önündeki en büyük engelin de yine sezaryen doğumlar olduğu belirtilmektedir (22-24).

Sezaryen ile doğumlar, son yıllarda Dünya'da ve Türkiye'de artış göstermektedir (25). Dünya Sağlık Örgütü 1985 yılında Lancet dergisindeki yayınında, sezaryen ameliyatlarının %10-15'den yüksek olmamasını önermektedir (26). Dünya genelinde ise doğumların %15'i sezaryen ile gerçekleşmektedir. Latin Amerika ve Karayipler' de %29,2 ile en yüksek, Afrika'da %3,5 ile en düşüktür. Gelişmiş ülkelerde sezaryen ile doğum %21,1, az gelişmiş ülkelerde %14,3, gelişmemiş ülkelerde ise %2 olarak belirlenmiştir (27). Türkiye verileri incelendiğinde ise, TNSA 2003 raporuna göre Türkiye genelinde sezaryen doğum %21, TNSA 2008 raporuna göre %36,7 ve TNSA 2013 raporuna göre %48'dir. (28, 29, 13). Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda sezaryen oranları yıllar geçtikçe artış göstermektedir ve bu yüzdeler DSÖ' nün önerisinin çok üzerindedir

(26). Sezaryen yüzdeleri arttıkça, anne ile bebeğin buluşması ve ilk saatte emzirme imkanı azalmaktadır. Dolayısıyla sezaryen sonrası erken ten teması ve erken emzirmenin sağlanabilmesi daha da önemle üzerinde durulması gereken bir konu haline gelmektedir (20, 21, 22).

Normal bir süreçte doğumdan sonra annesinin göğsüne konulan bebek, kendi haline bırakıldığında hiçbir yardımda bulunulmadan memeyi bulmakta ve ilk saatte başarılı bir emzirmeyi gerçekleştirmektedir (18, 30). Vajinal doğumlarda anne minimum yardımla hemen bebeğini kucağına alıp emzirebilirken, sezaryen doğumlarda gerek annenin henüz ayılmaması ve invazif işlemler, gerekse hastane protokolleri gereği rutin uygulamalar nedeni ile anne ile bebek ilk 1 saat birbirinden ayrılmaktadır (24, 25). Ayrıca genel bir yargı olarak sezaryen doğumlarda ameliyathanenin soğuk olması nedeniyle bebeğin hafif hipotermiye uğrayabileceği düşünülmekte ve bebeğin güvenliği düşünülerek erken ten teması uygulanmamaktadır (30). Fakat yapılan araştırmalarda erken ten teması sağlanan bebeklerin, ten teması sağlanmayan bebeklere göre vücut ısılarının daha yüksek olduğu gösterilmektedir (17, 30, 31). Sezaryen doğumlarda çeşitli sebepler nedeniyle erken emzirme fırsatının değerlendirilememesi sonucu mama verilmekte ve emzirme erken bırakılabilmektedir (32). Ayrıca annenin bebekten ayrılması ve emzirmeye geç başlaması nedeniyle süt yapımını sağlamak için üretilen hormonların da etkilendiği belirtilmektedir (33, 34). Bebek emdiği sürece prolaktin ve oksitosin hormonu uyarılır ve süt yapımı devam eder (6, 35-37). Bu nedenle bebek ne kadar erken emerse refleks uyarılar, arka hipofizden oksitosin salınımını o kadar erken gerçekleştirecek ve sütün gelmesini daha erken sağlayacaktır (36, 38). Ayrıca annenin bebeğini görmesi, sesini ve ağlamasını duyması, ona dokunması, sakin, güven dolu ve rahat bir ortamda olması da yine oksitosin yapımını artıracak bir etken olarak ifade edilmektedir (6, 14, 39).

Hastanelerin bir çoğunda vajinal doğumdan hemen sonra ten teması uygulanmasına imkan verilmesine karşın, bu uygulamaya olan tutum, bilgi eksikliği ve personel sıkıntısı nedeniyle çok azında sezaryen sonrası ameliyathanede bu uygulama yapılmaktadır (18). Erken dönemde emzirmenin başlanmasını sağlamak hemşirelerin temel sorumluluklarından (6, 40). Bu nedenle erken ten temasını sağlayarak, anne bebek arasındaki güçlü iletişimin sağlanması ve başarılı bir

emzirmeye olumlu katkı sağlayabilecek en uygun kişinin de yine hemşire olduğu belirtilmektedir (25, 35, 41).

Yapılan literatür incelemesinde, Türkiye'de sezaryen doğumlarda erken ten temasının emzirme yeterliliğini etkileyip etkilemediğini gösteren bir çalışma bulunmamaktadır. Emzirme döneminde hemşirelerin anneye, bebeğe ve aileye yardım etmesi, onlara destek olması ve danışmanlık yapması için sezaryenin emzirmeyi ne ölçüde etkilediğini bilmesi önemlidir (35,39). Sezaryen doğumlarda erken ten teması uygulamasının emzirme yeterliliğini artıracığı düşünülmektedir. Dolayısıyla erken ten temasının emzirme yeterliliğine etkisinin bilinmesi, emzirmeye destek olacak hemşireler için emzirme danışmanlığı ve uygulaması konusunda yol gösterici nitelikte olacaktır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Emzirme gebelikten itibaren başlayan ve doğumdan sonra devam eden birçok faktörün etkilediği fizyolojik ve duygusal boyutları olan bir süreçtir. Günümüzde hastane doğumlarından sezaryen doğum artış göstermektedir. Bu doğumlarda uygulanan anestezi ve analjeziklere ek olarak sezaryen doğumlardaki fizyolojik ve psikolojik ameliyat stresi, anne ve bebeğin buluşmasının gecikmesi nedeniyle emzirme durumunun etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda kurulan erken ten temasının, emzirme yeterliliğine etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

1.2. Araştırma Sorusu

Spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda sağlanan erken ten teması, emzirme yeterliliğini etkiliyor mu?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anne Sütü

Anne sütü, bebeğin beslenmesi, büyümesi ve gelişmesi için tüm ihtiyacını eksiksiz olarak karşılayabilen, immünolojik ve besin değeri açısından zengin, en önemli ve en ideal besin kaynağıdır (1, 2, 4, 6,7, 42). İçeriğinde bulunan vitamin, mineral, karbonhidrat, yağ, bebeğin gereksinimlerine cevap verebilmesi açısından öğünlere, günlere ve yıllara göre değişim göstermektedir (4, 7, 42). Anne sütü, salgılandığı döneme ve bileşimine göre üçe ayrılır:

2.1.1. Kolostrum (önsüt): Gebeliğin 3. ayından itibaren oluşmaya başlayan ve doğumdan sonra yaklaşık 5. güne kadar salgılanan sarımsı koyu bir süttür (4, 6, 7, 43). Az miktarda salgılanır ve içeriğindeki yüksek oranda antikor, lökosit, Sekretuvar IgA, laktoferrin, makrofajlar, T ve B lenfositleri, sayesinde enfeksiyon ve alerjiye karşı korumaktadır (4, 7). Ayrıca PSTI (pankreas salgısı tripsin inhibitörü) kolostrumda 7 kat daha fazla bulunmaktadır ve yenidoğan bağırsağını daha fazla koruma sağlamaktadır (4). Olgun süte oranla daha fazla protein, A, D ve B₁₂ vitaminleri, sodyum, potasyum, magnezyum, kalsiyum ve çinko içerir ve enerji,yağ ve laktoz içeriği olgun süte göre daha azdır (6, 7).

2.1.2. Geçiş sütü: Kolostrumdan sonra salgılanan süttür. Yaklaşık 2 hafta kadar devam eder (6, 7). Kolostruma göre daha yüksek kalorili ve yağ, laktoz, vitamin oranı da daha fazladır (6).

2.1.3. Matür (olgun süt): 2. haftadan itibaren salgılanan süttür (6). Göğüsler dolu, sert, ağır olarak ifade edilir ve bu süreç "sütün gelmesi" olarak ifade edilmektedir (43). Bebeğin enerji ve büyüme ihtiyacını karşılamak için bu sütün %10'u karbonhidrat, protein ve yağdan oluşmaktadır. Geri kalan kısmı ise sudan oluşmaktadır (6). Bir emzirme süresince yani bir öğünde göğüsten gelen sütün özelliği de farklılık göstermektedir ve ikiye ayrılır (6,43).

- **Ön süt:** Bir emzirme öğününün başlangıcında salgılanan süttür. Hafif mavimsi ve çok miktarda üretilmektedir. İçeriğinde yüksek miktarda vitamin, protein, laktoz ve su bulunmaktadır (6, 43). Bebeklerin ilk 6 ay sıvı ihtiyacının tamamını karşılamaktadır (43).

- **Son süt:** Bir emzirme öğününün sonunda salgılanan süttür. Ön süte göre daha beyaz ve daha fazla yağ içermektedir. Bu yağ, bebeğin enerji ihtiyacının büyük bir bölümünü karşılamaktadır (6, 43).

2.2. Anne Sütünün Bebeğin Sağlığı Üzerine Etkisi

Anne sütü bebeğin hayat boyu sağlığını destekleyecek ve hala ortaya çıkarılmamış pek çok madde içermektedir (4). Anne sütünün içeriğinde bulunan, Serbest IgA, IgG, IgM, IgD, interferon, interlökin, nötrofiller, makrofajlar, T ve B lenfositleri, laktoferrin, lizozim, Bifidus faktörü ile bebeği virüs, bakteri ve alerjiden korumaktadır (4, 6, 7). Anne sütünde laktoz, lipidler, doymamış yağ asitleri ve bütün esansiyel aminoasitler bulunmaktadır ve temel proteini olan albümin sayesinde sindirimi daha kolaydır. İçeriğindeki protein ve mineraller böbrekleri yormayacak konsantrasyondadır. Esansiyel yağ asitleri sayesinde vasküler ve nörolojik sistemin gelişimde büyük katkı sağlamaktadır. İçeriğindeki büyüme faktörü ile bebeğin gelişimi desteklenmektedir. Anne sütündeki demir kolayca emilebilme özelliğine sahiptir ve emzirilen bebeklerde en az 6 ay demir eksikliği anemisi görülmemektedir (4, 6). Yapılan araştırmalarda anne sütünde bulunan bu maddeler sayesinde bebeklerin, alt solunum yolu enfeksiyonlarına, gastrointestinal hastalıklara ve otitis media gibi bir takım enfeksiyöz hastalıklara, astım ve alerjiye, obeziteye, kalp hastalıklarına, diyabete ve lösemiye karşı korunduğu ortaya konmuştur (4, 44-49).

Anne sütü alımının en ideal yolu emzirmedir (4, 6). Emzirilen bebeklerin çene kasları ve kemikleri daha çok gelişmektedir. Bir yıldan daha az emzirilen çocuklarda ileride ortodonti ihtiyacı olasılığı artmaktadır. Horlama ve buna bağlı solunum sorunları da daha sık görülmektedir (4).

2.3. Emzirmenin Anne Sağlığı Üzerine Etkisi

Emzirmenin anne sağlığı üzerine pek çok yararından bahsedilmektedir. Emzirme sırasında salgılanan oksitosin ile doğum sonrası uterus involüsyonu daha hızlı olmaktadır.

Dolayısıyla postpartum kanama daha az görülmektedir (4,6). Premenapozal ve postmenapozal dönem meme, over, uterus ve serviks kanseri olma riski azalmaktadır (4, 50, 51). Emziren annelerde Tip 2 diyabet, kalp hastalıkları, osteoporoz, daha az görülmektedir (4, 52). Emzirme aynı zamanda annenin doğum sonrası daha hızlı

kilo vermesinde ve kontraseptif etkisi ile doğum aralıklarının uzamasında yardımcı bir etkidir (4, 6, 51).

Anne sütü ucuzdur, sterilidir, hazırlanması kolaydır ve uygun ısıdadır (9). Emzirme ise zahmetsizdir, anneye zaman kazandırır ve ekonomiktir (6). Ayrıca emzirme sırasında anne ve bebeğin birbirine dokunması, görmesi ve birbirlerini hissetmesi aralarındaki bağın ve iletişimin daha güçlü olmasına katkı sağlar. Emzirme sırasında anne ve bebek daha huzurlu ve sakin olmaktadır. Bebeğinin beslenme ve psikolojik gereksinimine cevap verebilen anne ise başarı duygusu yaşamaktadır (4, 43).

2.4. Laktasyon Fizyolojisi

Laktasyon memelerden süt salgılanması olarak tanımlanmaktadır (9). Laktasyon, progesteron, östrojen, prolaktin ve oksitosinin etkileşiminde gerçekleşen bir süreçtir (6, 9). Laktasyon 3 aşamadan oluşmaktadır;

- Mamogenez: Memenin büyüme ve gelişme sürecidir.
- Laktogenez: Sütün salgılanmasının başlama sürecidir.
- Galaktogenez: Süt salgısının devam etme sürecidir (9).

Gebelikte birlikte plasentadan salgılanan östrojen, progesteron ve plasental laktojenik hormon düzeylerinin yükselmesi ile memelerde emzirme için gerekli değişiklikler meydana gelmektedir (6, 36). Süt yapımında etkili olan prolaktin gebelik süresince plasenta tarafından salgılanan östrojen ve progesteron tarafından baskılanmaktadır. Bu nedenle gebelik boyunca süt yapımı gerçekleşmemektedir. Doğumla birlikte plasentanın ayrılmasıyla östrojen ve progesteron düzeyleri düşmektedir ve prolaktin hormonu ile uyarılan alveol hücrelerinde, sütün sentezlenmesi sağlanmaktadır. Sentezlenen süt, alveollerde ve süt kanallarında birikmektedir (6, 36). Bebeğin emmesiyle iki refleks uyarı devreye girmektedir (9).

- **Nörohormonal refleks:** Bebek emdiği sırada meme başını uyararak nörohormonal refleks hareketine geçirmektedir. Bu refleks ile hipotalamus uyarılır. Hipotalamus ise hipofiz arka lobundan oksitosin, ön lobundan prolaktin salgılanmasını sağlamaktadır. Emme sırasında meme başına olan uyarı ile prolaktin ve oksitosin düzeyleri artmaktadır. Prolaktin süt yapımını

uyarıırken, oksitosin, meme dokusunda bulunan süt kanallarının iç yüzeyini kaplayan miyoepitelyal hücreleri uyararak, yapılmış olan sütün meme ucuna doğru iletimini sağlamaktadır. Ayrıca oksitosin sayesinde uterus kontraksiyonları sağlanarak doğum sonu uterus involüsyonu da hızlanmaktadır (6, 9, 36). Prolaktin hormonunun uyarılmasıyla süt yapımının gerçekleşmesi süreci **süt yapım refleksi**, oksitosin hormonunun üretilmiş olan sütü meme ucuna aktarması sürecine ise **süt inme refleksi** denilmektedir (6). Annenin bebeğinin sesini veya ağlamasını duyması, onu düşünmesi gibi uyarılar da daha bebek emmeden oksitosin salınımını uyarabildiği belirtilmektedir (4, 6, 8, 9).

Doğumdan sonra oksitosinin salgılanması sütün atılımı için önemli bir yere sahiptir. Prolaktin üretimi ile süt yapımı sürse dahi, oksitosin olmadığı takdirde süt dışarı atılamamaktadır. Yeterince boşalamayan memede ise süt miktarı zamanla azalarak kesilmektedir. Oksitosin hormonunun salınması için sadece emzirmek veya sağmak yeterli değildir. Aynı zamanda psikolojik etkenler de önem kazanmaktadır (6, 8, 9). Kaygı, stres, ağrı, şüphe gibi duygular oksitosin salınımını baskılamaktadır (8).

- **Emme:** Bebek, meme başı ve sinüs laktiferusta oluşturduğu negatif basınç sayesinde süt kanallarındaki sütü çekmektedir ve yerine tekrar sütün dolmasını sağlamaktadır (9).

Doğumdan sonra prolaktin düzeyi gebelik öncesi düzeye geri dönmektedir ve uyarı olmadığı takdirde meme dolgunluğu ve süt üretimi 2-3 gün içerisinde gerilemeye başlamaktadır (9, 36). Ancak emzirme ile prolaktin salınımı artmaktadır ve emzirme süresi uzadıkça prolaktine yanıt daha da artmaktadır. Bebeğin talebi ile oluşan bu geri bildirim sistemi sayesinde süt yapımı artarak devam etmektedir (36).

2.5. Emme Fizyolojisi

Bebekler anne sütünden faydalanabilmek için bir takım refleksler ile doğmaktadır. Bunlar; arama, emme ve içine çekme, yutma refleksidir (6, 53).

- **Arama refleksi:** Ağız kenarına ya da yanağa hafifçe dokunulduğunda bebek o yöne doğru dönmektedir (53). Meme başı ile bebeğin dudağına

dokunulduğunda ağzını açıp dilini aşağı ve öne doğru uzatarak memeye yaklaşmakta ve emmeye başlamaktadır (6, 43, 53). Arama refleksi yaklaşık 6. haftada kaybolmaktadır. 6. haftadan sonraki süreçte bebek, besin kaynağını daha iyi görebildiği için reflekse gereksinim duymamaktadır (53).

- **Emme refleksi:** Bebeğin dudaklarına dokunulduğunda ya da ağzına bir obje yerleştirildiğinde emme refleksi uyarılmaktadır (53). Meme başı ve areolanın bir kısmının bebeğin ağzında olması ile, dilin damağa doğru çekilmesiyle süt salınımının başlamasına neden olan bir reflekstir. Meme başı damağa değmez bu refleks uyarılmaktadır. Emme refleksi doğumdan önce 17. haftada gelişmekte ve gebeliğin son haftalarında olgunlaşmaktadır. Bazı bebeklerin emme refleksleri tam olarak gelişmediği durumda bu bebeklerin daha fazla desteklenmesi gerekmektedir (6, 43). Bu refleks 6. ayda azalmaya başlamaktadır. Eğer emme refleksi uyarılmazsa doğumdan sonra kaybolmaktadır (53).
- **İçine çekme refleksi:** Memeden ya da biberondan alınan sütün içe çekilmesini sağlar. Bebek memeden sütü sanki kamışla çekiyormuş gibi çekerek emmektedir (6).
- **Yutma refleksi:** Emme refleksine eşlik etmektedir. Dilin arka kısmına yiyeceğin gelmesi ile uyarılmaktadır. Yenidoğanın emme ve yutmayı kordine etmesi için zamana ihtiyacı olabilir. Yutma refleksi spontandır ve kaybolmamaktadır (53).

2.6. Bebeğin Memeye Yerleştirilmesi

Bebeğin emme hareketini doğru bir şekilde yapabilmesi ve başarılı bir emzirmenin gerçekleşebilmesi için bebeğin memeye, doğru bir şekilde yerleştirilmesi gerekmektedir (6, 54). Emzirme şekli nasıl olursa olsun annenin en rahat ettiği pozisyon tercih edilmelidir. Hangi pozisyonda olursa olsun bebek emzirilirken bir takım temel noktalara dikkat edilmesi gerekmektedir (6, 54). Bunlar;

- Bebeğin başı, ensesi ve omuzları annenin dirseğinin iç kısmıyla veya yastık ile desteklenmelidir.
- Başı ve gövdesi aynı hizada ve düz olmalıdır.
- Bebek yalnızca başından değil tüm vücudu ile desteklenmelidir.
- Bebeğin emzirme sırasında altı temiz olmalıdır (6, 53).

Bebek annenin memesine doğru bir şekilde yerleştğinde, bebeğin ağzı ile meme başı aynı seviyede, alt dudağı dışa dönük, ağzı geniş bir şekilde açılmış, yanaklar yuvarlak görünümlü olmaktadır. Bebek derin, yavaş, dinlenerek emiyor olmalı ve anne ile bebek gevşek, rahat ve huzurlu görünmelidir. Meme başı areola ile birlikte alabildiğince bebeğe verilmelidir. Böylelikle laktiferöz sinüslerden sütün gelmesi sağlanır ve meme başı travmaları daha çok önlenmektedir (6, 8, 53). Etkili emen bebek yavaş ve derin emme hareketleri yapmaktadır. Memeye iyi yerleşmemiş ve sadece meme başını alan bebek ise sürekli hızlı ve yüzeysel bir şekilde emmektedir. Eğer bu sorun giderilmezse annede meme başı çatlağı gelişebilmektedir ve emzirme ağrı veren bir sürece dönüşmektedir (53).

2.7. Emzirme Süresi

Bebek memeyi ilk aldığı anda hızlı bir şekilde emmektedir. Böylelikle süt inme refleksi uyarılmaktadır. Bir iki emmeden sonra bebeğin yutkunması duyulmaktadır. Ortalama 5-10 dakika sonra bebek daha az yutkunmaya başlamaktadır (6). Bebeğin memede ortalama kalma süresi 15-20 dakikadır. İlk günlerde çene kasları henüz kuvvetsiz olması nedeniyle memeyi geç boşaltabilirken ilerleyen dönemde daha güçlü emdiği için süre kısalabilmektedir (8). Meme başı çatlamasının önlenmesine yönelik ilk gün her göğüste 5 dakika emzirilmeli ve her bir göğüsteki beslenme süresi giderek artırılmalıdır (53).

2.8. Emzirme Sıklığı

Bebekler doğduktan sonraki ilk yarım saat içinde emzirilmelidir (6, 8, 53). İlk bir kaç gün ise bebek her istediğinde emzirilmelidir. Süt yapımının artmasında en önemli etken sık emzirmedir (8, 53). Bebek 1-2 hafta içinde kendi öğün aralarını belirlemektedir. Bebeğin ilk bir kaç gününde beslenmesi 2-3 saati geçmemelidir (53). Gerekirse uyandırılarak 2 saatte bir emzirilmesi gerekmektedir. İlk haftalarda bebekler günde 8-12 defa emzirilmeye ihtiyaç duymaktadır (6). Prolaktin salgısı geceleri artış gösterdiği için gece emzirmeleri atlanmamalı ve devam edilmelidir (6, 8, 9).

2.9. Etkili Emzirmenin Belirtileri

Bebeğin yeterli süt aldığını ve etkili bir şekilde emdiğini gösteren bazı belirtiler mevcuttur. Bunlar;

- Annenin emzirme sırasında bebeğinin yutkunduğunu duyması
- Emme sırasında bebeğin şakakları ve kulaklarında hareketin görülmesi
- 24 saat içinde en az 8 defa emmesi
- Bebeğin huzurlu olması ve emzirme sonrası 2-3 saat uyuması
- Cildinin parlak ve gergin olması ve buruşukluk, kuruma görülmemesi
- Bebeğin doğumdan sonraki 4-5 gün sonra gaitasının daha açık renkli veya sarı olması
- Bebeğin 5-6 defa beze idrar yapması ve 2-5 defa gaitasını yapması
- Aylık kilo artışının olması ve ilk 6 ay için ayda en az 500 gr alması
- Emzirme sonrası annenin memesinin yumuşak, meme başının dikleşmiş olması (6, 8).

2.10. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler

Anneye ve bebeğe ait bazı faktörler emzirmeye başlama zamanını ve emzirme davranışını etkilemektedir.

2.10.1. Bebeğe ait faktörler

Galaktozemi, fenilketonüri gibi doğuştan olan metabolik bozukluklar, kusma, emme ve yutma refleksinin zayıf olması veya olmaması, tavşan dudak, yarık damak gibi emmeyi engelleyen konjenital malformasyonlar, serebral defektler, prematürite, düşük doğum ağırlığı, üçüz ve çoğul gebelikler olarak ifade edilmektedir (55).

2.10.2. Anneye ait faktörler

Annenin emzirmeye ilişkin tutum ve davranışları, annenin yaşı, öğrenim düzeyi, emzirme eğitimi alma durumu, doğurganlık durumu, bazı geleneksel uygulamalar, alkol, sigara kullanımı, annenin çalışma durumu, diyabet, obezite, HIV, tüberküloz, anne sütünden geçerek bebek için risk oluşturan ilaçların kullanımı, uykusuzluk, yorgunluk, ikiz doğum, meme başı problemleri, erken ten temasın sağlanamaması olarak belirtilmektedir (14, 40, 55, 56). Yapılan çalışmalarda,

emzirmeyi etkileyen bir diğerk neden olarak da sezaryen doğumlar gösterilmektedir (20-22).

2.11. Sezaryen Doğum

Sezaryen doğum; fetus, plasenta ve membranların abdominal insizyon ile doğması şeklinde tanımlanır (57). 2 türlü kesi ile insizyon yapılmaktadır.

Klasik sezaryen: Abdominal insizyonun vertikal olarak yapılmasıdır. Günümüzde çok az kullanılmaktadır (57).

Alt segment transvers insizyon (Kerr): Komplikasyonları klasik tipten daha azdır. En sık kullanılan tekniktir (57).

2.11.1. Sezaryen endikasyonları

- **Fetal endikasyonlar:** Fetal sıkıntı, fetal prezentasyon anomalileri, makat prezentasyon, diğerk prezentasyon anomalileri (transvers, alın, yüz geliş gibi), fetal anomaliler (hidrosefali, sakrokoksigeal teratom vb.) (57, 58).
- **Maternal endikasyonlar:** Çoğul gebelikler, geçirilmiş uterus cerrahisi (sezaryen, diğerk operasyonlar), sistemik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon, gebeliğek bağılı hipertansiyon vb.), vertikal geçişli maternal enfeksiyonlar (HIV, HSV-2, vb.) (57, 58).
- **Travay veya doğuma ait endikasyonlar:** Baş-pelvis uyumsuzluğu, uzamış eylem, fetal makrozomi (57, 58).
- **Umbilikal Kord ve Plasentaya Ait Endikasyonlar:** Kordon sarkması, plasenta previa, ablasyo plasenta, vasa previa (57, 58).

2.12. Sezaryende Kullanılan Anestezi Türleri

2.12.1. Genel anestezi

Başta azot protoksid olmak üzere çeşitli ajanların uygun kullanımları ile güvenli ve etkin bir yöntemdir. Yenidoğandan atılımı bir kaç dakika içinde gerçekleşmektedir ve solunumu deprese etmemektedir. Uterin kontraktiliteyi deprese etmemekte ve postpartum kanamayı artırmamaktadır (59).

2.12.2. Rejyonel anestezi (bölgesel anestezi):

Rejyonel blokların 1900'den sonra gelişmesiyle birlikte, doğum alanında daha yaygın kullanılmaya başlanmıştır. Anne ve fetüs üzerindeki depresan etkisi azdır. Anestezi sonrası uyanıklık devam ettiği için gebelerde önemli bir risk olan aspirasyon pnömonisi olasılığı ortadan kalkmaktadır. Rejyonel anesteziye santral blokaj uygulanması sebebiyle hipotansiyon en sık görülebilen komplikasyon olmaktadır. Ciddi koagülopati, akut hipovolemi, iğnenin giriş yerinde enfeksiyon rejyonel anestezi uygulamalarında kontraendikedir (59).

2.12.3. Epidural anestezi

Spinal sinirlerin duradan çıkıp, intervertebral foramene uzanırken epidural alana uygulanan bir yöntemdir. Duyu ve motor lifler parsiyel olarak bloke edilmektedir. Lokal anestetik ajan verildikten 15-20 dakika sonra yeterli anestezi gelişmektedir (59).

2.12.4. Spinal anestezi

Spinal anestezi; lokal anestetik ajanın subaraknoid boşluktan BOS içine verilmesi ile spinal sinirlerin bloke edildiği bir yöntemdir (60). Tek doz enjeksiyon ile hızlı ve güvenli sinir blokajı yapılmaktadır. Fakat etki süresi kısadır, hipotansiyon gelişebilir ve dura delinmesi sonrası baş ağrısı gelişebilmektedir (59).

2.12.5. Kombine spinal-epidural anestezi

Bu teknik ilk olarak 1937'de uygulanmıştır (59). Epidural ve intratekal anestezinin bir arada kullanıldığı bir yöntemdir. Epidural iğneden yaklaşık 1 cm daha uzun bir spinal iğne ile duraya girilerek ilaç enjeksiyonu yapılmaktadır. Daha sonra spinal iğne çekilerek epidural kateter yerleştirilmektedir (59). Yerleştirilen bu kateter sayesinde uygulanan ek doz ile etki süresi uzamaktadır ve aynı zamanda postoperatif analjezi için de aynı kateter kullanılabilir (61).

2.13. Sezaryende Doğumda Kullanılan Anestezi Yöntemlerinin Laktasyon, Emzirme ve Bebeğin Davranışları Üzerine Etkisi

Sezaryende kullanılan anestezi türlerinin laktasyonu etkileyip etkilemediğine yönelik bir takım çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan biri, elektif sezaryende uygulanan genel anestezi, spinal anestezi ve epidural anestezi ile normal vajinal doğum yapan annelerin laktasyonlarının karşılaştırılmasıdır. Doğum sonrasında genel anestezi grubunda prolaktin, normal doğum yapan grupta ise oksitosin 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 görülmüştür (61). Epidural ve spinal anestezinin genel anesteziye göre sütün erken gelmesinde daha avantajlı olduğu düşünülmesine karşın yapılan bir çalışmada epidural anestezi ile spinal anestezi ve normal doğum arasında, anne sütünün gelme zamanı yönünden anlamlı fark saptanmamıştır (61). Ayrıca, anneye uygulanan düşük doz epidural anestezinin ilk 24 saat içinde emzirme davranışında değişim yaratmadığı gözlenmiştir (62). Yapılan bir çalışmada ise, epidural anestezi alan ve anestezi almayan 2 grup oluşturmuş ve 2 grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır (63).

Kullanılan anestezi türlerinin emzirme zamanını de etkilediği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada, sezaryene alınan hastalara rejyonel anestezi ve genel anestezi yapılmış ve emzirme zamanı yönünden rejyonel anestezi bakımından anlamlı fark saptanırken, epidural anestezi alan ve anestezi almayan gruplar arasında fark saptanmamıştır (65).

Anestetik maddenin bebeğe geçmesi ile bebekte emmenin olumsuz etkilenip etkilemediğine dair yapılmış araştırmalar da mevcuttur. Bu çalışmadan biri, epidural anestezi ile doğum yapan annelerin bebeklerinde ilk 4 saat içinde emme oranının düşük olduğu saptanmıştır (65). Fakat yapılan bir başka çalışmada, normal vajinal doğumda epidural anestezi kullanılan ve kullanılmayan iki grup arasında emzirme başarısı, bebeklerin emme refleksi ve APGAR skoru, arasında da fark gözlenmemiştir (66).

2.14. Sezaryenin Emzirmeye Etkisi

Normal doğum sırasında salgılanan hormonlar aynı zamanda sütün salgılanmasında da rol oynamaktadır . Doğum süreciyle, süt salgılamanın başlangıcı arasında bir ilişki olduğu ve sezaryen doğumlarda bu ilişkinin etkilendiği belirtilmektedir (33). Porto Rico’ da 6 yıl içerisinde sezaryen doğum yapan 1695 kadın incelenmiş ve sezaryenin emzirmeyi olumsuz etkilediği gözlenmiştir (20).

Normal bir doğum sürecinde, duyulan ağrı ile birlikte endorfin hormonu salgılanmakta ve doğum ağrısını dayanılabilir hale getirmektedir. Ayrıca, endorfin, süt salgılanmasında prolaktin ve oksitosin hormonunu da uyarmaktadır (33, 36). Doğum ağrısını yaşamamış kadınların, doğal bir süreçte doğum yapan kadınlar kadar etkili biçimde prolaktin ve oksitosin salgılayıp salgılamayacakları tartışma konusudur (33). Bu nedenle bununla ilgili bir takım araştırmalar yapılmıştır. Bunlardan biri İsveç’te yapılmış ve oksitosinin etkili olabilmesi için sık kasılmalarla salgılanması gerektiği belirtilmiştir. Bu çalışma, 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 ortaya konulmuştur. Ayrıca doğumdan iki gün sonra oksitosinin salgılanma biçimiyle emzirmenin süresi arasında bağlantı bulunmuştur. Aynı araştırmada, emzirmenin başlamasından 20-30 dakika sonra sezaryenle doğum yapmış kadınların prolaktin düzeylerinde önemli bir yükseliş olduğu tespit edilmiştir (67).

Başka bir çalışmada ise sezaryenle doğum yapmış annelere kıyasla vajinal yolla doğum yapan annelerin sütlerinde ilk günlerde bulunan endorfin miktarları yüksek bulunmuştur. Endorfinin, annenin sütüne bir çeşit bağımlılık yarattığı ve yeni doğmuş bebeğin memeye ne kadar bağımlı olursa emzirmenin de o ölçüde uzun ve kolay olacağı tahmin edilmektedir (68).

Normal doğumlara göre sezaryen sonrası sütün gelmesinde de sıkıntılar yaşanmaktadır. Türkiye’de, Ankara’da yapılan bir çalışmada sezaryenli birkaç grubun laktasyon başlama saati ve 24 saat içinde üretilen süt miktarı karşılaştırılmış ve ikinci sezaryeni planlı olan kadınlara göre planlı olmayan kadınların laktasyon başlangıcının daha erken ve üretilen süt miktarının da daha fazla olduğu ortaya konmuştur (69).

2.15. Erken Ten Teması

Erken ten teması, doğumdan hemen sonra ve ilk 1 saatlik süre içinde annenin çıplak göğsüne bebeğin prone (yüzüstü) pozisyonunda yine çıplak olarak yatırılmasını içermektedir (17). Doğumdan hemen sonra bebeğin annesinin göğsü ile buluşması, ilk yarım ve en geç 1 saatte emzirilmesi nörohormonal reflekslerin daha erken uyarılarak süt yapımı ve akımı sağlamaktadır (9).

Phillips'in belirttiğine göre, 1970'li yılların başında Ann-Marie Widstrom adında bir ebe hemşire yenidoğan bebekleri doğar doğmaz annelerinin göğsüne koymuş ve bebeklerin sergiledikleri davranışları not etmeye başlamıştır. Widstrom 1990 yılında bu araştırmalarını yayınlamış ve 2011 yılında Sağlıklı Çocuklar Projesi (Healthy Children Project) kapsamında bir film hazırlanmıştır. Bu filmde, sağlıklı bebeklerin doğar doğmaz anneleri ile ten teması sağladıktan sonra, ilk bir saat içinde 9 aşamalı içgüdüsel davranış sergilediği ortaya konmuştur. Bu 9 aşamalı içgüdüsel davranış; 1) İlk ağlama (doğum ağlaması) 2) Rahatlama 3) Uyanma 4) Hareket etme 5) Dinlenme 6) Emekleme (sürünme) 7) Tanıma 8) Emme 9) Uyku olarak belirtilmiştir. Bu aşamalardan ilki doğum ağlamasıdır. Bebek akciğerlerine hava girmesiyle ağlamaya başlar ve annesinin göğsüne yatırıldığı anda susmaktadır. 2. aşamada bebeğin doğum ağlaması sona erer ve 2-3 dakika kadar sessiz ve hareketsiz bir şekilde annenin göğsünde yatar. 3. aşamada ise hafif baş hareketleri başlar. Gözlerini açar ve bazı dudak hareketleri yapar. Bu hareketleri takiben 4. aşamada ise gözlerini daha da açar, dudak hareketleri artar ve emme hareketleri yapmaya başlar. Bu aktivitelerden sonra 5. aşamada bebek dinlenmektedir. Bu dinlenme araları diğer aşamalar arasında da gerçekleşebilmektedir. Bebek dinlendikten sonra 6. aşama olan emekleme aşamasını sergilemektedir. Memeye daha yakın olmak için başını kaldırır ve ayakları ile küçük itme hareketleri yaparak memeye doğru hareket etmeye başlar. Bebek memeye ulaştıktan sonra yaklaşık 20 dakika sürebilen memeyi tanıma aşaması başlar. Bu 7. aşamada bebek, yalama, dokunma ve masaj ile meme başı ile tanışmaktadır. Meme ile tanışan bebek 8. aşamada ağzını büyük bir şekilde açarak, doğru bir yerleşimle annesini emmeye başlar. Bebek annesini emdikten sonra 9. ve son aşama olan uykuya geçmektedir. İlk 8 aşamanın tamamlanması yaklaşık 1 saati almaktadır (18). Bebeğin emme refleksinin en kuvvetli olduğu zaman yani aktif dönemi doğumdan sonraki ilk 20-30 dakika olarak ifade edilmektedir (6, 8). Eğer bebek bu süre içerisinde annesine verilmezse bebeğin emme refleksi geçici bir süre

zayıflar uyaranlara cevabı azalır, emmesi güçleşir ve bebek inaktif döneme yani 9. aşama olan ve yaklaşık 1.5-2 saati alan uyku aşamasına geçmektedir. 2. saatin sonunda bebek tekrar hareketli olduğu ve memeyi aradığı aktif döneme geçmektedir. Bebeğin ilk 1 saatlik aktif dönemi kaçırılırsa, etkili emzirme ancak 2-3 saat sonra gerçekleşebilmektedir (6, 18, 37, 9). Bu gecikmeden dolayı, bebeğin kan şekerinin düşme eğiliminde olduğu ve annenin sütünün daha geç geldiği belirtilmektedir (17). Bu nedenle anne ve bebeğin aktif oldukları bu anın değerlendirilmesi emzirme başarısının atmasında önemli bir yere sahip olduğu belirtilmektedir (8, 9).

2.15.1. Vajinal Doğumda Erken Ten Teması

Vajinal doğum sonrasında hastanelerde erken ten temasını desteklemek adına bir takım protokoller geliştirilmeye başlanmıştır. Bu protokoller doğrultusunda doğum sonrasında yapılan K vitamini enjeksiyonu, profilaktik amaçlı göz damlası, el ve ayak izi alma, kilo, boy ölçümü ve banyo gibi bazı rutinlerin ilk emzirmeden sonra yapılması tavsiye edilmektedir. Ayrıca bebeğin ısı, dolaşım solunum ve kan şekerini desteklemek adına sağlıklı doğan her bebeğin doğduktan hemen sonra annesinin göğsüne konulması ve ilk bakımlarının orada gerçekleştirilmesine teşvik edilmektedir (18).

2.15.2. Sezaryende Erken Ten Teması

Hastanelerin bir çoğunda vajinal doğumdan hemen sonra ten teması uygulanmasına imkan verilmesine karşın, çok azında sezaryen sonrası ameliyathanede bu uygulama yapılmaktadır (18). Çünkü ameliyathanede ten teması yeni bir uygulamadır. Kadın doğum, yenidoğan, anestezi uzmanları, ebeler, hemşireler ve yenidoğan bakımı için sorumlu olan kişilerin, bu uygulamanın anne ve bebek için, kanıta dayalı fiziksel ve ruhsal sağlığa faydaları hakkında eğitilmesi gerekmektedir (18, 70). Ayrıca sezaryen doğum yapan anneler, gerek rutin uygulamalar gerekse annenin anestezi alması sebebiyle bebeği tutma, emmesini sağlama konusunda vajinal doğum yapan annelere göre daha fazla yardıma ihtiyaç duymaktadır (25). Bu ihtiyacı karşılamak için zaman ve emeğe ihtiyaç vardır. Dolayısıyla başka hiç bir rutin iş ile ilgilenmeyip sadece erken ten temasını sağlayan, anne ve bebeğin yanından ayrılmadan durumunu sürekli değerlendirebilecek ve emzirmeye destek olabilecek yeterli bilgi ve beceriye sahip bir kişinin

görevlendirilmesi gerekmektedir (18, 25). Erken dönemde emzirmenin başlanmasını sağlamak hemşirelerin temel sorumluluklarındandır (6, 40). Bu nedenle erken ten temasını sağlayarak, anne bebek arasındaki güçlü iletişimin sağlanması ve başarılı bir emzirmeye olumlu katkı sağlayabilecek en uygun kişinin de yine hemşire olduğu belirtilmektedir (25, 35, 71).

Sezaryende erken ten temasını sağlamak amacıyla önceden iyi yapılmış bir planlama ile sorunsuz bir ten teması sağlamak mümkün olabilmektedir. Bunun için, gebe ile önceden görüşülüp, sezaryenden sonra bebeğin göğsüne konulacağı ve erken ten temasının faydalarından bahsedilmektedir. Bebek doğduktan sonra umbilikal kordu kesilmekte ve hemşire bebeği hemen annenin çıplak göğsüne prone (yüzüstü) ve horizontal (yatay) şekilde yine çıplak olarak yatırıp kurulamaktadır (18, 70, 72). Hemşire bu sırada bebeğin ağlamasını ve aktivitesini değerlendirmektedir. APGAR skoru 8 ve üzeri olması, bebekte ten temasının sağlanmasını engelleyecek bir sağlık probleminin olmadığını göstermektedir (70). Ayrıca yapılan araştırmalarda erken ten teması için gestasyon yaşı 37 hafta ve üzeri ve ağırlığı 2500 gramın altında olmayan sağlıklı bebekler erken ten teması için tercih edilmektedir (38, 73). Annenin göğsüne konan bebeğin, ısı kaybını önlemek adına bebeğin başına şapka giydirilir ve üzeri sıcak havlu ile örtülmektedir (18, 30, 38, 70). Bebeğin mekonyum ve idrar çıkışı anne ile ten temasındayken gerçekleşirse annenin temizlenmesi güç olacağı ve sterilitenin bozulma ihtimali olduğundan bebeğe bez bağlanması tercih edilebilmektedir. Ameliyat bittikten sonra annenin sedyeler arası transportu sırasında bebek ayaklarından nazıkçe tutulup vertikal (dikey) pozisyona getirilmekte ve başı annenin iki memesi arasında olacak şekilde pozisyon verilmektedir (18). Ameliyat sonrası gözlem odasına alınan anne ve bebek başka bir hemşirenin denetimine bırakılmaktadır (70). Anne genel anestezi ile sezaryen olsa dahi hemşirenin kontrolünde aynı süreç takip edilebilmektedir ve böylelikle kesintisiz erken ten teması ve emzirme sağlanabilmektedir (25).

2.16. Doğum Sonrası Erken Ten Temasını Destekleyen Kuruluşlar

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), Emzirme tıbbı Akademisi (ABM) ve Yenidoğan Canlandırma Program (NRP) gibi pek çok kuruluş doğumdan sonra anne ile bebeğin erken ten temasının sağlanmasını desteklemektedir (18). Dünya Sağlık Örgütü, doğumdan sonra ilk 1 saat içinde anne

ile bebeğin ten temasının sağlanmasını önermektedir (10). Amerikan Pediatri Akademisi ise sağlıklı bebeklerin doğar doğmaz direkt anneleri ile ten temasının sağlanmasını ve ilk emzirme gerçekleşene kadar orada kalmasını tavsiye etmektedir (74). ABM Protokolü #5 2008 revizyonunda, sağlıklı bebeklerin doğumdan hemen sonra ilk emzirmesini gerçekleştirene kadar anneleri ile ten temasının sağlanması, bebeğin kurulanması APGAR ve diğer fiziksel değerlendirmenin annenin göğsünde yapılmasını önermektedir. Bu sayede bebeğin optimal fizyolojik stabilizasyonu, sıcaklığı ve ilk emzirmenin sağlanmasına fırsat verildiğini ifade etmektedir. Ayrıca erken anne bebek etkileşimini artırmak için doğumdan sonra yapılan rutin uygulamaların 1 saat sonraya ertelenmesini tavsiye etmektedir (75). Yenidoğan Canlandırma programı (NRP) bütün normal yenidoğanların rutin resüsitasyonu sağlamak için ten tene temasın uygulanmasını önermektedir. 2011 yılında NRP'de yapılan değişikliklerde, mekonyumlu doğan bebeklerde dahi hava yolunda ciddi tıkanıklık olmayan bebeklerin aspire edilmemesi normal bebekler gibi ten teması sağlanarak spontan solunumun desteklenmesini tavsiye etmektedir (76).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, spinal anestezi ile sezaryen doğum yapanlarda erken ten temasının, emzirme yeterliliğine olan etkisini incelemek amacıyla yürütülmüş, randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, 2001 yılından itibaren bebek dostu hastane olarak emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi ilkelerini uygulayan, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ameliyathanesinde ve kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde yapılmıştır. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi toplam 340 yatak kapasitesine sahiptir. Kadın hastalıkları ve doğum klinikleri ise 10'u özel olmak üzere toplam 49 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Aylık ortalama 67 doğum olmaktadır. Bu doğumların yaklaşık %80'i sezaryen olarak gerçekleşmektedir. Sezaryen doğumlar ameliyathanede gerçekleşmektedir.

3.2.1. Sezaryen doğumlarda hastanenin rutin uygulaması

Sezaryen doğumlar ameliyathane ortamında gerçekleşmektedir. Ameliyathane odalarının ısısı 20-23⁰C arasındadır. Anneye 4 çeşit anestezi türü uygulanmaktadır. Bunlar; epidural, epispinal, spinal ve genel anestezi dir. Sezaryen doğumların %94'ünde spinal anestezi uygulanmaktadır. Anneye vajinal doğum için epidural analjezi uygulanmışsa, doğumun gerçekleşmemesi ve sezaryene alınması halinde, epidural anesteziye devam edilmektedir. Fakat spinal anesteziye ihtiyaç duyulduğu durumda epispinal olarak da anestezi uygulanabilmektedir. Acil bir durum söz konusu ise anneye genel anestezi uygulanmaktadır. Bunların dışındaki tüm sezaryen ameliyatları spinal anestezi ile gerçekleşmektedir ve anestezi ajanı olarak Marcaine Spinal Heavy[®] kullanılmaktadır.

Ameliyat sırasında anne supine pozisyonunda yatırılmaktadır. İntravenöz mayi desteği almakta ve monitörize izlenmektedir. Sezaryen sonrası doğan bebeğin kordonu hemen kesilmekte ve ameliyathanede bulunan radyan ısıtıcının altında önce kurulanmakta daha sonra da pediatri doktoru tarafından 1. ve 5. dakika APGAR skoru değerlendirilmektedir. Bebeğin ilk muayenesi ve intramusküler K vitamini

yine ameliyathanede yapılmaktadır. Bu işlemlerin tümü yaklaşık 5 dakikada tamamlanmaktadır. Yapılan işlemler bittikten sonra bebek, önceden ısıtılmış ameliyathane örtülerine sarılmakta, anneye 1-2 dakika gösterildikten sonra hemşire ve pediatri doktoru eşliğinde bakım ünitesine çıkarılmaktadır. Burada hemşire tarafından tartılan, boyu, baş çevresi ölçülen ve giydirilen bebeğin, doğum kartına bilgileri kaydedilmektedir. Daha sonra yaklaşık yarım saat içinde annenin odasına transferi sağlanmaktadır. Bu sırada anne, eğer ameliyatta bir komplikasyon gelişmediyse yaklaşık yarım saat sonra uyandırma ünitesine alınmaktadır. Uyandırma ünitesinde spinal anestezinin ilk saatinin dolması beklenmekte ve anne burada yakın takip edilmektedir. Anne uyandırma ünitesinde de eğer bir komplikasyon gelişmezse hemşire eşliğinde odasına transferi sağlanmaktadır. Burada annenin takibi ve bakımı tamamlandıktan sonra, ilk fırsatta hemşireler tarafından emzirmeye teşvik edilmektedir. Hastane prosedürü olarak sezaryen doğum yapan anneler, servise çıktıktan sonra emzirmektedir. Annenin ameliyathane, ayılma ünitesi, transport ve ilk takibinin alınmasından sonra bebeği ile ilk buluşması yaklaşık olarak 1- 1,5 saati bulmaktadır.

3.3 Araştırmanın Referans ve Deney Popülasyonu

Araştırmanın referans popülasyonunu Kasım 2014 - Mart 2015 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde sezaryen doğum yapan anneler oluşturmaktadır. Deney popülasyonunu ise, yapılan güç analizi sonucu ki-kare testi için 0,85 güç ve 0,05 etki ile, anneler ve bebekler için araştırma kapsamına alınma kriterlerine uyan (Bkz. Sayfa 23) 39 araştırma ve 39 kontrol grubu olmak üzere toplam 78 kişinin oluşturması planlanmıştır. Ancak, çeşitli sebeplerle (Bkz. Şekil 1) belirlenen süre içerisinde planlanan kişi sayısına ulaşamaması nedeniyle araştırma kapsamına alınma kriterlerine uyan 17 araştırma ve 35 kontrol grubu olmak üzere toplam 52 kişi deney popülasyonunu oluşturmuştur (Bkz. Şekil 1). Deney grubuna tayin edilen fakat erken ten temasını kabul etmeyen 5 katılımcı, daha önceden araştırmayı kabul edip ameliyat sırasında bebeği ile ten teması sağlanacağı sırada çeşitli psikolojik nedenlerle vazgeçen 3 katılımcı, kadın hastalıkları ve doğum doktorunun ameliyat sırasında o anda kabul etmediği 1 katılımcı olmak üzere toplam 9 kişi kontrol grubuna dahil edilmiştir. Gruplar arasında eşleştirme kriterlerine göre

(Bkz. Sayfa 24) homojenlik sağlandığı için kişi sayısında azaltma veya artırmaya gidilmemiştir.

3.3.1. Araştırma kapsamına alınma kriterleri

Anneler için araştırma kapsamına alınma kriterleri

- Sezaryen doğumda sadece spinal anestezi uygulanan
- Tekil gebeliği olan
- 18 yaş ve üzeri (kritik doğum yaşının, prenatal tanı olanaklarının ve gebelik yaşının artması, hastane popülasyonunun genellikle çalışan grup olması nedeniyle üst sınır konmamıştır.)
- Bilinen herhangi bir sağlık problemi olmayan gebelikler: diyabet, gestasyonel diyabet, hipertansiyon, preeklamsi, renal yetmezlik, kardiyak problemler, psikiyatrik rahatsızlık gibi.
- Gestasyonel yaşı 37-42 hafta olan
- Spontan kontraksiyonu başlamadan planlı sezaryen yapılmış olan anneler
- Emzirmeye engel bir durumu olmayan anneler (İnsan T - hücre lenfotropik virüsü (HTLV-1), insan bağışıklık yetmezlik virüsü (HIV) ve aktif tüberkülozu olmayan)

Bebekler için araştırma kapsamına alınma kriterleri

- Doğum ağırlığı 2500-4000 gr. arası olan
- 5. dakikadaki APGAR skoru 7 ve üzeri olan
- Herhangi bir sağlık sorunu veya konjenital hastalığı olmayan
- Frenulum (Dil bağı) veya damak problemi gibi emmeye engel olan durumları bulunmayan
- Tek gebelikten doğan bebekler

Araştırma sonlandırma kriterler

- Ten teması sırasında annenin genel durumu ve yaşamsal bulgularının bozulması
- Ten teması sırasında bebeğin solunum ve dolaşımının bozulması
- İlk 24 saat içinde bebeğin yoğun bakıma alınması

Sezaryende kullanılan anestezi türlerinin ve anestezi ajanının laktasyon ve emzirmeyi etkileyebileceği düşünülmektedir (61-66). Bu nedenle araştırma kapsamına alınan annelerin tamamına ortak anestezi türü (spinal anestezi) ve anestezi ajanı (Marcaine Spinal Heavy®) uygulanmıştır. Ayrıca sezaryenin planlı olup olmaması laktasyon ve emzirmeyi etkilediği düşünülmektedir (69). Bu nedenle araştırma sonucunu etkileyebileceği düşünüldüğünden spontan kontraksiyonu başlamamış planlı sezaryenler araştırma kapsamına alınmıştır.

Hastane rutini olarak anneye sezaryen ameliyatı sırasında 5 I.U., servise çıktıktan sonra ise 15 I.U. olmak üzere toplam 20 I.U sentetik oksitosin (Synpitan®) verilmektedir. Araştırma kapsamına alınan katılımcılara her iki grupta da eşit miktarda (20 I.U.) sentetik oksitosin verilmiştir.

3.3.2. Randomizasyon ve grupların denkleştirilmesi

Randomizasyon sürecinde, zarf yöntemi kullanılarak basit randomizasyon tercih edilmiştir (77, 78). Bu yöntemde içinde kontrol ve araştırma yazan 2 zarf hazırlanmıştır. Sezaryen olmak amacıyla hastaneye yatan ve çalışmaya alınma kriterlerine uyan hamileler belirlendikten sonra, o gün serviste çalışan bir hemşireye hazırlanmış olan zarf seçtirilmiştir. Çıkan sonuca göre katılımcılar araştırma veya kontrol grubuna alınmışlardır.

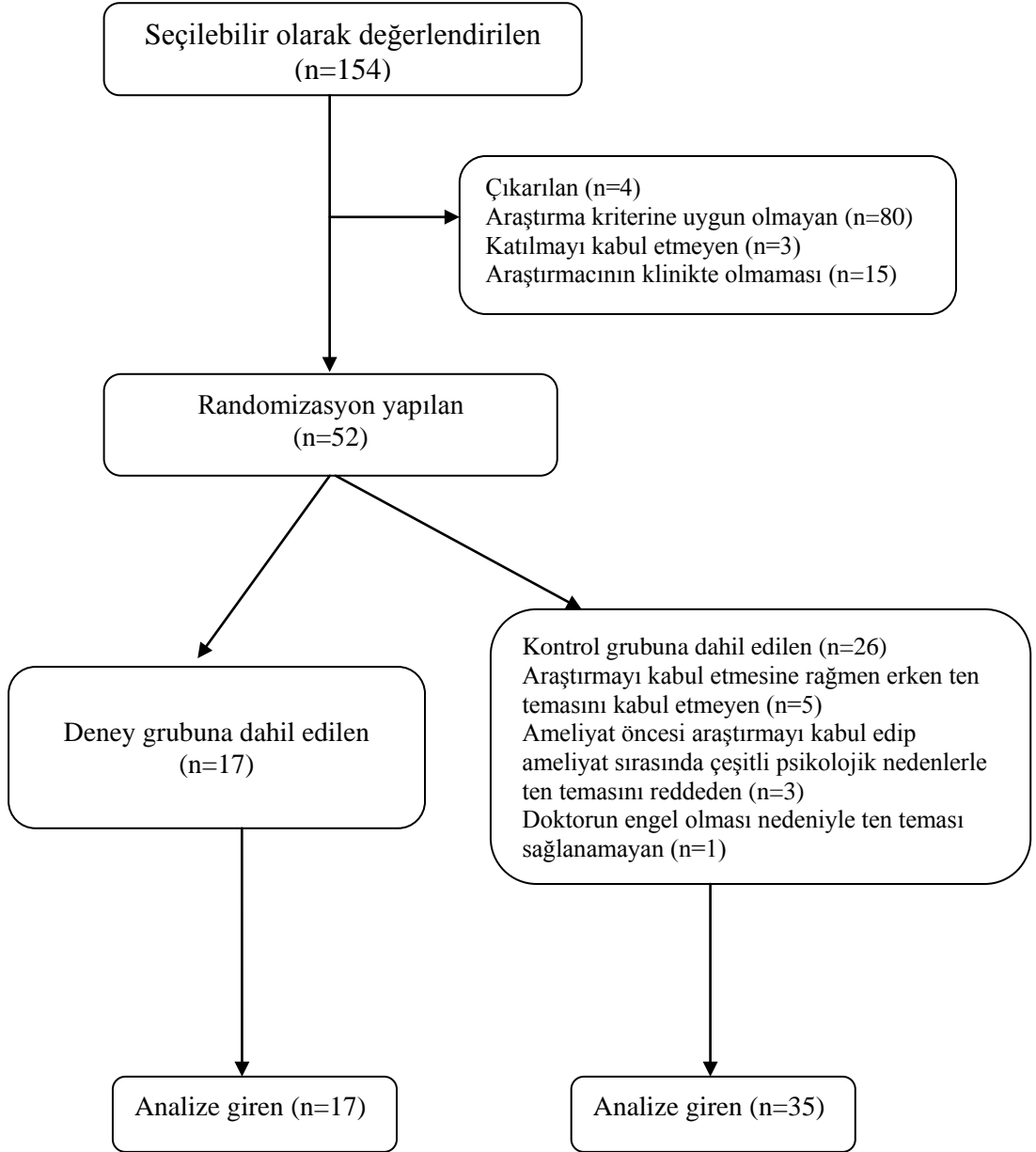
3.3.2.1. Eşleştirme kriterleri

- Annenin yaşı
- Gebelik sayısı
- Bebeğin doğum haftası (Gebelik haftası)
- Annenin daha önceki emzirme durumu

Araştırma ve kontrol grubunun analizleri sonucunda annenin yaşı, gebelik sayısı, gebelik haftası, daha önceki emzirme durumu ortalamaları incelendiğinde, kontrol ve araştırma grupları arasında homojenlik sağlanmıştır ve eşleştirme kriterlerine göre 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Sırasıyla Tablo 1, Tablo 3, Tablo 4, Tablo 2, $p>0,05$). Eşleştirme değişkenleri dışında bağımlı değişkeni yani emzirmeyi etkileyen daha pek çok değişken mevcuttur. Eşleştirme kriterleri dışındaki değişkenlerin her iki grubu da benzer

şekilde etkilediği varsayılmıştır. Sonuç olarak gruplar birbirine denkleştirme işlemiyle benzer hale getirilmiştir (77).

Şekil 1. Randomizasyon ve Grupların Denkleştirilmesi Akış Şeması



3.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür taraması ve uzman görüşleri alınarak geliştirilmiş olan Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu (Bkz. EK 1) Emzirme Değerlendirme Formu (Bkz. EK 2) ve Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT- The Infant Breastfeeding Assesment Tool) (Bkz. EK 3) ile gözlem ve görüşme yoluyla toplanmıştır (31, 38, 70, 72, 79).

3.4.1. Veri Toplama Araçları

3.4.1.1. Sosyo-demografik Veri Toplama Formu

Sosyo-Demografik veri toplama formu; annenin yaşı, eğitim durumu, sosyoekonomik düzeyi, aile tipi, yaşadığı yer, gebeliğinin planlı olma durumu, tedavi gebeliği olup olmadığı, gebelik süresince emzirme eğitimi alıp almama durumu, daha önceki doğum öyküsünün olup olmadığı, sezaryen doğum nedeni, bebeğin cinsiyeti, doğum haftası, doğum ağırlığı ve 5. dakika APGAR skorunun yer aldığı değişkenler mevcuttur (Bkz. EK 1).

3.4.1.2. Emzirme Değerlendirme Formu

Emzirme değerlendirme formunda; annenin bebeği ile ilk teması, emzirmenin nerede gerçekteştiği, ilk temas ve emmeye başlama zamanı, emzirmede etkili emme süresi, annenin bu emzirmeden memnuniyetini içeren ilk emzirmenin değerlendirilmesi, 24 saat içinde bebeğin yaptığı idrar ve gaita miktarı, kusma sayısı, emme sayısı, verilen mama miktarı, bebeğin kan şekerine bakılma ihtiyacının olup olmadığı, annenin ilk 24 saatteki emzirme memnuniyeti, meme başı problemleri ve kullanılan yöntemler, meme dolgunluğunun değerlendirmesini içeren değişkenler yer almaktadır (Bkz. EK 2).

3.4.1.3. Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT- The Infant Breastfeeding Assesment Tool)

Emzirme Değerlendirme Ölçeği, (Bkz. EK 3) Mary Kay Matthews tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çelik ve Demirci (2008) tarafından yapılmış ve bu çalışmada Cronbach alpha katsayısı, 0,92 hesaplanmıştır. Emzirme Değerlendirme Ölçeği'nin (IBFAT), bu araştırma için ilk

emzirme Cronbach's Alpha katsayısı 0,736, 24.saatteki Cronbach's Alpha katsayısı ise 0,763 olarak elde edilmiş ve sonuçların güvenilir olduğu ortaya konmuştur.

Bu ölçek ile her beslenmede emzirme yeterliliğindeki sınırlılıklar değerlendirilmektedir. Ölçek altı sorudan oluşmaktadır. Annelerin sorulara yanıtı temel alınarak puanlama yapılmaktadır.

Ölçekte bulunan ilk soru bebeğin beslenmeye başlama durumu ile ilgilidir (derin uykulu, uykulu, sakin- uyanık, ağlıyor). Bu soru puanlamaya dahil edilmemektedir. Sonraki dört soru, arama ve bebeğin emme davranışları ile ilgilidir. Her soru 0-3 puan arasında değerlendirilir. Toplam en yüksek puan 12'dir

Eğer bebek bütün etkili beslenme davranışlarını taşıyorsa genel toplam 12 puandır. Etkili beslenen bebeklerde puan aralığı 10–12 puandır. Teşvik edildiğinde oldukça başarılı emen bebeklere 7–9 puan verilerek orta etkili kabul edilmektedir. Uyarı ile beslenmeye başlamayan, aramayan veya kısa periyotlar ile emen bebeklere 0–6 puan verilmektedir.

a. Beslenmeye hazır olma veya uyandırabilirlik (Signaling): Gözlemci veya anne tarafından bebeğin emmeye başlama durumu değerlendirilmektedir.

- Sadece memeye getirmek yeterliydi, başka bir çaba gerekmedi (skor 3),
- Üzerini açma, sıvazlama veya gazını çıkartma gibi hafif uyarı vermek gerekti (skor 2),
- Üzerini açma, bebeği oturtma, emzirme boyunca vücudunu ve kollarını kuvvetlice ovma gerekti (skor 2),
- Uyandırılmadı (skor 0)

b. Arama (Rooting): Meme başı bebeğin yanağına değdirildiğinde, bebeğin başını memeye çevirmesi ve ağzını açarak meme başını alması değerlendirilmektedir.

- Bir kerede meme başını ağzına aldı (skor 3),
- Meme başını ağzına alması için biraz uyarmak, yönlendirmek gerekti (skor2),
- Yardıma rağmen çok zor yakaladı (skor 1),
- Meme başını ağzına almaya çalışmadı (skor 0).

c. Yakalama (Latch-on): Gözlemci veya anne, bebeğin memeye yerleştirilişinden itibaren memeyi tutuşu ve iyice emmeye başlayana kadar geçen süreyi kaydetmektedir.

- Hemen emmeye başladı (0-3 dakika) (skor 3),
- 3-10 dakika sürdü (skor 2),
- 10 dakikadan fazla sürdü (skor 1)
- Emmedi (Meme başını almadı) (skor 0).

d. Emme paterni (Sucking): Annenin, bebek emerken beslenme durumunu en iyi tanımlayan seçeneği belirlemesi istenmektedir.

- Bebek emmedi (skor 0).
- İyi emmedi; emmesi zayıftı, kısa sürelerle biraz emmeye çabaladı (skor 1),
- İyi emdi; aralıklı olarak emdi, ama biraz cesaretlendirmek gerekti (skor 2).
- Çok iyi emdi; her iki memeyi de emdi veya bir defada sürekli emdi (skor 3)

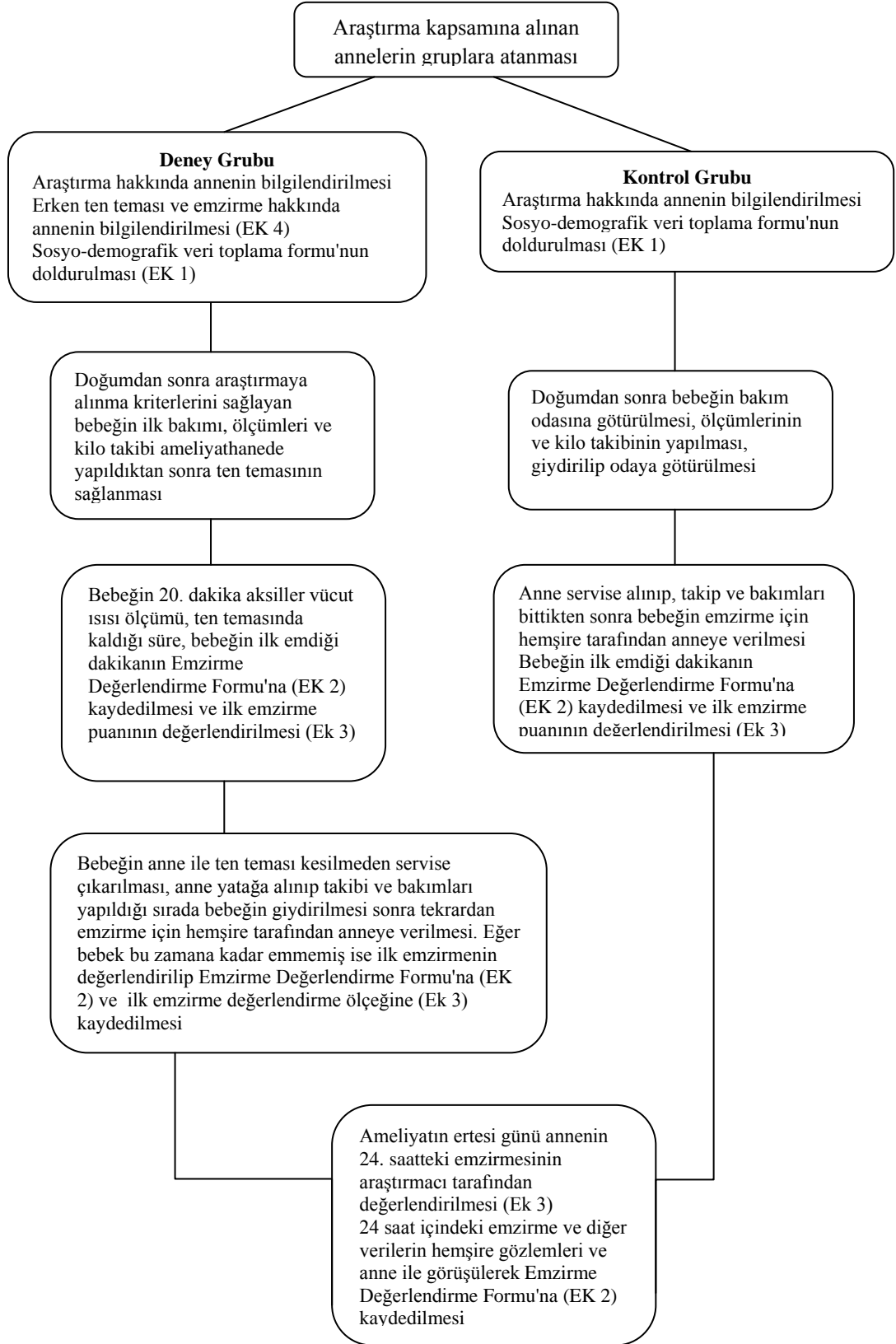
Son olarak anneler beslenme sırasında hissettiklerini (Çok memnunum, memnunum, pek memnun değilim, memnun değilim) şeklinde belirtmektedir. Bu soru puanlamaya dahil edilmez ve ayrı değerlendirilir.

3.5. Veri Toplama Süreci

Araştırmada, kontrol ve deney grubu olmak üzere 2 grup üzerinde çalışılmıştır.

- **Deney grubu:** Sezaryen ameliyatı sırasında anne ile bebek arasında erken ten teması sağlanan grup
- **Kontrol grubu:** Sezaryen ameliyatında hastane prosedürü uygulanan grup

Şekil 2. Uygulama Akış Şeması



Sezaryen öncesinde servise kabul edilen ve araştırmacı tarafından dosya kayıtları incelenerek araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan, araştırmayı sözlü ve yazılı olarak kabul eden anneler araştırma kapsamına alınmıştır. Sosyo-demografik veri toplama formu (Bkz. EK 1) doğum öncesi anne servise yattığı sırada araştırmacı tarafından anne ile görüşme yoluyla doldurulmuştur.

3.5.1. Kontrol Grubunda Veri Toplama Süreci

Hastanenin rutin uygulaması sonrası, servise çıkan anne ve bebeğin hemşire tarafından ilk emzirmesi başlatıldıktan sonra, araştırmacı tarafından, Emzirme Değerlendirme Formu (Bkz. EK 2) ve Emzirme Değerlendirme Ölçeği (Bkz. EK 3) değerlendirilmiştir.

3.5.2. Deney Grubunda Veri Toplama Süreci

Doğum öncesi servise yatışı yapılan anne ile görüşülerek, önceden hazırlanmış "Ameliyathane Ortamında Erken Ten Teması Uygulamasının, Preoperatif Anne Adayı Bilgilendirme Formu" (Bkz. EK 4) aracılığı ile erken ten temasının önemi, bebeğin ilk 1 saatteki nörodavranışsal süreci, ten teması ve transport sırasındaki bebeği tutuş pozisyonları ve araştırmanın amacı anlatılarak araştırmaya katılmak isteyip istememesi ile ilgili sözel ve yazılı olarak onay alınmıştır. Katılımcılar araştırmayı kabul ettikten sonra servis hemşireleri ve ameliyathane odasında görevli olan ekip bilgilendirilmiştir. Ameliyathanenin ortam ısısı önceden 24 °C'ye ayarlanmıştır. Ameliyat sırasında supine pozisyonda yatan annenin monitörize edilmesi amacıyla elektrokardiyogram elektrotları göğsüne değil omuzlarına yakın şekilde takılmıştır ve göğüs bölgesi boş bırakılmıştır. Ayrıca pulse oximetre probu serum ve tansiyon aletinin bağlı olduğu ele takılmıştır. Annenin diğer eli, bebeğine sarılabilmesi amacıyla, serbest bırakılmıştır.

Doğum gerçekteştikten sonra, kontrol grubunda olduğu gibi bebeğin ilk 5 dakikadaki bakım ve muayenesi yapılmış, kontrol grubundan farklı olarak kilo, boy ve baş çevresi, araştırmacı tarafından ameliyathaneye getirilen tartı ve metre ile, ameliyathane odasında yapılmıştır. Bebeğin ölçümlerinin ameliyathane odasında yapılmasının sebebi, anne ve bebek odaya çıkana kadar hiç bir rutin uygulama ile anne ve bebeğin ten temasının kesilmek istenmemesi ve rutin uygulamada olan bebeğin ölçümlerinin gecikmeden dolayı aksamamasıdır. Bebeğin mekonyum çıkışı

anne ile ten temasındayken gerçekleşirse, annenin temizlenmesi güç olacağından ilk 5 dakikada muayene ve ölçümleri biten bebeğe bez bağlanmıştır. Bebeğin ısı kaybını en aza indirmek için ise anneden önceden alınan bir şapka bebeğin başına giydirilmiştir.

Araştırmaya alınma kriterlerine uyan bebekler yenidoğan doktorunun ve ekibin onayı alınarak anne ile ilk teması sağlanmıştır. Bu temas, araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiş ve bebek annenin çıplak göğsüne, prone (yüzüstü) ve horizontal (yatay) şekilde yine çıplak olarak yatırılmış ve üzerine önceden ısıtılmış yeşil örtü ve önceden anneden alınan ince bir battaniye konmuştur. Anne servise çıkana kadar bebek ile ten temasında kalmış ve onlara araştırmacı eşlik etmiştir. Annenin sedyeleri arası transportu sırasında bebek ayaklarından nazikçe tutulup vertikal (dikey) pozisyona getirilmiş ve başı annenin iki memesi arasında olacak şekilde pozisyon verilmiştir. Bu sırada annenin kolları ile bebeğini sarması istenmiş ve araştırmacı tarafından da bebeğin sıkı tutulup tutulmadığı kontrol edilmiştir. Araştırmacı, ten teması sırasında bebeğin rengini, dolaşımını ve solunumunu gözlemlemiş, bebekte veya annede herhangi bir sıkıntı yaşanmamıştır.

Anne ile bebeğin ten temasında kaldığı süre olarak, doğumun ilk 5. dakikasında bebeğin APGAR değerlendirmesi yapıp annenin göğsüne konulmasından, servise çıkana kadarki süredir. Ten teması sonlandıktan sonra bu süre Emzirme Değerlendirme Formu'na (Bkz. EK 2) kaydedilmiştir. Ten temasının kesilme kriterine uyan bir durumla karşılaşılmamıştır ancak 2 anne ameliyat sırasında midenin bulandığını, huzursuz olduğunu belirtmesi üzerine annenin isteği ile ten teması etken kesilmiş ve bebeğin ten temasında kaldığı süre kaydedilmiştir.

Bebeğin ten temasındayken kendiliğinden veya yardımla emmesi halinde ilk emzirme, kontrol grubunda olduğu gibi yine araştırmacı tarafından değerlendirilerek Emzirme Değerlendirme Formu'na (Bkz. EK 2) kaydedilmiştir ve Emzirme Değerlendirme Ölçeği değerlendirilmiştir (Bkz. EK 3) Eğer bebek servise çıktığı dönemde hala emmemişse hemşireler tarafından emzirmeye teşvik edilen bebeğin ilk emmesi yine araştırmacı tarafından aynı form kullanılarak değerlendirilmiştir.

Kontrol ve deney grubunun 24 saat içindeki emzirme durumu ve diğer verileri, hemşire gözlem formlarından yararlanılarak ve anne taburcu olmadan önce sözel olarak sorulup araştırmacı tarafından Emzirme Değerlendirme Formu'na (Bkz.

EK 2) kaydedilmiştir ve 24. saatteki emzirme araştırmacı tarafından değerlendirilip Emzirme Değerlendirme Ölçeği'nde (Bkz. EK 3) puanlama yapılmıştır.

3.5.3. Ön Uygulama

15 Kasım - 17 Kasım 2014 tarihleri arasında 1 kontrol ve 1 deney grubundan olmak üzere toplam 2 kişi ile yapılmıştır. Bu uygulamalar sırasında uygulamada bir aksaklık yaşanmamış ve araştırmaya geçilmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20 paket programı ile analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's' den yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği, $p > 0,05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılımdan geldikleri belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmeleri durumunda Bağımsız t Testinden yararlanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi durumunda Mann Whitney U Testinden yararlanılmıştır. Birim sayılarının 20 den fazla olması nedeniyle Mann Whitney U Testi için standartlaştırılmış z değerleri verilmiştir.

Nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-Kare analizi uygulanmıştır. 2x2 tablolarda gözlerdeki beklenen değerlerin yeterli hacme sahip olmaması durumlarında Fisher's Exact Test kullanılmış olup RxC tablolarda ise Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare analizi uygulanmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın/ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın/ilişkinin olmadığı belirtilmiştir. Emzirme Değerlendirme Ölçeği'nin güvenilirlik katsayısı olarak "Cronbach's Alpha" katsayısı kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü ve İzinler

Araştırmada kontrol ve deney grubuna alınan ve çalışmaya katılmayı kabul eden annelere, araştırmanın amacı açıklanmış, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Bkz. EK 5) Araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma

Kurulu (KA14/269) (Bkz. EK 6) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Bkz. EK 7) ve Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Başhekimliği'nden izin alınmıştır(Bkz. EK 8). Çalışmaya katılmayı kabul eden annelerin isimleri ve verileri saklı tutulmuş ve başka bir amaçla kullanılmamış ve kullanılmayacaktır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Emzirme, erken ten teması dışında bir çok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörlerin değerlendirilemeyecek olması ve araştırmanın sadece Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde sezaryen olan katılımcıların oluşturması araştırmanın sınırlılıklarındandır. Bu nedenle çalışmanın bulguları araştırma kapsamına alınan bireylere genellenebilir.

Çalışma kapsamına alınan katılımcı sayısının az olması, hastane rutini dışında bir uygulama yapılmasından endişe duyan ailelerin olması ve araştırmayı kabul etmemesi, deney grubundaki bir katılımcıya harcanan sürenin 3 saati bulması ve birden fazla araştırmacının olmaması nedeniyle eř zamanlı yapılan diğer sezaryenlerin araştırmaya alınamaması sınırlılıklar olarak sıralanabilir.

4. BULGULAR

Spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda, erken ten temasının, emzirme yeterliliğine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo 1. Annelerin Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı

		Deney*		Kontrol**		Toplam		Önemlilik Testi
		n	%	n	%	n	%	
Annenin Yaşı***	29 ve altı	4	23,5	12	34,3	16	30,8	Test uygulanamadı#
	30 ve üzeri	13	76,5	23	65,7	36	69,2	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Eğitim Durumu	İlköğretim mezunu	2	11,8	0	0	2	3,8	
	Lise mezunu	1	5,9	7	20	8	15,4	
	Üniversite ve üzeri	14	82,4	28	80	42	80,8	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Annenin Sosyo-Ekonomik Durumunu Algılama Durumu	Gelir giderden az	0	0	2	5,7	2	3,8	
	Gelir gidere eşit	13	76,5	23	65,7	36	69,2	
	Gelir giderden fazla	4	23,5	10	28,6	14	26,9	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Aile Tipi	Çekirdek	17	100	33	94,3	50	96,2	
	Geniş	0	0	2	5,7	2	3,8	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Yaşadığı Yer	Ankara içi	16	94,1	34	97,1	50	96,2	
	Ankara dışı	1	5,9	1	2,9	2	3,8	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	

* Deney: Erken ten teması uygulanan grup

**Kontrol: Erken ten teması uygulanmayan grup

***Annenin yaşı eşleştirme kriteri olarak alınmış ve gruplar arası farkın incelenmesi açısından ortalamalar göz önünde bulundurulmuştur. Annenin yaşı bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Deney grubu: ort:31,4, ss:3,34, min:26, max:38. Kontrol grubu: ort:30,9, ss:3,8, min:20, max:38, t=0,57, p=0,58

Gözlerdeki kişi sayısının yetersiz olması nedeniyle test uygulanamamıştır.

Tablo 1'de araştırma kapsamına alınan annelerin demografik özellikleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde deney (erken ten teması uygulanan) ve kontrol (erken ten teması uygulanmayan) grubundaki annelerin büyük çoğunluğu 30 yaş ve üzeridir (Sırasıyla %76,5 ve 65,7). Her iki grupta da eğitim durumu üniversite ve üzeri olmasıyla birlikte deney grubunun %82,4'ü, kontrol grubunun ise %80'i üniversite ve üzeri mezundur. Anneler her iki grupta da sosyo-ekonomik düzeylerini en yüksek yüzde ile gelir gidere eşit olarak ifade etmişlerdir (Sırasıyla

%76,5 ve %65,7). Deney grubunun tamamı çekirdek aile yapısına sahipken, kontrol grubunun %94,3'ü çekirdek aileye sahiptir. Deney grubunun %94,1'i, kontrol grubunun ise %97,1'i Ankara içinde yaşamaktadır.

Tablo 2. Annelerin Obstetrik Öyküleri ve Emzirme İle İlgili Bazı Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı

		Deney		Kontrol		Toplam		Önemlilik Testi
		n	%	n	%	n	%	
Gebeliğin Planlı Olup Olmadığı	Evet	17	100	33	94,3	50	96,2	Test uygulanamadı*
	Hayır	0	0	2	5,7	2	3,8	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Gebeliğin Tedavi Gebeliği Olup Olmadığı	Evet	5	29,4	4	11,4	9	17,3	Fisher's exact p=0,133>0,05
	Hayır	12	70,6	31	88,6	43	82,7	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Daha Önce Emzirip Emzirmedeği	Evet	7	41,2	12	34,3	19	36,5	X ² =0,031 p=0,859>0,05
	Hayır	10	58,8	23	65,7	33	63,5	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Gebelik Süresince Emzirme İle İlgili Eğitim Alıp Almadığı	Evet	5	29,4	14	41,2	19	37,3	X ² =0,262 p=0,609>0,05
	Hayır	12	70,6	20	58,8	32	62,7	
	Toplam	17	100	34	100	51	100	
Anneye Göre Emzirmenin Gebelikten Koruyup Korumama Durumu	Korur	3	17,6	5	14,3	8	15,4	p=1**
	Korumaz	12	70,6	27	77,1	39	75	
	Bilmiyor	2	11,8	3	8,6	5	9,6	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Sezaryen Doğum Nedeni	Mükerrer sezaryen	8	47,1	13	37,1	21	40,4	X ² =0,146 p=0,702>0,05
	Diğer***	9	52,9	22	62,9	31	59,6	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	

* Gözlerdeki kişi sayısının yetersiz olması nedeniyle test uygulanamamıştır.

** Gözlerdeki beklenen değerin %20 si 5 den küçük olduğu için Monte Carlo Simülasyonu yardımı ile ki kare analizi yapılmıştır.

*** Kanama (n=2), iri bebek (n=6), makat geliş (n=7), fetal taşikardi (n=1), çift rahim (n=1), oligohidramnios (n=3), geçirilmiş abdominal operasyon (n=2), bebek başının yerleşmemesi (n=2), miad geçmesi (n=3), çikolata kisti (n=1), kordon dolanması (n=1), uterin miyom (n=1), plasenta previa (n=1)

Tablo 2'de deney grubundaki annelerin tamamının gebeliği planlı olarak gerçekleşmiştir. Kontrol grubunun ise % 94,3'ünün gebeliği planlı olarak gelişmiştir. Gruplar arası istatistiksel bir fark bulunmamakla birlikte (p>0,05) her iki grupta da gebeliğin tedavi sonucu gelişmediği görülmektedir (Sırasıyla %70,6 ve %88,6). Deney grubunda daha önce emzirmeyenler %58,8, kontrol grubunda ise %65,7'dir. Daha önce emzirmeyenlerin yüzdesi kontrol grubunda daha yüksek olmasına rağmen

gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmamaktadır. Gebelik süresince eğitim alan anneler deney grubunda %29,4, kontrol grubunda % 41,2'dir. Kontrol grubunda eğitim alan annelerin yüzdesi daha fazla olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Her iki grupta da anneler, daha yüksek yüzde ile emzirmenin gebelikten korumadığını düşünmektedir (Sırasıyla %70,6 ve 77,1) ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Sezaryen sebebi diğer olarak belirtilen nedenler deney grubunda %52,9, kontrol grubunda %62,9'dur ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 3. Annelerin Obstetrik Öyküleri ve Emzirme İle İlgili Özellikleri Bakımından Grup Ortalamalarının Dağılımları

		n	Median	Min	Max	Sıra Ort	Önemlilik Testi	
							Mann-Whitney U	
							z	p
Gebelik Sayısı	Deney	17	1	1	2	23,59	1,059	0,29
	Kontrol	35	2	1	6	27,91		
	Toplam	52	2	1	6			
Yaşayan Çocuk Sayısı	Deney	17	1	1	2	27,5	-0,395	0,693
	Kontrol	35	1	1	3	26,01		
	Toplam	52	1	1	3			
Daha Önceki Bebeğini Kaç Ay Emzirdi?	Deney	17	13	4	24	10,93	-0,239	0,811
	Kontrol	35	12	2	24	10,27		
	Toplam	52	12,5	2	24			
Bebeğini Kaç Ay Emzirmesi Gerekliğini Düşünüyor?	Deney	17	24	6	36	31,26	-1,937	0,053
	Kontrol	35	24	3	24	24,19		
	Toplam	52	24	3	36			

Tablo 3'de obstetrik öykü ve emzirme ile ilgili bazı özellikler yer almaktadır. Deney grubunda gebelik sayısı ortanca değer 1, kontrol grubunda 2'dir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubunda, yaşayan çocuk sayısı ortanca değeri 1'dir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Deney grubunda daha önce emziren annelerin ortanca değeri 13 ay, kontrol grubunun ortanca değeri 12 aydır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Annelerin bebeğini emzirmeyi düşündüğü sürelerin ortanca değeri her iki grupta da aynıdır ve 24 ay olarak tespit edilmiştir. Annelerin bebeğini emzirmeyi

düşündüğü süre bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4. Bebeğin Cinsiyeti, Doğum Haftası ve Doğumdan Sonraki Bazı Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı

		Deney		Kontrol		Toplam		Önemlilik Testi
		n	%	n	%	n	%	
Bebeğin Cinsiyeti	Kız	7	41,2	16	45,7	23	44,2	$X^2=0$ $p=0,99>0,05$
	Erkek	10	58,8	19	54,3	29	55,8	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
		n	Median	Min	Max	Sıra Ort	Mann-Whitney U	
							z	p
Bebeğin Doğum Haftası	Deney	17	38,7	37,1	39,3	23,68	0,94	0,347
	Kontrol	35	38,7	38	42	27,87		
	Toplam	52	38,7	37,1	42			
Doğum Ağırlığı (Gr)	Deney	17	3150	2830	3830	21,15	1,776	0,076
	Kontrol	35	3480	2560	3990	29,1		
	Toplam	52	3470	2560	3990			
Bebeğin 5. Dakika APGAR Skoru*	Deney	17	10	9	10	32	-2,105	0,035
	Kontrol	35	9	8	10	23,83		
	Toplam	52	10	8	10			
		n	Mean	Min	Max	ss	Bağımsız t	
Doğumdan Sonra Bebeğin 20. Dakika Aksiller Vücut Isısı	Deney	17	36,6	36	37,3	0,3	2,745	0,008
	Kontrol	35	36,4	35,7	37,1	0,3		
	Toplam	52	36,5	35,7	37,3	0,3		

* APGAR, bebeğin ilk muayenesini yapan doktor tarafından değerlendirilmiş ve skorlanmıştır. Araştırmacı dosyada kayıtlı olan APGAR skorunu kullanmıştır.

Tablo 4'te yenidoğanın cinsiyeti, ağırlığı, APGAR skoru ve doğumdan sonraki aksiller vücut ısısının deney ve kontrol gruplarına göre dağılımı incelenmiştir. Bu verilere göre deney grubundaki bebeklerin %41,2'si kız, %58,8'i erkektir. Kontrol grubundaki bebeklerin ise %45,7'si kız, %54,3'ü erkektir. Cinsiyet bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Deney ve kontrol gruplarında bebeğin doğum haftası ortanca değeri 38,7 olarak belirlenmiştir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Deney grubundaki bebeklerin doğum ağırlığı ortanca değeri 3150 gram, kontrol grubunda ise 3480 gramdır. bebeklerin doğum ağırlığı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bebeklerin 5. dakika APGAR skoru incelendiğinde deney grubu ortanca

değeri 10, kontrol grubunun ortanca değeri 9'dur. APGAR skoru bakımından gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmuş ($p < 0,05$) ve deney grubunda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Doğumdan sonra bebeğin 20. dakika aksiller vücut ısısı incelendiğinde, deney grubunda ortalama $36,6^{\circ}\text{C}$, kontrol grubunda ortalama $36,4^{\circ}\text{C}$ 'dir. Bebeğin doğumdan sonraki 20. dakika aksiller vücut ısısı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmakta ($p < 0,05$) ve deney grubunun ısısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Anne ile Bebek Arasındaki Erken Ten Temasının ve İlk Emzirmenin Gruplara Göre Dağılımı

		Deney		Kontrol		Toplam		Önemlilik Testi
		n	%	n	%	n	%	
Bebeğin İlk Emmesinin Nerede Gerçekleştiği	Ten teması sırasında spontan gerçekleşti*	4	23,5	0	0	4	7,7	Test uygulanamadı#
	Ten teması sırasında yardımla gerçekleşti**	6	35,3	0	0	6	11,5	
	Serviste yardımla gerçekleşti***	7	41,2	35	100	42	80,8	
	Toplam	17	100	35	100	17	100	
Annenin Bebeğini İlk Emzirme İçin Aldığında, Bebeğin Tepki Durumu	Uykuluydu	0	0	2	5,7	2	3,8	Test uygulanamadı#
	Sessiz ve uyanıktı	13	76,5	25	71,4	38	73,1	
	Ağlıyordu	4	23,5	8	22,9	12	23,1	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Annenin İlk Emzirmede Bebeğin Beslenmesi Hakkında ki Hisleri	Çok memnunum	7	41,2	12	34,3	19	36,5	Test uygulanamadı#
	Memnunum	7	41,2	19	54,3	26	50	
	Pek memnun değilim	3	17,6	3	8,6	6	11,5	
	Memnun değilim	0	0	1	2,9	1	1,9	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	

*Bebeğe hiçbir müdahalede bulunulmamış kendisi memeyi bularak emmeye başlamıştır.

** Bebek memeyi aramaya başlayıp, o yöne doğru hareket etmeye çabaladıktan sonra gücü yetmediğinde araştırmacı tarafından desteklenmiştir.

*** Bebeğin, hemşire tarafından memeye yerleştirilerek emmesi sağlanmıştır.

#Gözlerdeki kişi sayısının yetersiz olması nedeniyle test uygulanamamıştır.

Tablo 5'te bebeğin ilk emmesinin gerçekleştiği yer, bebeğin emzirmeden önceki tepki durumu ve annenin ilk emzirme hakkındaki hisleri yer almaktadır. Deney grubundaki bebeklerin %23,5'i ten temasında spontan olarak, %35,3'ü ten teması sırasında yardımla, %41,2 si serviste yardımla emdiği tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki bebeklerin tamamı serviste yardımla emmiştir. Deney grubunda,

anneninin bebeğini ilk emzirme için aldığıında bebeklerin %76,5'i kontrol grubunda ise %71,4'ü sessiz ve uyanık olduğu belirlenmiştir. Annenin ilk emzirme için hisleri incelendiğinde deney grubunda "çok memnunun" ve "memnunun" diye ifade eden annelerin yüzdeleri eşittir (%41,2). Kontrol grubunda ise "memnunun" olarak ifade eden annelerin yüzdeleri diğer ifadelere göre daha yüksektir (%54,3).

Tablo 6. Anne ile Bebek Arasındaki Erken Ten Temasının ve İlk Emzirmenin Grup Ortalamalarına Göre Dağılımı

		n	Mean	Median	Min.	Maks.	ss	Önemlilik Testi
Bebeğin Erken Ten Temasında Kaldığı Toplam Süre	Deney	17	58,5	61	15	88	16,6	Test uygulanmadı
	Kontrol	35	*					
	Toplam	52	58,5	61	15	88	16,6	
Doğumdan Sonra Anne İle Bebeğin İlk Temas Ettiği Dakika	Deney	17	**					Test uygulanmadı
	Kontrol	35	81,1	80	59	110	11,3	
	Toplam	52	81,1	80	59	110	11,3	
		n	Mean	Min.	Maks.	ss		
Bebeğin Doğumdan Sonraki İlk Emzirildiği Dakika	Deney	17	56,5	29	112	23,1	Bağımsız t t= -4,462 p= 0,001<0,05	
	Kontrol	35	83,2	59	120	12,4		
	Toplam	52	74,5	29	120	20,7		
		n	Median	Min.	Maks.	Sıra Ort.		
Bebeğin İlk Emzirmede Etkili Emme Süresi (Dakika)	Deney	17	15	5	30	24,74	Mann-Whitney U z=0,603 p=0,54>0,05	
	Kontrol	35	15	1	26	27,36		
	Toplam	52	15	1	30			

*Kontrol grubunda erken ten teması sağlanmadığı için değerlendirmeye alınmamıştır.

*Deney grubunda 5.dakikada ten teması sağlandığı için değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 6'da deney grubundaki bebeklerin, erken ten temasında kaldığı toplam süre ortalama 58,5 dakika olarak belirlenmiştir. Doğumdan sonra kontrol grubundaki bebekler ortalama 81,1. dakikada annesi ile ilk olarak temas etmişlerdir. Bebeğin doğumdan sonraki ilk emzirildiği dakika deney grubunda ortalama 56,5, kontrol grubunda ortalama 83,2 olarak belirlenmiştir. Bebeğin ilk emzirildiği dakika bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) ve deney grubundaki bebeklerin daha erken emme imkanı bulduğu tespit edilmiştir. Bebeğin ilk emzirmede etkili emme süresine bakıldığında her iki grupta

da ortanca değer 15 dakika olarak belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$)

Tablo 7. İlk 24 Saatte Bebeğe Mama Verilme Durumu ve Kan şekerine Bakılma İhtiyacının Gruplara Göre Dağılımı

		Deney		Kontrol		Toplam		nemlilik Testi
		n	%	n	%	n	%	
Bebeğe 24 Saat içinde Mama Verildi Mi?	Evet	15	88,2	24	68,6	39	75	Fisher's exact $p=0,178>0,05$
	Hayır	2	11,8	11	31,4	13	25	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Bebeğin İlk 24 saat içinde Kan şekerine Bakılma İhtiyacı Oldu Mu?	Evet	0	0	9	25,7	9	17,3	Fisher's exact $p=0,023<0,05$
	Hayır	17	100	26	74,3	43	82,7	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	

Tablo 7'de ilk 24 saat içinde bebeğe mama verilme durumu ve kan şekerine bakılma ihtiyacı yer almaktadır. İlk 24 saat içinde mama verilme durumu ile ilgili gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte ($p>0,05$) deney grubunun %88,2'sine, kontrol grubunun %68,6'sına mama verildiği belirlenmiştir. Bebeğin ilk 24 saat içinde kan şekerine bakılma ihtiyacının olup olmama durumları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubunun %25,7'sinde bebeğin kan şekerine bakılma ihtiyacı olurken, kontrol grubunun %74,3'ü ile deney grubunun %100'ünde bebeğin kan şekerine bakılma ihtiyacı olmamıştır.

Tablo 8. İlk 24 Saatte Bebeğe Verilen Mama Miktarı, Emme ve Bazı Özelliklerin Grup Ortalamalarına Göre Dağılımı

		n	Mean	Min	Max	ss	Önemlilik Testi	
Bebeğe İlk 24 Saat İçinde Verilen Mama Miktarı (cc)	Deney	17	62,3	20	143	38,4	Bağımsız t t= -1,16 p= 0,253>0,05	
	Kontrol	35	79,9	8	165	50		
	Toplam	52	73,1	8	165	46,2		
		n	Median	Min	Max	Sıra Ort	Mann Whitney U	
							z	p
Bebeğin 24 Saat İçinde Emme Miktarı	Deney	17	13	4	24	29,32	-0,963	0,336
	Kontrol	35	12	7	15	25,13		
	Toplam	52	12	4	24			
Bebeğin 24 Saat İçinde Yaptığı İdrar Miktarı (Bez Sayısı)	Deney	17	5	3	7	30,21	-1,269	0,204
	Kontrol	35	4	1	7	24,7		
	Toplam	52	4,5	1	7			
Bebeğin 24 Saat İçinde Yaptığı Gaita Miktarı (Bez Sayısı)	Deney	17	3	1	7	23,53	1,01	0,313
	Kontrol	35	3	1	6	27,94		
	Toplam	52	3	1	7			
Bebeğin 24 Saat İçinde Kusma Miktarı	Deney	5	1	1	1	9	0,868	0,385
	Kontrol	14	1	1	3	10,36		
	Toplam	19	1	1	3			

Tablo 8'de ilk 24 saatte bebeğe verilen mama miktarı, emme, idrar, gaita, kusma miktarı yer almaktadır. Gruplar arasında istatistiksel bir fark olmamakla birlikte ($p>0,05$), deney grubundaki bebeklere ilk 24 saatte ortalama 62,3cc mama verilmişken, kontrol grubundaki bebeklere ortalama 79,9cc mama verildiği belirlenmiştir. Bebeğin ilk 24 saatlik süre içerisinde emme, idrar (bez değişim), gaita (bez değişim) ve kusma miktarı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Gruplar arasında istatistiksel fark bulunmamakla birlikte deney grubundaki bebeklerin ilk 24 saatteki emme miktarı ortanca değeri 13, kontrol grubunun 12, deney grubundaki bebeklerin yaptığı idrar miktarı ortanca değeri 5, kontrol grubunun 4, deney ve kontrol grubundaki bebeklerin yaptığı gaita miktarı ortanca değerleri 3 ve kusma miktarları ortanca değeri deney ve kontrol grubunda 1 olarak belirlenmiştir.

Tablo 9. Bebeğe İlk 24 Saat İçinde Verilen Mama Miktarı ile Daha Önce Emzirme Durumunun Gruplara Göre Dağılımı

		Bebeğe İlk 24 Saat İçinde Verilen Mama Miktarı (cc)					Önemlilik Testi	
		n	Median	Min	Max	Sıra Ort	z	P
Anne Daha Önce Emzirdi mi?	Evet	19	48	8	143	15,00	0,086	0,089
	Hayır	33	79	13	165	21,96		
	Toplam	52	62	8	165			

Tablo 9' da İlk 24 saatte bebeğe verilen mama miktarı (cc) ile daha önce emzirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte daha önce emzirmeyenlerin bebeğe verdiği mama miktarı (81,2cc), daha önce emzirenlerin bebeğe verdiği mama miktarından (52,6cc) daha fazladır.

Tablo 10. Anneye Göre İlk 24 Saatte Bebeğin Çok Sık Aranma Hareketi Yapma ve Bebeğin Çok Sık Ağlama Durumlarının Gruplara Göre Dağılımı

		Deney		Kontrol		Toplam		Önemlilik Testi
		n	%	n	%	n	%	
Anneye Göre İlk 24 Saat İçinde Bebek Çok Sık Aranma Hareketleri Yaptı mı?	Evet	7	41,2	22	62,9	29	55,8	$X^2=1,39$ $p=0,238>0,05$
	Hayır	10	58,8	13	37,1	23	44,2	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Anneye Göre İlk 24 Saat İçinde Bebek Çok Sık Ağladı mı?	Evet	1	5,9	13	37,1	14	26,9	Fisher's exact $p=0,021<0,05$
	Hayır	16	94,1	22	62,9	38	73,1	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	

Tablo 10'da anneye göre ilk 24 saat içinde bebeğin çok sık aranma hareketleri yapma durumu incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte deney grubundaki bebeklerin %41,2'si kontrol grubundaki bebeklerin %62,9'u anneye göre ilk 24 saat içinde çok sık aranma hareketi yapmıştır. Anneye göre ilk 24 saat içinde bebeğin çok sık ağlama durumu incelendiğinde kontrol grubundaki bebeklerin deney grubundaki bebeklere göre daha sık ağladığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubundaki bebeklerin %5,9'u, kontrol

grubundaki bebeklerin ise %37,1'i anneye göre ilk 24 saat içinde çok sık ağladığı tespit edilmiştir.

Tablo 11. Annenin İlk 24 Saat İçinde İhtiyaç Duyduğu Toplam Ağrı Kesici Sayısının Grup Ortalamalarına Göre Dağılımı

		n	Median	Min	Max	Sıra Ort.	Önemlilik Testi	
							Mann-Whitney U	
				z	P			
Annenin İlk 24 Saat İçinde İhtiyaç Duyduğu Toplam Ağrı Kesici Sayısı	Deney	17	3	1	5	23,47	1,035	0,30
	Kontrol	35	4	1	6	27,97		
	Toplam	52	3	1	6			

Tablo 11'de annenin ilk 24 saat içinde ihtiyaç duyduğu toplam ağrı kesici sayısı grup ortalamaları yer almaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte ($p>0,05$), deney grubundaki annelerin ilk 24 saatte ihtiyaç duyduğu toplam ağrı kesici sayısı ortanca değeri 3, kontrol grubundaki ortanca değer ise 4 olarak belirlenmiştir.

Tablo 12. İlk 24 Saat İçinde Annenin Genel Olarak Bebeğinin Emmesi ve Emzirmeyi Değerlendirmesinin Gruplara Göre Dağılımı

		Deney		Kontrol		Toplam		Önemlilik Testi
		n	%	n	%	n	%	
Anne İlk 24 Saat İçindeki Genel Olarak Bebeğinin Emmesini Nasıl Değerlendiriyor?	İyi Emmedi*	4	23,5	8	22,9	12	23	$X^2=1,537$ $p=0,464>0,05$
	İyi Emdi**	6	35,3	18	51,4	24	46,2	
	Çok İyi Emdi***	7	41,2	9	25,7	16	30,8	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Anne İlk 24 Saat İçindeki Genel Olarak Emzirmesi Hakkında Ne Hissediyor?	Çok Memnun	6	35,3	6	17,1	12	23,1	Test uygulanamadı#
	Memnun	7	41,2	16	45,7	23	44,2	
	Pek Memnun Değil	3	17,6	10	28,6	13	25	
	Memnun Değil	1	5,9	3	8,6	4	7,7	
Toplam		17	100	35	100	52	100	

*İyi emmedi: Emmesi zayıftı, kısa sürelerle biraz emmeye çabaladı.

**İyi emdi: Aralıklı olarak emdi, ama biraz cesaretlendirmek gerekti.

***Çok iyi emdi: Her iki memeyi de emdi veya bir defada sürekli emdi.

Gözlerdeki kişi sayısının yetersiz olması nedeniyle test uygulanamamıştır.

Tablo 12'de ilk 24 saat içinde annenin bebeğinin emmesini ve emzirmeyi genel olarak değerlendirmesi yer almaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte ($p>0,05$), deney grubundaki annelerin çoğunluğu ilk 24 saatte bebeğini "çok iyi emdi" olarak ifade ederken kontrol grubundaki anneler

"iyi emdi" olarak ifade etmektedir (Sırasıyla %41,2 ve %51,4). Annenin ilk 24 saat içindeki emzirmesi hakkındaki genel hislerine bakıldığında deney grubundaki annelerin %41,2'si, kontrol grubundaki annelerin ise %45,7'si "memnunum" olarak ifade etmektedir.

Tablo 13. İlk 24 Saat İçinde Annenin Meme Başı İle İlgili Bazı Özellikleri, Problemler, ve Müdahaleleri, Meme Dolgunluğu ve Sütün Gelmesinin Gruplara Göre Dağılımı

		Deney		Kontrol		Toplam		Önemlilik Testi
		n	%	n	%	n	%	
Meme Başı Yapısı	Uyarıyla Dışarı Çıkmış	13	76,5	31	88,6	44	84,6	Test uygulanamadı*
	Düz	3	17,6	2	5,7	5	9,6	
	İçe Çökük	1	5,9	2	5,7	3	5,8	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
İlk 24 Saat İçinde Meme Başında Kızarıklık Veya Çatlak Gelişti Mi?	Evet	5	29,4	16	45,7	21	40,4	X ² =0,677 p=0,411>0,05
	Hayır	12	70,6	19	54,3	31	59,6	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Annenin Meme Başı Çatlağını Önlemeye Yönelik Meme Başına Sürdüğü Herhangi Bir Şey Var Mı?	Hiçbir Şey Kullanmıyor	7	41,2	20	57,1	27	51,9	Test uygulanamadı*
	Sadece Anne Sütü	0	0	1	2,9	1	1,9	
	Krem Kullanıyor	10	58,8	14	40	24	46,2	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Anne 24. Saatteki Meme Dolgunluğunu Nasıl Değerlendiriyor?	Sert	1	5,9	5	14,3	6	11,5	Fisher's exact p= 0,65>0,05
	Yumuşak	16	94,1	30	85,7	46	88,5	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	
Annenin Sütün Gelmesini Değerlendirme Durumu	Geliyor, Sorun Yok	7	41,2	20	57,1	27	51,9	p=0,151>0,05**
	Sütüm Az	8	47,1	7	20	15	28,8	
	Bebek Emiyor Ama Sütüm Yok	2	11,8	8	22,9	10	19,2	
	Toplam	17	100	35	100	52	100	

* Gözlerdeki kişi sayısının yetersiz olması nedeniyle test uygulanamamıştır.

** Gözlerdeki beklenen değerlerin %20'si 5'ten küçük olduğu için Monte Carlo Similasyonu uygulanmıştır

Tablo13'de meme başı yapısı,problemi, meme başı çatlağını önlemeye yönelik yapının müdahaleler, meme dolgunluğunun ve sütün gelmesinin değerlendirilmesi yer almaktadır. Annelerin meme başı yapısı incelendiğinde, her iki grupta da "uyarı ile çıkmış" olarak tespit edilmiştir (Sırasıyla %76,5 ve %88,6). Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte (p>0,05) kontrol grubunda (%45,7) deney grubuna göre (%29,4) meme başında daha fazla kızarıklık ve çatlak geliştiği tespit edilmiştir. Annenin meme başı çatlağını önlemeye

yönelik aldığı önlemler incelendiğinde deney grubunda % 58,8 ile krem kullanan anne fazlayken, kontrol grubunda hiçbir şey kullanmayan anneler (%57,1) daha fazladır. Gruplar arası istatistiksel bir fark olmamakla birlikte ($p>0,05$) Annenin 24. saatteki meme dolgunluğunu "yumuşak" olarak değerlendirmesi her iki grupta da yüksektir (Sırasıyla %94,1 ve 85,7).

Tablo 14. Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) İlk Emzirme Puanı ve 24. Saatteki Emzirme Puanının Gruplara Göre Dağılımı

		n	Median	Min	Max	Sıra Ort.	Önemlilik Testi	
							Mann-Whitney U	
							z	P
İlk Emzirme Puanı	Deney	17	11	8	12	31,18	-1,596	0,111
	Kontrol	35	10	5	12	24,23		
	Toplam	52	10,5	5	12			
24.Saatteki Emzirme Puanı	Deney	17	11	6	12	32,15	-1,909	0,056
	Kontrol	35	10	4	12	23,76		
	Toplam	52	10	4	12			

Tablo 14'te Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) ilk emzirme puanı ve 24. saatteki emzirme puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kontrol grubundaki ilk emzirme puanı (9,8), deney grubundaki ilk emzirme puanına (10,7) göre daha düşüktür. Aynı şekilde istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kontrol grubunun 24. saatteki emzirme puanı (9,3), deney grubunun 24. saatteki emzirme puanına (10,4) göre daha düşüktür.

Tablo 15.Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) İlk Emzirme Puanı ile Annenin Bebeğini İlk Emzirme Zamanı Arasındaki İlişkinin Gruplara Göre Dağılımı

		İlk Emzirme Puanı	
Deney	Annenin Bebeğini İlk Emzirdiği Dakika	r	-0,145
		p	0,578
		n	17
Kontrol	Annenin Bebeğini İlk Emzirdiği Dakika	r	-0,006
		p	0,971
		n	35

Tablo 15'de gruplara göre ilk emzirme puanı ile annenin bebeğini ilk emzirme zamanı arasındaki ilişki incelenmiştir. Deney ve kontrol gruplarının emzirme puanı ile annenin bebeğini ilk emzirme zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablolarda gösterilmemekle birlikte deney ve kontrol grubundaki annelere hasta rutininde olan uterotonik ilaç, eşit dozlarda verilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bebekler doğumdan sonra ilk saatte anne ile ten teması sağlandığında 9 aşamalı içgüdüsel davranışını sergilemekte ve kendisi doğru bir yerleşim ile kendiliğinden memeyi bulup emmeye başlamaktadır (18). DSÖ, bu ilk saatte bebek kendiliğinden emmeye başlamazsa annenin ve bebeğin cesaretlendirip desteklenmesi gerektiğini belirtmektedir (10). Bu araştırmada da sezaryen sonrası erken teması uygulanan gruptaki bebeklerin (deney grubu) yarıdan çoğunun (%58,8) ilk emmesi anneye ten teması sırasında spontan olarak ya da yardımla gerçekleşmiştir (Tablo 5).

DSÖ bebeklerin doğumdan sonraki ilk saatini anne ile ten temasında geçirmesini ve emzirme tamamlanana kadar anne göğsünde kalmasını önermektedir (10). Bizim çalışmamızda da anne ile bebek ortalama 58,5 dakika ten temasında kalmış ve annenin servise transportu sırasında dahi ten temasına ara verilmeden kesintisiz bir ten teması sağlanmıştır (Tablo 6).

Çalışmamızda, deney grubunda ortalama 56,5. dakikada, kontrol grubunda ise ortalama 83,2. dakikada emzirmeye başlanmıştır (Tablo 6). Ayrıca, annenin bebeğini ilk emzirdiği dakika bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (Tablo 6, $p<0,05$). Yapılan diğer çalışmalarda, erken ten temasının sağlanamaması ve emzirmenin daha geç gerçekleşmesinin en önemli nedeni olarak sezaryen doğumlar gösterilmektedir (20, 21, 22). Çalışmamızda da görüldüğü gibi sezaryen doğum olmasına karşın deney grubunda anne ve bebeğin ilk 60 dakika bir arada olması, bu süre içinde bebeğin kendisinin veya hemşiresinin desteği ile ilk emzirmenin, diğer gruba göre daha erken (min: 29, mak.:112, ort:56,5. dk.) gerçekleşmesi bu çalışmanın önemli sonuçları arasındadır.

Ten teması sağlanan bebeklerin vücut ısılarının daha fazla yükseldiği ve korunduğu belirtilmektedir (17). Çalışmamızda, doğum sonrası 20. dakikada ölçülen aksiller vücut ısısı incelendiğinde (Tablo4), deney grubundaki bebeklerin ortalama vücut ısısının $36,6^{\circ}\text{C}$, kontrol grubundaki bebeklerin ortalama vücut ısısı $36,4^{\circ}\text{C}$ olduğu saptanmıştır. Bebeklerin 20. dakikada ölçülen aksiller vücut ısısı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubundaki bebeklerin aksiller vücut ısısı, kontrol grubundaki bebeklerin vücut ısılarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucu, sağlıklı,

miadında, sezaryen doğumla dünyaya gelen bebeklerde hipotermi gelişmesini engellemede erken ten temasının yararlı olabileceğini göstermektedir. Moore ve arkadaşlarının yaptığı meta analiz sonucunda erken ten teması uygulanan bebeklerin aksiller vücut ısısı ilk 90 ve 120. dakikalarda uygulanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (17).

Bebeklerin vücut ısılarının, ilk emzirmedeki bebeklerin etkili emme süresi üzerine etki edebileceği düşünülmüştür. Fakat Tablo 6'da her iki grupta ilk emzirme ortanca değeri 15'tir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ayrıca Tablo 12'de deney grubundaki annelerin, kontrol grubundaki annelere göre bebeğinin "çok iyi emdiğini" ifade etmesi daha yüksek bir yüzdeye sahiptir. Vücut ısısının değerlendirildiği diğer araştırmada da erken ten teması sağlanan bebeklerin daha iyi emdiği tespit edilmiştir. Fakat bu durumun vücut ısısından mı kaynaklı olduğu tartışılmaktadır (30).

Bebeğe 24 saat içinde mama verilip verilmeme durumu incelendiğinde (Tablo7) deney grubundaki bebeklerin %88,2'sine mama verilmiş, kontrol grubundaki bebeklerin ise %68,6'sına mama verilmiştir ($p>0,05$). Deney grubundaki bebeklere mama verilme durumu daha yüksek iken, verilen mama miktarına bakıldığında (Tablo 8) deney grubundaki bebeklere daha az miktarda mama verilmiştir (ortalama 62,3cc'ye göre 79,8cc, $p>0,05$). Mama verilme oran ve miktarı ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat anne sütüne başlama zamanına etki eden faktörlerin, altıncı ayda sadece anne sütü ile beslenme üzerine etkilerinin incelendiği bir çalışmada ilk 1 saat içinde emzirmeye başlanan bebeklerin ek gıdaya daha geç geçtiği ve ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (56). Bizim çalışmamızda ten teması sağlanan bebeklere daha az miktarda mama verilmiş olması yapılan diğer çalışmayı destekler niteliktedir.

Mama verilme durumuna ek olarak deney grubundaki annelerden, 24'ncü saatteki meme dolgunluğunu "sert" olarak ifade edenler (Tablo 13, %14,3) ve sütüm geliyor sorun yok diyenler (Tablo 13, %41,2), kontrol grubuna kıyasla sütüm az diyenler daha fazladır (Tablo 13, %47,1). Ayrıca her iki gruba uygulanmış olan uterotonik ilaç düzeyleri de aynıdır (Sentetik oksitosin (Synpitan®) 20 I.U.) Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, deney grubundaki bebeklerin, annelerin süt yapımının daha iyi olduğu ve daha iyi doydukları, mama ihtiyacının azaldığı ve memelerin daha iyi emme nedeniyle boşaldığı düşünülebilir. Ayrıca bebeğin daha az

ağladığı ve arandığı deney grubunda annenin mama verme ihtiyacını daha az hissetmesi, verilen mama miktarının bu grupta daha az olmasına neden olduğu düşünülebilir.

Erken ten teması sağlanan bebeklerin kan şekerinin daha regüle olduğu belirtilmektedir (17). Bizim çalışmamızda deney grubundaki bebeklerde kan şekere bakılma ihtiyacı duyulmazken, kontrol grubundaki bebeklerin %25.7'sine kan şekeri bakılma ihtiyacı duyulmuştur (Tablo 7).

Anneye göre, deney grubundaki bebeklerin (%5,9'u), kontrol grubundaki bebeklere kıyasla (%37,1'i) ilk 24 saat içinde daha azının "sık ağladığı" saptanmıştır (Tablo 10, $p<0,05$). Anneye göre deney grubundaki bebeklerin %41,2'i, kontrol grubundaki bebeklerin ise %62,9'u ilk 24 saat içinde "sık aranma hareketi" yapmıştır (Tablo10, $p>0,05$). Ayrıca deney grubundaki annelerin daha fazlası (Tablo 5% 76,5'i) ilk emzirme sırasında bebeğinin sessiz ve uyanık olduğunu ifade etmiştir. Literatürde doğum sonrası erken ten teması uygulanan bebeklerin uygulanmayan bebeklere göre daha sakin, huzurlu, daha az ağlayan ve daha az aranma hareketi yapan bebekler olduğu belirtilmektedir (4, 17, 33). Bebeklerin ağladığı ve ajite olduğu dönemde emzirmeleri güçleşmektedir (4). Erken ten teması sağlanan bebeklerin daha huzurlu olması emzirme başarısını artıran bir etken olarak düşünülebilir. Ayrıca bu çalışmada, (Tablo 12) ilk 24 saat içinde emzirmesini "çok memnumun" olarak ifade eden annelerin yüzdesi deney grubunda daha yüksek olarak belirlenmiştir (%35,3'e göre %17,1). Bebeğin huzurlu olması emzirme başarısını etkileyebileceği gibi annenin memnuniyeti de aynı şekilde emzirme başarısını ve motivasyonu olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Annenin postoperatif ağrısının giderilmesi ve rahatlığının sağlanması emzirme için önemli bir faktördür (33, 59). Araştırmada, ilk 24 saatte deney ve kontrol grubundaki annelerin ihtiyaç duyduğu toplam ağrı kesici sayısında gruplar arası istatistiksel bir fark olmamakla birlikte ($p>0,05$), deney grubundaki annelerin ihtiyaç duyduğu ağrı kesici sayısı ortanca değeri 3, kontrol grubunun ortanca değeri ise 4'tür. (Tablo 11). Literatürde ağrı kesici sayısı alma miktarı ile ilgili bir araştırmaya rastlanamamasına karşın yapılan bir araştırmada erken ten teması uygulanan ve uygulanmayan gruptaki annelerin postoperatif ağrıları değerlendirilmiş ve gruplar arası bir fark saptanmadığı ifade edilmiştir (80).

Kontrol grubunda, ilk 24 saat içinde meme başında kızarıklık ve/veya çatlak gelişen daha fazla (% 45,7) anne vardır (Tablo 13). Literatürde ten teması sağlanan bebeklerin, emzirme sırasında memeye daha doğru yerleşimle kendiliğinden emdiği belirtilmektedir (4, 17,18). Bu çalışmada da benzer şekilde bu durum meme başında çatlak gelişmesini engellemede olumlu etki yapmış olabilir. Ayrıca deney grubunda krem kullananların kontrol grubuna göre daha fazla olması da kızarıklık veya çatlağı önlemede olumlu bir etki yapmış olabilir.

Deney grubundaki ilk ve 24. saatteki emzirme İBFAT puanı ortanca değeri 11, kontrol grubundaki ilk emzirme puanı ortanca değeri 10'dur (Tablo 14). İstatistiksel olarak gruplar arasında fark olmamasına rağmen ilk ve 24. saatteki emzirme puanı kontrol grubunda daha düşüktür ($p>0,05$). Erken ten teması uygulanan ve uygulanmayan grupların ilk emzirme puanlarının incelendiği sınırlı sayıda araştırma olmasına karşın, yapılan bir çalışmada erken ten teması uygulanan gruptaki ilk emzirme puanı ortalama 9,2 uygulanmayan grupta ise ortalama 8,2 olarak bulunmuş ve erken ten teması sağlanarak erken emzirmenin sağlanması, emzirme puanlarını artırdığı düşünülmektedir. Fakat bizim çalışmamızda emzirmeye başlama zamanı ile emzirme puanı arasında bir anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 15).

Araştırmada değerlendirilmemekle birlikte araştırmacının gözlemleri sonucu, deney grubundaki bebeklerin ten teması sırasında ağızlarından, annenin göğsünü ıslatacak kadar amniyon sıvısı çıkardığı fark edilmiştir. Kontrol grubundaki bebeklerde bu durum yaşanmamıştır. Deney grubundaki bebeklerin anne göğsünde prone pozisyonunda olması ve annenin bebeğinin sırtını okşaması akciğerlerden sıvı atılmasını kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Özellikle sezaryenle doğan bebeklerin normal doğumla dünyaya gelen bebeklere göre ıslak akciğer (wet lung) probleminin daha fazla görülmesinin yanında, sezaryende ten teması sırasında bebeğin pozisyonunun akciğerlerindeki sıvının atılmasında olumlu bir etki yaratabileceği düşünülmüş ve bununla ilgili bir araştırmaya rastlanmamıştır. Sezaryen doğumlarda erken ten teması sağlanan ve sağlanmayan bebeklerde, ıslak akciğer problemi gelişip gelişmediği ile ilgili yapılacak araştırmalar bu konuya ışık tutar nitelikte olacaktır.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda erken ten temasının emzirme yeterliliğine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

- Annenin yaşı her iki grupta da 30 yaş ve üzeri 30 yaş altından yüksektir.
- Her iki grupta da annelerin büyük çoğunluğu üniversite ve üzeri bir eğitime sahiptir.
- Anneler her iki grupta da sosyoekonomik durumlarını "gelir gidere eşit" olarak algılamaktadır.
- Her iki grupta da çekirdek aileye sahip olanların yüzdesi fazladır.
- Ankara'da yaşayan annelerin her iki grupta da yüzdesi fazladır.
- Deney grubundaki annelerin tamamı gebeliğinin planlı geliştiğini, kontrol grubundaki annelerin ise büyük çoğunluğu gebeliğinin planlı geliştiğini ifade etmişlerdir.
- Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, deney grubundaki gebeliklerin tedavi sonucu gelişme yüzdesi kontrol grubuna göre fazladır ($p>0,05$).
- Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, daha önce emziren annelerin yüzdesi deney grubunda daha fazladır ($p>0,05$).
- Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, Emzirme ile ilgili eğitim alan kontrol grubundaki anneler, deney grubundaki annelere göre daha yüksek yüzdeye sahiptir ($p>0,05$).
- Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, annelerin her iki grupta da büyük çoğunluğu, emzirmenin gebelikten korumadığını ifade etmiştir ($p>0,05$).
- Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, mükerrer sezaryene göre diğer nedenler nedeniyle sezaryen olan annelerin yüzdesi her iki grupta da yüksektir ($p>0,05$).
- Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, deney grubunda gebelik sayısı ortanca değer 1, kontrol grubunda 2, yaşayan

çocuk sayısı her iki grup içinde ortanca değeri 1, daha önce emziren annelerin deney grubunda ortanca değeri 13 ay, kontrol grubunun ortanca değeri 12 ay ve annelerin bebeğini emzirmeyi düşündüğü sürelerin ortanca değeri her iki grupta da 24 ay'dır ($p>0,05$).

- Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, her iki grupta da erkek bebekler çoğunluktadır ($p>0,05$).
- Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, deney ve kontrol gruplarında bebeğin doğum haftası ortanca değeri 38,7, bebeklerin doğum ağırlığı ortanca değeri ise deney grubuna göre kontrol grubunda daha fazladır ($p>0,05$).
- Bebeklerin 5. dakika APGAR skoru deney grubu ortanca değeri, kontrol grubunun ortanca değerinden yüksektir ve gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmuş ($p<0,05$).
- Doğumdan sonra bebeğin 20. dakika aksiller vücut ısısı kontrol grubuna göre deney grubunda daha yüksektir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$).
- Deney grubundaki bebekler, erken ten temasında spontan veya yardımla emmelerine göre daha yüksek bir yüzde ile serviste yardımla emmişlerdir.
- Her iki grupta da annenin bebeğini ilk emzirme için aldığı anda bebekler "sessiz ve uyanık" olduğu belirlenmiştir.
- Annenin ilk emzirme için hisleri deney grubunda "çok memnunum" ve "memnunum" diye ifade eden annelerin yüzdeleri eşitken, kontrol grubunda "memnunum" olarak ifade eden annelerin yüzdeleri diğer ifadelere göre daha yüksektir.
- Deney grubundaki bebeklerin, erken ten temasında kaldığı toplam süre ortalama 58,5 dakikadır.
- Doğumdan sonra kontrol grubundaki bebekler ortalama 81,1. dakikada annesi ile ilk olarak temas etmişlerdir.
- Deney grubundaki bebekler kontrol grubundaki bebeklere göre doğumdan sonraki ilk emzirmeleri daha erken gerçekleşmiştir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$)

- Bebeğin ilk emzirmede etkili emme süresine bakıldığında her iki grupta da ortalama değer 15 dakika olarak belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$)
- Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, ilk 24 saat içinde kontrol grubuna göre deney grubundaki bebeklere daha fazla mama verilmiştir ($p>0,05$).
- Deney grubuna göre kontrol grubundaki bebeklere ilk 24 saat içinde kan şekeri bakılma ihtiyacı daha fazla olmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Gruplar arasında istatistiksel bir fark olmamakla birlikte, deney grubundaki bebeklere ilk 24 saatte verilen mama miktarı kontrol grubundaki bebeklere verilen mama miktarında daha azdır ($p>0,05$).
- Gruplar arasında istatistiksel fark bulunmamakla birlikte deney grubundaki bebeklerin ilk 24 saatteki emme miktarı ortalama değeri 13, kontrol grubunun 12, deney grubundaki bebeklerin yaptığı idrar miktarı ortalama değeri 5, kontrol grubunun 4, deney ve kontrol grubundaki bebeklerin yaptığı gaita miktarı ortalama değerleri 3 ve kusma miktarları ortalama değeri deney ve kontrol grubunda 1 olarak belirlenmiştir ($p>0,05$).
- İlk 24 saatte bebeğe verilen mama miktarı ile daha önce emzirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte daha önce emzirmeyenlerin bebeğe verdiği mama miktarı daha önce emzirenlerin verdiği mama miktarından daha fazladır ($p>0,05$).
- İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte deney grubundaki bebekler, kontrol grubundaki bebeklere göre daha az aranma hareketi yapmıştır ($p>0,05$).
- Kontrol grubundaki bebeklerin deney grubundaki bebeklere göre daha sık ağladığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
- Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, deney grubundaki annelerin ilk 24 saatte ihtiyaç duyduğu toplam ağrı kesici sayısı ortalama değeri 3, kontrol grubundaki ortalama değer ise 4 olarak belirlenmiştir ($p>0,05$).

- Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte deney grubundaki annelerin büyük çoğunluğu ilk 24 saatte bebeğini "çok iyi emdi" olarak ifade ederken kontrol grubundaki anneler "iyi emdi" olarak ifade etmektedir ($p>0,05$).
- Anneler, ilk 24 saat içindeki emzirmesi hakkındaki genel hislerini iki grupta da "memnunum" olarak ifade etmişlerdir.
- Annelerin meme başı yapısı, her iki grupta da "uyarı ile çıkmış" olarak tespit edilmiştir.
- Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, kontrol grubunda, deney grubuna göre meme başında daha fazla kızarıklık ve çatlak geliştiği tespit edilmiştir ($p>0,05$).
- Annenin meme başı çatlağını önlemeye yönelik aldığı önlemlerde krem kullanan anne fazlayken, kontrol grubunda hiçbir şey kullanmayan anneler daha fazladır.
- Gruplar arası istatistiksel bir fark olmamakla birlikte annenin 24. saatteki meme dolgunluğunu "yumuşak" olarak değerlendirmesi her iki grupta da yüksektir ($p>0,05$).
- Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) ilk emzirme puanı ve 24. saatteki emzirme puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ilk ve 24. saatteki emzirme ölçek puanları kontrol grubuna göre deney grubunda daha yüksektir ($p>0,05$).
- Deney ve kontrol gruplarının emzirme puanı ile annenin bebeğini ilk emzirme zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

6.2. Öneriler

- Sezaryen doğumlarda erken ten teması ve emzirmenin sağlanması konusunda aile ve sağlık personeline farkındalık kazandırılmalıdır.
- Erken ten teması uygulamasının bebek ve anneye yararı konusunda ailelerin bilgilendirilmesi önerilmektedir.
- Erken ten teması uygulanan bebeklere ilk 24 saat içinde mama verilme ihtiyacı daha az görülmüştür. Bunun yanında daha önce emziren annelerin verdiği mama miktarı daha düşüktür. Bunun sonucu olarak özellikle primiparların erken ten teması için teşvik edilmesi ve sağlık ekibinin bu konuda bilgilendirilmesi önerilmektedir.
- Sezaryen doğumlarda erken ten temasının sağlanması için hastane prosedürlerine gerekli değişikliklerin eklenmesi önerilmektedir.
- Annenin postoperatif ağrı kesici ihtiyacı erken ten teması uygulanan kişilerde daha az görülmüştür. Bu sonucun daha geniş bir örneklem ile çalışılması ve daha fazla çalışmanın yapılması önerilmektedir.
- Araştırmanın daha fazla katılımcı ile yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Gölbaşı Z, Koç G. Kadınların postpartum ilk 6 aylık süredeki emzirme davranışları ve prenatal dönemdeki emzirme tutumunun emzirme davranışları üzerindeki etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 15: 16-31, 2008.
2. Pillitteri A. Maternal and child health nursing: care of the childbearing and childrearing family, 5th edition, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2007.
3. Eroğlu K, Koç G. Anne sütü ve emzirme, 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara, 2007
4. Wiessinger D, West D, Pitman T. Emzirme sanatı (Bakkal A. K., Çev.). İstanbul, Gün Yayıncılık, 2011.
5. Radzysinski S. Neurobehavioral functioning and breastfeeding behavior in the newborn. JOGNN 34: 335-341, 2005.
6. Akkuzu G. Laktasyon. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği (Taşkın L, ed). 8'inci baskı. Ankara, Sistem Ofset, 467-497, 2007.
7. Samur G. Anne sütü. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726, Ankara, Klasmat Matbaacılık, 2008.
8. Okumuş H, Mete S. Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık/ Sağlık Profesyonelleri için Rehber, 2'inci baskı, İstanbul, Deomed Yayıncılık, 2014.
9. Coşkun A. M. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1'nci baskı, İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012.
10. World Health Organization (WHO). Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition, Geneva, Switzerland , 2013. Erişim: (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84409/1/9789241505550_eng.pdf)
11. World Health Organization (WHO). A review of nutrition policies, Geneva, Switzerland,2010. Erişim: (http://www.who.int/nutrition/EB128_18_Backgroundpaper1_A_review_of_nutritionpolicies.pdf)

12. United Nations Children's Fund (UNICEF). The state of the world's children 2014 in numbers: every child counts- revealing disparities, advancing children's rights, New York, 2014. Erişim:
(http://www.unicef.org/eapro/EN-FINAL_FULL_REPORT.pdf)
13. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2014.
14. Öztürk H, Demir Ü. Erken devrede emzirmenin anne-bebek sağlığı açısından yararları. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 4: 58-62, 2001.
15. Kutlucan L. Farklı anestezi uygulamalarının doğum sonrası annenin laktasyonu üzerine etkisi. Tıpta uzmanlık tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Düzce, 2012.
16. Pérez-Ríos N, Ramos-Valencia G, Ortiz AP. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: the Puerto Rican experience. *J Hum Lact* 24: 293-302, 2008.
17. Moore ER, Anderson G, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012. Erişim:
(<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/pdf/standard>)
18. Phillips R. The sacred hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 13: 67-72, 2013.
19. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). Baby-friendly hospital Initiative; revised, updated and expanded for integrated care, Section 1: background and implementation Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2009. Erişim:
(http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/)
20. Pérez-Ríos N, Ramos-Valencia G, Ortiz AP. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: the Puerto Rican experience. *J Hum Lact* 24: 293-302, 2008.
21. Chung W, Kim H, Nam CM. Breast-feeding in South Korea: factors influencing its initiation and duration. *Public Health Nutrition* 11: 225-229, 2007.

22. Örün E, Yalçın SS, Madendağ Y. Factors associated with breastfeeding initiation time in a baby-friendly hospital. *The Turkish Journal of Pediatrics* 52: 10-16, 2010.
23. Rowe-Murray HJ, Fisher JRW. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 29: 124-131, 2002.
24. Turner-Maffei C, Cadwell K. *Overcoming Barriers to Implementing the Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Sandwich, MA: Baby-Friendly USA, 2004.
25. Günay İ. Sezaryen sonrası emzirme. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 8: 28-30, 2011.
26. Chaillet N, Dubé E, Dugas M. Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec, *Bulletin of the World Health Organization (elektronik dergi)*.85:791-797, 2007. Erişim:(<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/10/06-039289.pdf?ua=1>)
27. Betrán AP, Meriardi M, Lauer JA. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 21: 98–113, 2007.
28. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve Avrupa Birliği, Ankara Türkiye, 2004. Erişim: (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.shtml>)
29. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008,Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009. Erişim: (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>)
30. Gouchon S, Gregori D, Picotto A. Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. *Nursing Research* 59: 78–84, 2010.
31. Ludington-Hoe SM, Lewis T, Morgan K. Breast and infant temperatures with twins during shared kangaroo care. *JOGNN* 35: 223-23, 2006.

32. Asole S, Spinelli A, Antinucci LE. Effect of hospital practices on breastfeeding: a survey in the Italian Region of Lazio. *J Hum Lact* 25: 333-340, 2009.
33. Odent M. Sezaryen, (Z. Koltukçuoğlu, Çev.) İstanbul, Kuraldışı Yayıncılık, 2008
34. Montgomery A, Hale TW, and The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #15: Analgesia and Anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. *Breastfeeding Medicine* 7: 547-553, 2012.
35. Orr SS. Breastfeeding. Core curriculum for maternal-newborn nursing, (Mattson S, Smith JE ed.). fourth edition, USA. 315,334, 2010.
36. Guyton AC, Hall JE. Tıbbi Fizyoloji Cep Kitabı. (Z. Solakoğlu, Çev.) 10'uncu baskı, Nobel, 2003
37. Eryılmaz G. Kadın sağlığı (Şirin A, ed). 1'inci baskı. İstanbul, BEDRAY, 759-789, 2008.
38. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 21: 601-605, 2011.
39. Güleşen A, Yıldız D. Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının Kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Prev Med Bull* 12: 177 -182, 2013.
40. Cangöl E, Şahin NH. Emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirme danışmanlığı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 45:100-105, 2014.
41. Dabrowski GA. Skin-to-skin contact; giving birth back to mothers and babies. *Nursing for Women's Health* 11: 64-71, 2007.
42. Balcı E. Anne sütünün çocuk büyüme ve gelişmesine etkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 15:135-138, 2011.
43. Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Erişim: (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap23.pdf>). Erişim tarihi: 10/5/2014
44. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk, *Pediatrics* (elektronik dergi). 129: 827-841, 2012. Erişim:(<http://pediatrics.aappublications.org/content/115/2/496.full.pdf+html>)

45. Benn CS, Wohlfahrt J, Aaby P. Breastfeeding and risk of atopic dermatitis, by parental history of allergy, during the first 18 months of life. *Am J Epidemiol* 160: 217–223, 2004.
46. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B. Breast-feeding and childhood obesity- a systematic review. *International Journal of Obesity* 28: 1247–1256, 2004.
47. Rich-Edwards JW, Stampfer MJ, Manson JE. Breastfeeding during infancy and the risk of cardiovascular disease in adulthood. *Epidemiology* 15: 550–556, 2004.
48. Sadauskaite-Kuehne V, Ludvigsson J, Padaiga Z. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes Metab Res Rev* 20: 150–157, 2004.
49. Kwan ML, Buffler PA, Abrams B. Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public Health Reports* 119: 521–535, 2004.
50. Beral V, Bull D, Doll R. Breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data for 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease. *The Lancet* 360: 187–195, 2002.
51. Rea, MF. Benefits of breastfeeding and women's health. *J Pediatr (Rio J)* 80: 142-146, 2004.
52. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA* 294: 601-610, 2005.
53. Çavuşoğlu H, Çocuk Sağlığı Hemşireliği, 9'ncü baskı, Cilt 2, Ankara, sistem Ofset, 2008
54. Gür, E. Anne sütü ile beslenme. *Türk Ped Arş*, 42: 11-5, 2007.
55. Bayram, F. Postpartum dönemdeki annelerin anne sütünün önemi hakkında bilgi düzeylerinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, 2006.
56. Bolat F. Uslu S. Bolat G. Bülbül A. Arslan S. Çelik M. Cömert S. Nuhoglu A. İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. *Çocuk Dergisi*, 11:5-13, 2011.
57. Gül N. Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık

Bakanlığı İstanbul Goztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul, 2008.

58. Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi Erişim: (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap27.pdf>).
Erişim tarihi: 4/5/2014
59. Kömürcü N. Doğum Ağrısı ve Yönetimi, 2'nci baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti, 2013.
60. Miligan K. R. Recent advances in local anaesthetics for spinal anaesthesia, *European Journal of Anaesthesiology*, 21: 837-847, 2004.
61. Kutlucan L. Farklı anestezi uygulamalarının doğum sonrası annenin laktasyonu üzerine etkisi. Tıpta uzmanlık tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Düzce, 2012.
62. Radzysinski, S. Neurobehavioral functioning and breastfeeding behavior in the newborn. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 34:335-41, 2005.
63. Chang, Z.M., Heaman, M.I. Epidural analgesia during labor and delivery: Effects on the initiation and continuation of effective breastfeeding. *J Hum Lact*, 21: 305-14, 2005.
64. Albani, A et al. The effect on breastfeeding rate of regional anesthesia technique for cesarean and vaginal childbirth. *Minerva Anestesiol*, 65:625-30 1999.
65. Wiklund I, Norman M, Uvnas-Moberg K, Ransjo-Arvidson AB, Andolf E. Epidural analgesia: breast-feeding success and related factors. *Midwifery*, 25:31-38, 2009.
66. Gönenç İ. M. Epidural anestezi ve anestezişiz vajinal doğum yapan annelerin ilk 24 saatte emzirme durumlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara, 2009.
67. Nissen E. Effects of some ward routines on behavioural and physiological adaptation to breastfeeding. *Karolinska Institutet, Stockholm*, 1996
68. Zanardo V, Nicolussi S, Giacomini C, Faggian D, Favaro F, Plebani M. Labor pain effects on colostrum milk β -endorphin concentration of lactating mothers. *Biol Neonate*, 79:87-90, 2001.
69. Doğanay M., Avsar F. Effects of labor time on secretion time and quantity of breast milk. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 76: 207-211, 2002.

70. de Alba-Romero C, Camaño-Gutiérrez I, López-Hernández P. Postcesarean section skin-to-skin contact of mother and child. *J Hum Lact* 30: 283-286, 2014.
71. Dabrowski GA. Skin-to-skin contact; giving birth back to mothers and babies. *Nursing for Women's Health* 11: 64-71, 2007.
72. Hung KJ, Berg O. Early Skin-to-Skin After Cesarean to Improve Breastfeeding. *MCN* 2011; 36: 318-324,
73. Carfoot S, Williamson P, Dickson R. A Randomised Controlled Trial in The North of England Examining The Effects of Skin-to-Skin Care on Breast Feeding. *Midwifery* 2005; 21: 71-79.
74. AAP. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129:827-841, 2012.
75. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #5: peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term revision. *Breastfeed Med*, 30:129-132, 2008.
76. Zaichkin J, Weiner GM. Neonatal Resuscitation Program (NRP): new science, new strategies. *Neonatal Network*, 30:5-13, 2011.
77. Sönmez V., Alacapınar F.G. Örneklendirilmiş bilimsel araştırma yöntemleri, 3'ncü baskı, Ankara, Anı Yayıncılık, 2014.
78. Tezcan S. Epidemiyoloji, tıbbi araştırmaların yöntem bilimi, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, yayın no:92/1, Ankara 1992
79. Çelik N. Emzirme değerlendirme ölçeği'nin (the infant breastfeeding assesment tool) türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa, 2008.
80. Nolan A, Lawrence C. A pilot study of a nursing intervention protocol to minimize maternal-infant separation after Cesarean birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2009;38(4):430-42.

8. EKLER

EK 1. Sosyo Demografik Veri Toplama Formu

Anneye Ait Bilgiler

1. Annenin yaşı:
2. Eğitim durumu:
 - a) İlköğretim mezunu
 - b) Lise mezunu
 - c) Üniversite ve üzeri
3. Annenin sosyo-ekonomik düzeyi:
 - a) Gelir giderden az
 - b) Gelir gidere eşit
 - c) Gelir giderden fazla
4. Aile tipi:
 - a) Çekirdek
 - b) Geniş
5. Hastaneye nereden geliyor?
 - a) Ankara içinden
 - b) Şehir dışından
6. Gebelik planlı olarak mı gelişti?
 - a) Evet
 - b) Hayır
7. Gebelik tedavi gebeliği olarak mı gelişti?
 - a) Evet
 - b) Hayır
8. Gebelik:..... Yaşayan:..... C/S:..... SVD:.....
9. Daha önce emzirdi mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır
10. Ne kadar süre emzirdi?.....
11. Gebelik süresince emzirme ile ilgili eğitim almış mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
12. Bebeğini ne kadar süre emzirmesi gerektiğini düşünüyor? ay
13. Anneye göre emzirme gebelikten korur mu?
 - a) Korur
 - b) Korumaz
 - c) Bilmiyorum
14. Sezaryen doğum nedeni nedir?

Doğum Sonu Bebeğe Ait Bilgiler

15. Bebeğin cinsiyeti:
 - a) Kız
 - b) Erkek
16. Doğum haftası:hafta.....gün
17. Bebeğin doğum ağırlığı:.....
18. Bebeğin 5. Dakika APGAR skoru:.....
19. Bebeğin doğumdan sonraki 20.dakika aksiller vücut ısısı..... °C

EK 2. Emzirme Değerlendirme Formu

ÇALIŞMA GRUBU: <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none">• Bebeğin erken ten temasında kaldığı toplam süre: dk.• Bebeğin ilk emmesi nasıl gerçekleşti?<ol style="list-style-type: none">a. Bebeğin ilk emmesi, ten teması sırasında spontan gerçekleştib. Bebeğin ilk emmesi, ten teması sırasında yardımla gerçekleştic. Bebeğin ilk emmesi serviste gerçekleşti yardımla gerçekleşti	KONTROL GRUBU: <input type="checkbox"/> <p>Kontrol Grubu ise; Anne ile bebek ilk ne zaman temas etti?.....dk.</p>
---	--

İlk emzirmenin değerlendirilmesi

1. Anne bebeğini ilk ne zaman emzirdi?.....dk
2. Bebek ilk emzirmede ne kadar süre etkili emdi?dk
3. Meme başı yapısı
 - a) Uyarıyla dışarı çıkmış
 - b) Düz
 - c) İçe çökük

İlk 24 saat içinde emzirmenin değerlendirilmesi

4. 24 saat içinde kaç kez idrarını yaptı?.....
5. 24 saat içinde kaç kez gaitasını yaptı?.....
6. 24 saat içinde kaç kez kustu?.....
7. 24 saat içinde kaç kez emdi?.....
8. Bebeğe 24 saat içinde mama verildi mi? (Hayır ise 10. soruya geçiniz)
 - a) Evet
 - b) Hayır
9. Bebeğe kaç cc mama verildi?.....
10. Anneye göre ilk 24 saat içinde bebek çok sık aranma hareketleri yaptı mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
11. Anneye göre ilk 24 saat içinde bebek çok sık ağladı mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
12. Bebeğin kan şekere bakılma ihtiyacı oldu mu?
 - a) Evet
 - b) Hayır
13. Doğum sonrası anneye verilen uterotonik ilaç miktarı.....
14. Kaç defa ilaç verildi?.....

15. Anne 24 saat içindeki bebeğinin emmesini genel olarak nasıl değerlendiriyor?
- İyi emmedi; emmesi zayıftı, kısa sürelerle biraz emmeye çabaladı
 - İyi emdi ;aralıklı olarak emdi, ama biraz cesaretlendirmek gerekti.
 - Çok iyi emdi; her iki memeyi de emdi veya bir defada sürekli emdi
16. Anne 24 saat içindeki emzirmesi hakkında genel olarak ne hissediyor?
- Çok memnun
 - Memnun
 - Pek memnun değil
 - Memnun değil
17. İlk 24 saat içinde meme başında kızarıklık veya çatlak gelişti mi?
- Evet
 - Hayır
18. Annenin meme başı çatlağını önlemeye yönelik meme başına sürdüğü herhangi bir şey var mı?
- Hiçbir şey kullanmıyor
 - Sadece anne sütü
 - Krem kullanıyor
 - Krem ve/veya anne sütü
19. Anne 24. saatteki meme dolgunluğunu nasıl değerlendiriyor?
- Sert
 - Yumuşak
 - Diğer.....
20. Sütün gelmesi
- Geliyor, sorun yok
 - Bebek emiyor ama sütüm yok
 - Sütüm az

EK 3. Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT)

	İlk emzirme	24.saattaki emzirme
Bebeği emzirmek için aldığınızda nasıldı? 1) Derin uykuda idi (gözleri kapalı, solunum dışında gözlenebilen hareketi yok) 2) Uykuluydu 3) Sessiz ve uyanıktı 4) Ağlıyordu		
Bebeği emmeye başlatmak için, sizin ya da hemşirenin ne yapması gerektiği? 1) Sadece memeye getirmek yeterliydi, başka bir çaba gerekmedi (3 puan) 2) Üzerini açma, sıvazlama veya gazını çıkartma gibi hafif uyarı vermek gerekti (2 puan) 3) Üzerini açma, bebeği oturtma, emzirme boyunca vücudunu ve kollarını kuvvetlice ovma gerekti (1 puan) 4) Uyandırılmadı (0 puan)		
Bebek memenin yanına getirildiğinde ne yaptı? 1) Bir kerede meme başını ağzına aldı (3 puan) 2) Meme başını ağzına alması için biraz uyarmak, yönlendirmek gerekti (2 puan) 3) Yardıma rağmen çok zor yakaladı (1 puan) 4) Meme başını ağzına almaya çalışmadı (0 puan)		
Bebek memeye yerleştirildiğinde, meme başını ağzına alması ve emmeye başlaması ne kadar sürdü? 1) Hemen emmeye başladı (0-3 dakika) (3 puan) 2) 3-10 dakika sürdü (2 puan) 3) 10 dakikadan fazla sürdü (1 puan) 4) Emmedi (Meme başını almadı) (0 puan)		
Bu emzirmede bebeğin emme şeklini en iyi tanımlayan cümle aşağıdakilerden hangisidir? 1) Bebek emmedi (0 puan) 2) İyi emmedi; emmesi zayıftı, kısa sürelerle biraz emmeye çabaladı (1 puan) 3) İyi emdi ;aralıklı olarak emdi, ama biraz cesaretlendirmek gerekti (2 puan) 4) Çok iyi emdi; her iki memeyi de emdi veya bir defada sürekli emdi (3 puan)		
Bu emzirmede bebeğin beslenmesi hakkında ne hissediyorsunuz? 1) Çok memnunum 2) Memnunum 3) Pek memnun değilim 4) Memnun değilim.		
TOPLAM PUAN		

EK 4. Ameliyathane Ortamında Erken Ten Teması Uygulamasının, Preoperatif Anne Adayı Bilgilendirme Formu

- 1. Daha önce sezaryen sırasında ameliyathanede erken ten temasını ve emzirmeyi duydunuz mu?**
- 2. Erken ten temasının tanımı:** Erken ten teması, doğumdan hemen sonra ve ilk 1 saatlik süre içinde sizin çıplak göğsünüze, bebeğinizin yüzüstü pozisyonunda yine çıplak olarak yatırılmasıdır.
- 3. Erken ten temasının faydaları:**
 - Bebeğinizi göğsünüze aldığınız anda sizin kalp atışlarınızı duyması ile hemen sakinleşecek ve dış ortama daha kolay uyum sağlayacaktır.
 - Bebeğiniz sizinle temas haline geçtiği anda vücudunuz onun için bir ısıtıcı görevi görecek ve vücut ısınız ile onu daha iyi ısıtmış olacaksınız.
 - Bebeğinizle erken dönemde temas sağlayıp emzirdiğiniz için sütünüz de daha erken gelecektir
 - Bebeğinizin kan şekeri daha yüksek olacaktır.
 - Daha az ağlayacaktır.
 - Aranızdaki bağ daha kuvvetli olacaktır.
 - Siz ise bu temas ve emzirme ile daha az ağrı hissedeceksiniz.
 - Endişeleriniz azalacak.
 - Bu rahatlama ile tansiyon ve nabızlarınız daha düzenli olacaktır.
- 4. Bebeğin içgüdüsel hareketleri:** Bebeğiniz ilk saatte sizi emmek için içgüdüsel olarak bir takım hareketler sergileyecek. Bu hareketleri sergilemesine fırsat verin ve müdahale etmeyin.
 - Bebeğinizi göğsünüze koyduğum anda önce 1-2 dakika dinlenecek.
 - Gözlerini açacak. Küçük baş ve dudak hareketleri yapacak.
 - Hemen yorulduğu için aralarda dinlenecek.
 - Ayakları ile itme hareketleri yaparak memeye daha yakın olmaya çalışacak.
 - Meme başını bulduğu anda önce onu tanımak için yalana, dokunma ve küçük masaj hareketleri sergileyecek.
 - Sonra ağızını kocaman açarak meme başını tamamen kavrayacak ve emmeye başlayacak.

- Sizi emdikten sonra derin bir uykuya dalacak. Onu uyandırmaya çalışmayın. Çünkü derin uykuya daldığı için size fazla tepki vermeyecek.

5. Ameliyathanede ve sonrasında yapılacak uygulamalar:

- Belinizden uygulanan anestezi ile belden aşağısını bir süre hissedemeyeceksiniz.
- Üzerinize göğsünüze kadar yeşil ameliyat örtüleri serilecek.
- Ayağınıza ve omuzlarınıza yaşamsal bulgularınızı takip için paletler takılacak.
- Bebeğiniz doğduktan sonra göbek bağı kesilecek ve ilk 5 dakika bakımları yapıp bezi bağlanacak.
- Bebeğinizi göğsünüze paralel bir şekilde koyacağım. Başına şapka giydireceğim ve üzerine önceden ısıtılmış yeşil ameliyat örtüleri ve sizden aldığımız battaniyeyi örteceğim.
- Sedyeler arasında geçiş yaparken bebeğinizi iki memenizin arasına almanızı ve onu kollarınızla sıkıca sarmanızı isteyeceğim.
- Siz yukarı çıkana kadar yanınızdan ayrılmayıp sizin ve bebeğinizin durumunu sürekli olarak gözlemleyeceğim.
- Bebeğiniz siz servise çıkana kadar sizden hiç ayrılmayacak.

EK 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce hekiminiz size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Belden Yapılan İğne İle Uyuşturularak Yapılan Sezaryen Doğumlarda Erken Ten Temasının, Emzirme Yeterliliğine Etkisi

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen gönüllü sayısı belirlenmemiştir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre doğum için hastaneye yattığınız ve doğumdan sonra hastanede kaldığınız ilk 24 saat.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda kurulan erken ten temasının, emzirme yeterliliğine etkisinin incelenmesidir.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dâhil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır:

Anneler için;

- Sezaryen doğumunuzda sadece spinal anestezi uygulanması
- Tekil gebeliğinizin olması
- 18-35 yaş arası olmanız

- Bilinen herhangi bir sağlık probleminizin olmaması (diyabet (şeker), gestasyonel diyabet (gebelikte oluşan şeker), hipertansiyon (tansiyon yüksekliği), preeklamsi (gebelikte oluşan tansiyon), böbrek yetmezliği, kalp ile ilgili problemler, psikiyatrik rahatsızlık gibi)
- Gebelik haftanızın 37-42 arasında olması
- Doğum kasılmalarının başlamamış olması

Bebekler için:

- Doğum ağırlılığının 2500-4000 gr. arası olması
- 5. dakikadaki APGAR skoru 7 ve üzeri (hareketliliği iyi) olması
- Herhangi bir sağlık sorunu veya kalp hastalığı olmaması
- Dil bağı veya damak problemi gibi emmeye engel olan durumların bulunmaması
- Tek gebelikten doğmuş olma

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın, çalışma ya da kontrol grubundan herhangi birinde olabilirsiniz. Bu seçim rastgele yapılacaktır. Servise çıktıktan sonra bebeğinizin ilk emzirmesi hemşire tarafından başlatıldıktan sonra, araştırmacı tarafından emzirmeniz gözlemlenecek ve kaydedilecektir. Eğer çalışma grubunda iseniz size önceden ameliyathanede erken ten teması ve emzirme ile ilgili bilgi verilecek. Ameliyathanede ten temasınız ve emzirmeniz gözlemlenecek ve servise çıkana kadar takip edileceksiniz.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Araştırmacı tarafında size sorulan sorulara içtenlikle cevap vermeniz gerekmektedir. Eğer uygulama grubunda iseniz araştırmacının uygulamalarına uyum göstermeniz beklenmektedir.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Araştırmamız yalnızca bilimsel amaçlı olup sizin doğrudan yarar görmeyiz ya da tedavinizin seyrini değiştirmesi beklenmemektedir. Ancak, bu araştırmadan elde edilen sonuçlar ile spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda erken ten temasının emzirme yeterliliğinin ne kadar etkilediğinin ortaya konmasına katkı sağlayacaktır.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Bir risk öngörülmemektedir.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu değildir.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili kişiye ulaşabilirsiniz.

Araştırmacının İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Adres ve Telefonları:

Fevzi Çakmak Cd. 10. Sk. No:45 Bahçelievler/ANKARA
İş: 0312 212 68 68 /1513-14

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Araştırma programını aksatmanız, araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız geliőebilecek istenmeyen bir etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİŐER TEDAVİLER

Başka bir tedavi uygulanmayacaktır.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız size uygulanan tedavide herhangi bir deęiŐiklięe neden olmayacaktır. Araştırmadan ekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŐILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

Sayın Ceyda SARPEN tarafından Başkent Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ameliyathane ve doğum sonu kliniklerinde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük zen ve sayęı ile yaklaŐılacaęına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kiŐisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan kileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koŐuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 5 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		
VASİ (Varsa)		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		
ARAŞTIRMACI		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		
ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

EK 6. Etik Kurul İzni



1993

Başkent Üniversitesi

Tıp ve Sağlık Bilimleri
Araştırma Kurulu

Dr. Hakan Özkardeş
Dr. A. Eftal Yücel
Dr. Feride İ. Şahin
Dr. Şule Bulut
Dr. Fuat Büyüklü
Dr. Emine Aksoydan
Dr. Tolga R. Aydos
Dr. Elif Durukan
Dr. Şebnem İlhan

Başkent Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı
16. Sokak No. 11
Bahçelievler, 06490
Ankara

Tel : 0312 212 90 65
Faks : 0312 221 37 59
arastirma@baskent.edu.tr

Sayı: 94603339 / 18-050.01.08.01-945
Konu: Proje onayı

02/10/2014

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ceyda Sarper tarafından yürütülecek olan KA14/269 nolu "Spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda erken ten temasının emzirme yeterliliğine etkisi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 01/10/2014 tarih ve 14/101 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma
Kurulu Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

LT

İşlemlerinizi hızlandırmak için anabilim dalı üzerinden resmi yazışma ve imza gerektirmeyen her türlü bilgi alışverişinde arastirma@baskent.edu.tr e-posta adresimizi kullanınız (Bağlantı- Araştırma Kurulu Sekreteri- Bilgiye Teşekkür).

Yazışma...

Tarih: 02.10.2014
Sayı: 484

EK 7. Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul İzni

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	PROJE NO
01/10/2014	14/101	KA14/269


Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ceyda Sarper tarafından yürütülecek olan KA14/269 nolu ve "Spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda erken ten temasının emzirme yeterliliğine etkisi" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.



• Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ

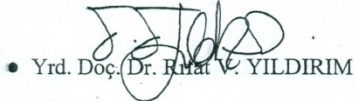
Katılmadı (Karar oldu)
• Prof. Dr. Araş PİRAT


• Prof. Dr. Füsün ÖNER EYUBOĞLU

Katılmadı
• Prof. Dr. Hulusi B. ZEYNELOĞLU


• Prof. Dr. Neslihan ARHUN


• Doç. Dr. H. Seyra ERBEK


• Yrd. Doç. Dr. Rıfat V. YILDIRIM

EK 8. Kurum İzni



1993

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ**



TS-EN-ISO 9001
KALİTE SİSTEM BELGESİ

BASHEKİMLİK

Sayı : 31220125/113
Konu : Araştırma Anketi

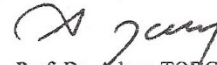
Ankara, 14.11.2014

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

İlgi : 15 Ekim 2014 tarih ve 26003015.050.08.01-286 sayılı yazınız,

İlgi yazıda adı geçen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı 21210284 numaralı öğrencisi Ceyda Sarper'in Doç. Dr. Gülcihan Akkuzu danışmanlığında yürüttüğü "Spinal Anestezi ile Yapılan Sezaryen Doğumlarda Erken Ten Temasının, Emzirme Yeterliliğine Etkisi" konulu tez çalışmasının anketini Ekim-Aralık 2014 tarihleri arasında hastanemiz Ameliyathane (sezaryen vakaları) Ünitesi ve Doğum Servislerinde (D-1 VIP katı, B-1 Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisleri) doğum yapan hastalara uygulanması uygun bulunmuştur.

Gereği için bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Adnan TORGAY
Başhekim

*Hemşirelik ABD'ye
15.11.2014/erim*

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
GELEN EVRAK
Tarih: 15.11.2014
Sayı: 485

EK 9. Uygulama Sirasında Çekilen Fotoğraflar

Uygulama sırasında ailelerden sözel izin alındıktan sonra fotoğraf çekimi yapılmış ve tez raporuna eklenmiştir.

Sezaryen Ameliyatı Sırasında Ten Tene Temas ve Emzirme



Uyandırma Ünitesinde Ten Tene Temas ve Emzirme

